Consello Económico e Social de Galicia, CES-G

INFORME
SAÚDE MENTAL EN GALICIA

AUTORES

Elisardo Becoña Iglesias (Coordinador)
Psicólogo Clínico
Catedrático de Psicoloxía Clínica
Universidade de Santiago de Compostela

Alvaro Fernández Monterroso
Psiquiatra
Unidade de Saúde Mental de Lalín; e Servizo de Psiquiatría, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Aroa Mayán Taboada
Médica de Familia e Atención Primaria
Centro de Saúde de Silleda

Mónica Santos Rivas
Psicóloga Clínica
Servizo de Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense

Ana López Durán
Psicóloga Xeral Sanitaria
Profesora Titular
Universidade de Santiago de Compostela

Agradecementos

Sindicatos e organizacións empresariais

Confederación Intersindical Galega (CIG).
Sindicato Nacional Comisións Obreiras, CC.OO. de Galicia.
Sindicato Unión Xeral de Traballadores, UGT-Galicia.
Confederación de Empresarios de Galicia.

Organismos da Xunta de Galicia

Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia (ISSGA). Consellería de Emprego, Comercio e Emigración. Xunta de Galicia.

Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde, Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Persoas que facilitaron datos, suxerencias ou comentarios a algún dos capítulos do Informe

José Miguel Abella Cajigal.
Médico de Familia e Atención Primaria.
Centro de Saúde de Atención Primaria, Vimianzo (A Coruña).

María Tajes Alonso.
Psiquiatra.
Xefa do Servizo de Psiquiatría da área sanitaria de Ourense, Verín e Valdeorras.
Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

Carlos Álvarez García.
Psicólogo Clínico.
Servizo de Psiquiatría. Unidade de Hospitalización Infanto-Xuvenil. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Manual Arrojo Romero.
Psiquiatra.
Servizo de Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

José Berdullas Barreiro
Psicólogo Clínico.
Unidade de Saúde Mental de Fontiñas, Santiago de Compostela.

Jesús Cartelle Fernández.
Psiquiatra.
Unidade de Conductas Adictivas. Concello de Ribeira (A Coruña).

Lorena Casete Fernández
Psicóloga Clínica.

Unidade Asistencial de Drogodependencias. ACLAD (Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga), A Coruña.

Minia Enjo Rey.
Médica de Familia e Atención Primaria.
Centro de Saúde de Atención Primaria. Vilanova de Arousa (Pontevedra).

Santiago Lago Canzobre.
Psicólogo Clínico.
Unidade de Saúde Mental II, Caranza, Ferrol (A Coruña).

Carlos Montes Piñeiro.
Profesor de Psicoloxía do Traballo e das Organizacións.
Universidade de Santiago de Compostela.

Javier Sardiña Agra
Psicólogo Clínico.
Servizo de Psiquiatría. Unidade de Hospitalización de Agudos. Hospital Clínico Universitario de A Coruña.

Francisco Javier Vicente Alba.
Psiquiatra.
Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos. Hospital Nicolás Peña. Servizo de Psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

Outros

Biblioteca Universitaria da Universidade de Santiago de Compostela.
Biblioteca de Psicoloxía e Ciencias da Educación da Universidade de Santiago de Compostela.
A todo o persoal do Consello Económico e Social de Galicia pola súa colaboración e axuda activa ó longo da realización do presente Informe.

ÍNDICE

Resumen executivo **11**

Abreviaturas **31**

Capítulo 1
A saúde mental como un grave problema sanitario e social **33**

1.1. A saúde mental
1.2. O incremento dos problemas de saúde mental
1.3. A saúde mental no estado do benestar
1.4. Os efectos da pandemia producida polo covid-19 e pospandemia na saúde mental
1.5. A actual visibilidade social dos problemas de saúde mental
1.6. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e Europa
Referencias

Capítulo 2
Que din os informes internacionais, nacionais e de Galicia sobre a saúde mental? **43**

2.1. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e outros países
2.2. Os informes sobre saúde mental da Organización Mundial da Saúde
2.3. Os informes sobre saúde mental da Unión Europea
2.4. Os informes sobre saúde mental do Ministerio de Sanidade
2.5. Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 e Plan de Acción para a Prevención do Suicidio de 2025 do Ministerio de Sanidade
2.6. Outros informes de saúde mental españois
2.7. Os informes sobre saúde mental da Xunta de Galicia
Referencias

Capítulo 3
A saúde mental en Galicia: comparativa con España e outros países **67**

3.1. Trastornos máis prevalentes: breve descrición
3.2. Prevalencia dos problemas de saúde mental en distintos países
3.3. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Europa
3.4. Prevalencia dos problemas de saúde mental en España
- 3.4.1. O Informe da Unión Europea sobre o estado da saúde en España
- 3.4.2. Enquisa Europea de Saúde
- 3.4.3. Enquisa Nacional de Saúde 2017
- 3.4.4. Rexistro de problemas de saúde mental en Atención Primaria
- 3.4.5. A análise da conduta suicida
- 3.4.6. O consumo de drogas na poboación xeral e na poboación laboral
- 3.4.7. A enquisa do CIS sobre a saúde mental e o covid-19
- 3.4.8. A prevalencia de trastornos mentais en estudantes de instituto ou universidade
- 3.4.9. Outros estudos
- 3.4.10. A comparación da prevalencia de trastornos mentais en varios

países da OMS
3.5. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Galicia
3.6. Conclusións sobre as diferenzas de prevalencia de trastornos mentais
Referencias

Capítulo 4
As causas do incremento dos problemas de saúde mental 89

4.1. Introdución
4.2. Factores biolóxicos e xenéticos
4.2.1. Xenética
4.2.2. Maduración fetal, danos fetais no embarazo ou no nacemento
4.2.3. O cerebro, as neuronas e os neurotransmisores
4.2.4. Consumo de drogas ou alcol da nai antes do nacemento
4.2.5. Desnutrición
4.2.6. Exposición a metais pesados, substancias químicas e pesticidas
4.2.7. Microbiota
4.2.8. Inflamación
4.2.9. O eixo HTA (hipotálamo-pituitaria-adrenal) e a súa relación co estrés
4.2.10. Enfermidades e consumo de medicamentos
4.2.11. Consecuencias biolóxicas da neglixencia, malos tratos, abuso, trauma, perda (ex., morte da nai) o estrés crónico na crianza
4.2.12. Papel da bioloxía na adolescencia e a súa transformación en adulto.
4.3. Factores ambientais e sociais
4.3.1. Factores culturais, familiares e de crianza
- Tipo de cultura (normas sociais, sistema socioeconómico, relixión, características específicas desa cultura).
- Socialización e estilo de crianza
- Desorganización familiar, falta de proxenitores e nivel de apego
- Malos tratos infantís e experiencias infantís adversas
- Historia familiar de consumo de drogas ou de trastorno mental
- Carencia de oportunidades ou incerteza (reais ou subxectivas)
- Alto nivel de estrés social e eventos vitais estresantes
- As redes sociais da Internet
4.3.2. Factores ambientais e ecolóxicos
- Ambiente físico (urbanización, polución por ruído e lumínica, temperatura, espazos verdes, cambio climático, etc.)
- Variables sociodemográficas (sexo, xénero, idade, nivel económico, estudos).
- Lugar onde se vive disfuncional ou problemático
- Cambio frecuente de vivenda, escola ou traballo (mobilidade)
- Expectativas sociais e ambientais
4.3.3. Factores escolares
- Calidade da escola e clima social positivo
- Expectativas académicas e de futuro adquiridas na escola
- Tensión escolar pola presión académica
- Fracaso escolar ou abandono temperán da escola
- Nivel de formación académico e profesional
- Violencia escolar e bullying
4.3.4. Factores socioeconómicos e laborais
- Baixo nivel de ingresos e baixa renda per cápita familiar

- Desemprego
- Pobreza
- Acoso laboral
- Tensión laboral
- Factores económicos relacionados con factores ambientais
4.3.6. Rede de apoio social
- Rede de familiares
- Rede de amigos e outras redes sociais
- Acceso a recursos sanitarios e redes sociais de axuda
4.4. Factores psicolóxicos
4.4.1. Trauma agudo e crónico (como abuso físico, psicolóxico ou sexual, morte dun ou ambos pais, accidentes, guerras, violación, atraco abandono na infancia, divorcio conflitivo dos pais, ruína económica)
4.4.2. A aprendizaxe, a motivación e os procesos psicolóxicos
4.4.3. Carecer de adecuadas habilidades de afrontamento, sociais e relacionais
4.4.4. Os procesos cognitivos: crenzas, expectativas e distorsións cognitivas
4.4.5. Incerteza
4.4.6. Os cambios psicolóxicos da adolescencia
4.4.7. Problemas internalizantes e externalizantes
4.4.8. Ciclo do desenvolvemento inadecuado (nenez, adolescencia, adultez, senectude)
4.5. A interacción dos factores bio-psico-sociais na persoa
Referencias

Capítulo 5
A saúde mental na contorna laboral 141

5.1. Saúde mental e traballo, nos informes internacionais e nacionais
5.1.1. Informes internacionais
5.1.1.1. Informes da Organización Mundial da Saúde e da Organización Panamericana da Saúde
5.1.1.2. Informe do Surgeon General norteamericano
5.1.1.3. Informes da Unión Europea
5.1.1.4. Informe ESENER sobre riscos psicosociais e saúde no traballo
5.1.2. Informes nacionais
5.1.2.1 Informes do Ministerio de Sanidade
5.1.2.2. Informes do Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo
5.1.2.3. Informes de organizacións sindicais, empresariais e asociacións de saúde mental
5.1.2.4. Informe do Consello Económico e Social de España
5.1.3. Informes autonómicos
5.1.3.1 Informes do Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia
5.1.3.2. Posición dos sindicatos maioritarios e asociacións de empresarios de Galicia
5.2. Factores de risco e de protección laboral para a saúde mental
5.3. Principais problemas de saúde mental no traballo
5.4. A prevención de riscos psicosociais e o Servizo de Vixilancia da Saúde
5.5. Incapacidade laboral temporal ou permanente e saúde mental
5.6. Persoas con discapacidade e saúde mental

5.7. O tratamento dos problemas de saúde mental
5.8. Como mellorar a saúde mental na contorna laboral
Referencias

Capítulo 6
Novos problemas e factores facilitadores da situación da mental actual 179

6.1. A globalización e a súa incidencia nas persoas
6.2 O acelerado cambio das últimas décadas
6.3. O estrés e as súas dificultades para afrontalo
6.4. A incidencia nas persoas dos novos reforzadores e a súa difusión masiva: drogas, novas tecnoloxías, acceso a bens e servizos, lecer e tempo libre, etc.
6.5. Internet, redes sociais e saúde mental
6.6. Malestar psicolóxico ou emocional como preludio dos problemas de saúde mental
6.7. A cronicidade de distintos trastornos mentais
6.8. Envellecemento da poboación e incremento dos trastornos mentais
6.9. A necesaria atención aos grupos vulnerables
6.10. O custo sanitario, laboral, social e familiar dos trastornos mentais
6.11. A maior incidencia no medio laboral dos actuais problemas de saúde mental
Referencias

Capítulo 7
Os trastornos mentais e do comportamento máis relevantes 201

7.1. Os trastornos mentais e do comportamento
7.2. Esquizofrenia e trastornos psicóticos
7.3. Trastornos de ansiedade
7.4. Trastornos do estado de ánimo (depresión e trastorno bipolar)
7.5. Trastornos por consumo de substancias psicoactivas e outras adiccións
7.6. Trastornos infanto-xuvenís e do do neurodesenvolvemento
7.7. Trastornos do comportamento alimenticio
7.8. Os trastornos de personalidade e trazos relacionados
7.9. Outros trastornos
Referencias

Capítulo 8
A atención á saúde mental en Galicia 223

8.1. O Sistema Sanitario Público e os seus dispositivos asistenciais
- 8.1.1. A demanda da saúde mental en Atención Primaria
  - 8.1.1.1. Equipos de atención primaria
  - 8.1.1.2. Servizos de urxencias/Puntos de Atención Continuada (PAC)
  - 8.1.1.3. Manexo dos principais problemas de saúde mental nas consultas de Atención Primaria
- 8.1.2. A atención especializada en Saúde Mental
  - 8.1.2.1. Programa de enlace Atención Primaria-Hospitalaria
  - 8.1.2.2. Urxencias de Psiquiatría
    - 8.1.2.2.1 O programa Acougo

8.1.2.3. Unidade de Saúde Mental de Adultos (USM)
8.1.2.4. Unidade de Saúde Mental Infanto-xuvenil (USM IX)
8.1.2.4.1. Unidade de Atención Temperá
8.1.2.5. Unidade de Psicoxeriatría
8.1.2.6. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos (Breve)
8.1.2.7. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Xuvenil
8.1.2.8. Hospital de Día de Adultos
8.1.2.9. Hospital de Día Infanto-Xuvenil
8.1.2.10. Unidade Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica
8.1.2.10.1. Unidade de Media Estancia (Subagudos, Rehabilitación Psiquiátrica, Coidados de Rehabilitación)
8.1.2.10.2. Unidade de Longa Estancia ou Unidade de Coidados Especiais de Rehabilitación
8.1.2.11. Programa de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio
8.1.2.12. Unidade de Continuidade de Coidados
8.1.2.13. Programa de Atención Sociosanitaria
8.1.2.14. Programa de Interconsulta e Enlace Hospitalario en Psiquiatría
8.1.2.15. Centros de Orientación Familiar (COF)
8.1.2.16. Programas específicos (autismo, primeiros episodios psicóticos, disforia de xénero)
8.1.2.17. Unidade de Prevención de Condutas Suicidas
8.1.2.18. Unidade de Trastornos da Conduta Alimentaria
8.1.2.19. Unidade de Apoio Socio-Comunitario para a Atención ao Trastorno Mental Grave (Pisos protexidos, vivendas de transición e unidades residenciais)
8.2. A Rede de Trastornos Adictivos de Galicia
8.3. A atención privada á saúde mental: desde as consultas privadas á atención hospitalaria
8.4. A atención prestada polas asociacións de saúde mental
8.5. Papel dos familiares e coidadores dos pacientes con trastornos mentais
8.6. As persoas con trastornos mentais que non buscan axuda
Referencias

Capítulo 9
Retos actuais relevantes en saúde mental 253

9.1. Ética e saúde mental
9.2. Os dereitos do paciente con trastornos mentais
9.3. A estigmatización e discriminación dos pacientes de saúde mental
9.4. Mellorar o coñecemento da poboación sobre os trastornos mentais: a alfabetización en saúde mental
9.5. Uso de novas tecnoloxías en saúde mental
9.6. O desenvolvemento e acceso a novos tratamentos en saúde mental
9.7. Introducir programas innovadores para a saúde mental
9.8. A problemática das listas de espera
9.9. O incremento do custo sanitario e social dos trastornos mentais
Referencias

Capítulo 10
Como previr os trastornos mentais e mellorar a saúde mental 271

10.1. A prevención en saúde mental
10.2. A prevención da depresión
10.3. A prevención do suicidio
10.4. A prevención dos trastornos de ansiedade
10.5. A prevención en drogodependencias e adiccións comportamentais
10.6. A prevención dos trastornos da infancia e da adolescencia
10.7. A prevención da psicose
10.8. A prevención o ámbito laboral
10.9. Como potenciar a prevención en saúde mental

Capítulo 11
Como mellorar a accesibilidade e o tratamento dos trastornos mentais e do comportamento 295

11.1. A accesibilidade aos servizos de saúde mental
11.2. O necesario incremento dos profesionais e servizos de saúde mental
11.3. Os tratamentos en saúde mental son eficaces e custo-efectivos
11.4. A multidisciplinariedade, interdisciplinariedade e coordinación en saúde mental
11.5. Perspectiva de futuro desde a situación actual
Referencias

Capítulo 12
Recomendacións 311

1. A nivel social
2. A nivel sanitario
    2.1. En atención primaria
    2.2. En atención especializada á saúde mental
    2.3. Noutros recursos asistenciais
3. A nivel laboral

Resumen executivo

Capítulo 1
A saúde mental como un grave problema sanitario e social

A Organización Mundial da Saúde (OMS) definiu a *saúde* como "un estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades" e a *saúde mental* como "un estado de benestar no cal cada individuo desenvolve o seu potencial, pode afrontar os estresores vitais, pode traballar de forma produtiva e frutífera, e pode achegar algo na súa comunidade". Polo tanto, a saúde non é solo física senón tamén mental.

A saúde mental é hoxe unha preocupación social dada a súa alta prevalencia e a importante carga de enfermidade e discapacidade que produce. Ademais, non podemos esquecer que a pandemia producida polo covid-19 e a post-pandemia incrementaron e agravaron os problemas de saúde mental xa existentes, sobre todo os de ansiedade e depresión.

Na actualidade o estado do benestar oriéntase ao desenvolvemento de políticas e programas públicos destinados a garantir as necesidades básicas de benestar dos cidadáns. En España, o estado do benestar susténtase en tres piares: educación, pensións e sanidade, engadíndose máis recentemente a atención ás persoas en situacións de dependencia. A el dedícase o 23,1% do PIB, aínda que está por debaixo da media da Unión Europea, que é do 26,7%.

A atención á saúde mental en Galicia non difire moito do resto das comunidades autónomas, con algunhas pequenas diferenzas. Polos datos da prevalencia dos trastornos mentais, número de profesionais, recursos, etc., non estamos na situación ideal nin en España nin en Galicia, pero hoxe hai un ambiente favorable para que se mellore a asistencia á saúde mental.

Capítulo 2
Que din os informes internacionais, nacionais e de Galicia sobre a saúde mental?

A OMS elaborou distintos informes sobre a saúde mental. Neles indícase que as taxas dos trastornos máis frecuentes, a depresión e a ansiedade, aumentaron un 25% durante o primeiro ano da pandemia do covid-19, sumándose aos xa case 1.000 millóns de persoas que sufrían algún trastorno mental antes da mesma. Dentro dos factores que se relacionan coa saúde mental están os individuais, familiares, comunitarios e estruturais. Respecto aos trastornos máis relevantes, ademais da depresión e ansiedade, destaca a esquizofrenia. O custo dos trastornos mentais é enorme, incluíndo perdas de produtividade e outros custos indirectos. Asemade, unha importante preocupación da OMS é a prevención do suicidio. Tamén, nos últimos anos dáse unha gran relevancia ao lugar de traballo en relación á saúde mental.

Todo isto foi operativizado pola OMS no seu plan de acción integral sobre saúde mental, elaborado en 2012 e actualizado en 2022, no "*Plan de acción integral sobre saúde mental 2013-2030"*. Tamén no ano 2023 a Comisión Europea aprobou a "*Comunicación da Comisión da UE ao Parlamento Europeo, ao Consello, ao Comité Económico e Social Europeo e ao Comité das Rexións sobre un enfoque global da saúde mental*. Nela recóllense os aspectos máis destacados da situación da saúde mental na UE e as medidas que hai que tomar para mellorala. Isto levou a que o Parlamento Europeo aprobase en 2023 o *Informe sobre Saúde Mental*.

O Ministerio de Sanidade de España en 2021 aprobou a *Estratexia de Saúde Mental* para o período 2022-2026 por parte do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, actualizando as previas. E, no ano 2025 aprobouse o Plan de Acción de Saúde Mental para os anos 2025-2027 do Ministerio de Sanidade, xunto co Plan de Acción para a Prevención do Suicidio.

Xunto ó anterior, nestes anos publicáronse distintos informes sobre a saúde mental en España, por parte de organismos ou asociacións, como a Confederación Saúde Mental España e a Mutua Madrileña, a Confederación de Saúde Mental de España, o Consello Xeral de Colexios Farmacéuticos, e o Libro branco da psiquiatría en España entre outros. En todos queda clara a relevancia da saúde mental e da necesidade de prestarlle máis atención.

En Galicia contamos con distintos plans de saúde mental, sendo de referencia o *Plan de saúde mental poscovid* da Xunta de Galicia de 2020 e a Estratexia Sergas 2020, para o ámbito da saúde mental. En todos eles indícase a necesidade de avanzar en aspectos como: mellorar a atención aos distintos trastornos mentais, incluíndo grupos como o da infancia e adolescencia e persoas maiores, dar axeitadas respostas asistencias e incrementar os recursos para a saúde mental.

Capítulo 3
A saúde mental en Galicia: comparativa con España e outros países

Hai catro trastornos en adultos que aparecen como os máis prevalentes en adultos, os trastornos depresivos, de ansiedade, adictivos e a esquizofrenia. Hai moitos outros, pero o seu nivel de prevalencia é menor. Na infancia e adolescencia predominan os trastornos de ansiedade, os depresivos, o trastorno por déficit de atención con hiperactividade (TDAH), os trastornos de conduta, os trastornos da conduta alimentaria e os trastornos do espectro autista (TEA). Tamén ten gran relevancia na adolescencia o inicio no consumo de substancias e a aparición de problemas derivados do mesmo.

Dispoñemos de estudos de prevalencia dos trastornos mentais en distintos países. Así, no do SAMHSA do Ministerio de Saúde norteamericano, elaborado en 2022, un 23,1% da poboación xeral tería algún trastorno mental no último ano. En adolescentes de 12 a 17 anos un 19,5% tivo un episodio depresivo maior nos últimos 12 meses e un 24,7% destes menores tiveron conxuntamente un episodio depresivo maior e un trastorno por consumo de substancias. Ademais, un 6,5% destes mozos fixo plans de suicidio e un 3,7% tentou suicidarse. Noutras enquisas norteamericanas, como a do NHIS, feita en 2020, o 20,3% dos adultos recibiu algún tratamento de saúde mental nos últimos 12 meses. A prevalencia dos trastornos mentais é maior en mulleres (25,6%) que en homes (14,6%) e, os que viven en zonas rurais teñen máis problemas de saúde mental: 19,3% en cidades, 21,4% en poboacións medias ou pequenas e un 21,7% en non metropolitanas.

No Canadá, os datos da *Mental Health and Access to Care Survey* de 2022, en persoas de 15 ou máis anos, mostran un claro incremento dos trastornos mentais entre o ano 2012 e o 2022 (ex., episodio depresivo maior: 4,7 vs. 7,6%; trastorno de ansiedade xeneralizada: 2,6 vs. 5,2%).

En Australia, no estudo do *National Study of Mental Health and Willbeing*, de 2023, en persoas de 16 a 85 anos, un 43% experimentou un trastorno mental ao longo da súa vida e un 22% no último ano. En persoas de 4 a 17 anos, nos últimos 12 meses, tiñan un 7% de TDAH , un 7% de trastornos de ansiedade, un 3% de trastorno depresivo maior e un 2% de trastorno de conduta.

Outros estudos feitos en Europa indican resultados na mesma liña. O Eurobarómetro sobre saúde mental durante a pandemia indicou que durante a mesma o

46% dos europeos experimentaron problemas emocionais ou psicosociais e con carencia de recursos para atender as demandas de saúde mental.

Para España dispoñemos de distintos informes sobre a prevalencia dos trastornos mentais. A enquisa de referencia é a feita en 2017 polo Instituto Nacional de Estatística (INE), a *Enquisa Nacional de Saúde*. Nela un 10,8% da poboación de 15 ou máis anos padecía un trastorno mental, sendo os máis prevalentes a ansiedade e a depresión. Un 9,1% das mulleres e un 4,3% dos homes indicaron que padecían ansiedade crónica, e un 9,2% de mulleres e un 4% de homes depresión. Asturias e Galicia teñen as prevalencias máis altas de trastornos mentais. Os datos en Galicia son dunha prevalencia do 16,2% en homes e un 21,9% en mulleres, nas persoas de 65 ou máis anos un 31,3% indicou ter deterioro cognitivo e, na poboación infanto-xuvenil, un 1,8% tiña trastornos de conduta (incluíndo a hiperactividade), un 0,6% outros trastornos mentais (ansiedade, depresión) e un 0,6% TEA. Galicia ocupa o segundo posto, despois de Asturias, cun 9,5% da poboación que consume antidepresivos, e o primeiro no consumo de tranquilizantes, relaxantes e pastillas para durmir, cun 16,7% da poboación. Ademais, un 5,4% acudiu ao psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra nos últimos 12 meses (7,9% mulleres, 3,2% homes).

Tamén destaca a *Enquisa Europea de Saúde en España* de 2022, do Ministerio de Sanidade, onde se recolle que un 34% da poboación padeceu na vida algún problema de saúde mental, sendo esta porcentaxe maior nos grupos de maior idade: nos de 50 ou máis anos increméntase ata o 40% e nos de 85 e máis anos ata o 50%. Os trastornos máis frecuentes rexistrados na historia clínica de atención primaria son os de ansiedade (10,7%), soño (8,2%) e depresión (4,8%) e, en menores de 25 anos, os trastornos de ansiedade (3,3%), trastorno específico de aprendizaxe (2,9%) e problemas hipercinéticos (2,5%).

Na mesma liña, no *Rexistro de problemas de saúde mental en atención primaria*, os datos de 2021, que coinciden cun dos períodos de confinamento pola pandemia do covid-19, un 12,7% tiña un trastorno de ansiedade (16,5% mulleres; 8,7% homes); un 4,7% depresión (6,6% mulleres; 2,7% homes); un 7,9% presentaba un trastorno de soño (8,4% mulleres; 7,4% homes) e un trastorno hiperactivo o 0,77% (0,39% mulleres, 0,16% homes). Vese un incremento significativo dos trastornos mentais atendidos en atención primaria, de 2017 a 2021..

En relación coa conducta suicida en Europa o número de suicidios aumenta coa idade. O nivel máis alto teno Estonia (21,1 mortes por 100.000 habitantes), seguida de Eslovenia (19,8) e Hungría (15,8). As taxas máis baixas son as de Chipre (2,7), seguida de Grecia (4,2) e Italia (5,9). España está nunha situación media baixa, sendo Asturias e Galicia as comunidades con taxas máis altas (11 e 10,9 por 100.000 habitantes, respectivamente). En España en 2023 houbo 4.116 suicidios.

Tamén dispoñemos doutras enquisas representativas, como son as do Plan Nacional sobre Drogas, sobre consumo de drogas en poboación escolarizada, adulta e laboral; enquisas do Centro de Investigacións Sociolóxicas sobre a saúde mental e o covid-19 e distintos estudos en estudantes universitarios.

En Galicia dispoñemos dun estudio do ano 2017, en adultos, onde un 21,6% tiveron algún trastorno mental ao longo da súa vida, sendo do 7,4% nos últimos 12 meses. Os trastornos máis prevalentes son os trastornos do estado de ánimo (9,9% algunha vez na vida e 3,7% nos últimos 12 meses), os trastornos de ansiedade (5,7% e 3,1%) e trastorno por consumo de substancias (10,5% e 1,7%). Respecto á ideación suicida, para algunha vez na vida, un 4,3% tiveron pensamentos suicidas, un 1,3% un plan suicida e un 1,2% intentos de suicidio. Outro aspecto relevante en Galicia, polo envellecemento da poboación, é o deterioro cognitivo e os trastornos relacionados co mesmo.

Capítulo 4
As causas do incremento dos problemas de saúde mental

Son varias as causas que explican os problemas de saúde mental, é dicir, por que unhas persoas desenvolven trastornos mentais ao longo da vida. Avalíanse factores xenéticos e biolóxicos, factores culturais, sociais, familiares, ambientais, ecolóxicos, escolares, socioeconómicos, laborais e rede de apoio social, e factores psicolóxicos.

Dentro dos factores biolóxicos e xenéticos destaca a esquizofrenia, onde o risco de padecela en xemelgos univitelinos é do 48%, en bivitelinos do 17%, en familiares de primeiro grao do 9%, de segundo grao do 4% e do 1% para os non emparentados. Outros estudos indican, no caso do consumo de drogas, que a carga hereditaria está entre o 33 e o 54%, que é unha porcentaxe similar ó peso do ambiente. Hoxe en día sabemos que hai moitos xenes implicados nos distintos trastornos mentais.

Outro relevante factor biolóxico é a maduración fetal, e os danos fetais no embarazo ou no nacemento. Dentro do proceso madurativo do cerebro están implicados os circuítos cerebrais, distintos neurotransmisores, as hormonas e o consumo de drogas e medicamentos por parte da nai. Todo iso inflúe no desenvolvemento fetal e no resultado posterior. Así, o consumo de drogas por parte da nai relaciónase coa presenza de problemas de saúde mental e co consumo de drogas posteriormente nos seus fillos. Especificamente, o papel do consumo de alcol e dos psicoestimulantes é moi relevante na muller embarazada.

Trastornos tan prevalentes como os depresivos, de ansiedade, ou o estrés, poden estar asociados á desnutrición, mala alimentación ou inseguridade alimentaria. Asemade, a exposición a distintas substancias tóxicas que entran no organismo coma metais pesados, químicos que alteran o sistema endócrino e pesticidas, están relacionados con trastornos mentais en nenos.

Nos últimos anos o estudo da microbiota e da inflamación cobrou unha gran relevancia tanto para distintas enfermidades físicas como para varios trastornos mentais. As alteracións da microbiota relaciónanse coa inflamación, incluso varios estudos relacionan a depresión cun trastorno inflamatorio.

O estrés afecta directamente á saúde a través de respostas automáticas e neuroendocrinas e, indirectamente, producindo trastornos. O estrés crónico causa problemas de saúde física e mental. Produce respostas biolóxicas e psicolóxicas. Entre as biolóxicas están cambios hormonais, do sistema cardiovascular, metabólico ou neuroendocrino. Nunha situación de estrés actívanse dous sistemas: o SAM (simpático-adrenal-medular) e o HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal). O cortisol é a principal hormona efectora primaria do sistema de resposta ó estrés do eixo HPA.

Na saúde mental, os neurotransmisores e, en xeral o cerebro humano, teñen un papel central. O balance entre os diferentes neurotransmisores é fundamental para manter a estabilidade das redes neurais que sustentan as nosas capacidades cognitivas, emocionais e condutuais.

Diversas enfermidades orgánicas e o uso de determinados medicamentos, non directamente vinculados con trastornos mentais, tamén poden desencadear ou exacerbar síntomas neuropsiquiátricos de depresión, ansiedade e mesmo psicose. Enfermidades como as relacionadas co sistema endocrino (ex., alteracións da glándula tiroide), sistema inmunolóxico (ex., o lupus eritematoso sistémico), sistema metabólico e carencial (ex., deficiencia de vitamina B12), sistema dixestivo (ex., cirrose hepática), sistema renal (ex., insuficiencia renal), sistema nervioso (ex., enfermidades como a epilepsia), enfermidades neurodexenerativas (ex., Parkinson), trastornos xerais e infeccións sistémicas (ex.,

neumonía) ou a dor crónica. No caso dos fármacos que poden ocasionar ou exacerbar alteracións neuropsiquiátricas destacan os corticosteroides, betabloqueantes, e opioides, entre outros.

As experiencias infantís adversas xa inciden negativamente na etapa prenatal e posteriormente na nenez e adolescencia, chegando os seus efectos ata a adultez (e mesmo a vellez). Os eventos traumáticos na infancia incrementan a probabilidade de ter un trastorno mental posteriormente e asócianse cun maior risco de padecer trastornos como depresión, ansiedade e abuso de substancias, entre outras.

A adolescencia é un período de transición único no que converxen cambios físicos, psicolóxicos e sociais. O estudo deste proceso é esencial para entender porque moitas patoloxías psiquiátricas, como a depresión, a ansiedade e algúns trastornos do comportamento, teñen a miúdo os seus primeiros síntomas ou agrávanse durante a mesma. Nel están presentes o sistema endocrino, o desenvolvemento cerebral, o sistema límbico, o ciclo do soño, sen obviar o papel da xenética. Ademais, nesta etapa da vida están especialmente expostos a factores de estrés psicosocial (ex., presión de grupo).

Hai distintos factores ambientais e sociais relacionados coa saúde mental. Dentro dos factores culturais, familiares e de crianza son de gran relevancia o tipo de cultura (normas sociais, sistema socioeconómico, relixión, características específicas desa cultura), a socialización e o estilo de crianza, a desorganización familiar, a falta de proxenitores e nivel de apego, os malos tratos infantís e experiencias infantís adversas, a historia familiar de consumo de drogas ou ter un trastorno mental os pais, a carencia de oportunidades ou incerteza (reais ou subxectivas), o alto nivel de estrés social e a existencia de eventos vitais estresantes, xunto coas redes sociais de Internet,

Dentro dos factores ambientais e ecolóxicos están o ambiente físico (urbanización, polución por ruído e lumínica, temperatura, espazos verdes, cambio climático, etc.), variables sociodemográficas (sexo, xénero, idade, nivel económico e estudos), o lugar de residencia e o cambio frecuente de vivenda, escola ou traballo (mobilidade). Dentro dos factores escolares temos a calidade da escola e clima social positivo, as expectativas académicas e de futuro adquiridas na escola, o estrés escolar pola presión académica, o fracaso escolar ou abandono temperán da escola, a violencia escolar e o bullying. Por último, respecto aos factores socioeconómicos e laborais relaciónase coa mala saúde mental o baixo nivel de ingresos e baixa renda per cápita familiar, o desemprego, a pobreza, ter débedas, e o acoso e estrés laboral. En cambio, contar cun adecuado apoio social está asociado cunha mellor saúde mental.

Dentro dos factores psicolóxicos temos varios relacionados coa saúde mental, como a presenza de trauma agudo e crónico, como os casos de abuso físico, psicolóxico ou sexual, morte dun ou ambos pais, accidentes, guerras, violación, atraco, abandono na infancia, divorcio conflitivo dos pais ou a ruína económica; ou os procesos de aprendizaxe, a motivación e outros procesos psicolóxicos, que se relacionan directamente coa saúde mental.

A personalidade, definida como patróns característicos e distintivos de pensamento, emoción e conduta que definen un estilo persoal do individuo de interactuar co ambiente físico e social, abarca os comportamentos habituais do individuo, o seu modo de ver a realidade e as súas emocións e motivacións, é relevante a nivel clínico dado que incide tanto na saúde física como mental. Os trazos de estabilidade emocional e conciencia asócianse a ter unha mellor saúde física e mental.

O estrés psicolóxico ten unha gran relevancia nos trastornos mentais, a través dos estresores vitais ou eventos vitais estresantes. Son moitos os existentes, aínda que varían pola súa relevancia (ex., non é o mesmo a perda de emprego que a morte da parella cando é nova). O estrés pode producir dende reaccións de medo ou pánico ata trastornos

psicóticos ou trastorno de estrés postraumático. O estrés psicolóxico asóciase significativamente coa presencia de baixas laborais, o cal é un problema importante tanto para os traballadores como para as empresas.

Dentro dos procesos cognitivos relacionados co desenvolvemento e mantemento de distintos trastornos mentais destacan as crenzas, as expectativas e os nesgos cognitivos. As *crenzas* permítennos crear a nosa realidade subxectiva e manexar a información discordante que recibimos. As crenzas disfuncionais relaciónanse con distintos trastornos mentais (ex., na depresión ou no trastorno de estrés postraumático). As *expectativas* son un elemento cognitivo que lle permite á persoa anticipar ou esperar un evento particular. Son as crenzas sobre que ocorrerá ao levar a cabo certa conduta, poden ser positivas ou negativas, e derívanse dos coñecementos e esquemas sobre o mundo que ten a persoa. Os *nesgos cognitivos* teñen unha gran relevancia nos xuízos que facemos e na toma de decisións, especialmente en situacións de incerteza. Os nesgos non seguen as regras da lóxica nin dun pensamento racional e baséanse nas nosas intuicións.

A incerteza é un estado desagradable no que a persoa ten unha preocupación, un problema ou debe tomar unha decisión, pero non é capaz de facelo ao non poder prever claramente as súas consecuencias. Asociase coa presenza de problemas de saúde mental, independentemente da etapa da vida..

Por último, dentro dos factores psicolóxicos, destaca o desenvolvemento psicolóxico que vai paralelo ao físico, emocional e social ao longo de toda a adolescencia, sendo esta unha etapa determinante na aparición de moitos trastornos mentais e o inicio no consumo de drogas.

Capítulo 5
A saúde mental na contorna laboral

Aínda que o interese pola saúde mental a nivel laboral ten unha longa historia, a partir da pandemia producida polo covid-19, co consecuente confinamento e cambio nas condicións laborais (sobre todo coa potenciación do teletraballo e dos ERTES), é cando se incrementa considerablemente o interese pola mesma. O estrés laboral é un problema ao que se lle prestou atención tradicionalmente no campo laboral, existindo normativas orientadas a reducilo. Sabemos que os cambios nas condicións laborais, non sempre as desexadas ou as esperadas, poden levar a un incremento do estrés, un maior malestar, un menor rendemento laboral e máis enfermidades físicas e trastornos mentais.

Neste anos elaboráronse informes relevantes da incidencia da saúde mental a nivel laboral, como os da OMS, o *Surgeon General* norteamericano, a Unión Europea, o Ministerio de Sanidade, o Ministerio de Traballo e Seguridade Social, o Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo, e organizacións sindicais, empresariais e do Consello Económico e Social de España.

A OMS na súa guía máis recente indica que o 15% dos traballadores adultos teñen un trastorno mental ao longo da súa vida, fundamentalmente depresión ou ansiedade. A presenza destes trastornos carrexa un elevado custo debido ás baixas laborais. Destaca tamén o informe da Organización Panamericana da Saúde "*Saúde para todos: transformar a economía para que proporcione o que importa. Informe final do Consello sobre Aspectos Económicos da Saúde para Todos*". Considera que a saúde, as desigualdades e a emerxencia climática son as tres principais crises do noso tempo, indicando a necesidade de adoptar medidas preventivas para abordar os determinantes sociais e económicos da saúde, insistindo en que facelo é un investimento, non un custo.

A Unión Europea (UE) vén prestando moita atención á saúde mental en relación ao mundo laboral. A Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-

OSHA) no informe ESENER achega datos sobre a percepción e xestión dos riscos psicosociais nas empresas europeas. Entre os seus principais achados destaca que unha alta porcentaxe de empresas recoñece a existencia de problemas relacionados co estrés laboral, o acoso e a violencia no traballo, aínda que existe unha importante variabilidade segundo o sector, tamaño empresarial e país.

Dispoñemos tamén de varios informes nacionais. Nos do Ministerio de Sanidade sempre se incluía algunha referencia á saúde mental dentro da incidencia dos problemas de saúde por cuestións laborais. Pero destaca o informe do ano 2022 onde recoñece que o mundo laboral é moi importante na vida das persoas, dado o elevado número de horas que nos ocupa o traballo, e apunta como máis relevantes o estrés e os riscos psicosociais. Os novos cambios que se produciron a nivel laboral nos últimos anos, acelerados pola pandemia do covid-19, levaron a un incremento destes dous factores e, por tanto, a máis problemas de saúde mental.

Desde a Vicepresidencia segunda do Goberno, Ministerio de Traballo e Economía Social elaborouse un informe no ano 2023, sobre a relación entre a precariedade laboral e a saúde mental. Este informe adoece da escasa participación de expertos do campo sanitario e laboral, do mesmo xeito que no comité científico-social externo. O marco global do informe é reducir a precariedade laboral, asumindo que esta é a "causa", ou "única causa" dos problemas de saúde mental.

A saúde mental vén sendo un tema de preocupación por parte de distintos sectores sociais, proba diso son as organizacións sindicais e empresariais. Así, tanto a Unión Xeral de Traballadoras e Traballadores (UXT), como Comisións Obreiras (CCOO), e a Confederación Intersindical Galega (CIG), elaboraron en anos recentes documentos sobre a saúde mental no traballo facendo propostas para a súa mellora. Na mesma liña, o Consello Económico e Social de España elaborou un amplo informe "*O sistema sanitario: situación actual e perspectivas para o futuro*" suxerindo varias accións que habería que poñer en práctica en saúde mental.

Tamén temos varios informes autonómicos. Así, o Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia (ISSGA) céntrase na seguridade e saúde laboral co obxectivo de reducir ou eliminar os riscos laborais, dispoñendo dalgúns datos de partes de accidentes de traballo, enfermidades profesionais da Seguridade Social e das patoloxías non traumáticas causadas ou agravadas polo traballo.

O consenso sobre a necesidade de tomar medidas para o coidado da saúde mental no traballo queda clara na enquisa que contestaron en Galicia tanto os sindicatos máis representativos no ámbito galego (CIG, CCOO, UXT) como a Confederación de Empresarios de Galicia. Nela recóllese a gravidade dos problemas de saúde mental en Galicia, o seu claro incremento nos últimos anos, en parte polo cambio do tipo de traballo, a necesidade de prestarlle máis atención e medios á saúde mental e que se potencie a prevención dos trastornos mentais no eido laboral. Tamén recollen a necesidade de que se lle de máis peso ós Servizos de Vixilancia da Saúde.

O anterior debe facerse tendo en conta os factores de risco e de protección no eido laboral para a saúde mental. Por exemplo, son factores de risco no traballo determinados factores persoais e sociais, as características do posto de traballo e factores socioeconómicos. E son factores de protección ter traballo e identificarse con el.

A prevención dos riscos psicosociais é un eixo fundamental na prevención da saúde mental. É relevante coñecer as causas do estrés laboral, xestionar e evitar os riscos para a saúde mental existentes no lugar de traballo, informar sobre a abordaxe da saúde mental e o benestar identificando os perigos, avaliando os riscos e as medidas de control, notificación dos riscos, cualificación do persoal, ter claras as responsabilidades do sistema de saúde, xestión adecuada dos recursos humanos, e promover a saúde,

rehabilitación e retorno ao traballo, xunto coa igualdade e a loita contra a discriminación. En España dispoñemos de normas legais para elo, como o Estatuto dos Traballadores e a Lei de Prevención de Riscos Laborais.

Todo o anterior faise nas empresas a través do Servizo de Vixilancia da Saúde para mellorar a saúde no traballo e as condicións laborais para que as persoas non desenvolvan problemas de saúde. Unha das súas funcións é observar e corrixir condicións de traballo que poidan levar a unha mala saúde, incluída a saúde mental.

As incapacidades dos traballadores están recollidas na lexislación vixente, como é o Estatuto dos Traballadores, a Lei de Prevención de Riscos Laborais, a Lei da Seguridade Social, e outras normas desenvolvidas a partir das mesmas. Pola súa relevancia temos moitas guías sobre a incapacidade laboral (ex., Instituto Nacional da Seguridad Social). Nelas, un apartado sempre está dedicado aos trastornos mentais, tendo algúns deles un período longo de tempo de incapacidade.

Polo tanto, a contorna laboral pode ser unha fonte de satisfacción, pero tamén de problemas. Un dos factores clásicos vinculados coa mala saúde mental e co xurdimento de problemas, patoloxías e enfermidades físicas, é o estrés laboral. De aí a necesidade de ter programas específicos para reducilo. Outros problemas que nos últimos anos están a ser foco de atención no eido laboral son o *mobbing* (acoso moral, acoso psicolóxico), o *burnout* (síndrome de estar queimado polo traballo), a problemática do traballo a quendas, o teletraballo e a ergodependencia (estrés que sofre o traballador polo seu tipo de emprego que lle obriga a facer unha actividade tan intensa que non pode descansar adecuadamente durante longos períodos de tempo). Outro aspecto para ter en conta é a preocupación que o traballador pode ter respecto a demandar tratamento por problemas de saúde mental cando o precisa, en canto ao que dirán, ao estigma ou mesmo a que poida perder o posto de traballo, a pesar de estar protexido pola normativa existente. Igualmente, é preciso ter en conta, dada a súa relevancia no contexto laboral, o proceso de incorporación laboral despois de ter un problema de saúde mental.

Por último, o absentismo laboral por incapacidade temporal en España presenta unha alta concentración nun pequeno grupo de persoas traballadoras. O 16,6% do total de persoas empregadas do Réxime Xeral acumulou o 69,6% dos procesos de baixa e o 64,5% das xornadas perdidas en 2023. Do mesmo xeito, hai dificultade para cubrir vacantes en determinados sectores. Isto implica, cando hai unha vacante ou unha baixa, unha intensificación da carga laboral para o resto do persoal, en moitos casos ante a imposibilidade de cubrir tal praza, o que pode agravar os riscos psicosociais pre-existentes e tamén os problemas de saúde mental, neste caso tanto agravalos como precipitalos.

Capítulo 6
Novos problemas e factores facilitadores da situación da saúde mental actual

Asistimos nos últimos anos a presenza de novos problemas e factores facilitadores do incremento dos problemas de saúde mental. Un exemplo é a globalización. O fenómeno máis visible dela é Internet, que permite a rápida difusión mundial, afectando a contextos diversos como é a economía, a tecnoloxía, novas formas de comunicación e incluso ir cara a un pensamento único e cambios no papel do estado tradicional.

En relación coa saúde mental a globalización apréciase nas sociedades desenvolvidas polo incremento da diversidade étnica e cultural, sobre todo pola inmigración cara aos países máis desenvolvidos. Nos países con baixo nivel de desenvolvemento ou en vías de desenvolvemento, a relación entre saúde mental e globalización é máis complexa, cunha gran incidencia negativa nas zonas rurais, maior incidencia nos mozos e nos países asiáticos.

O fenómeno da globalización témolo presente en Galicia, onde estamos a sufrir un cambio importante en poucas décadas, pasando de vivir as persoas maioritariamente na zona rural a zonas urbanas, con cambios no mercado laboral e co paulatino paso da economía baseada na pesca, agricultura e gandería á industrialización, servizos e outros traballos.

Aos clásicos determinantes sociais dos problemas de saúde mental como as condicións socioeconómicas, acceso á educación, desigualdade, violencia, illamento, estigma, condicións de vivenda, etc., únense novos condicionantes como son a hiperconectividade dixital, o cambio climático, a sobrecarga de información, a polarización política, a diminución da privacidade, o traballo en remoto e a perda dos límites coa vida privada, a exposición a contidos impactantes, as expectativas sobre a autoimaxe, etc. Tamén afectan outros cambios centrados nas dinámicas laborais, cun aumento no traballo en remoto e a economía colaborativa.

O estrés é unha das principais problemáticas da sociedade actual. Entre os seus factores de influencia atópanse o ritmo de vida acelerado e a constante adaptación ós cambios; a sobrecarga laboral, en ocasións caracterizada por horarios extensos, inseguridade pola permanencia e a presión polo rendemento; a tecnoloxía e a conectividade permanente, que inflúen na dispoñibilidade e sobreexposición á información; as esixencias económicas, polo elevado custo da vida, as débedas e a incerteza financeira; e o deterioro das relacións interpersoais pola falta de contacto real e a presión pola imaxe social en redes. Cando o estrés vólvese crónico pode ter efectos prexudiciais na saúde física e mental. Fenómenos como o acoso laboral ou *mobbing* e o *burnout*, ou síndrome de desgaste profesional, inciden negativamente nos traballadores.

Outro aspecto a ter en conta son os cambios no ambiente que estamos a sufrir nos últimos tempos que afectan aos reforzos, a gratificación e o pracer, básicos para a nosa supervivencia, que forman parte do proceso de aprendizaxe que vén modulado de modo importante polo ambiente. Hoxe temos elementos externos novos moi reforzantes, co risco de producir procesos compulsivos ou adictivos. Referímonos ó acceso e posibilidade de consumir drogas que producen adicción; e aos novos e constantes estímulos que recibimos a través de Internet e as redes sociais.

A tecnoloxía mellora a calidade de vida facilitando tarefas diarias, desde a automatización no fogar ata avances en medicina e saúde. A nivel individual, o uso excesivo da tecnoloxía pode xerar adicción, ansiedade, menor capacidade de concentración (diminuíndo a produtividade), de memoria (como o "efecto Google", que é a tendencia a lembrar menos información porque sabemos que está dispoñible en liña) ou illamento social. A constante exposición a datos e estímulos pode xerar estrés e fatiga mental, e a facilidade de acceso a entretemento e recompensas dixitais xera unha gratificación instantánea que pode reducir a tolerancia á frustración.

O uso de Internet e as redes sociais transformou significativamente a forma en que nos comunicamos e accedemos á información. A utilización dos dispositivos móbiles conectados resta tempo a outras actividades saudables e imprescindibles para o correcto desenvolvemento psicoemocional, como actividades deportivas, sociais e, en xeral, actividades ao aire libre.

Un aspecto que cobrou relevancia nos últimos anos, sobre todo no confinamento pola pandemia do covid-19, como posteriormente á mesma, foi o *malestar*, en forma de emocións negativas como medo, tristeza, culpa, enfado, vergoña, etc. É unha advertencia de que podería chegar a desenvolverse un trastorno mental se a intensidade aumenta. O incremento do número de persoas que acoden a atención primaria por problemas de malestar é con frecuencia atendido cunha abordaxe farmacolóxica, en moitos casos inadecuado e ineficaz, sendo o malestar no traballo un tema recorrente. Así, o 27,4% das

persoas atendidas en atención primaria presenta algún problema psicolóxico ou trastorno mental, cunha frecuencia maior en mulleres (30,2%) que en homes (24,4%). Claramente, isto ten un enorme custo e só fai referencia á atención primaria. Os datos do Consello Económico e Social de España (2024) sinalan que o gasto total en saúde mental en España é duns 60.000 millóns de euros ao ano, o que representa un 4,2% do PIB.

Os factores socioculturais, económicos e tecnolóxicos poden agravar ou aliviar os síntomas, afectando á evolución dos trastornos. O ritmo de vida acelerado, con altas esixencias laborais, académicas e económicas, aumenta o estrés crónico. A presión polo éxito e a produtividade constante fai que moitas persoas ignoren os síntomas iniciais dos seus trastornos. Ademais, nalgunhas contornas laborais, o descanso e o autocoidado son vistos como signos de debilidade. A precariedade laboral e a inestabilidade económica poden facer que a ansiedade e a depresión sexan máis persistentes.

Por último, outro novo problema característico das sociedades desenvolvidas é o incremento da esperanza de vida. Isto levou a un maior envellecemento da poboación, á vez que descendeu a natalidade. A OMS sinala que a prevalencia dos trastornos mentais nos adultos de 60 ou máis anos é dun 14%, sendo a depresión e a ansiedade os máis frecuentes. Séguelle logo a demencia. Tamén se atopan neles problemas co consumo de alcol e o insomnio. En Galicia, co noso alto nivel de envellecemento hai máis problemas de demencias, Alzheimer e outros trastornos asociados a esas idades.

Tamén na actualidade son os grupos vulnerables (ex., persoas sen fogar, en situación de pobreza, mulleres que sufriron violencia de xénero) os que teñen maior risco de desenvolver problemas de saúde. Estes grupos sofren máis exclusión social, marxinación e estigma por razóns de saúde, relixión, cultura, etnia, orientación sexual, xénero, discapacidade física ou mental, entre outros, por iso é polo que teñen máis risco de sufrir enfermidades e trastornos mentais.

Capítulo 7
Os trastornos mentais e do comportamento máis relevantes

Os trastornos mentais e do comportamento diagnostícanse con dous sistemas clasificatorios, o DSM-5-TR da Sociedade Americana de Psiquiatría e o CIE-10 ou CIE-11 da Organización Mundial da Saúde. Son equivalentes, aínda que difiren lixeiramente nalgúns trastornos ou síntomas que inclúen. Ambos permiten intercambiar información entre os profesionais. Iso facilita o diagnóstico e o tratamento. O CIE-11 inclúe distintos trastornos nas seguintes categorías:

- Trastornos do neurodesenvolvemento.
- Esquizofrenia ou outros trastornos psicóticos primarios.
- Catatonía.
- Trastornos do estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedade ou relacionados co medo.
- Trastornos obsesivo-compulsivos e outros trastornos relacionados.
- Trastornos especificamente asociados ó estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos do comportamento alimentario.
- Trastorno de eliminación.
- Trastornos de distrés corporal ou da experiencia corporal.
- Trastornos debidos ao consumo de substancias ou a comportamentos adictivos.
- Trastornos do control dos impulsos.
- Trastornos de comportamento disruptivo e disocial.
- Trastornos da personalidade e trazos relacionados.

- Trastornos parafílicos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos mentais ou do comportamento asociados co embarazo, o parto ou o puerperio.
- Síndromes secundarias mentais ou do comportamento asociados con enfermidades ou trastornos clasificados noutra parte.

Dentro dos trastornos mentais adoita facerse unha referencia específica a un grupo de trastornos denominados como *trastorno mental grave* (TMG). Considéranse os seguintes: 1) esquizofrenia, trastornos esquizotípicos e trastornos delirantes, 2) trastorno bipolar, 3) trastorno límite da personalidade e 4) trastorno depresivo recorrente. Todos eles caracterízanse polo seu alto nivel de gravidade, cronicidade e con importante afectación social, familiar e social. Ás veces, tamén se inclúen na categoría de TMG ao trastorno obsesivo-compulsivo, o trastorno de pánico e o trastorno de estrés postraumático.

A continuación, describimos algúns dos trastornos máis prevalentes.

A *esquizofrenia e outros trastornos psicóticos relacionados* son trastornos graves que se caracterizan pola presencia de serias alteracións da percepción e do pensamento, ademais dunha significativa desorganización do comportamento e da personalidade. Caracterízanse pola distorsión do sentido en como perciben a realidade.

Os *trastornos de ansiedade e medo* caracterízanse pola presencia de niveles elevados de ansiedade e por medo excesivo. Inclúese o trastorno de ansiedade xeneralizada, o trastorno de pánico, a agorafobia, a fobia específica, o trastorno de ansiedade social, o trastorno de ansiedade por separación e o mutismo selectivo.

Os *trastornos do estado de ánimo* abarcan dous grandes grupos: os trastornos depresivos e os trastornos bipolares. Defínense segundo os diferentes tipos de episodios de estado de ánimo e como estes se presentan ao longo do tempo. A *depresión* é un dos problemas de saúde máis prevalentes e incapacitantes. Caracterízase por un estado de ánimo baixo persistente que pode manifestarse como tristeza profunda, irritabilidade ou unha sensación constante de baleiro ou por unha perda do interese e pracer en actividades que anteriormente resultaban gratificantes. A isto súmanse unha serie de síntomas cognitivos e condutuais que poden incluír dificultades para concentrarse, cambios no apetito ou o soño, diminución da enerxía, e sentimentos de inutilidade ou culpa. O *trastorno bipolar* é unha alteración do estado de ánimo caracterizada pola presenza de episodios que varían entre estados de euforia (teima ou hipomanía) e estados depresivos.

Os *trastornos debidos ao consumo de substancias psicoactivas e comportamentos adictivos* abarcan unha variedade de patróns de consumo e condutas que poden ter un impacto significativo na vida do individuo, afectando a súa saúde mental, as súas relacións interpersoais e o seu funcionamento en diversas áreas da vida diaria a partires de distintos fenómenos (ex., intoxicación, abstinencia, tolerancia).

Os *trastornos do neurodesenvolvemento* son trastornos que teñen especificamente os nenos e adolescentes . Xorden durante o período do desenvolvemento e crecemento da persoa causando problemas importantes na adquisición e desempeño de funcións intelectuais, motoras e sociais específicas. Son o trastorno do desenvolvemento intelectual, do desenvolvemento da fala ou da linguaxe, do espectro autista, do desenvolvemento da aprendizaxe e o trastorno por hiperactividade e déficit de atención.

Os *trastornos da conduta alimentaria* son alteracións psicolóxicas que afectan á relación dunha persoa coa alimentación. Estes trastornos inclúen tanto alteracións do comportamento que están relacionadas coa preocupacións polo peso e a figura corporal como a regurxitación voluntaria de alimentos e comportamentos anormais vinculados coa

inxesta ou preocupación pola comida, o peso e a figura corporal. Falamos dos trastornos de anorexia nerviosa, bulimia, ou o trastorno por atracón.

Os *trastornos de personalidade* caracterízanse pola presencia de problemas no funcionamento persoal, como a identidade, autoestima, percepción dun mesmo ou a capacidade de autodirección, e tamén pode incluír dificultades nas relacións interpersoais, como a habilidade para crear e manter vínculos próximos e satisfactorios, comprender as perspectivas dos demais ou manexar conflitos.

Capítulo 8
A atención á saúde mental en Galicia

A atención do SERGAS á saúde mental en Galicia estrutúrase en varios niveis, empezando nun primeiro pola atención primaria, cun segundo nivel na atención especializada, sobre todo nas Unidades de Saúde Mental, e complementado con toda unha serie de unidades hospitalarias, programas específicos e outros recursos asistenciais, con ou sen internamento.

O acceso dunha persoa cun trastorno mental ao sistema sanitario adoita ser a través do seu médico de atención primaria, onde case tres persoas de cada dez das que ve diariamente ten un trastorno mental, sobre todo de ansiedade e depresión xunto co malestar psicolóxico ou emocional. Tamén pode acceder polos servizos de urxencias dos PAC (puntos de atención continuada de atención primaria) ou polos servizos de urxencias dos hospitais. Dependendo da gravidade do trastorno será atendido polo médico de atención primaria ou derivado a unha Unidade de Saúde Mental (de adultos ou infanto-xuvenil dependendo da idade do paciente).

Actualmente existe un amplo número de programas, unidades e dispositivos en saúde mental, como os de ligazón de atención primaria-hospitalaria, unidade de psicoxeriatría, unidade de hospitalización de rehabilitación psiquiátrica, programa de hospitalización a domicilio, equipo de continuidade de coidados, programa de atención sociosanitaria, programas de interconsulta e ligazón, centros de orientación familiar, programas específicos (ex., de autismo), unidade de prevención do suicidio, unidade de trastornos da conduta alimentaria e unidades de apoio socio-comunitario para a atención ao trastorno mental grave). Estes dispositivos contan con profesionais como psiquiatras, psicólogos clínicos e enfermeiros especialistas en saúde mental.

Para a abordaxe dos trastornos adictivos existe unha rede específica, a Rede de Trastornos Adictivos de Galicia, que traballa coordinadamente co resto de dispositivos, xunto coas unidades de alcoholismo e outras adiccióńs.

Debe destacarse, asemade, a rede asociativa existente de persoas que teñen trastornos mentais e os seus familiares (destacando o papel destes no coidado dos seus familiares con trastornos mentais), en moito casos financiadas polo Sergas ou Consellería de Sanidade total ou parcialmente. Todo o anterior compleméntase cos profesionais que traballan no campo privado, ao que acoden en moitos casos os pacientes polo problema das listas de espera. Existen en Galicia varios hospitais privados para pacientes con trastornos mentais, sendo o perfil máis frecuente o das persoas con trastorno mental grave. Por último, non podemos esquecer que hai un grupo de pacientes que tendo trastornos mentais non acoden en busca de axuda profesional.

Capítulo 9
Retos actuais relevantes en saúde mental

Hai varios retos actuais de relevancia na saúde mental. En primeiro lugar, a relación entre ética e saúde mental. Os principios éticos teñen unha especial importancia naqueles casos nos que o paciente non é capaz de poder tomar decisións por si mesmo, entre os que destacan os menores e as persoas con discapacidade.

En segundo lugar, os dereitos que teñen os pacientes. Na actualidade está regulado este aspecto por leis, como a da autonomía do paciente e dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica, na de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, os distintos códigos deontolóxicos profesionais, a de cohesión do Sistema Nacional de Saúde, e outras que regulan o consentimento informado, o consentimento por representación ou substitución, sexa por autorización expresa do paciente ou por representación legal, o dereito á confidencialidade de todo acto sanitario, a custodia das historias clínicas, a situación dos menores, sobre todo cando ten as súas capacidades intelectuais ou emocionais minguadas, ou cando en persoas adultas corre perigo a súa vida (ex., intento de suicidio) ou se é necesario un internamento obrigatorio por prescrición facultativa.

En terceiro lugar, un tema relevante cando falamos de persoas que teñen trastornos mentais é o do estigma que moitos deles sofren a diario. Recentemente, no ano 2022, a revista médica *The Lancet* publicou o informe dunha comisión específica para analizar o fenómeno do estigma e da discriminación en saúde mental e o modo de acabar con ela propoñendo varias accións contra o estigma e a discriminación destes pacientes.

En cuarto lugar, destaca o descoñecemento acerca dos trastornos mentais que existe na poboación e que adoita estudarse baixo a denominación de alfabetización en saúde mental. Hai experiencias en distintos contextos pero queda moito por facer nesta campo. No contexto galego podemos citar o Programa YAM, orientado ós adolescentes galegos.

En quinto lugar, o fenómeno no que estamos inmersos de consolidación das tecnoloxías da información e as comunicacións (TICs). Nos últimos anos, a utilización das TICs nas intervencións dirixidas á mellora da saúde tivo un rápido crecemento, sendo os SMS, as chamadas telefónicas, as videochamadas e o uso de Apps algunhas das que máis creceron. Teñen vantaxes pero tamén desvantaxes (ex., presentan maiores taxas de abandono e unha menor adherencia que as intervencións tradicionais). As veces as TICs veñen paliar, dalgunha maneira, a escaseza de recursos humanos.

En sexto lugar, en relación co desenvolvemento e acceso a novos tratamentos en saúde mental, debe de asegurarse o acceso a todo tratamento eficaz e que sexa custo-eficiente, xa sexa farmacolóxico, psicoterapéutico ou social. Esta é a base para asegurar unha boa atención sanitaria e que o paciente reciba o tratamento máis axeitado para o trastorno mental que presenta. Complementando o anterior, é necesario que se avalíe de modo sistemático os tratamentos que se utilizan en función do custo-eficiencia.

Hai programas innovadores que mostraron a súa eficacia noutras comunidades autónomas ou noutros países, e cuxa implantación aquí sería posible. Tres exemplos son a medicina personalizada en psiquiatría, o programa británico de introdución de psicólogos clínicos en atención primaria e distintos programas innovadores para o tratamento da esquizofrenia.

En sétimo lugar, unha problemática importante que temos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), e que afecta a todas as comunicades autónomas, son as listas de agarda. En Galicia para poder acceder aos servizos de saúde mental, sexan ao psiquiatra ou ao psicólogo clínico, unha vez que o médico de atención primaria fixo a derivación, o tempo de espera non baixa no mellor dos casos de 2-4 meses, chegando nalgunha área sanitaria, como é a de Vigo, a case os 12 meses. Se se quere promocionar a saúde mental deben

achegarse máis recursos, incluíndo a formación e contratación de máis profesionais, e non debemos obviar a xestión da calidade asistencial.

En oitavo lugar, un problema actual nas sociedades desenvolvidas con sistemas nacionais de saúde universais é o seu mantemento. Cada vez hai maior demanda de servizos sanitarios, un claro envellecemento da poboación, co correlativo incremento de enfermidades e trastornos mentais. Ademais, a tecnoloxía sanitaria e os tratamentos son, por unha banda, mellores e eficientes logrando alongar a vida das persoas, e por outra, máis caros. A clave está en achegar máis recursos económicos ao sistema, pero como facelo é un tema de debate nas últimas décadas e que en España non está resolto.

Por último, ademais do impacto directo na saúde e a necesidade de tratamento, os trastornos mentais xeran un importante custo indirecto que afecta tanto á economía como ás familias. A perda de produtividade laboral é unha das principais consecuencias, o que se tradúcese en custos significativos para as empresas e o sistema económico en xeral. Aparte, a carga familiar aumenta considerablemente.

Capítulo 10
Como previr os trastornos mentais e mellorar a saúde mental

A prevención é hoxe un campo relevante. Fálase de prevención universal (aquelas intervencións preventivas que se dirixen a todos en xeral ou ao conxunto da poboación que non ten un risco individual), selectiva (é un tipo de prevención máis específico que a universal xa que as persoas ou subgrupos de poboación teñan un risco de desenvolver un problema maior que a media) e indicada (diríxese a persoas de alto risco que se identificaron por ter signos ou síntomas mínimos, pero detectables, que poden levar a un trastorno mental, emocional ou condutual, ou marcadores biolóxicos que indiquen predisposición ao devandito trastorno, pero que non cumpran cun diagnóstico na actualidade).

Dado que a depresión é un dos trastornos máis prevalentes, desenvolvéronse distintos programas en diversas poboacións: nenos e adolescentes, poboación xeral ou grupos específicos (ex., no traballo). Oriéntase a mellorar os factores de protección e reducir os de risco para desenvolver depresión, amosando ser eficaces. En Galicia temos exemplos concretos de aplicación de programas preventivos para a depresión, como o "*Supera a túa depresión*", que se orienta a persoas con depresión leve ou moderada.

En canto ao suicidio, a OMS ven insistindo na necesidade de ter unha estratexia nacional en todos os países para a súa prevención. Recentemente, aprobouse en España, o Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 e o Plan de Acción de Saúde Mental sobre o suicidio. De modo concreto, para o marco laboral, insístese en que sexa unha prioridade, cara á mellora da prevención de riscos psicosociais e promover a saúde mental e a prevención do suicidio en contornas laborais. A prevención do suicidio pódese facer en diversos niveis, a nivel social, comunitario, interpersoal, individual e escolar, onde mostraron ser eficaces. En España, como en Galicia, están a realizarse desde hai anos accións orientadas á formación dos profesionais no tema. Temos programas preventivos da conduta suicida e unidades específicas para o tratamento do suicidio, destacando en Galicia a aplicación do programa YAM (*Youth Aware of Mental Health;* Mocidade Consciente da Saúde Mental), programa preventivo escolar para mozos e mozas de 13 a 17 anos.

Dentro dos programas dirixidos a mellorar a fortaleza emocional e cognitiva para previr a aparición dos trastornos de ansiedade, a OMS destaca o programa FRIENDS. É un programa cognitivo-condutual que conta con versións para ser aplicado como

prevención universal, selectiva ou indicada en diversos contextos (ex., escolas, centros de saúde).

En canto á diminución dos eventos traumáticos hai programas preventivos dirixidos a reducir a probabilidade de que sucedan como son os programas escolares para reducir a conduta agresiva, para reducir o abuso a menores ou as accións dirixidas a reducir os conflitos armados e as consecuencias dos mesmos. Moitos destes programas oriéntanse á poboación máis nova pero tamén os hai para poboación de maior idade.

Un dos campos máis desenvolvidos na prevención é o das drogodependencias. Realízanse fundamentalmente na escola (prevención universal), que é onde se chega a máis persoas, e onde mostraron bos niveis de eficacia e custo-eficiencia. Adoitan aplicarse a partir dos 12-14 anos, que é cando se inician os consumos. Tamén se desenvolveron programas preventivos para os pais, así como a nivel comunitario e no eido laboral. Tamén no caso da prevención realizada na escola destacan os programas dirixidos ós trastornos da conduta alimentaria, a conduta agresiva e desadaptativa e para a prevención do *bullying* e *ciberbullying*, entre outros.

Respecto á prevención da esquizofrenia, segundo a OMS, 1 de cada 300 persoas no mundo a padece , sendo dentro dos trastornos psicóticos o máis frecuente polo que é relevante a súa prevención. Séguese aquí dúas liñas. A primeira baséase na detección temperá da psicose, o que leva a un mellor prognóstico e, a segunda, baséase na detección das persoas que se atopan aínda nunha fase prodrómica, previa á aparición do primeiro episodio psicótico. Destaca neste eido o programa que a Consellería de Sanidade, en colaboración coa Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia (FEAFES), desenvolve para a captación e atención precoz a familiares ou coidadores nos casos de primeiros episodios de enfermidade mental grave e persistente.

Por último, a prevención dos trastornos mentais no medio laboral realízase nalgúns casos, pero son escasos os programas, ou non se difunden. Hai programas para a prevención do estrés, da depresión, do suicidio ou do trastorno de consumo de sustancias, entre os principais. Por exemplo, Renfe/Adif conta cun programa orientado a reducir o consumo de alcol e drogas a nivel laboral que leva en funcionamento varias décadas.

Capítulo 11
Como mellorar a accesibilidade e o tratamento dos trastornos mentais e do comportamento

Un aspecto central na atención sanitaria é que exista unha canle de acceso fácil á mesma. Hoxe isto non ocorre cando unha persoa ten un trastorno mental. Ata o de agora, debido ás limitacións que ten o Sistema Nacional de Saúde nos recursos que dedica á saúde mental, parte da problemática abórdase en atención primaria. Así mesmo, moitas persoas recorren á sanidade privada, o que introduce desigualdades significativas en función da capacidade económica.

En Galicia, como no resto das Comunidades Autónomas, hai unha alta demanda para o tratamento dos trastornos mentais e os profesionais son claramente insuficientes, o que se traduce en listas de agarda prolongadas, queixas dos pacientes e unha frustración xeneralizada ao non recibir moitos a atención que necesitan. Existen dous aspectos a destacar en canto ao acceso aos servizos de saúde mental. O primeiro é a dificultade que teñen as persoas da terceira idade para acceder a este tipo de atención, recomendando que sexa máis accesible para eles a atención á saúde mental. O segundo, as desigualdades de recursos que se observan por áreas sanitarias, así como unha mellor dotación de recursos nas áreas urbanas.

É evidente que o noso sistema sanitario pode mellorarse, tanto en canto ao incremento de profesionais coma no acceso aos tratamentos máis modernos e eficaces e a diminución das listas de agarda actualmente existentes. Destes aspectos, a necesidade de incrementar o número de profesionais, non só en saúde mental, é un dos que máis fincapé se está a facer nos últimos anos. Considérase que debía garantirse unha ratio mínima de profesionais de saúde mental no sistema sanitario público de 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos e 23 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes. Un obxectivo a curto prazo é incrementar as ratios a un mínimo de 13-15 psiquiatras e psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes.

Os datos de 2025, do SERGAS, indican que hai 240 psiquiatras, 166 psicólogos clínicos e 182 enfermeiros especialistas en saúde mental. Debe sinalarse que a rede de drogodependencias tamén conta con psiquiatras, psicólogos clínicos, persoal de enfermería e outros profesionais, que non están computados nos anteriores. Deste xeito, o SERGAS conta cunha ratio de 8,9 psiquiatras, 6,1 psicólogos clínicos e 6,7 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes. Se se computa tamén aos profesionais da rede de drogodependencias de Galicia, as ratios serían de 9,7 psiquiatras, 7,4 psicólogos clínicos e 6,7 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes.

Outra cuestión relevante é o tempo que se lle dedica a un paciente cun trastorno mental, xa que o tempo actual de consulta é insuficiente. Adoita estar para a primeira sesión dun psiquiatra en 30 minutos e 15 minutos para as revisións (seguintes consultas), e en 45 minutos para as primeiras dun psicólogo clínico e 30 minutos para as revisións. O tempo entre a primeira consulta e as seguintes ten unha gran variabilidade e depende tanto do nivel de gravidade, como da axenda dispoñible e da área sanitaria. O incremento de recursos debe comportar incrementar eses tempos, tanto de consulta, como que estas sexan máis frecuentes. Debe subliñarse que os tratamentos en saúde mental son eficaces, custo-efectivos e custo-eficientes.

Hai varios aspectos aos que haberá que prestar unha especial atención no futuro: a monitoraxe epidemiolóxica e etiolóxica continua; o incremento da conciencia e alfabetización en saúde mental; a focalización nos trastornos de maior carga epidemiolóxica; a abordaxe estratificada segundo grupos etarios e características sociodemográficas; prestar unha especial atención aos trastornos mentais graves; o fortalecemento e ampliación de recursos humanos e materiais; a optimización e equidade na implementación de tratamentos; o desenvolvemento e implementación de programas de prevención; a erradicación do estigma e discriminación asociados aos trastornos mentais; e o sostemento do compromiso político e social cara á saúde mental.

Capítulo 12
Recomendacións

Como resultado de todo o Informe, fanse as seguintes recomendacións para a procura dunha mellora da saúde mental en Galicia.

1) No eido social

1) Fortalecer a atención á saúde mental mediante campañas de información e concienciación dirixidas a toda a poboación, incluídos os medios de comunicación para maximizar a difusión. É fundamental visibilizar os problemas de saúde mental, o elevado número de persoas afectadas, a necesidade de que sexan apoiadas e facilitar o seu acceso aos servizos sanitarios.

2) Potenciar a realización de estudos para ter datos fiables e obxectivos sobre a problemática da saúde mental na poboación galega, tanto en nenos como en adolescentes, adultos e persoas maiores.

3) Introducir e potenciar programas eficaces para a prevención dos trastornos mentais en toda a sociedade, pero especialmente no contexto escolar e universitario, no campo laboral e nos colectivos que teñen maior risco de desenvolvelos.

4) Transmitir aos responsables políticos e lexislativos que a saúde mental é un problema importante de saúde, que precisa maior atención e dispoñer dos recursos materiais e humanos suficientes para prestar unha boa asistencia sanitaria. Así, poderase reducir a incidencia dos trastornos mentais, axudar a mellorar a calidade de vida das persoas que os sofren e ter unha mellor saúde toda a sociedade.

5) Os problemas de saúde mental están influídos por múltiples factores, que poden presentarse separadamente ou varios á vez nunha persoa, como son os biolóxicos e xenéticos, os ambientais e sociais (culturais, familiares, crianza, ecolóxicos, escolares, socioeconómicos, laborais) e psicolóxicos. Xa que algúns se poden reducir ou cambiar (ex., o estrés laboral, a pobreza, o acoso, a discriminación, os nesgos cognitivos), deben priorizarse aqueles que favorecen que as persoas teñan unha mellor saúde mental.

6) Dado que temos identificados os principais factores que se relacionan co incremento actual dos trastornos mentais, deben tomarse medidas de tipo social, educativas e sanitarias para reducir o seu impacto, como son, entre outros, a soidade, sobre todo nos anciáns, os novos tipos de convivencia e de familias, a priorización do traballo, a mobilidade laboral, o alto nivel de competitividade e estrés, os novos valores sociais, a frecuente frustración nunha sociedade consumista, o uso problemático que fai sobre toda a mocidade das redes sociais en Internet, etc.

7) Pola relevancia que cobraron os problemas de saúde mental nos últimos anos, debería introducirse no currículum escolar, xa desde idades temperás, programas para mellorar a saúde mental e desenvolver adecuadas habilidades sociais, emocionais e de afrontamento para a vida cotiá.

8) Como se evidenciou na pandemia do covid-19, e pospandemia, os profesionais sanitarios víronse sometidos a un enorme esforzo e presión asistencial, que tamén incidiu na súa saúde mental. Esta presión asistencial continúa, como é claro en atención primaria e en saúde mental. Por iso, debe implantarse unha adecuada organización do traballo, medidas preventivas para reducir o estrés e o *burnout* dos profesionais sanitarios e que dispoñan do tempo necesario para a adecuada atención aos pacientes.

2) No eido sanitario

2.1) En atención primaria

9) Aumentar os recursos para unha mellor atención á saúde mental (tanto materiais como humanos) nos equipos de atención primaria, por ser a porta de entrada da maioría dos pacientes que teñen trastornos mentais.

10) Manter unha formación continua para todos os profesionais do equipo de atención primaria en cuestións de saúde mental, polo alto nivel de pacientes que ven diariamente nas súas consultas, en aspectos como a detección precoz dos trastornos, a abordaxe básica do malestar, a actualización no manexo de psicofármacos, non abusar da prescrición, a adecuada derivación, etc.

11) Introducir paulatinamente profesionais da Psicoloxía Clínica nos centros de Atención Primaria para a atención áxil aos pacientes con trastornos mentais, no seu propio contexto cando non esixan derivación ás Unidades de Saúde Mental, con intervencións

breves e/ou grupais para o seu tratamento ou para previr o agravamento e/ou cronificación dos seus trastornos.

12) Potenciar a creación de novos programas asistenciais en saúde mental nos centros de Atención Primaria para as persoas con trastornos mentais que permitan unha mellor atención ás demandas que presentan os pacientes.

13) Poñer en marcha programas de prevención dos trastornos mentais, sobre todo para os trastornos de ansiedade e trastornos depresivos, así como potenciar outros existentes. Estes deben implantarse tanto nos centros de Atención Primaria como noutros contextos comunitarios aos que se poida chegar.

14) Promover a dispoñibilidade de teleconsultas co equipo de saúde mental como unha ferramenta complementaria á atención presencial, permitindo tanto unha maior accesibilidade e continuidade de coidados como un maior apoio aos profesionais de atención primaria.

15) Ofrecer atención con axuda de intérpretes e contemplar a ampliación do tempo de consulta a pacientes que falen outras linguas e que teñen trastornos mentais.

16) Elaborar guías clínicas/protocolos estandarizados dos trastornos mentais específicos para aplicar na consulta de atención primaria.

2.2) En atención especializada á saúde mental

17) Poñer en marcha programas e tratamentos innovadores, así como unidades específicas e potenciar as existentes (ex., Unidades de Prevención da Conducta Suicida) para mellorar a asistencia á saúde mental.

18) Asegurar a atención á saúde mental ao longo de todo o ciclo vital, nenez, adolescencia, idade adulta e senectude, con unidades específicas, dado que os problemas de saúde mental varían en función das distintas etapas da vida.

19) Incrementar o número de profesionais de Psiquiatría, Psicoloxía Clínica e Enfermería especialista en saúde mental, nos distintos dispositivos de saúde mental, para asegurar unha atención de calidade e chegar ás ratios recomendadas deses profesionais.

20) Mellorar os tratamentos dispoñibles para os trastornos mentais (psiquiátricos, psicolóxicos e outros) tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, xunto á continua actualización dos profesionais.

21) Potenciar os espazos de coordinación tanto entre o equipo de atención primaria como cos demais profesionais das unidades de Saúde Mental ou outros dispositivos hospitalarios. Neles débese facilitar o traballo multidisciplinar poñendo ao paciente no centro da abordaxe terapéutica.

22) Favorecer a atención, para aqueles pacientes que o precisan, fóra do hospital, coa participación activa de pacientes e familias.

23) Reducir as listas de agarda a través da mellora e optimización de recursos, profesionais e adecuados sistemas de derivación.

2.3) Noutros recursos asistenciais

24) Aplicar os mesmos criterios anteriores a outros recursos conveniados, como son a rede do Plan de Galicia sobre Drogas, as asociacións de ex-alcohólicos ou os centros de rehabilitación psicosocial para persoas con trastorno mental grave, entre outras.

25) Optimizar a colaboración cos recursos sociais existentes de saúde mental, como son as asociacións de pacientes, familiares, etc., que axudan ás persoas con trastornos mentais, para complementar os dispositivos públicos existentes.

3) No eido laboral

26) Aumentar a conciencia dos traballadores, empresarios, organizacións sindicais, organizacións empresariais, responsables políticos e lexislativos, sobre a presenza dos trastornos mentais no eido laboral e a súa incidencia negativa no rendemento laboral, absentismo e baixas laborais.

27) Dada a relevancia dos trastornos mentais no eido laboral, é necesario aumentar o coñecemento existente sobre eles, establecer intervencións de tipo preventivo, fomentar a detección temperá, facilitar o acceso á asistencia e facer unha adecuada incorporación laboral ao posto de traballo no caso de haber unha incapacidade laboral transitoria para evitar as recaídas.

28) Prestar unha especial atención aos riscos psicosociais no eido laboral que incrementan o risco de poder desenvolver trastornos mentais, así como levar a cabo accións para reducilos.

29) Dado que traballar é un factor protector para non padecer a maioría dos trastornos mentais máis prevalentes (ex., trastornos de ansiedade e depresión), en relación aos que están desempregados ou que teñen unha incapacidade, todas as medidas encamiñadas a reducir o paro, mellorar o ambiente laboral, previr os trastornos mentais e facilitar o acceso aos tratamentos adecuados para os que padecen trastornos mentais, leva a unha mellora da saúde mental global.

30) Seguir mellorando a lexislación laboral, incidindo na protección das persoas que teñen trastornos mentais, sobre todo para evitar o estigma e a marxinación, e para que reciban o mellor tratamento posible para a súa pronta recuperación e a súa incorporación ao posto de traballo.

31) Potenciar políticas laborais saudables que incidan positivamente nunha mellor saúde mental, como son impulsar medidas que favorezan a conciliación, a redución do estrés laboral, a prevención do burnout, a flexibilidade horaria, o adestramento en resolución de conflitos, a participación activa nas tarefas e decisións da empresa, etc.

32) Mellorar o atraso existente na revisión das baixas laborais por parte da inspección médica sanitaria, xa sexa por continxencia común ou profesional. A prestación económica do traballador depende dos devanditos informes. A actual carencia de suficientes profesionais na inspección médica está a levar a estes atrasos, que van mais alá dos que están fixados pola lei.

33) Garantir a reintegración dos traballadores tras unha baixa por un trastorno mental evitando calquera forma de estigmatización ou discriminación por medio de normas legais apropiadas, un funcionamento eficaz da inspección de traballo, o seguimento desde o servizo de vixilancia da saúde, así como a responsabilidade activa dos empregadores e da contorna laboral. A reincorporación debe desenvolverse en igualdade de condicións que calquera outra baixa por enfermidade.

Abreviaturas

AP = Atención Primaria
CIDI = Entrevista diagnóstica internacional da Organización Mundial da Saúde
CIE = Sistema de clasificación internacional das enfermidades da Organización Mundial da Saúde
CIG = Confederación Intersindical Galega
CCAA = Comunidade autónoma
CCOO = Comisións Obreiras
COF = Centro de orientación familiar
CSM = Centro de Saúde Mental
DSM = Manual diagnóstico e estadístico dos trastornos mentais
EIR = Enfermería de saúde mental (especialidade de Enfermería)
EU = European Union, Unión Europea
GWAS = Estudios de asociación co xenoma complexo
INSST = Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo
ISSGA = Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia
MAP = Médico de atención primaria
MIR = Médico interno residente
OIT = Organización Internacional del Trabajo
OMS = Organización Mundial de la Salud
OPS = Organización Panamericana de la Salud
OR = Odds Ratio
PAC = Punto de atención continuada (atención primaria)
PYMES = Pequenas e medianas empresas
PIB = Producto Interior Bruto
PIR = Psicólogo interno residente
PGSD = Plan de Galicia sobre Drogas
PSMG = Plan de Saúde Mental de Galicia
SERGAS = Servicio Galego de Saúde
SCID = Entrevista clínica estructurada para el CIE
SNC = Sistema Nervioso Central
SNS = Sistema Nacional de Salud
TCA = Trastornos de la conducta alimentaria
TCAEs = Técnicos de coidados auxiliares de enfermería
TDAH = Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
TEA = Trastorno del espectro autista
UAD = Unidad de Atención al Drogodependiente
UE = Unión Europea
UGT = Unión General de Trabajadores
UHB = Unidad de hospitalización breve
UHD = Hospitalización a domicilio
UME = Unidad de media estancia
USM = Unidad de salud mental (adultos)
USM IJ = Unidad de salud mental infanto-juvenil
WHO = World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

Capítulo 1
A saúde mental como un grave problema sanitario e social

1.1. A saúde mental
1.2. O incremento dos problemas de saúde mental
1.3. A saúde mental no estado do benestar
1.4. Os efectos da pandemia producida polo covid-19 e pospandemia na saúde mental
1.5. A actual visibilidade social dos problemas de saúde mental
1.6. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e Europa
Referencias

1.1. A saúde mental

A Organización Mundial da Saúde (OMS) constituíuse en 1948 definindo á saúde como "*Un estado de completo benestar físico, mental e social, e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades*". Xa nese momento insistíase na relevancia que ten a saúde mental, inseparable moitas veces da saúde física, do ambiente e do benestar social. Nesa mesma liña, a OMS define á saúde mental como "*un estado de benestar no cal cada individuo desenvolve o seu potencial, pode afrontar o estrés normal da vida, pode traballar de forma produtiva e frutífera, e pode achegar algo á súa comunidade*".

As persoas aspiramos a ter boa saúde xa que, con boa saúde, podemos vivir máis e mellor. Os avances do campo médico nos últimos 100 anos foron espectaculares, co que mellorou moito a esperanza de vida. Desde a implantación de medidas hixiénicas nas cidades (ex., traída de auga en boas condicións, saneamento, recollida de lixos), o descubrimento e a xeneralización das vacinas para enfermidades crónicas e de alta mortalidade infantil, o descubrimento dos antibióticos para tratar enfermidades antes mortais, ata os avances da cirurxía para curar ou paliar múltiples enfermidades. Isto explica o incremento da esperanza de vida nos últimos 100 anos en todo o mundo, situándose no caso de España nos 84 anos de esperanza de vida media (INE, 2025).

Pero a saúde, tal e como recolle a OMS, non só é física senón tamén é mental. Cos cambios sociais que estamos a vivir de forma acelerada nas últimas décadas, a pesar de que se mellorou moito na curación das enfermidades, incrementáronse os trastornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvemento. Sendo moi diversos os factores que explican este incremento, o estilo de vida, cambios na estrutura social e familiar, as condicións e mobilidade no traballo e outros cambios que iremos analizando ao longo deste informe. Dada esta situación, hoxe en día a saúde mental considérase un tema de gran importancia social, persoal, laboral, político e sanitario. É neste último campo onde é necesario dedicar máis esforzos e medios, polo incremento dos trastornos mentais, sobre todo como se evidenciou durante a pandemia producida polo covid-19 e na pospandemia.

Aínda que a OMS recolle o concepto en positivo, o certo é que para falar de boa saúde mental temos que falar da mala saúde mental. Na Táboa 1.1 recóllese a definición de trastorno mental que é tal e como se operativiza na clínica os problemas de saúde mental e son a base para a realización dos diagnósticos. Recóllense as dúas definicións de referencia a nivel internacional, sobre o que se entende por trastornos mentais, do comportamento ou do neurodesenvolvemento, por parte da OMS (World Health Organization, 2024) no CIE-11, e dos trastornos mentais como considera a Sociedade Americana de Psiquiatría, no DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023). Todo isto irémolo ampliando ao longo dos capítulos do presente informe.

Táboa 1.1. Definicións de referencia a nivel internacional acerca dos trastornos mentais.

Definición de trastornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvemento segundo a CIE-11 da Organización Mundial da Saúde
"Os trastornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvemento son síndromes que se caracterizan por unha alteración clinicamente significativa na cognición, a regulación emocional ou o comportamento dun individuo que reflicte unha disfunción nos procesos psicolóxicos, biolóxicos ou do desenvolvemento que subxacen ao funcionamento mental e comportamental. Estas perturbacións están xeralmente asociadas cun malestar ou deterioro significativos a nivel persoal, familiar, social,

educativo, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento." (World Health Organization, 2024, páx. 9).

Definición de trastornos mentais e do comportamento segundo o DMS-5-TR da Sociedade Americana de Psiquiatría

"Un trastorno mental é unha síndrome caracterizada por unha alteración clinicamente significativa do estado cognitivo, a regulación emocional ou o comportamento do individuo que reflicte unha disfunción dos procesos psicolóxicos, biolóxicos ou do desenvolvemento que subxacen na súa función mental. Habitualmente, os trastornos mentais van asociados a un estrés significativo ou a discapacidade, xa sexa social, laboral ou doutras actividades importantes. Unha resposta predicible ou culturalmente aceptable ante un estrés usual ou unha perda, tal como a morte dun ser querido, non constitúe un trastorno mental. Os comportamentos socialmente anómalos (xa sexan políticos, relixiosos ou sexuais) e os conflitos existentes principalmente entre o individuo e a sociedade non son trastornos mentais, salvo que a anomalía ou o conflito débase a unha disfunción do individuo como as descritas anteriormente" (American Psychiatric Association, 2023, páx 20).

1.2. O incremento dos problemas de saúde mental

É frecuente ver ou oír nos medios de comunicación que os problemas de saúde mental aumentaron. A saúde mental é hoxe unha preocupación para toda a sociedade, de tal modo que pasou a estar presente na axenda social e política. O motivo fundamental é a súa alta prevalencia actual e a importante carga de enfermidade e discapacidade que teñen asociados estes problemas, o cal, víñase obviando. Ademais, non podemos esquecer que a pandemia producida polo covid-19 e a post-pandemia incrementaron e agravaron os problemas de saúde mental xa existentes. Por iso, ante a eclosión do problema, Nacións Unidas incluíu a súa preocupación polo coidado da saúde mental dentro dos obxectivos do desenvolvemento sostible para 2030, a coñecida como Axenda 2030 na Unión Europea.

Para analizar o incremento dos problemas de saúde mental dispoñemos de datos específicos como son as series de estudos epidemiolóxicos realizados ao longo de distintos anos, tanto en España como noutros países europeos ou nos Estados Unidos. Aínda que no capítulo 3, dedicado á prevalencia dos trastornos mentais, analizamos isto amplamente, podemos afirmar que desde hai anos vénse producindo un incremento paulatino e sostido dos problemas de saúde mental no mundo. E, como consecuencia da pandemia producida polo covid-19, incrementáronse notablemente os problemas de saúde mental, manténdose nun nivel maior que antes da pandemia.

En España, apréciase igualmente tal incremento e, como non podía ser doutro xeito, en Galicia a situación é semellante. No noso caso destacan trastornos como a ansiedade e a depresión, sobre todo en adolescentes e persoas maiores (ás veces difícil de detectar por estar enmascarada tras sintomatoloxía somática), intentos e suicidios consumados, onde estamos nos primeiros postos nacionais, e outros trastornos mentais en moitos casos asociados ao incremento da esperanza de vida e cambios no estilo de vida afectando de modo importante ás persoas de máis idade.

Outra cuestión que cobrou gran relevancia nos últimos anos é a análise das causas de morbilidade e mortalidade. A OMS (2023) indica que as principais causas de mortalidade e morbilidade a nivel mundial para os adolescentes e adultos novos son, por orde: accidentes de tráfico, afogamentos, violencia, consumo de alcol e drogas, consumo

de tabaco, saúde mental (sobre todo depresión e ansiedade), enfermidades transmisibles (como o VIH, tuberculose e outras infeccións), embarazos non desexados e partos prematuros, falta de hixiene, sobrepeso, desnutrición e falta de actividade física. Como vemos, o consumo de drogas, incluíndo o alcol e o tabaco, están nos primeiros postos, relacionándose tamén o seu consumo con outros riscos (ex., accidentes de tráfico, saúde mental, enfermidades transmisibles, embarazos non desexados). Por iso, o consumo das distintas drogas é un problema central tanto na adolescencia como na adultez temperá, coincidindo tamén esta etapa coa aparición de determinados problemas de saúde mental.

Táboa 1.2. Principais causas de morbilidade e mortalidade nos adolescentes, adultos novos e adultos.

Principais causas de morbilidade e mortalidade en adolescentes e adultos novos, mundo	*Principais causas de morbilidade e mortalidade en adultos, Europa*
Accidentes de tráfico. Afogamentos. Violencia. Consumo de alcol e drogas. Consumo de tabaco. Problemas de saúde mental (sobre todo depresión e ansiedade). Enfermidades transmisibles (ex., VIH, tuberculose, outras). Embarazos e partos prematuros. Falta de hixiene. Sobrepeso. Desnutrición. Carencia de actividade física. *Fonte:* OMS (2023).	Mortalidade - Enfermidade isquémica do corazón. - Enfermidade cerebrovascular. - Cancro de pulmón. - Cancro de mama na muller. - Diabetes mellitus. - Cirrose hepática e outras enfermidades crónicas do fígado. - Accidentes de tráfico. - Suicidio. Morbilidade - Enfermidades infecciosas. - Incidencia de cancro. - Vítimas de accidentes de tráfico. - Vítimas por accidentes de traballo. *Fonte:* Ministerio de Sanidade (2020).

1.3. A saúde mental no estado do benestar

Defínese o estado do benestar como "aquel modelo ou proposta política tendente a garantir a redistribución de recursos e o cumprimento dos dereitos sociais da totalidade dos habitantes dun país" (Díaz, 2021, páx. 34). O concepto xorde a mediados do s. XX orientado a tres aspectos sociais: a vivenda familiar, a saúde pública e o emprego. Co tempo, estes aspectos fóronse ampliando. O xurdimento do estado do benestar foi posible, en boa medida, polos avances de séculos pasados no control das epidemias producidas polas enfermidades contaxiosas (ex., corentena, illamento), que posibilitou pasar á protección da saúde (ex., redución das desigualdades de saúde) e á mellora social das condicións económicas e de supervivencia (Benavide *et al.*, 2018).

Na actualidade o estado do benestar oriéntase ao desenvolvemento de políticas e programas públicos destinados a garantir as necesidades básicas do benestar dos cidadáns, como son o acceso á educación, emprego, sanidade, seguro de desemprego ou por enfermidade, pensións, discapacidade, transporte, vivenda, urbanismo, servizos sociais, etc.

En España, o estado do benestar susténtase en tres piares: educación, pensións e sanidade, como recolle a Constitución Española, engadíndose máis recentemente a atención ás persoas en situacións de dependencia. Xunto coa Constitución Española, son fitos para o estado do benestar os Pactos da Moncloa (1977) e o Pacto de Toledo (1995). O estado do benestar protexe ós cidadáns dos riscos actuais ou futuros relacionados co acceso á educación, á sanidade e a prestacións en caso de estar sen traballo. É a Seguridade Social a que cubre as dúas últimas prestacións e a educativa é responsabilidade do Ministerio de Educación. Dentro da Seguridade Social é o Sistema Nacional de Saúde quen dá as prestacións sanitarias, incluíndo as de saúde mental, que están transferidas ás comunidades autónomas.

O estado do benestar viuse reflectido no incremento do gasto social en saúde nas últimas décadas e no incremento na esperanza de vida. Como exemplo, en España pasouse dunha esperanza de vida de 34 anos ao nacer en 1900 a 70 en 1960 e a 83 en 2021 (ver Táboa 1.3).

Táboa 1.3. Esperanza de vida (en anos) ao nacer en España desde 1900 a 2021.

Ano	*Todos*	*Homes*	*Mulleres*
1900	34,76	33,85	35,70
1930	4997	48´,38	51,60
1960	69´,85	67,40	72,16
1990	76,94	73,40	80,49
1998	78,71	75,25	82,16
2006	81,04	77,71	84,34
2021	83,20	80,25	86,12

Fonte: Elaborado a partir de Goerlich e Pinilla (2006) e Ministerio de Sanidade (2023).

Cando analizamos a cobertura do estado do benestar en distintos países. observamos a existencia de diferenzas tanto por causas históricas como culturais, destacando os países do norte de Europa pola súa máxima cobertura, e países de América Latina ou do leste asiático sen apenas cobertura. No caso de España, as políticas sociais cubren as necesidades básicas dos cidadáns, aínda que as recorrentes crises económicas non permitiron chegar ao nivel dos países con maior cobertura, pero haina que considerala comparativamente como boa, aínda que mellorable (Benavides *et al.*, 2018). Sabemos que en relación coa saúde, a existencia dun adecuado estado do benestar, como se estudou amplamente en relación a dispoñer de seguro de desemprego, que facilita o acceso aos servizos sanitarios, conleva unha menor mortalidade ao reducirse os problemas de saúde mental (Norström e Grönqvist, 2015).

Hai consenso entre os expertos de que o estado do benestar español vese lastrado polos crónicos altos niveles de desemprego, o que obriga a dedicar moitos recursos ao mesmo, véndose afectados outros aspectos do estado do benestar, como son os recursos que se dedican á saúde (Calero, 2021). Se facemos unha listaxe dos problemas que temos en relación ao estado do benestar indicariamos: as altas taxas de desemprego, sobre todo xuvenil; o envellecemento da poboación (co incremento das pensións e maior demanda de servizos sanitarios); baixa natalidade e cambios na estrutura familiar; novos problemas e demandas da poboación inmigrante; a globalización e a revolución tecnolóxica cos cambios que conleva a nivel laboral, financeiro e cultural; e a escaseza de recursos para financiar todo o anterior dado o baixo nivel de recadación.

Con todo, España dedica o 23,1% o PIB ao estado do benestar, aínda que debaixo da media da Unión Europea, que é do 26,7%, sendo Francia o país que dedica máis

recursos, un 31% do PIB, seguido de Dinamarca, Finlandia, Alemaña e Austria. Na Táboa 1.4 pode verse as distintas partidas de gasto dedicadas ao estado do benestar en función do PIB.

Táboa 1.4. Porcentaxe do PIB que se dedica en España ao estado do benestar, datos de 2018.

Prestación	*% do PIB*
Enfermidade/ saúde	6,2
Discapacidade	1,6
Vellez	9,8
Desemprego	1,7
Sobreviventes de cancro	2,3
Familia/nenos	1,3
Vivenda	0,1
Exclusión social	0,2

Fonte: Calero (2021), con datos da EFTA e EUROSTAT.

En relación coa saúde mental, a situación vese agravada ao non dedicar recursos suficientes no pasado e non dispoñer actualmente dos suficientes recursos e medios ante o incremento das demandas da poboación, sobre todo a partir da epidemia producida polo covid-19 e a aceleración de cambios sociais que inflúen negativamente na saúde mental.

1.4. Os efectos da pandemia producida polo covid-19 e pospandemia na saúde mental

A aparición en Wuhan, China, do virus do covid-19 a finais de 2019, e a súa rápida difusión por todo o mundo, levou a unha situación descoñecida, que transformou aspectos a nivel social e sanitario. Esta pandemia afectou de modo importante ao estado da saúde da poboación, o que tivo como consecuencia un incremento dos trastornos mentais, especialmente entre os mozos e as persoas de maior idade, pero tamén un empeoramento no caso dos que xa tiñan trastornos mentais previamente. Unha das principais causas foi o duro confinamento que toda a poboación tivo que realizar para evitar os contaxios. Pero, ademais, neste período vímonos rodeados de cambios sociais, como a aparición ou o incremento do teletraballo e o uso masivo das redes sociais, conlevando todo iso importantes cambios á hora de relacionarnos con outras persoas.

En España, houbo sete ondas de covid-19 ata 2022, con 13 millóns de infectados, 110.000 falecidos oficialmente por covid-19 desde o inicio da pandemia, aínda que posiblemente máis de 160.000 mortos reais, ao deixar de contarse moitos deles ao principio. Desde a súa aparición contabilízanse no mundo 552 millóns de infectados e case 7 millóns de falecidos como cifras oficiais. Por sorte, grazas ao desenvolvemento da vacina, e todo un sistema sanitario priorizando as enfermidades derivadas do covid-19, púidose controlar.

As principais consecuencias desta pandemia sobre a saúde mental foron o incremento da sintomatoloxía ansioso-depresiva e os problemas de soño. Pero tamén destacan pola súa repercusión sobre a saúde mental o medo ao contaxio ou a morrer (un mesmo ou os seres queridos), a indefensión, a preocupación, o illamento, a falta de actividade física, o sufrimento psicolóxico e as situacións de soidade non desexadas.

Jané-Llopis et al. (2021) estudaron na poboación xeral, cinco semanas despois do confinamento, a saúde mental de case 38.000 persoas españolas. Os resultados mostraron

claramente un incremento nos trastornos desde antes do covid-19 en relación ao período de confinamento en depresión (antes 7,6%, despois 22,8%), ansiedade (antes 6,7%, despois 26,9%) e carencia de benestar mental (antes 26,2%, despois 74,8%). Tamén se percibiu un aumento tanto do consumo de hipnosedantes prescritos (antes 5,9%, despois 17,7%) como sen prescrición (antes 0,6%, despois 6,5%). En cambio, non aumentou o consumo de alcol de risco (sobre o 9% en ámbolos tempos) e descendeu o consumo de tabaco (antes 2,6%, despois 2,3%) e de cánnabis (antes 11,9%, despois 3,7%).

Os principais factores de risco que explicaban o incremento de problemas de saúde mental eran as dificultades de convivencia en casa, a incerteza ante como sería a volta á vida normal ou ter unha enfermidade crónica que incrementase o risco de ter o covid-19. Outros factores de risco eran a preocupación por non poder visitar a outras persoas, preocupación por fillos cuxo comportamento provoca tensións na convivencia, dedicar moito tempo (máis de 2 horas ao día) a consultar noticias sobre o covid-19 e a preocupación por estar sos e non ter con quen falar.

En cambio, eran factores de protección ter un elevado apoio social, dedicar tempo a un mesmo, seguir unha rutina diaria, non utilizar a comida como estratexia de afrontamento, facer actividades coa familia, ter fillos cuxo coidado requira a metade do tempo ou menos e facer actividades relaxantes.

Os efectos sobre a saúde mental foron relevantes en toda a poboación, pero especialmente nas mulleres embarazadas ou que acababan de ter un fillo (polo risco de ter depresión posparto), en nenos e adolescentes e en persoas de maior idade.

Un colectivo de especial relevancia nesta situación é o das profesións sanitarias. Estes profesionais ante acontecementos que esixen todos os recursos sanitarios existentes, como son os desastres naturais, graves accidentes ou a situación vivida durante a pandemia, sofren elevados niveis de estrés, angustia e outros problemas (Palmer *et al.*, 2022). No meta-análise de Li et al. (2021), que analizou a prevalencia de distintos problemas de saúde mental en persoal sanitario durante a pandemia en 21 países, obtivéronse prevalencias do 21,7% de depresión, 22,1% de ansiedade e 21,5% de trastorno de estrés postraumático.

Unha nova problemática que tamén afectou á saúde mental, tanto naquel momento como en moitos casos tamén na actualidade, é a covid persistente (*Long covid*). Esta síndrome caracterízase pola persistencia de síntomas da infección por covid-19 semanas ou meses posteriores á infección ou por aparecer estes síntomas tras un período sen eles. Os síntomas máis frecuentes son os de fatiga, dor de cabeza, déficit de atención, perda de pelo, disnea, mialxia e artralxia (Kamal *et al.*, 2021). A presenza doutros problemas de saúde física (ex., enfermidades cardiovasculares, diabetes, obesidade, cancro e enfermidades crónicas do ril) complica a súa evolución. Anaya et al. (2021) realizaron unha revisión con 100 casos de pacientes con sintomatoloxía persistente tras padecer a infección por covid-19 e, á parte dos problemas físicos citados anteriormente, presentaban, na esfera da saúde mental, 32% depresión, 36% trastornos de atención, 36% trastornos de memoria, 23% anorexia e un 1% insomnio.

Respecto ao consumo de substancias psicoactivas, o período de pandemia tamén tivo consecuencias. En España, a enquisa EDADES do Observatorio Español das Drogas e outras Adiccións (OEDA, 2021) indica que en persoas de 15 a 64 anos houbo unha diminución do consumo de alcol no último mes cando se compara co período pre-confinamento (62% pre-covid e 57,3% no confinamento) e un claro descenso na presenza de bebedeiras, especialmente nos mozos de entre 20 e 24 anos (45% pre-covid e 24,8% no confinamento). Igualmente descendeu o consumo de tabaco (29,1% pre-covid e 27,7% no confinamento), cánnabis (7,8% pre-covid e 6,5% no confinamento), cocaína (1,4% pre-covid e 1% no confinamento) e xogo con diñeiro (8,8% pre-covid e 5,3% no

confinamento). En cambio, incrementouse de modo significativo o consumo de hipnosedantes sen receita, pasando dun 1,9% pre-covid a un 3,1% no confinamento. O dato positivo, para ese período temporal do confinamento, foi que poucos adolescentes iniciáronse no consumo de drogas na pandemia, o que levou a un incremento na idade de inicio no consumo de drogas.

1.5. A actual visibilidade social dos problemas de saúde mental

Podemos afirmar que o tema da saúde mental está hoxe na realidade social. Os medios de comunicación véñenlle dedicando nos últimos anos unha gran atención, pero a realidade é que os problemas de saúde mental sempre existiron. A atención á saúde mental vénse facendo desde hai décadas, en paralelo aos desenvolvementos do Sistema Nacional de Saúde, tanto no caso de España, como noutros países. Pero a súa atención era insuficiente, en parte porque se priorizou a atención á saúde física fronte aos problemas de saúde mental. Ademais, as redes de apoio social e familiar eran moi importantes, actuando de factores protectores para a saúde mental, e mesmo a atención a este tipo de problemática realizábase na esfera familiar. Pero os cambios sociais dos últimos anos non favoreceron a existencia de boa saúde mental, traendo consigo problemas como maiores niveis de estrés, a soidade non desexada, as condicións laborais, o incumprimento das expectativas ou a normalización do consumo de alcol e drogas, son algúns dos factores que facilitan unha mala saúde mental.

Ao anterior hai que engadir as consecuencias da pandemia producida polo covid-19 e o confinamento cuxas consecuencias físicas e emocionais mantivéronse, en parte, ata os nosos días. Todo iso, levou a que falar de saúde mental nas familias, na sociedade, nos medios de comunicación, nas redes sociais e nos xestores sanitarios fose habitual. Pasou a formar parte da axenda social, apreciándose importantes carencias e a necesidade de corrixilas.

Tamén consideramos destacable, e a pandemia do covid-19 deixouno claro, o cambio respecto á concepción dos trastornos mentais. Os trastornos mentais non se deben só a causas xenéticas e biolóxicas, como hai anos pensaba unha parte importante da poboación. Tamén están causados por factores psicolóxicos, como pode ser a forma de pensar sobre nós mesmos ou sobre o futuro, as expectativas que desenvolvemos, os desexos que queremos lograr, etc. E, non menos importante, a factores sociais, da contorna, do medio no que vivimos, como son as condicións laborais, o modo de divertirnos, como ocupar o lecer e tempo libre, o nivel de satisfacción coa vida, etc. Isto levou a que nos últimos anos producísese un cambio importante do foco, para poder coñecer mellor o que causa os trastornos mentais e, con iso, poder abordalos máis eficazmente. No capítulo 2 analizaremos estes aspectos con maior amplitude.

1.6. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e Europa

O estado da saúde mental analízase tanto a nivel da prevalencia dos trastornos mentais, do seu nivel de gravidade e incidencia en aspectos sociais (familiares, laborais, baixas por incapacidade), como dos recursos dispoñibles a nivel asistencial (sobre todo sanitarios e sociais). Neste apartado faremos unha breve exposición de como está a saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e de Europa. Será noutros capítulos onde logo se ampliarán estes aspectos.

A atención á saúde mental en Galicia non difire moito do resto das comunidades autónomas, aínda que existen algunhas pequenas diferenzas. É o Consello Interterritorial de Saúde do Ministerio de Sanidade o que marca as guías comúns para todas as

Comunidades Autónomas, aínda que logo cada unha delas pode priorizar algunhas medidas específicas con recursos propios. Como quedou claro polo dito ata aquí, a saúde mental non se priorizou en anos previos, sobre todo porque o Sistema Nacional de Saúde é recente, e orientouse inicialmente ao tratamento das enfermidades físicas, non dos trastornos mentais. Unicamente nese período destaca a Reforma Psiquiátrica, recollida na Lei Xeral de Sanidade do ano 1986, que terminou co modelo de asistencia asilar que se realizaba nos hospitais psiquiátricos, pasando dunha abordaxe baseada na reclusión nestes hospitais á atención dentro da comunidade das persoas con trastornos psicóticos, trastorno bipolar ou discapacidade intelectual. Pero esta boa vontade, e cambio necesario, chocou coa carencia de recursos e de suficientes profesionais, o que arrastramos ata os nosos días.

Consultando os datos dispoñibles acerca da prevalencia dos trastornos mentais, número de profesionais dispoñibles, recursos, etc., sabemos que non estamos na situación ideal. De aí que haxa que ir tomando medidas nos próximos anos para mellorar a situación a nivel de recursos, con máis profesionais, máis unidades asistenciais, maior número de servizos de tratamento e rehabilitación e a posta en práctica de técnicas, tratamentos e modelos innovadores. Por sorte, hoxe hai un ambiente favorable para que se mellore a asistencia á saúde mental e estanse dando pasos neste sentido. Nos capítulos que seguen analizaremos tanto estes aspectos como as recomendacións para poder mellorar a situación actual.

Adiantamos que a situación española, en relación coa europea, non é boa xa que estamos por baixo da media na atención á saúde mental. Quédanos camiño por percorrer e é mellor facelo rápido polo ben dos cidadáns e da nosa sociedade de hoxe e do mañá. O concepto de saúde non implica só ter unha boa saúde a nivel físico, senón tamén ter unha boa saúde mental.

Referencias

American Psychiatric Association (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5-TR*. Editorial Médica Panamericana.

Anaya, J. M., Rojas, M., Salinas, M. L., Rodríguez, Y., Rosa, G., Lozano, M., … Ramírez-Santana, C. (2021). Post-COVID syndrome. A case series and comprehensive review. *Autoimmunity Reviews, 20*, 102947.

Bazaid, K. (2022). Public health emergency and psychological distress among healthcare workers: A scoping review. *BMC Public Health, 22*, 1396.

Benavides, F. G., Delclós, J. e Serra, C. (2018). Estado del bienestar y salud pública: una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria, 32*, 193-197.

Calero, J. (2021). El estado del bienestar español: valoración y perspectivas de futuro. *Araucaria, 47*,457-478.Díaz, M. A. (2021). Pasado y futuro del estado del bienestar: reflexiones desde una era postcovid. *Lan Harremanck, 46*, 33-59.

Goerlich, J. e Pinilla, R. (2006). *Esperanza de vida al nacer a lo largo del siglo XX*. Fundación BBVA.

Instituto Nacional de Estadística (2025). *Indicadores calidad de vida.*INE. En 1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param4=Ocultar

Jané-Llopis. E., Anderson, P., Segura, L., Zabaleta, E. Muñoz, R., … Colom, J. (2021). Mental ill-heath during COVID-19 confinement. *BMC Psychiatry, 21*, 194.

Kamal, M., Omirah, M. A., Hussein, A. e Saeed, H. (2021). Assessment and characterisation of post-COVID manisfestations. *International Journal of Clinical Practice, 75*, e13746.

Li, Y., Scherer, N. F., Felix, L. e Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Plos One, 16*, e0246454.

Ministerio de Sanidad (2020). *Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea.* Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2023). *Esperanza de vida en España, 2021*. Ministerio de Sanidad.

Norström, T. e Gröqvist, H. (2015). The great recession unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health, 69*, 110-116

OEDA (2021). *Encuesta OEDA-COVID 2020*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

OMS (2023). La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes. OMS. En https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

Palmer, J., Ku, M., Wang, H., Crosse, K., Bennett, A., … Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62 354 COVID cases in the USA. *Lancet Psychiatry, 8*, 130-140.

World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. WHO.

Capítulo 2
Que din os informes internacionais, nacionais e de Galicia sobre a saúde mental?

2.1. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e outros países
2.2. Os informes sobre saúde mental da Organización Mundial da Saúde
2.3. Os informes sobre saúde mental da Unión Europea
2.4. Os informes sobre saúde mental do Ministerio de Sanidade
2.5. Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 e Plan de Acción para a Prevención do Suicidio de 2025 do Ministerio de Sanidade
2.6. Outros informes de saúde mental españois
2.7. Os informes sobre saúde mental da Xunta de Galicia
Referencias

2.1. A saúde mental en Galicia en relación ao resto do Estado e outros países

O estado da saúde mental analízase a través dos datos de prevalencia dos trastornos mentais, o seu nivel de gravidade e a incidencia que teñen no ámbito social, como son os problemas familiares ou as baixas laborais. Pero tamén a través dos recursos de que se dispón a nivel asistencial (sobre todo sanitarios e sociais). Neste apartado faremos unha breve exposición de como está a saúde mental en Galicia, en relación ao resto do Estado e de Europa, presentando para iso distintos estudos epidemiolóxicos que podemos comparar cun realizado en Galicia recentemente.

Esta análise permitiranos coñecer cal é o estado da nosa situación epidemiolóxica, os trastornos máis prevalentes, e algunha característica específica que temos a nivel da saúde mental en Galicia.

2.2. Os informes sobre saúde mental da Organización Mundial da Saúde

A OMS no ano 2022 fixo distintos informes sobre a saúde mental. En 2022 publicou un informe mundial titulado *Transformar a saúde mental para todos*, realizado despois da pandemia producida polo covid-19 (OMS, 2022a). E, a continuación, publicouse o plan de acción en saúde mental para os anos 2013-2030 (OMS, 2022b).

Segundo estes informes, as taxas dos trastornos máis frecuentes, a depresión e a ansiedade, aumentaron un 25% durante o primeiro ano da pandemia, sumándose estas persoas aos xa case 1.000 millóns de persoas que xa sufrían algún trastorno mental antes da pandemia. Este importante incremento levou a que moitos países presten máis atención a estes problemas.

Táboa 2.1. A saúde mental para a OMS (2022a).

"A saúde mental é unha parte integrante da nosa saúde e benestar xerais e un dereito humano fundamental. A saúde mental significa ser máis capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades e prosperar. A saúde mental existe nun complexo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de benestar ata estados debilitantes de gran sufrimento e dor emocional. As persoas con trastornos mentais son máis propensas a experimentar niveis máis baixos de benestar mental, pero isto non sempre é así, nin é necesariamente así." (OMS, 2022a, páx. 2).

No seu repaso aos factores que se relacionan coa saúde mental inclúen os individuais, familiares, comunitarios e estruturais. Estes favorecen ou fan máis prevalentes os problemas de saúde mental. Situacións desfavorables, como a pobreza, a violencia e a desigualdade, de modo especial nos períodos sensibles do desenvolvemento como son a nenez e a adolescencia, facilitan ter máis problemas de saúde mental. Pero tamén hai factores de protección, entre os que destaca a resiliencia, as habilidades e atributos individuais sociais e emocionais, as interaccións sociais positivas, a educación de calidade, o traballo digno, os barrios seguros e a cohesión comunitaria, entre outros (OMS, 2022a).

Respecto aos trastornos máis relevantes, ademais dos xa citados de depresión e ansiedade, destaca a esquizofrenia, que afecta a aproximadamente a un de cada 200 adultos, sendo un trastorno grave onde as persoas que o sofren ven reducida a súa esperanza de vida entre 10 e 20 anos (OMS, 2022a), principalmente polas enfermidades físicas que padecen e ás que moitas veces non se lles presta a atención requirida. O custo

dos trastornos mentais é enorme, incluíndo perdas de produtividade e outros custos indirectos.

O informe indica que moitas persoas non buscan axuda para afrontar os seus trastornos mentais, ben sexa pola escaseza de servizos, polo descoñecemento dos existentes ou pola estigmatización de ter un trastorno mental. Investir en saúde mental é importante e necesario para reducir o sufrimento e mellorar a saúde e a calidade de vida. Por iso, a OMS (2002a) propón que a saúde mental debe estar dentro da carteira de servizos de saúde que se prestan. A saúde mental é un dereito, como ampliou recentemente a Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade. De aí o necesario compromiso político dos estados, incluíndo dispoñer de orzamentos adecuados para a atención á saúde mental.

Entre as preocupacións do informe publicado pola OMS (2022a) está a prevención do suicidio, que debe ser unha prioridade internacional. É unha meta dentro dos Obxectivos de Desenvolvemento Sostible para 2030, esperándose reducilo nun terzo. Para axudar aos países para alcanzar esta meta, a OMS preparou o enfoque LIVE LIFE para a prevención do suicidio.

Nos últimos anos tanto a OMS como outros organismos internacionais dan unha gran relevancia ao lugar de traballo en relación á saúde mental. Tanto que no ano 2024 este organismo dedicou o Día Mundial da Saúde Mental (10 de outubro) a ela: "*É tempo de priorizar a saúde mental no lugar de traballo*", promovendo que os gobernos lexislen para protexela reducindo os riscos existentes neste ámbito.

As recomendacións de actuación do informe son tres: 1) profundar no valor e o compromiso que atribuímos á saúde mental; 2) reorganizar as contornas que inflúen na saúde mental, como os fogares, as comunidades, as escolas, os lugares de traballo, os servizos de atención de saúde ou o medio natural; e, 3) reforzar a atención de saúde mental cambiando os lugares, modalidades e persoas que ofrecen e reciben atención de saúde mental. Na Táboa 2.2 indicamos os cambios clave que considera a OMS (2022a) que hai que facer para mellorar a saúde mental.

Táboa 2.2. Cambios clave para transformar a saúde mental para todos, segundo a OMS (2002a).

1. Saúde mental valorada por todos.
2. Participación na sociedade sen discriminación e en condicións de igualdade.
3. Os servizos están adecuadamente orzados e dotados de recursos en todos os sectores.
4. Colaboración multisectorial real e activa respecto dos determinantes da saúde mental.
5. Programas de promoción e prevención estratéxicos e que funcionan ben.
6. Enfoque biopsicosocial da atención equilibrado e baseado na evidencia.
7. Atención centrada na persoa, baseada nos dereitos humanos e orientada á súa recuperación.
8. Atención de saúde mental integrada nos servizos en todos os sectores.
9. Servizos coordinados coa cobertura universal de saúde.
10. Rede de servizos comunitarios.
11. Atención de saúde mental integrada na atención primaria.
12. Os provedores comunitarios e os apoios informais actívanse e refórzanse en apoio das persoas.

Estes aspectos son operativizados pola OMS no seu plan de acción integral sobre saúde mental, inicialmente elaborado en 2012 e actualizado en 2022, coñecido como *"Plan de acción integral sobre saúde mental 2013-2030"*. Os principais trastornos que recolle no mesmo son a depresión, o trastorno bipolar, a esquizofrenia, os trastornos de ansiedade, a demencia, o trastorno por abuso de substancias, as discapacidades intelectuais e os trastornos condutuais e do desenvolvemento que adoitan iniciarse na infancia e adolescencia, incluíndo os trastornos do espectro autista.

Consideran no devandito plan que a saúde mental é unha parte integral da saúde e do benestar das persoas, a relevancia dos seus determinantes e consecuencias e a necesidade de mellorar estes aspectos a través do respecto aos dereitos humanos e a diminución da mortalidade, morbilidade e discapacidade das persoas con trastornos mentais. En concreto, o Plan de Acción ten os obxectivos seguintes: 1) reforzar un liderado e unha gobernanza eficaces no ámbito da saúde mental; 2) proporcionar servizos de asistencia social e de saúde mental integrais, integrados e adaptables en contornas comunitarias; 3) poñer en práctica estratexias de promoción e prevención no campo da saúde mental; e, 4) fortalecer os sistemas de información, os datos científicos e as investigacións sobre a saúde mental. Para iso baséase en seis principios e enfoques transversais:

1) Cobertura sanitaria universal. Independentemente da idade, sexo, situación socioeconómica, raza, etnia ou orientación sexual, e de acordo co principio de equidade, as persoas con trastornos mentais deberán poder acceder, sen risco de empobrecemento, a servizos de saúde e sociais esenciais que lles permitan recuperarse e gozar do grao máximo de saúde que se poida lograr.

2) Dereitos humanos. As estratexias, accións e intervencións terapéuticas, profilácticas e de promoción en materia de saúde mental deben axustarse á Convención sobre os dereitos das persoas con discapacidade e a outros instrumentos internacionais e rexionais de dereitos humanos.

3) Prácticas baseadas na evidencia científica. As estratexias e intervencións terapéuticas, profilácticas e de promoción en materia de saúde mental teñen que basearse en probas científicas e/ou en prácticas óptimas, tendo en conta consideracións de carácter cultural.

4) Enfoque do curso da vida. As políticas, plans e servizos de saúde mental han de ter en conta as necesidades sanitarias e sociais en todas as etapas do ciclo vital: lactación, infancia, adolescencia, idade adulta e ancianidade.

5) Enfoque multisectorial. A resposta integral e coordinada con respecto á saúde mental require alianzas con múltiples sectores públicos, tales como os da saúde, educación, emprego, xustiza penal, vivenda, social e outros, así como co sector privado, segundo proceda en función da situación do país.

6) Emancipación das persoas con trastornos mentais e discapacidades psicosociais. As persoas con trastornos mentais e discapacidades psicosociais deben emanciparse e participar na promoción, as políticas, a planificación, a lexislación, a prestación de servizos, o seguimento, a investigación e a avaliación en materia de saúde mental.

2.3. Os informes sobre saúde mental da Unión Europea

A Unión Europea (UE) mantivo unha preocupación constante pola saúde mental. De modo especial desde 2013, coa súa *"Acción Conxunta sobre Saúde Mental e Benestar"*, que deu lugar en 2016 *ao Marco de Acción Europeo sobre Saúde Mental e Benestar*, o cal a partir da pandemia producida polo covid-19 ten un gran impulso, presentándose en 2023 por parte da Comisión Europea a "*Comunicación da Comisión da*

UE ao Parlamento Europeo, ao Consello, ao Comité Económico e Social Europeo e ao Comité das Rexións sobre un enfoque global da saúde mental", recollendo 20 iniciativas. Isto complementouse con financiamento, mostrando con iso un claro e sincero interese polos problemas de saúde mental por todos os actores da UE. Tal e como especificamos na Táboa 2.3, tanto a Comisión, como o Consello e o Parlamento Europeo, aprobaron medidas e plans de saúde mental. Así, en 2022, adoptouse o programa *EU4Health* de apoio financeiro no ámbito da saúde polas consecuencias da pandemia, dedicando unha parte deste á saúde mental.

Táboa 2.3. Acordos de distintos organismos da Unión Europea sobre Saúde Mental.

Data	*Organismo*	*Documento*
7-6-2023	Comisión da Unión Europea	Un enfoque global da saúde mental
26-6-2023	Comité Económico e Social Europeo, Sección de Emprego, Asuntos Sociais e Cidadanía	Medidas para mellorar a saúde mental
9-10-2023	Consello da Unión Europea	Conclusións do Consello sobre a saúde mental e o traballo precario
17-11-2023	Parlamento Europeo	Informe sobre a saúde mental
30-11-2023	Consello da Unión Europea	Conclusións do Consello sobre a saúde mental

Nota: A Unión Europea componse de tres órganos independentes, pero coordinados entre si:
- *Comisión Europea*. É o goberno da UE, con 26 comisarios e unha presidenta. É a quen lle corresponde elaborar propostas de nova lexislación da UE, vixía que se cumpran as normas comunitarias e fixa as prioridades de gasto da UE.
- *Consello Europeo*. Define as orientacións e as prioridades políticas xerais da UE. Está formado polos xefes de Estado ou de Goberno dos países da UE e os presidentes do Consello Europeo e da Comisión Europea. Presídeo de modo rotatorio cada seis meses un xefe de Estado ou Presidente de Goberno dun dos países que forman parte da UE.
- *Parlamento Europeo*. Aproba as leis da UE, supervisa as actuacións da Comisión Europea e aproba o orzamento da UE a longo prazo. Está formado por parlamentarios de todos os países da UE.

O informe de 2023 sobre os perfís sanitarios nacionais, elaborado pola Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económicos (OECD) e o Observatorio Europeo de Sistemas e Políticas de Asistencia Sanitaria (OECD, 2023), indicaba o incremento da incidencia da ansiedade e a depresión debidos á pandemia producida polo covid-19, pero tamén pola guerra de Ucraína, o cambio climático, a perda de biodiversidade, o desemprego, o aumento do custo da vida, as presións do ambiente dixital e as redes sociais. O custo estimado dos problemas de saúde mental é dun 4% do PIB.

Ademais, a enquisa do Eurobarómetro sobre saúde mental no medio laboral, de outubro de 2023 (Eurobarometer, 2023), mostraba que un 46% dos europeos experimentaran algún problema emocional ou psicosocial, sobre todo depresión ou ansiedade nos últimos 12 meses.

Na comunicación que fai a Comisión Europea ao Parlamento Europeo, ao Consello, ao Comité Económico e Social Europeo e ao Comité das Rexións sobre un

enfoque global da saúde mental (European Commission, 2023), no que como sinalamos recóllense os aspectos máis destacados da situación da saúde mental na UE e as medidas que hai que tomar para mellorala, destaca un apartado destinado especificamente a abordar os riscos psicosociais no traballo. Como indicamos na Táboa 2.4, acordouse para iso tomar varias medidas, destacando a relevancia da saúde mental, como un aspecto central para mellorar a competencia, a produtividade e que a persoa se atope satisfeita consigo mesma. Insisten no estrés e os riscos psicosociais no traballo relacionados coa mala saúde mental, entre os que inclúen os conflitos, a produtividade reducida, o esgotamento laboral, o absentismo e a rotación do persoal. E, como non podía ser menos, mostra a súa preocupación polos recentes cambios, moitos deles impulsados pola pandemia, como son o teletraballo e a dixitalización.

Táboa 2.4. Medidas a aplicar a nivel laboral para mellorar a saúde mental dos traballadores (OECD, 2023).

Iniciativas emblemáticas 13. Iniciativa a nivel da UE sobre os riscos psicosociais - A Comisión levará a cabo unha revisión por pares dos enfoques lexislativos e de execución para abordar os riscos psicosociais no traballo nos Estados membros con vistas a presentar unha iniciativa a nivel da UE sobre os riscos psicosociais a medio prazo, en función dos seus resultados e das achegas dos interlocutores sociais. 14. Campañas nos lugares de traballo da UE - Campaña "Traballos saudables" da EU-OSHA a escala da UE: "Traballo seguro e saudable na era dixital", con énfase na saúde mental no traballo (2023-2025). - Campaña "Traballos saudables" da EU-OSHA a escala da UE en materia de riscos psicosociais e saúde mental no traballo, con énfase nos sectores profesionais novos e desatendidos, incluídos os sectores da agricultura e a construción, así como os grupos de traballadores pouco cualificados, migrantes ou mozos (2026-w027/2028).

O 26 de xuño de 2023 é o Comité Económico e Social Europeo, Sección de Emprego, Asuntos Sociais e Cidadanía quen presenta o informe "*Medidas para mellorar a saúde mental"* (Comité Económico y Social Europeo, 2023). Nel recoñecen a complexidade dos factores que se relacionan coa saúde mental, onde indican o peso dos factores biolóxicos, psicolóxicos, educativos, sociais, económicos, laborais, culturais e medioambientais, e a relevancia de coidar o lugar de traballo para preservar a saúde mental.

O 9 de outubro de 2023, a Secretaría Xeral do Consello da Unión Europea presenta o documento sobre *"Conclusións do Consello sobre a saúde mental e o traballo precario"*. No mesmo defínese o traballo precario como "o emprego que está mal pago, non é seguro, non está protexido e non pode manter un fogar", á vez que indican que "os datos científicos mostran que as condicións de traballo precarias xeran respostas negativas ó estrés, o que pode dar lugar a trastornos como a ansiedade e a depresión". O informe fai tamén unha serie de recomendacións aos Estados membros para mellorar as condicións laborais e, con iso, a saúde mental, naqueles casos en que as mesmas non son adecuadas (ver Táboa 2.5). O interesante do informe é que a colaboración entre os múltiples actores implicados neste tema levaría a mellorar as condicións laborais e, con iso, tamén mellorar a saúde mental.

Táboa 2.5. Recomendacións do Consello da UE aos interlocutores sociais da UE, e aos Estados membros, sobre saúde mental.

43. *Seguir participando* no diálogo social, a todos os niveis, para abordar a mellora das condicións de traballo que repercuten negativamente na saúde mental, en concreto aquelas que son características de traballos precarios. 44. *Seguir sensibilizando* aos empregadores sobre asuntos como a importancia de xestionar os riscos psicosociais no traballo para evitar as posibles consecuencias negativas na saúde mental, a importancia de recoñecer os sinais temperáns de estrés psicolóxico para que os empregadores poidan tomar medidas preventivas adecuadas segundo corresponda e as vantaxes de promover a saúde mental e o benestar no lugar de traballo. 45. *Lembrar* aos empregadores que incorporen de maneira efectiva os factores de risco psicosocial no traballo na súa avaliación de riscos e inclúan a saúde mental na vixilancia da saúde dos traballadores, co fin de identificar e mellorar as condicións de traballo que son potencialmente daniñas para a saúde. 46. *Seguir promovendo* intervencións nos lugares de traballo para promover o benestar psicosocial e unha boa saúde mental no traballo, en especial cambios organizativos que afecten ás condicións de traballo, como intervencións na organización do tempo de traballo, en lugar de intervencións centradas en persoas concretas. Estas intervencións deben centrarse na creación de contornas favorables e prácticas que protexan a saúde mental dos traballadores. 47. *Seguir fomentando* enfoques proactivos da dixitalización e o uso de tecnoloxías da información e das comunicacións que teñan repercusións positivas nas condicións de traballo, e seguir minimizando as negativas, por medio da xestión preventiva dos riscos psicosociais no traballo. Isto pode incluír a aplicación de medidas que promovan o equilibrio entre a vida profesional e a vida privada, reduzan a presión da carga de traballo, minimicen o illamento social e ofrezan o apoio necesario aos traballadores para facer fronte aos retos que expoñen a tecnoloxía e o traballo a distancia. 48. *Reforzar* o papel do diálogo social e a negociación colectiva na mellora da identificación, prevención e xestión dos riscos psicosociais no traballo e na loita contra a discriminación, a violencia psicolóxica, o acoso e o acoso sexual. 49. *Apoiar* a inclusión da perspectiva de xénero con respecto ás condicións de traballo en todos os sectores e en todo tipo de lugares de traballo, avaliando as consecuencias desiguais na saúde mental de homes e mulleres.

Un dos documentos máis relevantes, froito de todo o anterior, foi a aprobación por parte do Parlamento Europeo, con data 9 de outubro de 2023, do *Informe sobre Saúde Mental* (Parlamento Europeo, 2023). Tivo 482 votos a favor, 94 en contra e 32 abstencións. Por tanto, cun elevado consenso político por parte dos parlamentarios e grupos políticos europeos. Nel faise un repaso á saúde mental na Unión Europea ao longo de 156 puntos, en liña co que vimos comentando.

Este documento insiste en que a boa saúde e un bo benestar mental facilitan unha mellor economía, dado que a mala saúde mental leva á perda de produtividade. Tamén leva a unha peor saúde mental as desigualdades económicas e sociais estruturais, incluíndo a pobreza, a inseguridade laboral, o emprego temporal ou de mala calidade, e as malas condicións laborais (ex., acoso). Repasan as principais características dos problemas de saúde mental, o problema do suicidio e os factores relacionados coa saúde mental. Do extenso informe cabe destacar a necesidade de abordar os factores determinantes da saúde mental, a necesaria vixilancia epidemiolóxica, o problema da

estigmatización, a necesidade de reforzar os sistemas de atención á saúde mental, a non discriminación e integración, a investigación e innovación e a necesidade de ver o fenómeno en conxunto, tanto a nivel da UE como de Europa.

Máis recentemente, o 30 de novembro de 2023, o Consello da Unión Europea (Consello Europeo, 2023) envía a todos os Estados membros as conclusións do Consello sobre a Saúde Mental. No documento insístese nos aspectos previamente sinalados e fai 18 recomendacións que se recollen na Táboa 2.6.

Táboa 2.6. A Unión Europea insta os Estados membros a que tomen as seguintes medidas para mellorar a saúde mental dos seus cidadáns.

Que prioricen as políticas e servizos integrados que se ocupan da saúde mental e o benestar e consideren a posibilidade de elaborar plans de acción ou estratexias para abordar as cuestións máis urxentes e prevalentes, como: 1) Aplicar un enfoque de saúde mental en todas as políticas que supere o ámbito da saúde e que inclúa, como factores pertinentes, cuestións doutros sectores clave, como o emprego, a educación, a dixitalización (incluídos os efectos da intelixencia artificial), a protección social, a seguridade financeira, a investigación, a vivenda, a planificación urbanística, o acceso á cultura, os medios de comunicación e a comunicación, o medio ambiente e o clima. 2) Recoñecer os determinantes sociais, medioambientais e económicos da saúde mental. 3) Mellorar a educación sobre alfabetización en saúde mental desde idades temperás e tamén para os pais, en particular utilizando o Código Europeo de Saúde Mental. 4) Promover a saúde mental e o benestar en diferentes contextos ao longo da vida, con especial énfase no fortalecemento dos factores de protección dunha boa saúde mental e a resiliencia en materia de saúde mental, tales como a participación no deporte e a cultura. 5) Previr os problemas mentais (incluídas a prevención do suicidio, as autolesións e a depresión) en diferentes contextos, como centros escolares, lugares de traballo, servizos sanitarios, barrios e comunidades, en particular cunha combinación de medidas de actuación e intervencións preventivas universais, selectivas e adaptadas á situación. 6) Mellorar os sistemas e servizos de saúde mental para responder ás necesidades expresadas polas persoas que sofren problemas de saúde mental, cara a unha cobertura sanitaria universal de calidade. 7) Mellorar o acceso oportuno e equitativo a unha atención en materia de saúde mental eficaz e segura, así como a súa coordinación, promovendo o diagnóstico precoz e a asistencia integrada a través de servizos de saúde mental baseados na comunidade e orientados á recuperación. 8) Promover prácticas de atención e servizos de saúde mental baseadas en datos contrastados, así como tratamentos baseados en directrices que inclúan a prevención do uso excesivo de medicamentos, sempre que sexa posible. 9) Promover a prevención, a detección precoz e o coidado das persoas con comportamentos suicidas e as súas consecuencias. 10) Desenvolver accións para facer fronte á soidade na poboación xeral, facendo fincapé nos grupos de risco a este respecto. 11) Velar pola aplicación efectiva da lexislación nacional e da UE vixente para garantir a seguridade e a saúde no traballo e promover a saúde mental, a prevención e a xestión dos riscos psicosociais e reforzar os recursos de saúde mental no lugar de traballo.

12) Promover accións para manter ou reforzar a saúde mental dos profesionais dos servizos sanitarios.
13) Promover a saúde mental, o desenvolvemento de capacidades de aprendizaxe social e emocional, a detección precoz e o cribado en contornas educativas para apoiar, xestionar e promover a saúde mental dos nenos e os mozos.
14) Promover o acceso a servizos especializados de saúde mental para nenos en idade escolar.
15) Apoiar o desenvolvemento e o establecemento de equipos profesionais interdisciplinarios no ámbito da saúde mental, integrando todas as disciplinas clave para ofrecer un enfoque holístico da promoción, a prevención, o tratamento e os coidados.
16) Recompilar periodicamente datos e información recentes e comparables para facer o seguimento dos avances e orientar os investimentos en ámbitos nos que é necesario avanzar a través da coordinación internacional.
17) Reforzar as accións encamiñadas a reintegrar ás persoas na sociedade, na poboación activa e nos procesos de toma de decisións para as políticas de saúde mental e previr na medida do posible as recaídas tras a desinstitucionalización ou a reintegración.
18) Estudar a creación dun equipo multidisciplinar en cada Estado membro responsable de velar para que a saúde mental se téña en conta en todas as políticas a fin de facer un seguimento da aplicación das políticas de saúde mental con indicadores.

2.4. Os informes sobre saúde mental do Ministerio de Sanidade

En decembro do ano 2021 aprobouse a *Estratexia de Saúde Mental* para o período 2022-2026 por parte do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Ministerio de Sanidade, 2022). Esta Estratexia parte da convicción de que calquera actuación ou modelo debe respectar os dereitos humanos das persoas con problemas de saúde mental e, ineludiblemente, dar unha resposta adecuada ás necesidades de apoio ou atención que poidan ter en cada momento da súa vida. A primeira estratexia de saúde mental do SNS elaborouse en 2003, foi publicada en 2006 e logo actualizada para o período 2009-2013 e, posteriormente no 2017, acordouse unha nova actualización que se complementa co *Plan de Acción de Saúde Mental 2022-24.*

A estratexia aborda os problemas de saúde mental desde a perspectiva de integrar os aspectos biolóxicos, psicolóxicos e sociais. Por iso é importante contemplar a interacción destes factores e comprendelos desde a perspectiva de integrar os factores de vulnerabilidade (caracterizados por ser de tipo psicobiolóxico) cos factores de risco (definidos como de tipo psicosocial), así como ter en conta os factores protectores, a potenciación da resiliencia e a interacción coa contorna psicosocial.

A estratexia busca promover o abordaxe diagnóstico e terapéutico dos problemas de saúde mental empregando intervencións que demostrasen evidencia científica. Os principios que segue son: a persoa con problemas de saúde mental como suxeito de dereito; enfoque de xénero; participación da persoa con problemas de saúde mental e os seus familiares; diálogo e escoita activa; recuperación persoal; atención personalizada e segura; continuidade asistencial e de coidados; e, as persoas formando parte dunha sociedade con dereitos e obrigas.

O informe presenta os determinantes da saúde mental e dos trastornos mentais, onde constan características individuais como os factores neurobiolóxicos, a interacción entre a xenética do individuo e o ambiente (epixenética) ou a capacidade para xestionar os pensamentos, emocións, comportamentos e interaccións cos demais, xunto con

factores sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a protección social, o nivel de vida, as condicións laborais ou os apoios sociais da comunidade.

A Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económicos (OCDE, 2023), estima que o custo total dos problemas de saúde mental representa o 4% do PIB nos países da UE: 190.000 millóns de euros (1,3% do PIB) que reflicte o gasto directo en asistencia sanitaria, 170.000 millóns de euros (1,2% do PIB) gástanse en programas de seguridade social e aproximadamente 240.000 millóns de euros (1,6% do PIB) representan custos indirectos para o mercado laboral debido á redución do emprego e a diminución da produtividade laboral. Os datos estimados para España recollidos no informe foron: 45.058 millóns de euros de custo total dos problemas de saúde mental (4,2% do PIB), repartidos en: 14.415 millóns en custos directos da asistencia sanitaria, 12.318 millóns en custos directos en programas de seguridade social e 18.325 millóns de custos indirectos en relación coa diminución da produtividade laboral.

Este informe tamén presenta os datos epidemiolóxicos que veremos amplamente nun capítulo posterior, pero, é preciso destacar para unha mellor comprensión desta información, que se estima que en Europa cada ano o 38,2% da poboación sofre un trastorno mental. Os trastornos máis frecuentes son trastornos de ansiedade (14%), insomnio (7%), depresión maior (6,9%), trastornos somatomorfos (6,3%) e dependencia do alcol e drogas (> 4%). En Europa, os trastornos mentais e neurolóxicos contribúen nun 26,6% ao total de todas as causas de discapacidade, o que representa unha maior proporción en comparación con outras rexións do mundo. As afeccións individuais máis incapacitantes son: depresión, demencias e trastorno por consumo de alcol.

En relación aos recursos para a atención á saúde mental en España, o informe da OCDE indica que en España dedícase o 3,7% do PIB á atención especializada na saúde mental a nivel hospitalario, sendo o gasto total en saúde mental do 4% do PIB (dato ano 2017). Os datos do persoal indican que en 2018 contábase con 3.999 psiquiatras e 898 MIR en psiquiatría (8,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes). O maior número deles en País Vasco, Cataluña, Asturias e Madrid. En Galicia son 7,4 por 100.000 habitantes. Datos máis recentes do ano 2022 indican a existencia de 1.093 psiquiatras en formación, 733 especialistas en psicoloxía clínica en formación e 486 en enfermería especialista en saúde mental. O certo é que a proporción de psiquiatras en España por cada 100.000 habitantes é baixa, 8,0, moi por baixo doutros países como Bélxica (20,3), Holanda (20,1), Francia (14,1), Grecia (14,1) ou Italia (10,9). España destaca polo seu elevado consumo de psicofármacos (ISGlobal, 2023). Non aparecen neste informe datos de especialistas en psicoloxía clínica especificamente no Sistema Nacional de Saúde. Recóllense conxuntamente os do ámbito público e privado.

O informe destaca a cronificación dos trastornos mentais e a necesaria rehabilitación e reincorporación social e laboral das persoas que os padecen. Tamén incide no grave problema da conduta suicida.

Na liña dos informes da OMS, hai un apartado específico da relación entre saúde mental e traballo, o cal consideran como un dos determinantes tanto da saúde física como mental, incidindo nos riscos psicosociais que hai que avaliar e afrontar, incidindo especialmente no papel do estrés.

Por último, o informe indica as liñas estratéxicas e obxectivos do plan de saúde mental para os anos 2020-2026, que mostramos na Táboa 2.7. Estes indícannos cal é a situación actual e por onde avanzar.

Táboa 2.7. Liñas estratéxicas e obxectivos do Plan de Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde español (2020-2026), do Ministerio de Sanidade.

Liña estratéxica	*Obxectivos xenerais*
1) Autonomía e dereitos; atención centrada na persoa	1) Garantir o exercicio dos dereitos de autonomía e vida independente. 2) Erradicar a discriminación e favorecer a inclusión social con perspectiva de xénero. 3) Reducir ao mínimo as intervencións involuntarias sobre persoas con problemas de saúde mental garantindo o respecto á dignidade das persoas.
2) Promoción da saúde mental da poboación e prevención dos problemas de saúde mental	1) Promover a saúde mental da comunidade e de grupos específicos. 2) Previr a aparición de problemas de saúde mental, trastornos por uso de substancias e adiccións na comunidade.
3) Prevención, detección precoz e atención á conduta suicida	1) Detectar de forma precoz e previr as condutas suicidas. 2) Mellorar a atención ás persoas con risco suicida.
4) Atención ás persoas con problemas de saúde mental baseada no modelo de recuperación no ámbito comunitario	1) Contribuír a recuperar, manter e mellorar a autonomía e calidade de vida das persoas con problemas de saúde mental. 2) Dispoñer de servizos e recursos aliñados cos principios da atención baseada no modelo de recuperación das persoas no ámbito comunitario. 3) Promover e desenvolver liñas de intervención novas relacionadas con factores xeradores de problemas de saúde mental: violencia sexual, adiccións, acoso nas súas diferentes formas ou o mal uso das novas tecnoloxías.
5) Saúde mental na infancia e na adolescencia	1) Promoción da saúde mental na infancia e adolescencia. Prevención e detección precoz dos problemas de saúde mental a estas idades. 2) Atención aos nenos, nenas e adolescentes con problemas de saúde mental. 3) Loitar contra a discriminación e estigmatización social dos nenos, nenas e adolescentes con problemas de saúde mental.
6) Atención e intervención familiar	1) Atención e relación coas familias. 2) Fortalecemento da rede de recursos públicos especializados na atención ás familias de persoas con problemas de saúde mental.
7) Coordinación	1) Desenvolver a coordinación interinstitucional e intersectorial. 2) Desenvolver a coordinación no sistema de saúde mental e as redes asociativas de saúde mental. 3) Desenvolver a cooperación dentro do equipo interdisciplinar de saúde mental.
8) Participación da cidadanía	1) Promover a participación colectiva a través de grupos organizados da sociedade civil.

	2) Incorporar ás persoas con experiencia propia en problemas de saúde mental como axentes activos de saúde. 3) Fomentar as boas prácticas de participación.
9) Formación	1) Promover a formación en saúde mental desde as administracións públicas. 2) Abrir vías de participación cidadá no deseño de políticas públicas de formación en saúde mental. 3) Establecer plans formativos en relación á atención das persoas con risco suicida para os diferentes sectores implicados.
10) Investigación, innovación e coñecemento	1) Impulsar a investigación en todos os ámbitos relacionados coa saúde mental. 2) Establecer liñas de investigación interdisciplinarias en saúde mental. 3) Incorporar a perspectiva de xénero en todas as liñas de investigación. 4) Desenvolver investigacións sobre os factores socio-familiares das persoas con problemas de saúde mental. 5) Potenciar o uso das tecnoloxías da información no ámbito asistencial de atención á saúde mental en relación coa futura Estratexia de saúde dixital do Sistema Nacional de Saúde.

A estratexia ten moi en conta os efectos na saúde mental da pandemia producida polo covid-19 e a súa aliñación co obxectivo 3 de desenvolvemento sostible da OMS, o da saúde e benestar, e a meta 3.4 (promoción da saúde e o benestar) e a 3.5 (prevención e tratamento do abuso de substancias psicoactivas). O plan indica como accións prioritarias: 1) reforzo dos recursos humanos en saúde mental; 2) optimización da atención integral á saúde mental en todos os ámbitos do SNS; 3) sensibilización e loita contra a estigmatización das persoas con problemas de saúde mental; 4) prevención, detección precoz e atención á conduta suicida; 5) abordaxe de problemas de saúde mental en contextos de maior vulnerabilidade; e 6) prevención de condutas adictivas con e sen substancia. A estratexia detalla como lograr todo o anterior nos anos de vixencia do plan.

2.5. Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 e Plan de Acción para a Prevención do Suicidio de 2025

En abril de 2005 aprobouse o Plan de Acción de Saúde Mental para os anos 2025-2027 do Ministerio de Sanidade (Comisionado de Saúde Mental, 2025a). Uns meses antes tamén se aprobou o Plan de Acción para a Prevención do Suicidio (Comisionado de Saúde Mental, 2025b). O Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 ten varios obxectivos e varias liñas estratéxicas e de acción. De modo concreto, os seus obxectivos son:

- Reforzar os recursos humanos en saúde mental reforzando a interdisciplinariedade.
- Orientar o modelo asistencial en saúde mental a un modelo máis comunitario mediante a implementación de accións que potencien alternativas á institucionalización e promovan a prescrición social, ocupacional e cultural ou a recomendación de activos en saúde.

- Protexer os dereitos humanos, a autonomía persoal e a eliminación do estigma asociado aos problemas de saúde mental.

- Garantir o uso adecuado racional de psicofármacos, baseado na evidencia, a calidade do tratamento e a seguridade na prescrición.

- Enfocar a atención nos grupos vulnerables e brindarlles intervencións específicas, presentando especial atención á infancia e a adolescencia e á saúde mental perinatal.

- Mellorar a identificación de datos de valor e información en saúde mental, o seu rexistro, análise e distribución para o desenvolvemento de sistemas de información de calidade.

- Integrar e promover a vixilancia epidemiolóxica en saúde mental.

- Desenvolver un marco teórico e práctico sobre a relación entre o traballo e a saúde mental, así como a súa identificación e rexistro desde os sistemas sanitarios.

Estes obxectivos operativízanse en varias liñas estratéxicas e accións, como se mostran na Táboa 2.8.

Táboa 2.8. Liñas estratéxicas e accións do Plan de Acción de Saúde Mental 2025-27 do Ministerio de Sanidade.

Liña estratéxica	*Accións*
1) Reforzo dos recursos humanos en saúde mental	1.1. Planificar a oferta de Formación Sanitaria Especializada da especialidade de psiquiatría, psiquiatría infantil e da adolescencia, psicoloxía clínica e enfermería especialista en saúde mental, tendo en conta as necesidades consensuadas coas CCAA. 1.2. Impulsar o acceso á formación en psicoterapia de calidade e con recursos eficaces. 1.3. Promover a Regulación da Formación Sanitaria Especializada de Psicoloxía Clínica da Infancia e da Adolescencia. 1.4. Promover o incremento de prazas acreditadas de formación sanitaria especializada de psiquiatría, psiquiatría infantil, psicoloxía clínica e enfermería especialista en saúde mental por parte das CCAA. 1.5. Potenciar o apoio mutuo entre pares e a súa contratación nos dispositivos de saúde mental, así como o seu fomento e coordinación noutros recursos asistenciais comunitarios e/ou en movementos asociativos. 1.6. Avaliar e adecuar as necesidades de recursos humanos en saúde mental, en todos os ámbitos asistenciais.
2) Saúde mental comunitaria e alternativas á institucionalización	2.1. Deseñar un plan de potenciación da saúde mental comunitaria e promoción da vida autónoma. 2.2. Abordar a actualización da carteira común de servizos de saúde mental. 2.3. Promocionar a recomendación de activos para a saúde e recursos comunitarios. 2.4. Empoderar ás persoas con problemas de saúde mental facilitando información accesible sobre os seus dereitos, recursos e servizos para a toma de decisións. 2.5. Establecer mecanismos de coordinación e cooperación con atención primaria, outras especialidades, farmacia comunitaria, educación, servizos sociais, actores do sistema de xustiza en

	materia de saúde mental, institucións penais e forzas e corpos de seguridade, para promover unha abordaxe integral e interdisciplinar da saúde mental baseada en dereitos. 2.6. Reforzar os servizos de atención á saúde mental a nivel comunitario. 2.7. Potenciar alternativas comunitarias, domiciliarias e formas de hospitalización que fomenten a autonomía e prioricen os dereitos das persoas con trastorno mental na atención en crise. 2.8. Desenvolver intervencións que favorezan o acceso e a permanencia na vivenda a persoas con problemas de saúde mental. 2.9. Asegurar respostas rápidas e flexibles ás necesidades de apoio e coidados das persoas e as familias no ámbito comunitario. 2.10. Impulsar a reforma estrutural das urxencias de saúde mental nos hospitais xerais para mellorar a accesibilidade e previr intervencións coercitivas en situación de crise. 2.11. Fomentar a integración orgánica e/ou funcional da rede de adiccións e os servizos de saúde mental. 2.12. Fomentar a aplicación de programas de prevención de adiccións de eficacia demostrada, tanto de tipo universal como selectiva e indicada.
3) Modelo de atención orientado aos dereitos humanos, humanización e loita contra o estigma	3.1. Impulsar alternativas á contención mecánica na atención dos problemas de saúde mental. 3.2. Impulsar un estudo estatal sobre o uso de contencións mecánicas en saúde mental. 3.3. Promover a participación de persoas expertas con experiencia en saúde mental na planificación, implementación e na avaliación das iniciativas de saúde mental. 3.4. Fomentar modelos dirixidos a reducir as intervencións involuntarias sobre as persoas con problemas de saúde mental e persoas con trastorno mental grave e garantir o exercicio dos seus dereitos e liberdades. 3.5. Impulsar a vixilancia das intervencións involuntarias sobre as persoas con problemas de saúde mental. 3.6. Promocionar o respecto dos dereitos humanos e a loita contra a discriminación das persoas con problemas de saúde mental. 3.7. Favorecer a planificación anticipada de decisións na atención sanitaria en saúde mental, especialmente en situacións de crises. 3.8. Establecer mecanismos para previr as intervencións involuntarias nas persoas con trastorno mental. 3.9. Implementar unha figura que facilite o acceso, cumprimento e exercicio dos dereitos das persoas con discapacidade psicosocial.
4) Optimización do tratamento e calidade na prescrición	4.1. Fomentar campañas de sensibilización accesibles dirixidas á poboación xeral e aos profesionais sanitarios en materia de uso adecuado de psicofármacos e promoción doutras posibilidades terapéuticas dispoñibles, baseándose na evidencia científica. 4.2. Promover unha Guía de Práctica Clínica no uso axeitado de psicofármacos e deprescripción de antidepresivos baseándose na evidencia científica, cando estea indicado. 4.3. Incluír no programa anual de formación continuada das Comunidades Autónomas a temática do Uso axeitado dos

	psicofármacos para profesionais clave. 4.4. Garantir terapias de calidade baseadas na evidencia científica. 4.5. Implementar programas de formación en uso adecuado de psicofármacos e deprescripción en hipnosedantes e antidepresivos, cando estea indicada, en todos os ámbitos asistenciais. 4.6. Promover a información sanitaria protocolizada e o consentimento informado no uso de psicofármacos. 4.7. Deseñar e implementar programas e campañas de uso adecuado de psicofármacos e deprescripción de hipnosedantes e antidepresivos cando sexa indicada e segundo a evidencia científica, en todos os ámbitos asistenciais. 4.8. Fomentar a xestión colaborativa, a investigación biopsicosocial e a innovación terapéutica destinadas a persoas con trastorno mental.
5) Abordaxe de problemas de saúde mental en contextos e colectivos de maior vulnerabilidade	5.1. Impulsar campañas de promoción da saúde e prevención dos problemas de saúde mental en contextos e colectivos de maior vulnerabilidade. 5.2. Formar a profesionais de saúde mental na prevención e detección precoz da violencia de xénero, así como en ferramentas de acompañamento e apoio psicolóxico a mulleres (e fillos/as) vítimas de violencia de xénero. 5.3. Mellorar a accesibilidade aos servizos de atención á saúde mental aos grupos máis vulnerables. 5.4. Desenvolver actuacións preventivas e de promoción da saúde mental en persoas maiores, así como actividades formativas específicas.
6) Saúde mental perinatal, da infancia e da adolescencia	6.1. Desenvolver un grupo de traballo de persoas expertas para identificar accións prioritarias a desenvolver para a promoción, prevención, e mellora da abordaxe da saúde mental na infancia e adolescencia. 6.2. Fortalecer a formación continuada e o apoio aos Equipos de Atención Primaria en materia de saúde mental na infancia e a adolescencia. 6.3. Potenciar a coordinación interdisciplinar, interinstitucional e inter-sectorial para abordar os problemas de saúde mental na infancia e a adolescencia. 6.4. Desenvolver actuacións de sensibilización, preventivas e de promoción da saúde mental perinatal, así como actividades formativas específicas. 6.5. Crear programas especializados de saúde mental perinatal accesibles. 6.6. Potenciar as alternativas á hospitalización infanto-xuvenil na atención da saúde mental.
7) Sistemas de información en saúde mental	7.1. Promover a vixilancia epidemiolóxica en saúde mental. 7.2. Fomentar a actualización dunha listaxe de indicadores de saúde mental. 7.3. Promover o rexistro e os sistemas de información de saúde mental e/ou adiccións a nivel das CCAA.
8) Saúde mental e traballo	8.1. Crear unha guía de identificación e comunicación da sospeita de trastornos mentais derivados ou agravados polo traballo tendo

	en conta ás persoas traballadoras con discapacidade. 8.2. Promover a vixilancia da saúde mental dos e das traballadoras expostas a riscos psicosociais tendo en conta especificamente ás persoas traballadoras con discapacidade. 8.3. Promover e protexer a saúde mental dos traballadores e das traballadoras e identificar os trastornos mentais derivados ou agravados polo traballo desde o sistema sanitario. 8.4. Promover o acceso e o mantemento do traballo de calidade ás persoas con trastorno mental. 8.5. Desenvolver programas específicos para a prevención e apoio en saúde mental para profesionais sanitarios e sociosanitarios: coidar ás persoas coidadoras.

Pola súa banda, o Plan de Acción para a Prevención do Suicidio 2025-2027 (Comisionado de Salud Mental, 2025b) ten como obxectivos os seguintes:

- Mellorar a dispoñibilidade, oportunidade e calidade da información para planificar eficazmente a prevención da conduta suicida.
- Aumentar a conciencia sobre a magnitude do problema e sobre a efectividade das intervencións dispoñibles.
- Enfocar a atención nos grupos en situación de vulnerabilidade e proporcionarlles intervencións específicas.
- Reducir o estigma asociado á conduta suicida.
- Abordar os determinantes sociais da saúde que inflúen no suicidio.
- Fortalecer o liderado e a participación multisectorial.
- Mellorar o acceso a servizos de prevención do suicidio e apoio ás persoas en crise ou en situación de maior risco de conduta suicida.
- Aumentar a capacidade do Sistema Nacional de Saúde para a abordaxe da conduta suicida.
- Promover os factores ambientais, comunitarios e o apoio social para previr o suicidio.
- Fomentar a aplicación de directrices para unha cobertura informativa responsable dos medios de comunicación.
- Proporcionar apoio adecuado aos familiares e achegados de persoas afectadas por suicidio.

A partir destes obxectivos expóñense varias liñas e accións dentro delas: 1) información de calidade; 2) sensibilización; 3) prevención en situacións de vulnerabilidade; 4) prevención en todas as políticas; 5) abordaxe sanitaria; e, 6) enfoque integral.

2.6. Outros informes de saúde mental españois

Debido á pandemia e ao crecente interese pola saúde mental nos últimos anos, asistimos á elaboración de distintos informes sobre saúde mental por parte de distintos organismos e asociacións, independentes da administración. Por cuestións de espazo, a continuación, comentamos brevemente os mesmos.

O estudo da Confederación Saúde Mental España e Mutua Madrileña (2023) sobre a situación da saúde mental en España e a súa relación co benestar, utilizou a metodoloxía de grupos de discusión con persoas con problemas de saúde mental, familiares e profesionais da sanidade, tanto de atención primaria como de saúde mental (psiquiatras e

psicólogos clínicos) e, posteriormente, realizaron un estudo cuantitativo a nivel nacional con 2.000 persoas maiores de 18 anos, realizado entre xullo e agosto de 2022.

No estudo cualitativo destaca a gran incidencia que tivo a pandemia no persoal sanitario, incluíndo a incidencia na súa propia saúde mental, xunto coa sensación de abandono, a sobrecarga de traballo e atrasos acumulados, e o baixo investimento orzamentario tanto en atención primaria como en especializada. Indican que durante a pandemia houbo unha escasa atención ás persoas con problemas de saúde mental debido ás medidas de distanciamento social que impedían que acudisen ás consultas, por iso é polo que, coa volta á normalidade, a gravidade destes casos incrementouse notablemente. A problemática máis frecuente era o dó mal elaborado, a depresión por illamento, soidade e medo no caso das persoas maiores que viven soas. No caso dos adolescentes destacaban os intentos autolíticos, malestar por ausencia de interacción social, medo ao contaxio, ansiedade e rebeldía. Nos mozos, eran os problemas máis frecuentes os trastornos adaptativos ou a ansiedade, dificultades económicas, laborais e de relación familiar ou de parella. Por último, no caso do persoal sanitario, destacaba o estrés agudo nos que estiveron nas situacións máis críticas (ex., os profesionais das UCIS).

Respecto aos resultados do estudo en canto aos familiares das persoas con trastornos mentais, a conclusión foi que esta situación tivo un impacto negativo, destacando o sufrimento, a soidade, o cansazo físico e mental e a preocupación polo futuro. Inciden no problema do acceso aos servizos de saúde mental, sendo o médico de atención primaria o que atende principalmente ás persoas con problemas de saúde mental ou nas urxencias hospitalarias e, en menor grao, nos servizos de saúde mental.

Do estudo cuantitativo, destacan os datos de que un 44,9% dos participantes indica a existencia de preocupación, sinalando que un 10% autoavalían a súa saúde mental como mala ou moi mala na actualidade e o 60,7% que a súa saúde mental é boa ou moi boa. Respecto aos datos de prevalencia, neste estudo sinalan que: 1) o 17,4% tivo algún trastorno mental algunha vez na vida (a maioría trastornos de ansiedade ou trastorno depresivo); e 2) o 48,7% acode actualmente a un psicólogo e un 50,5% a un psiquiatra.

Sobre a situación da saúde mental, un 74,4% cre que empeorou nos últimos anos, achacándoa a: dificultades económicas; incerteza ante o futuro; esixencias e tensións do día a día; a pandemia; unha sociedade cada vez máis individualista e competitiva; os problemas do mundo no que vivimos; a soidade; o uso de redes sociais e Internet; e un maior grao de concienciación sobre a propia saúde mental. A metade, considera que non se destinan suficientes recursos á saúde mental e que as medidas para mellorar a asistencia á saúde mental serían: aumentar o número de profesionais en saúde mental; ter máis centros de saúde mental comunitarios e/ou equipos de traballo comunitarios; e asegurar a continuidade do tratamento co mesmo profesional. Tamén suxiren outras medidas sociais como a necesidade de priorizar a colectivos vulnerables (ex., mulleres).

O estudo finaliza cunha serie de recomendacións, que se centran en cinco aspectos: atención aos colectivos máis vulnerables; visibilización, desestigmatizacion e combater a discriminación; prevención e detección temperá; diagnóstico, atención e recuperación; e, medidas sociais, laborais e de integración.

A mesma Confederación de Saúde Mental de España (2023) elaborou un extenso informe que recolle casos de persoas que tiveron problemas por non ser considerado o seu problema de saúde mental, e no mesmo inclúen o tema das denuncias, boas prácticas e recomendacións. Consta dos seguintes apartados: obrigacións xerais; dereito das mulleres á igualdade e non discriminación; dereitos dos nenos e as nenas; toma de conciencia; accesibilidade; dereito á vida; igual recoñecemento como persoa ante a lei; acceso á xustiza; dereito á vida independente e a ser incluído na comunidade; educación; saúde; e, dereito ao traballo e emprego.

O Consello Xeral de Colexios Farmacéuticos elaboraron tamén un estudo sobre a saúde mental (ISGlobal, 2023) en España desde a perspectiva farmacéutica, dedicando un amplo apartado á atención á saúde mental, onde describen as terapias, procedementos, hospitalización, diagnósticos, etc. Insisten, dentro do tema laboral, na importancia da precariedade laboral e o desemprego como factores de risco ben coñecidos para os problemas de saúde mental, xunto ó estrés no traballo. As recomendacións que indica o informe resúmense en: mellorar a soidade non desexada; reducir as desigualdades económicas e mellorar o acceso aos servizos de saúde mental; mellorar a calidade de vida dos cidadáns, sobre todo nos barrios desfavorecidos; baixar o consumo de psicofármacos; facer estudos de custo-eficacia do tratamento da depresión e ansiedade; e, máis psicoterapia.

A sociedade SESPAS, Sociedade Española de Saúde Pública e Administración Sanitaria, elaborou en 2020 un informe sobre a Saúde Mental en España, en forma de artigos escritos por varios autores. Xa o fixera previamente en 2002 e 2010. En atención primaria, Bellón *et al.* (2020), estiman que, en 2020, a porcentaxe de persoas que acoden a centros de atención primaria con problemas de saúde mental é dun 30%, predominando os trastornos depresivos, ansiosos, adaptativos e de somatización. Tamén indican o que é a regra das metades decrecentes: de cada 100 persoas con trastornos mentais comúns, 73 consultan co seu médico de atención primaria, 36 son diagnosticadas correctamente, 18 son tratadas adecuadamente e 9 compren co tratamento. Igualmente, insisten na peor saúde mental das mulleres, tendo o dobre de probabilidade de ser diagnosticadas de depresión e ansiedade que os homes (Bacigalupe et al., 2020) e cun consumo de psicofármacos que é o dobre que nos homes.

No artigo de Ordóñez-Iriarte (2020) destaca a súa análise da saúde mental e a saúde ambiental, onde indican tres tipos de factores de risco: 1) factores de risco na etiopatoxenia e a evolución dos trastornos mentais (como calidade do aire, temperatura, ruído e cambio climático); 2) factores de risco no desenvolvemento cognitivo (substancias neurotóxicas que inciden no desenvolvemento cognitivo (ex., chumbo, metilmercurio, arsénico, PCB (policlorobifenilo) e tolueno); e 3) factores de risco no deterioro cognitivoa (relación entre contaminantes ambientais e a demencia e enfermidade de Alzheimer).

Tamén destacamos o informe *Presente e futuro da saúde mental en España*, editado por Martínez e Arango (2021), onde repasan o estado da situación, fundamentalmente desde unha perspectiva sanitaria. Di Celso Arango no seu prólogo que "di o sabio refraneiro español que só nos acordamos de Santa Bárbara cando trona. Nesta ocasión, tivo que vir en forma de pandemia para darnos conta da importancia da saúde mental e do mal preparado que estaba o noso sistema sanitario para afrontar unha crise así" (páx. 15). Segundo indican, España inviste un 5% do gasto sanitario en saúde mental, cando a media da UE é dun 7%. No informe destacariamos o incremento da demanda por problemas de saúde mental no caso da poboación infanto-xuvenil, a aparición cada vez máis temperá dos problemas de saúde mental, o custo dos tratamentos a nivel privado, a falla de suficiente cobertura, a falla de adherencia terapéutica aos fármacos, o incremento da demencia nos maiores (do 20 ao 40% dos maiores de 80 anos sofren demencia; o 50% dos casos son Alzheimer); a necesidade de personalizar os tratamentos psiquiátricos de precisión; a necesidade de previr o suicidio; a maior prevalencia en mulleres; etc.

Finalmente, tamén contamos co Libro branco da psiquiatría en España (SEPSM, 2024), o cal sintetiza a situación da saúde mental en España, e fai os correspondentes plantexamentos profesionais sobre o futuro da saúde mental e da profesión da Psiquiatría cara o futuro, como comentaremos noutro capítulo.

2.7. Os informes sobre saúde mental da Xunta de Galicia

En Galicia elaboráronse distintos plans de saúde mental, pero o de referencia actual é o *Plan de saúde mental poscovid* da Xunta de Galicia de 2020, para o que se destinou para o período 2020-24 un total de 83 millóns de euros, fundamentalmente para a contratación de novos profesionais e incrementar o número de centros e programas (Xunta de Galicia, 2020). A iso hai que engadir que se atopan en elaboración novos informes. Na táboa 2.8 indicamos os valores e principios que segue o *Plan de Saúde Mental Poscovid*.

A Estratexia Sergas 2020 (SERGAS, 2020), para o ámbito da saúde mental, indica a necesidade de avanzar en aspectos como: mellorar a atención aos pacientes con depresión (programa de ligazón primaria-hospitalaria), mellorar a detección precoz dos trastornos do neurodesenvolvemento, potenciar a atención aos problemas de saúde infanto-xuvenil, desenvolver programas de psicoxeriatría e reducir o dano psicolóxico en catástrofes. No caso concreto de Galicia, ao ter as transferencias sanitarias no campo da saúde, o plan recolle medidas específicas. Como di o informe "A rede de saúde mental do Servizo Galego de Saúde ten como misión a promoción da saúde mental, a prevención dous trastornos mentais e a diminución do impacto que o padecemento dun trastorno mental ten nas persoas e nas súas familias". Isto implica a análise da situación, dar respostas asistenciais adecuadas e mellorar a asistencia a toda a poboación, sobre todo aos grupos máis vulnerables, dentro das súas posibilidades orzamentarias.

Táboa 2.8. Valores e principios nos que se basea o *Plan de Saúde Mental Poscovid* da Conselleria de Sanidade, Servizo Galego de Saúde da Xunta de Galicia (2020).

- Os programas preventivos, asistenciais e rehabilitadores formarán un todo homoxéneo e garantirase a continuidade asistencial entre os diferentes dispositivos e a equidade no acceso a estes. - Procurarase unha atención comunitaria potenciando os recursos ambulatorios e extrahospitalarios e o uso de recursos normalizados, co fin de integrar esta na contorna do/da paciente. - A actividade nos dispositivos de saúde mental terá un enfoque colaborativo e interdisciplinario, e basearase na cooperación entre os membros do equipo a fin de dar unha resposta integral ás necesidades dos/as usuarios/as. - A distribución dos recursos será equitativa e organizaranse de modo que quede garantida a súa extensión a toda a poboación. - Participación das diferentes administracións e sectores públicos para promover actuacións que redunden na prevención da aparición dos trastornos mentais, e no soporte daqueles que os sofren. - A necesaria implicación do/da paciente na toma de decisións con respecto a súa saúde (planificación compartida) situándoo no centro do seu proceso asistencial. - Velarase pola prestación de servizos acorde á evidencia científica, e baixo a garantía da protección dos dereitos das persoas con trastorno mental, entendendo a estas como un colectivo de especial vulnerabilidade. - Na aplicación dos programas tomarase en consideración o enfoque de xénero para adaptar as actuacións ás necesidades. - A aposta pola calidade, a eficiencia e as prácticas innovadoras que redunden na sustentabilidade do sistema.

Para contextualizar a situación en Galicia, o informe monográfico de saúde mental de 2017 (INE, 2017) indicaba que un 10% dos adultos e un 1% dos menores tiñan problemas de saúde mental, aínda que o 18% da poboación española tiña risco de ter mala saúde mental. Nese informe, en Galicia o 16,2% declaraba padecer un trastorno mental nos últimos 12 meses (21,9% mulleres, 9,9% homes), aínda que é a alta mortalidade por suicidio o dato que máis sobresae no noso contexto.

O estudo que se fixo especificamente sobre os trastornos mentais en Galicia (Mateos e Gómez, 2017), que veremos máis amplamente noutro capítulo, indica que un 21,6% dos galegos presenta algún trastorno mental ao longo da súa vida e un 7,4% no último ano, destacando que un 3,6% dos casos son de trastornos do estado de ánimo. Das persoas con discapacidade en Galicia, un 6% o é por presentar trastornos mentais (en España é dun 5,5%) e un adicional 6,4% o é tanto por discapacidade física como mental (un 10,5% en España). En concreto, en Galicia 47.163 persoas teñen unha discapacidade por trastornos mentais.

Neste estudo, no caso da infancia e adolescencia e utilizando unha mostra clínica das persoas que acudían a atención primaria, a porcentaxe de persoas atendidas con trastornos mentais era dun 11,5% . Os trastornos máis frecuentes son depresión (20,9%) e trastornos de conduta (16,2%).

No *Plan de Saúde Mental Poscovid* tamén se recollen os recursos existentes para a atención á saúde mental en Galicia e, de forma específica, os aspectos para mellorar como incrementar os recursos humanos e materiais, protocolos e procesos asistenciais comúns, maior coordinación con atención primaria, evitar medicalizar/psicoloxizar situacións vitais ou sentimentos normais, orientar a atención cara ás necesidades e valores dos pacientes; elaborar mapas sociosanitarios; e potenciar a investigación, a innovación e outras, como favorecer o acceso á psicoterapia.

Son importantes os obxectivos e eixos de acción do plan, que é onde se concreta o que se vai a facer, que son cinco: participación, autonomía e sensibilización; recuperación como meta; gobernanza, coordinación e transversalidade; saúde mental na infancia e adolescencia; e, xestión do coñecemento, investigación e avaliación. Como medidas concretas, na Táboa 2.9 indicamos as que propón o plan para o desenvolvemento de programas de prevención e desenvolvemento precoz.

Táboa 2.9. Exemplos do desenvolvemento de programas de prevención e atención precoz, no *Plan de saúde mental poscovid*, onde pon o foco na infancia e en colectivos sometidos a experiencias traumáticas.

A. Programas de apoio ao loito e trauma. B. Atención á saúde mental dos/as profesionais sanitarios/as. C. Incrementar os recursos e programas preventivo-asistenciais destinados a atención á saúde mental na infancia: - Reforzamento das unidades ambulatorias de saúde mental infanto-xuvenil. - Creación dunha unidade de hospitalización para nenos/as-adolescentes no Hospital Álvaro Cunqueiro, de referencia para as provincias de Ourense e Pontevedra. - Dotación progresiva nas áreas sanitarias de hospitais de día infanto-xuvenís. - Constituír equipos de referencia para a atención aos trastornos do neurodesenvolvemento. D. Implantación dun programa de detección precoz e intervención en adiccións, incluído o alcol, cánnabis e o xogo.

Fonte: Xunta de Galicia (2020).

O *Plan de Saúde Mental Poscovid* tiña como obxectivo mellorar a saúde mental en Galicia ao dispoñer de máis recursos, máis profesionais, medidas concretas a poñer en práctica para a súa mellora e, o máis importante, darlle unha maior visibilidade á saúde mental. Unha parte cumpriuse pero outros aspectos continúan pendentes.

Referencias

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., e Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria, 34* Suppl 1, 61–67.

Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I. Mendive, J. M. e Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria, 34* (Supl. 1), 20-26.

Comisionado de Salud Mental (2025a). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027*. Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf

Comisionado de Salud Menta (2025b) *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027.* Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Confederación Salud Mental España (2023). *Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental, 2022*. Confederación Salud Mental España. En https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-humanos-salud-mental-2022/

Confederación Salud Mental España y Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España 2023*. Confederación Salud Mental España y Mutua Madrileña.

Comité Económico y Social Europeo (2023). *Medidas para mejorar la salud mental*, SOC/760, Sección de Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía. En. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=PI_EESC%3AEESC-2023-01455-AS

Consejo de la Unión Europea (2023a). *Conclusiones del Consejo sobre la salud mental y el trabajo precario. 9 de octubre de 2023*. Asunto: 13171/23. Consejo de la Unión Europea. En: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13937-2023-INIT/es/pdf

Consejo de la Unión Europea (2023b). *Conclusiones del Consejo sobre la salud mental. 30 de noviembre de 2023.* N.º doc. prec.: 15053/23. Consejo de la Unión Europea. En: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15053-2023-INIT/es/pdf

ISGlobal (2023). *Estudio La Salud Mental en España.* Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing. En: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_ES.html

Eurobarometer (2023). *Plenary insights. Public opinion at a glance. October II 2023*. En: https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/files/be-heard/eurobarometer/2023/en-plenary-insights-october-ii-2023.pdf

European Commission (2023). *Communication from the Comission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health*. European Commission, June 6, 2023. En https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52023DC0298

Ministerio de Sanidad (2022a). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026.* Ministerio de Sanidad.

Martínez, J. e Arango, C. (Coord.) (2021*). Presente y futuro de la salud mental en España.* BioInnova Consulting.

Ministerio de Sanidad (2022b). *Plan de Acción de Salud Mental, 2022-24. Estrategia Salud Mental del SNS*. Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Ministerio de Sanidad (2023). *Recursos humanos, ordenación profesional y formación*

continuada en el Sistema Nacional de Salud 2022. Informe monográfico. Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/Informe_RRHH_2022.pdf

Parlamento Europeo (2023). Informe sobre la salud mental. 17.11.2023 - (2023/2074(INI)), Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Parlamento Europeo. En: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_ES.html

Oliva, J., López-Varcárcel, B. G., Pérez, P. B., Peña-Longobardo, L. M., Garrido, R. M. U. e González, N. Z. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020 [Impact of Great Recession on mental health in Spain. SESPAS Report 2020]. *Gaceta Sanitaria, 34* (Suppl 1), 48–53.

Ordóñez-Iriarte J. M. (2020). Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020 [Mental health and environmental health. A prospective view. SESPAS Report 2020]. *Gaceta Sanitaria, 34* (Suppl 1), 68–75

Organización Mundial de la Salud (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Organización Mundial de la Salud. En htpps://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1 (D. Kestal y M. van Ommeren, coord.).

Organización Mundial de la Salud (2022b). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Organización Mundial de la Salud; 2022*. En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1

SEPSM (2024). *Libro blanco de la psiquiatría en España*. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

SERGAS (2020). *Estratexia 2020*. Sergas, Consellería de Sanidade. En https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf

Xunta de Galicia (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Atención Sanitaria.

Capítulo 3

A saúde mental en Galicia: comparativa con España e outros países

3.1. Trastornos máis prevalentes: breve descrición
3.2. Prevalencia dos problemas de saúde mental en distintos países
3.3. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Europa
3.4. Prevalencia dos problemas de saúde mental en España
    3.4.1. O Informe da Unión Europea sobre o estado da saúde en España
    3.4.2. Enquisa Europea de Saúde
    3.4.3. Enquisa Nacional de Saúde 2017
    3.4.4. Rexistro de problemas de saúde mental en Atención Primaria
    3.4.5. A análise da conduta suicida
    3.4.6. O consumo de drogas na poboación xeral e na poboación laboral
    3.4.7. A enquisa do CIS sobre a saúde mental e o covid-19
    3.4.8. A prevalencia de trastornos mentais en estudantes de instituto e universidade
    3.4.9. Outros estudos
    3.4.10. A comparación da prevalencia de trastornos mentais en varios países da OMS
3.5. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Galicia
3.6. Conclusións sobre as diferenzas de prevalencia de trastornos mentais
Referencias

3.1. Trastornos máis prevalentes: breve descrición

De modo sistemático hai catro trastornos, ou grupos de trastornos, en adultos que aparecen como os máis prevalentes e relevantes cando falamos dos problemas de saúde mental. Son os trastornos depresivos, os trastornos de ansiedade, os trastornos adictivos e a esquizofrenia. Hai moitos outros, pero o seu nivel de prevalencia, a súa demanda clínica, a incapacidade persoal, laboral ou social que producen, non están ao mesmo nivel que os previamente sinalados. Respecto aos trastornos nas etapas da infancia e adolescencia, predominan os trastornos de ansiedade, os depresivos, o trastorno por déficit de atención con hiperactividade (TDAH), os trastornos de conduta, os trastornos da conduta alimentaria e os trastornos do espectro autista. Tamén ten unha gran relevancia na etapa da adolescencia o inicio no consumo de substancias e mesmo xa a aparición de problemas derivados do seu consumo. Na Táboa 3.1 recóllense todos os trastornos mentais e do comportamento que se inclúen no DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023). A continuación, realizaremos unha breve descrición daqueles máis destacados.

Os trastornos depresivos caracterízanse pola presenza dun estado de tristeza e anhedonia que fan que a persoa non ten interese en facer cousas, pérdese o interese por cousas que antes lle interesaban ou mesmo de vivir, sendo un dos principais riscos da depresión os intentos de suicidio e o suicidio consumado. Trátase dun trastorno que pode ser moi incapacitante.

Os trastornos de ansiedade son un conxunto de trastornos que tamén poden ter un importante nivel de incapacidade e xerar un sufrimento moi grande. O máis prevalente é o trastorno de ansiedade xeneralizada, caracterizado pola continua preocupación que o individuo manifesta por distintos aspectos da vida cotiá, seguido do trastorno de pánico, a agorafobia, a fobia específica e a fobia social.

Os trastornos adictivos caracterízanse porque a súa presenza ten importantes consecuencias, non só sobre a saúde das persoas que os padecen, se non tamén sobre o ámbito familiar, laboral, económico e social. O nivel de prevalencia deste tipo de trastornos é moi elevado, sendo un grave problema social e sanitario na actualidade.

A esquizofrenia, do mesmo xeito que o resto dos trastornos psicóticos, é considerada coma trastorno mental grave, tanto pola súa cronicidade como polo alto custo persoal, familiar, sanitario e social que conleva, a súa dificultade de manexo clínico e a maior mortalidade por enfermidades relacionadas co trastorno. A esquizofrenia caracterízase pola presenza de delirios e alucinacións, xunto con outras dificultades como a perda de motivación, o illamento, a presenza de depresión ou a carencia de habilidades sociais. É un dos trastornos mentais máis incapacitantes, dado que ademais leva con frecuencia a internamentos hospitalarios.

Táboa 3.1 Trastornos mentais e do comportamento que considera o DSM-5-TR.

Trastornos do neurodesenvolvemento.
1. Trastornos do desenvolvemento intelectual.
2. Trastornos da comunicación.
3. Trastornos do espectro autista.
4. Trastorno por déficit de atención/hiperactividade.
5. Trastornos específicos da aprendizaxe.
6. Trastornos motores.
7. Trastornos de tics.
8. Outros trastornos do neurodesenvolvemento.

Espectro da esquizofrenia e outros trastornos psicóticos.
Trastorno bipolar e outros trastornos relacionados.
Trastornos depresivos.
Trastornos de ansiedade.
Trastorno obsesivo-compulsivo e outros relacionados.
Trastornos relacionados con traumas e factores de estrés.
Trastornos disociativos.
Trastornos de síntomas somáticos e trastornos relacionados.
Trastornos da conduta alimentaria e da inxesta de alimentos.
Trastornos da excreción.
Trastornos do soño-vixilia.
Disfuncións sexuais.
Disforia de xénero.
Trastornos disruptivos, do control dos impulsos e da conduta.
Trastornos relacionados con substancias e trastornos adictivos.

1. Alcol, cafeína, cánnabis, alucinóxenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes e tabaco.
2. Xogo patolóxico.
3. Adicción a videoxogos (en estudo).

Trastornos neurocognitivos.
Trastornos da personalidade.
Trastornos parafílicos.
Outros trastornos mentais e códigos adicionais.
Trastornos motores inducidos por medicamentos e outros efectos adversos dos medicamentos.
Outros problemas que poden ser obxecto de atención clínica (ex., conduta suicida, malos tratos, abuso sexual infantil, problemas laborais, problemas de vivenda, etc.).

3.2. Prevalencia dos problemas de saúde mental en distintos países

Estados Unidos é un dos países do mundo que ten os estudos en poboación xeral máis completos para coñecer o estado da saúde mental na súa poboación. Anualmente o SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), organismo do Ministerio de Saúde norteamericano, elabora unha enquisa a nivel nacional, sendo a máis recente a realizada en 2022 (SAMHSA, 2023). A mostra foi de 71.369 persoas, de 12 ou máis anos, con entrevistas realizadas na casa e noutros lugares residenciais. Avalían tanto o consumo de substancias como varios trastornos de saúde mental e a intención de suicidio.

Respecto ao consumo de cigarros, o 14,6% da mostra fumou no último mes (destes o 58,7% fuma diariamente), sendo o grupo de idade con maior prevalencia o de maiores de 26 anos (16,7%). Os resultados varían en canto a produtos derivados do tabaco ou ter vapeado nicotina dado que o 22,7% da mostra utilizouno no último mes, sendo os mozos entre 18 e 25 anos o grupo de idade con maior consumo (30%). Entre os mozos de 12 a 17 anos este consumo sitúase no 7,3% mentres que o de cigarros está no 1,2%. En canto ao consumo de alcol, no mes anterior un 5,7% consumira alcol de modo intenso (consumo de polo menos catro bebidas diarias cinco días na semana), sobre todo nas idades de 18 a 25 anos (un 7,6%). O consumo de marihuana no último mes é do 15% na mostra total, coa maior porcentaxe entre os de 18 a 25 anos (25,9%). Por último, entre outras substancias destacan en consumos realizados no último ano: a cocaína, incluíndo o crack, cun 1,9%; un 0,4% de heroína; un 1,5% de abuso de estimulantes prescritos (ex.,

anfetaminas, anorexígenos); 1,7% de abuso de tranquilizantes ou sedantes prescritos; 3% de abuso de fármacos prescritos para o alivio da dor; e 3,2% de abuso de opioides de prescrición (ex., oxicodona, hidrocodona, morfina).

En relación cos problemas de saúde mental, o estudo sinala que o 23,1% da mostra cumpriría os criterios dalgún trastorno mental no último ano e un 6% o dun trastorno mental grave (que limita substancialmente unha ou máis actividades importantes da vida). Así, un 19,5% dos adolescentes de 12 a 17 anos tivo un episodio depresivo maior nos últimos 12 meses. No caso dos maiores de 18 anos, un 8,8% de adultos tivérono, sendo o grupo con maior porcentaxe o de 18 a 25 anos (20,1%) e o de menor os maiores de 50 anos (4,6%).

Respecto á comorbilidade entre o episodio depresivo maior e o trastorno por consumo de substancias, o 24,7% dos menores de 12 a 17 anos e o 32,9% dos maiores de 18 anos padecérono no último ano. De modo semellante, a presenza dun trastorno por consumo de substancias en adultos que tamén teñen outro trastorno mental é dun 8,4%, sendo dun 2,9% nos que teñen un trastorno mental grave. En relación ao suicidio, un 5,2% das persoas de 18 ou máis anos tivo serios pensamentos de suicidio no último ano, un 1,5% fixo plans de suicidio e un 0,6% tentou suicidarse. A maior porcentaxe está nos mozos de entre 18 e 25 anos nos que un 13,6% tivo serios pensamentos de suicidio no último ano, seguido dos de 12 a 17 anos cun 13,4%. Ademais, un 6,5% fixo plans de suicidio e un 3,7% tentou suicidarse.

A enquisa de Gallup sobre saúde mental nos Estados Unidos, *Gallup National Health and Well-Being Index*, apunta un incremento de 10 puntos nos diagnósticos de depresión nos Estados Unidos, do 19,6% algunha vez na vida en 2015 a un 29% en 2023. No caso de presenza no último ano, subiu dun 10,5% en 2015 a un 17,8% en 2023, presentando as mulleres o dobre de prevalencia, un 23,8% respecto aos homes cun 11,3% (Witters, 2023).

Os datos da enquisa de fogares do NHIS (*National Health Interview Study)* norteamericano (Terlizi e Norrris, 2021) realizada no ano 2020, indica que o 20,3% da poboación adulta recibiu algún tratamento de saúde mental nos últimos 12 meses. A un 16,5% prescribíronlle medicación e un 10,1% recibiu consello ou terapia de profesionais da saúde mental. A prevalencia dos trastornos mentais é maior en mulleres (25,6%) que en homes (14,6%) e, os que viven en zonas rurais teñen máis problemas de saúde mental: 19,3% en cidades, 21,4% en medias ou pequenas e 21,7% en non metropolitanas.

Outro dato relevante son as visitas a urxencias por problemas de saúde mental. O estudo de Bomersbach *et al.* (2023) comparou nos anos2011 e 2020 as visitas a urxencias por trastornos mentais na *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey* en nenos, adolescentes e adultos, cunha mostra de máis de 60.000 persoas cada ano. Os resultados indican (Táboa 3.2) un importante incremento na atención a trastornos mentais en urxencias cando se comparan ambos anos, aínda que debe sinalarse que o 2020 coincide co período da pandemia producida polo covid-19.

En adolescentes hai outras enquisas representativas, como a *National Logitudinal Study of Adolescent and Adults Health* (*Add Health*), con 20.000 entrevistas desde 1994-1995, que non comentaremos aquí.

Táboa 3.2. Porcentaxe de trastornos mentais atendidos en urxencias, nos Estados Unidos, nos anos 2011 e 2020, en nenos, adolescentes e adultos.

	Anos 2011-2012	*Anos 2019-2020*
% do total de visitas	20,3	19,2
Calquera diagnóstico de saúde mental	7,7	13,1

Ánimo	4,0	6,0
Condutual (non suicidio)	1,0	2,2
Uso de substancias	2,8	3,9
Psicose	0,6	1,2
Relacionado co suicidio	0,9	4,2
Outros	2,2	5,1
1 diagnóstico de saúde mental	4,9	7,0
2 ou máis diagnósticos de saúde mental	2,8	6,0
Home	8,6	14,0
Muller	6,9	12,3

Fonte: Bomersbech *et al.* (2023).

No Canadá, o estudo de Stephenson (2023) analiza os principais problemas de saúde mental con datos procedentes da *Mental Health and Access to Care Survey* de 2022, cunha ampla mostra representativa da poboación canadense (N = 9.861, de 15 ou máis anos) e utilizando unha versión modificada do WHO-CIDI. Na Táboa 3.3 vemos os principais resultados, que indican un claro incremento dos trastornos mentais entre o ano 2012 e 2022, sinalando a pandemia e postpandemia como principais responsables. O certo é que en canto a presenza nos últimos 12 meses hai case o dobre nalgúns trastornos, como episodio depresivo maior (4,7 vs. 7,6%), trastorno de ansiedade xeneralizada (2,6 vs. 5,2%) e fobia social (3,0 vs. 7,1%). En cambio, descendeu o trastorno por consumo de alcol (3,2 vs. 2,2%), todo o cal indica que o confinamento incidiu en tales prevalencias.

Táboa 3.3. Prevalencia dos trastornos de saúde mental en Canadá.

	Na vida, %		*Nos últimos 12 meses, %*	
Trastorno	2012	2022	2012	2022
Episodio depresivo maior	11,3	14,0	4,7	7,6
Trastorno bipolar	2,6	3,4	1,5	2,1
Trastorno de ansiedade xeneralizada	8,7	13,3	2,6	5,2
Fobia social	8,1	14,6	3,0	7,1
Trastorno por consumo de alcol	18,1	16,7	3,2	2,2
Trastorno por consumo de cánnabis	6,8	6,8	1,3	1,4
Outros trastornos por consumo de drogas	4,0	3,6	0,7	0,5

Fonte: Stephenson (2023).

En Australia realizouse un amplo estudo, o *National Study of Mental Health and Willbeing* (Australian Bureau of Statistics, 2023), utilizando entrevistas persoais co WHO-CIDI, version 3.0, en 10.000 fogares nas idades de 16 a 85 anos. Os seus resultados indican que un 43% experimentou un trastorno mental ao longo da súa vida e un 22% no último ano. Os trastornos máis comúns para o último ano son o trastorno de ansiedade (17%), trastornos afectivos (8%) e trastorno por consumo de substancias (3%). En persoas de 4 a 17 anos (Australian Government, 2021), nos últimos 12 meses, hai un 7% de TDAH, un 7% de trastornos de ansiedade, un 3% de trastorno depresivo maior e un 2% con trastorno de conduta.

A pesar de dispoñer de máis estudos de diferentes países, por limitacións de espazo non é posible incluílos todos, pero, para finalizar este apartado, merece a pena destacar o meta-análise de Richter *et al.* (2019) no que analizaron se é real o incremento

dos problemas de saúde mental, avaliando estudos realizados en todo o mundo. Atoparon que aumentan, cunha odds ratio (OR) de 1,179, pero con diferenzas dependendo do trastorno (ver Táboa 3.4). Destaca o enorme incremento do trastorno bipolar (OR = 2,836), xunto ao incremento da dependencia de substancias psicoactivas (OR =1,999), a dependencia de distintas medicacións (OR = 1,679), os trastornos de ansiedade (OR =1,449) e a depresión (OR = 1,298).

Táboa 3.4. Odds ratio (OR) sobre o incremento dos problemas de saúde mental

Trastorno	*OR*
Trastorno mental xeneral	1,046
Angustia	1,126
Depresión	1,298
Dependencia do alcol	1,016
Dependencia de drogas	1,999
Dependencia de distinta medicación	1,679
Ansiedade	1,449
Trastorno bipolar	2,836
Trastornos da alimentación	0,906

Fonte: Richter *et al.* (2019).
Nota: A OR (Odds Ratio) é a porcentaxe de incremento entre un grupo de referencia (valor de 1,0) e o grupo de comparación. Neste caso entre a prevalencia dos anos previos (OR=1,0) e dos últimos. Por exemplo, se a OR = 2,0 implica que o incremento foi de 1,0 a 2,0, por tanto de un 100% de incremento.

3.3. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Europa

Para Europa estimábase no ano 2010 que cada ano o 38,2% da poboación sufría un trastorno mental (Wittchen *et al.*, 2011). Os trastornos máis frecuentes eran os trastornos de ansiedade (14%), insomnio (7%), depresión maior (6,9%), trastornos somatomorfos (6,3%) e dependencia do alcol e as drogas (> 4%). En Europa, os trastornos neurolóxicos e os trastornos mentais contribúen nun 26,6% ao total de todas as causas de discapacidade, o que representa unha maior proporción en comparación con outras rexións do mundo. As afeccións individuais máis incapacitantes eran: a depresión, demencias e trastornos por consumo de alcol.

No informe sobre a saúde da Unión Europea de 2023, que se presenta anualmente e abarca 29 países europeos (os 27 da UE xunto con Noruega e Islandia) (European Comission, 2024), indica tres aspectos centrais na saúde aos que hai que prestar atención. O primeiro foi o impacto da pandemia producida polo covid-19 na saúde mental, ademais dos custos sanitarios que a pandemia carrexou. A crise vivida esixe prestar máis atención á saúde mental, á súa reforma, a mellorar os servizos e a atención aos afectados, así como a súa desestigmatización, a súa prevención e a incorporación social dos que teñen estes trastornos. O segundo aspecto céntrase nas desigualdades entre as persoas, indicando a necesidade de prestar unha atención especial á prevención do cancro, as desigualdades relacionadas cos determinantes e factores condutuais (ex., factores de risco asociados á dieta non saudable, inactividade física, polución ambiental, consumo de alcol e tabaco), un maior investimento na transmisión de mensaxes para a promoción da saúde e lexislación ao respecto. E, a terceira, a necesidade de seguir investindo en saúde, sobre todo na prevención, e para prepararnos para posibles novas crises de saúde no futuro. Destacan a necesidade de facer accesibles a todos os cidadáns os servizos sanitarios. O eurobarómetro sobre saúde mental indicou que durante a mesma o 46% dos europeos

experimentaron problemas emocionais ou psicosociais e destacouse a carencia de recursos para atender as demandas de saúde mental, polo que a UE quere mellorar a situación (Eurobarometer on Mental Health, 2023).

Ahmed *et al.* (2023) realizaron unha revisión acerca do impacto da pandemia na saúde mental e atoparon que a depresión, o trastorno de ansiedade xeneralizada e os problemas de saúde mental inespecíficos incrementáronse. Non existe evidencia de incremento no resto dos trastornos nin da conduta suicida cando se analiza a poboación en xeral. No caso de colectivos concretos, si recolle un incremento da prevalencia de todos os trastornos mentais durante a pandemia no caso dos nenos e adolescentes, en estudantes universitarios, así como en nais con fillos e en mulleres embarazadas.

Por exemplo, en Inglaterra, antes do covid-19, un 10% dos adultos tiñan síntomas de moderados a severos de depresión en 2019, subindo ao 19% en 2020 e baixando lixeiramente en 2022 ao 16%, pero aínda un 6% por enriba de antes de comezar a pandemia (Baker e Kirk-Wade, 2024).

3.4. Prevalencia dos problemas de saúde mental en España

3.4.1. O informe da Unión Europea sobre o estado da saúde en España

O informe da Comisión Europea sobre o estado da saúde (OCDE, 2024) dedica un dos seus sete apartados á saúde mental, sinalando que en España un 18% da poboación en 2019 tiña trastornos mentais, ocupando a sexta posición entre os países da UE en canto a prevalencia de trastornos mentais. Como dato positivo, a depresión en España ten unha menor incidencia que noutros países europeos (un 6%, cando a media europea é dun 7%) e os índices de suicidio mantéñense estables por baixo da media da UE, aínda que se aprecia un lixeiro incremento nos últimos anos. Utilizando datos de 2015 indican un custo directo e indirecto dos problemas de saúde mental no PIB do 4,2%. O informe recalca que unha porcentaxe importante dos problemas de saúde mental non están atendidos (ao redor dun 20%), aínda que con cifras similares ao resto da UE. O informe é optimista ao indicar a posta en marcha por parte do Ministerio de Sanidade e Comunidades Autónomas de novas medidas para abordar os problemas de saúde mental e dispoñer de máis recursos para a mesma.

3.4.2. Enquisa Europea de Saúde

A *Enquisa Europea de Saúde en España* (EESE) ofrece información periódica sobre a saúde mental da poboación. Os datos máis recentes están no Informe Anual do Sistema Nacional de Saúde de 2023 (Ministerio de Sanidade, 2024) e conta cun apartado dedicado aos problemas de saúde mental. En 2022 recóllese a existencia de 343 casos por cada 1.000 habitantes (374 en mulleres e 310 en homes). Isto significa que un 34% da poboación padeceu algún problema de saúde mental, sendo esta porcentaxe maior nos grupos de maior idade: nos de 50 ou máis anos aumenta ao 40% e nos de 85 e máis anos ao 50%.

Os trastornos máis frecuentes rexistrados na historia clínica de atención primaria son os de ansiedade (10,7%), soño (8,2%) e depresión (4,8%) e, en menores de 25 anos, os trastornos de ansiedade (3,3%), trastorno específico de aprendizaxe (2,9%) e problemas de hiperactividade (2,5%).

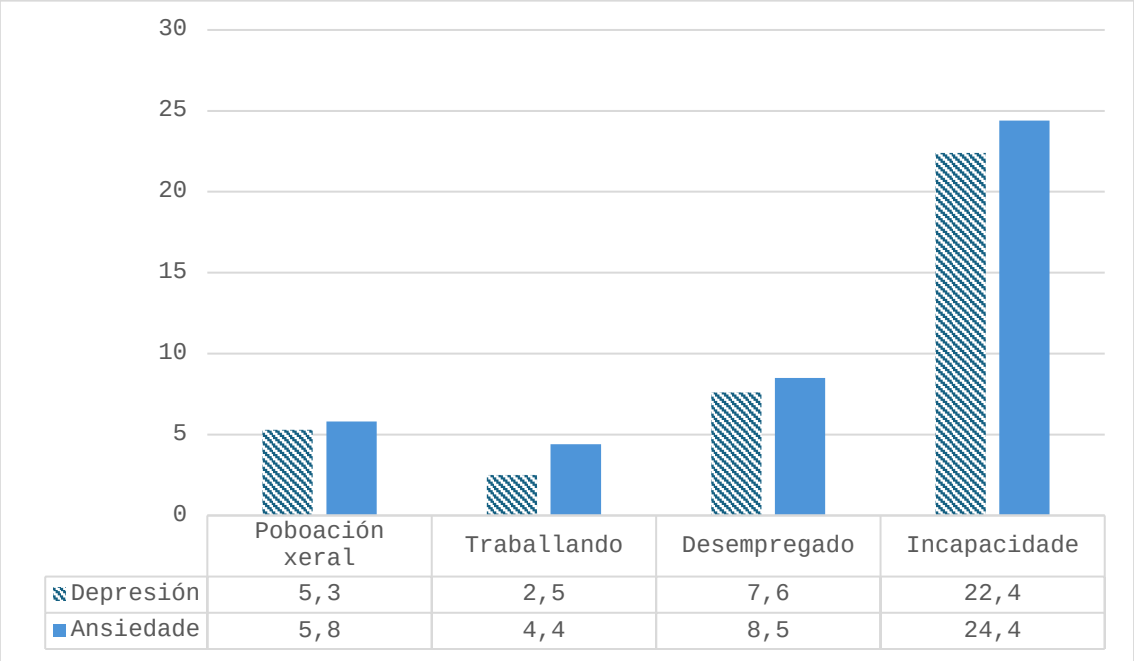
Os principais resultados que se recollen nesta enquisa son:

- Os problemas de saúde mental máis frecuentes son a ansiedade e a depresión. O 5,84% da poboación de 15 ou máis anos declara ser diagnosticado de ansiedade crónica,

3,50% no caso dos homes e 8,06% nas mulleres. O diagnóstico de depresión ten unha prevalencia do 5,28% e, do mesmo xeito que a ansiedade, a frecuencia de depresión na poboación adulta é máis do dobre en mulleres, 7,22%, que en homes 3,23%.

- A prevalencia de depresión é 3 veces máis frecuente entre quen se atopa en situación de desemprego (7,62%) que entre os que están a traballar (2,47%) e alcanza o 23,71% entre quen ten incapacidade para traballar. Algo similar ocorre no caso da ansiedade crónica cun 8,52%, 4,40% e 24,44%, respectivamente. A comparación entre 2016 e 2022 indica un claro incremento dos trastornos mentais. Así, no ano 2016 había un 6% de persoas con trastornos de ansiedade, que se incrementa ao 10,2% en 2022 (14% de mulleres, 7% de homes). Aquí vese como traballar é un factor de protección para non padecer os trastornos mentais máis prevalentes, como é neste caso a depresión e a ansiedade (ver Figura 3.1).

Figura 3.1. Prevalencia de depresión e de ansiedade (en %) en función de traballar, estar desempregado ou con incapacidade. Enquisa Europea de Saúde, España, 2022.



	Poboación xeral	Traballando	Desempregado	Incapacidade
Depresión	5,3	2,5	7,6	22,4
Ansiedade	5,8	4,4	8,5	24,4

- O 10,86% da poboación de 15 ou máis anos declara consumir medicamentos do tipo dos tranquilizantes, relaxantes ou pastillas para durmir nas últimas 2 semanas (14,19% das mulleres e 7,35% dos homes) e un 4,52% antidepresivos ou estimulantes (6,33% das mulleres e 2,6% dos homes). Destaca o incremento no consumo de psicofármacos, por exemplo, no caso dos antidepresivos, cunha dose diaria de 6 en 2012 a 9,9 en 2022 por cada 100 habitantes.

- Un 4,77% da poboación de 15 ou máis anos refire acudir ao psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra nos últimos 12 meses, 5,49% das mulleres e 4% dos homes.

- A mortalidade por suicidio aumentou, pasando dun 7,5 por 1.000 en 2012 a un 8,3 por 1.000 en 2022. Isto representa 4.228 defuncións en 2022 (3.126 homes, 1.102 mulleres). Destaca o incremento de mortes en homes de máis de 80 anos, un 4,5% fronte ao 0,6% no caso das mulleres.

- Tamén destaca o incremento dos reingresos urxentes psiquiátricos nos hospitais do sistema nacional de saúde, que pasou do 9,8% en 2012 ao 10,4% en 2022.

Hai que destacar que tanto esta enquisa, como as que se fan deste tipo en España, non inclúe a avaliación de todos os problemas de saúde mental, como é o caso do trastorno bipolar, a esquizofrenia, o trastorno obsesivo compulsivo, o trastorno límite da personalidade ou os trastornos alimentarios.

3.4.3. Enquisa Nacional de Saúde realizada en 2017

A enquisa de referencia que dispoñemos na actualidade é a realizada en 2017 polo Instituto Nacional de Estatística (INE), a *Enquisa Nacional de Saúde*, onde se inclúe o estado da saúde mental (ENSE, 2019). Esta enquisa é representativa da poboación española, utilizando 29.155 entrevistas, 23.000 en persoas de 15 ou máis anos e 6.000 en menores de 15 anos. Estes datos son os que tamén aparecen na Estratexia de saúde mental do SNS (Ministerio de Sanidade, 2022).

O estudo sinala que, en xeral, un 10,8% da poboación de 15 ou máis anos padece un trastorno mental (7,2% homes, 14,2% mulleres), aumentado a frecuencia coa idade (ex., para 85 ou máis anos, 13,4% en homes e 25,2% en mulleres). Os dous trastornos máis prevalentes son a ansiedade e a depresión. Un 9,1% das mulleres e un 4,3% dos homes indicaron que padecían ansiedade crónica, un 9,2% de mulleres e un 4% de homes tiñan depresión e un 3,9% da mostra padecían ambos os trastornos. Por idades, o incremento da depresión en mulleres é claro a partir dos 55 anos (14,7% de 55-64 anos e 18,9% de 75 a 84 anos). Sucede algo semellante no caso da ansiedade, pero ata os 55-64 anos (13,4% en mulleres), descendendo para 85 e máis anos (8,44%).

A comparación entre os estudos realizados en 2011, 2014 e 2017 non indica incrementos importantes, pero si unha tendencia ascendente (ex., padecer algún trastorno mental, un 9,6% en 2011; 10,75% en 2014 e un 10,8% en 2017). Aínda que non temos resultados máis recentes desta enquisa que recolla o impacto da pandemia producida polo covid-19, outros estudos que se realizaron apuntan á existencia dun aumento.

En canto ás prevalencias en función da comunidade autónoma, Asturias (18,68%; 12,6% en homes e 24,2% en mulleres) e Galicia (16,20%; 9,9% en homes e 21,9% en mulleres) son as que presentan as prevalencias máis altas de trastornos mentais. Son ademais as persoas xubiladas e as que teñen incapacidade para traballar as que presentan maiores prevalencias. Por exemplo, as persoas con incapacidade presentan un 30,1% de depresión e un 27,4% de ansiedade crónica.

Respecto á poboación infantil, de 0 a 14 anos, esta mesma enquisa explora a presenza de determinados problemas, diagnosticados por un médico, nos últimos 12 meses, e os trastornos da conduta, do estado de ánimo e os trastornos do espectro autista, na poboación de 3 a 14 anos. En 2017 a prevalencia de menores que foran diagnosticados de trastornos da conduta e de hiperactividade foi do 1,8%, de trastornos mentais (depresión, ansiedade) foi o 0,6% e de autismo ou trastornos do espectro autista (3-14 anos), tamén o 0,6%. A prevalencia é maior en homes, excepto a depresión/ansiedade, sendo os trastornos da conduta (incluíndo hiperactividade) onde se atopan máis diferenzas en función do sexo, 2,8% en nenos e 0,7% en nenas a expensas dos trastornos da conduta e do espectro autista.

O estudo do deterioro cognitivo, como dificultade para lembrar ou concentrarse, avaliárono en persoas de 45 ou máis anos, atopando que un 19,7% contestaban afirmativamente (16,1% de homes, 23% de mulleres) cun claro incremento coa idade (era do 9,9% aos 45-54 anos, subindo ata o 57% nos de 85 ou máis anos). O nivel de estudos

e estar a traballar son factores protectores. En Galicia estamos nunha posición media, cun 19,2% (Ministerio de Sanidade, 2022).

Respecto ao consumo de psicofármacos, o 10,7% da poboación de 0 ou máis anos consome tranquilizantes, relaxantes ou pastillas para durmir (13,9% en mulleres e 7,4% en homes) e, da poboación de 15 e máis anos, o 5,6% tomou antidepresivos ou estimulantes (7,9% das mulleres e 3,2% dos homes) nas últimas dúas semanas; un 12,5% tranquilizantes, relaxantes ou pastillas para durmir (8,6% de homes, 16,1% de mulleres), cun maior consumo de ambos a partir dos 65 anos, sobre todo no colectivo dos xubilados, persoas dedicadas aos labores do fogar e, no maior nivel, as persoas con discapacidade (neste caso un 26,1% toman antidepresivos e un 43% toman tranquilizantes, relaxantes ou pastillas para durmir). Galicia ocupa o segundo posto, despois de Asturias, no consumo de antidepresivos, cun 9,6%, e o primeiro en tranquilizantes, relaxantes e pastillas para durmir, cun 16,7%.

Un 5,4% da poboación dende 0 e máis anos acudiu ao psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra nos últimos 12 meses (6,1% das mulleres e 4,6% dos homes). O maior nivel de consultas é no grupo de entre 5 e 14 anos (8,9% homes, 5,1% mulleres) e o de menor no de 85 ou máis anos, que non chega ao 1%. Galicia sitúase na media de todas as comunidades autónomas. Cando se compara con estudos previos constátase que o número de consultas crece cada ano, pasando do 3,48% en 2011, ao 4,61% en 2014 e ao 5,34% en 2017. Aínda que quizais o dato máis preocupante é que o 1,3% da poboación de 15 ou máis anos indica que non puido recibir atención polos seus problemas de saúde mental por motivos económicos. Curiosamente, en Galicia só o 0,05% indica este motivo.

De forma específica, na poboación de 0 a 14 anos, a presenza de determinados problemas padecidos nos últimos 12 meses e diagnosticados por un médico, e os trastornos da conduta e do estado de ánimo na poboación de 3 a 14 anos, engádense os trastornos do espectro autista. En 2017 a prevalencia de menores que foran diagnosticados de trastornos da conduta e de hiperactividade foi do 1,8%, de 0,6% de trastornos mentais (depresión, ansiedade), e de autismo ou trastornos do espectro autista (3-14 anos), o 0,6%.

Todos os indicadores de morbilidade neuropsiquiátrica en adultos mostraron un gradiente segundo a posición socioeconómica, máis acusado no caso das mulleres. Esta maior morbilidade en mulleres e nos niveis socioeconómicos máis baixos reflíctese perfectamente no consumo de psicofármacos, pero non así no uso e acceso aos servizos de saúde mental. En adultos, o gradiente social observouse tanto na presenza dalgún trastorno mental (13,5% na clase máis desfavorecida vs. 5,9% na clase máis favorecida), como no risco de padecela (23,6% na clase VI (a mais baixa) vs. 12,4% en clase I (a mais alta); e na discapacidade debida a un trastorno mental (desde o 5,3% na clase VI ata o 1,9% entre a clase I). A brecha é clara por sexo a medida que diminúe o nivel socioeconómico: 2,5 puntos porcentuais de diferenza entre homes e mulleres de clase I e 7,2 puntos porcentuais de diferenza na clase VI.

Para a maioría dos indicadores de saúde mental os resultados da ENSE de 2017 non suxiren cambios relevantes con respecto a enquisas anteriores. A excepción é o risco de mala saúde mental en poboación xuvenil, onde as visitas ao psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra, aumentan escalonadamente entre 2011 (3,5%), 2014 (4,6%) e 2017 (5,3%) en poboación de 15 ou máis anos.

Táboa 3.5. Principais resultados da Enquisa Nacional de Saúde de 2017 sobre saúde mental en España.

- O 10,8% da poboación de 15 ou máis anos padece un trastorno mental (7,2% homes e 14,2% mulleres). - Asturias e Galicia teñen as prevalencias máis altas de trastornos mentais. En Galicia un 16,2% en homes e un 21,9% en mulleres. - Nas persoas de 65 ou máis anos un 31,3% indicou ter deterioro cognitivo. - Na poboación infanto-xuvenil un 1,8% tiña trastornos de conduta (incluíndo hiperactividade), un 0,6% outros trastornos mentais (ansiedade, depresión) e un 0,6% trastornos do espectro autista. - O 10,7% da poboación de 0 ou máis anos consome tranquilizantes, relaxantes ou pastillas para durmir (13,9% en mulleres, 7,4% en homes). - Galicia ocupa o segundo posto, despois de Asturias, no consumo de antidepresivos, onde os consome un 9,5% da poboación. E o primeiro no consumo de tranquilizantes, relaxantes e pastillas para durmir, cun 16,7% da poboación. - Un 5,4% acudiu ao psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra nos últimos 12 meses (7,9% mulleres, 3,2% homes).

3.4.4. Rexistro de problemas de saúde mental en atención primaria

En España dispoñemos da Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/estadisticas/estministerio/siap/home.htm), onde se recolle información dunha ampla mostra de historias clínicas das persoas atendidas en atención primaria no conxunto do Sistema Nacional de Saúde (4,8 millóns en 2017). Anualmente recompílase información sobre os problemas de saúde activos, as interconsultas ao segundo nivel, os procedementos (de imaxe, laboratorio e outros procedementos diagnósticos e terapéuticos), o valor de varios parámetros, os medicamentos que foron prescritos e dispensados e os contactos con atención primaria.

A continuación, realizarase unha comparativa dos datos de 2017 que recolle datos específicos de saúde mental (Ministerio de Sanidade, 2019) cos datos do ano 2021, que son xenéricos sobre todos os problemas de saúde (Ministerio de Sanidade, 2023). En 2017 un 27,4% das persoas tiña rexistrado en atención primaria un problema de saúde mental (30,2% mulleres, 24,4% homes). O problema máis frecuentemente rexistrado foi o trastorno de ansiedade (6,7%), seguido polo trastorno depresivo (4,1%) e trastornos psicóticos (1,2%). O trastorno do soño afecta ao 5,4%. Respecto ás diferenzas en función do sexo, observábase unha maior prevalencia entre as mulleres adultas, fundamentalmente no caso da anorexia nerviosa (7 veces máis) e o trastorno depresivo (3 veces máis). É frecuente a existencia de gradiente social, xa que o problema de saúde é máis prevalente a medida que diminúe o nivel de rendas, especialmente no caso dos trastornos psicóticos (esquizofrenia, 12 veces máis no nivel de renda máis baixo respecto ao máis alto), os trastornos da personalidade (11 veces máis) e os trastornos de somatización (7 veces máis). O 34,3% das mulleres e o 17,8% dos homes de 40 ou máis anos retirou na farmacia polo menos un envase de antidepresivo, ansiolítico ou hipnótico/sedante no ano 2017. En termos cuantitativos dispensáronse un total de 203,6 DHD (doses diarias definidas por mil persoas e día), sendo os máis utilizados os antidepresivos (98,8 DHD), os ansiolíticos (64,5 DHD) e os hipnóticos e sedantes (40,2 DHD).

En canto aos datos do ano 2021 (Ministerio de Sanidade, 2023), nun dos períodos de confinamento do covid-19, un 12,7% tiña un trastorno de ansiedade (16,5% mulleres;

8,7% homes); un 4,7% depresión (6,6% mulleres; 2,7% homes); un 7,9% presentaba un trastorno do soño (8,4% mulleres; 7,4% homes) e un trastorno hiperactivo o 0,77% (0,39% mulleres, 0,16% homes). Como apreciamos, hai un incremento significativo dos trastornos mentais atendidos en atención primaria, de 2017 a 2021, que coincide coa pandemia producida polo covid-19, constatándose un incremento dos problemas depresivos e ata o dobre no caso dos problemas de ansiedade. Cando se publiquen novos estudos veremos se esta situación mantense ou volve en parte ao estado anterior á pandemia.

3.4.5. A análise da conduta suicida

Un aspecto de gran relevancia actual é a conduta suicida. En Europa, o número de suicidios aumenta coa idade, tanto en homes como en mulleres, alcanzando un pico entre os 45-64 anos. Por países, a taxa de suicidio entre a poboación de todas as idades, con taxas (estandarizadas por idade) é de 10,2 mortes por 100.000 habitantes no ano 2021, o que representa 47.346 mortes por suicidio en Europa. Na UE, as taxas de suicidio entre os homes son 3,7 veces maiores que entre as mulleres, aínda que esta diferenza pode estar en parte afectada por unha maior porcentaxe de tentativas de suicidio que conseguen o seu obxectivo no caso dos homes.

Aínda que o grupo de idade con maior suicidio é o de 45 a 64 anos (o 37% do total), seguido do de 65 ou máis anos, o suicidio é unha das principais causas de morte entre adolescentes e persoas mozas adultas xunto coa mortalidade producida polos accidentes de tráfico. En persoas mozas é máis probable que tenten suicidarse se teñen antecedentes familiares de problemas co consumo de alcol e drogas.

Por países, o nivel máis alto teno Estonia (21,1 mortes por 100.000 habitantes), seguida de Eslovenia (19,8) e Hungría (15,8). As taxas máis baixas son as de Chipre (2,7), seguida de Grecia (4,2) e Italia (5,9). España está nunha situación media baixa, sendo Asturias e Galicia as comunidades con taxas máis altas (11 e 10,9 por 100.000 respectivamente) (Eurostat, 2024). En España, o suicidio considérase un grave problema de saúde pública. Segundo datos do Instituto Nacional de Estatística, en 2020 a taxa de suicidios por idade e sexo foi de 8,3/100.000 habitantes/ano. En 2020 mantívose como a primeira causa externa de mortalidade, con 3.941 falecementos, dos cales 2.930 foron homes e 1.011 mulleres. Na etapa da adolescencia prodúcese un punto de inflexión, pasando de 4 suicidios no grupo de menores de 15 anos a 189 no grupo de 15 a 29 anos (ano 2023). A etapa da adolescencia é unha etapa de especial risco. En canto á tendencia, os datos do INE dos últimos anos indican 3.539 suicidios no 2018, 3.941 suicidios no 2020, e nos anos 2022 e 2023, 4.227 e 4.116, respectivamente. No ano 2023 por idades o número de suicidios foi de 4, en menores de 15 anos; 189, entre 15-29 anos; 411, entre 30-44 anos; 867, entre 45-64 anos; 288, entre 65-74 anos; e 338, entre 75 ou máis anos. A todo isto, debemos sumar que o suicidio dunha persoa afecta a súa contorna, polo menos, a outras seis persoas.

3.4.6. O consumo de drogas na poboación xeral e na poboación traballadora

En España temos unha enquisa representativa da poboación xeral sobre o consumo de drogas (EDADES), unha sobre o consumo en mozos escolarizados (ESTUDES) e outra que analiza o consumo de drogas nas persoas que traballan, a cal conclúe que o consumo entre as persoas traballadoras é semellante ao do resto da poboación. Esta enquisa analizarémola amplamente nun capítulo posterior.

.

Táboa 3.6. Prevalencia de consumos de drogas en España, ano 2024 (enquisa da poboación xeral de 15-64 anos). Plan Nacional sobre Drogas.

Substancia	*Consumo, vida (%)*	*Consumo, últimos 12 meses (%)*	*Consumo, últimos 30 días (%)*	*Idade de inicio*
Alcol	92,9	76,5	63,5	16,4
Tabaco	66,6	36,8	33,9	16,6
Cánnabis	43,7	12,6	10,5	18,4
Éxtase	5,1	0,7	0,2	20,9
Alucinóxenos	5,6	0,6	0,2	21,3
Anfetaminas/speed	4,5	0,4	0,2	20,8
Metanfetamina	1,3	0,2	0,1	22,0
Cogomelos máxicos	3,2	0,4	0,1	22,6
GHB	0,7	0,1	0,0	22,2
Cocaína (po e/ou base)	13,3	2,5	1,4	21,4
Heroína	0,7	0,1	0,0	21,6
Inhalables volátiles	1,1	0,2	0,0	20,7
Hipnosedante con e sen receita	27,4	12,0	8,0	34,4
Analxésicos opioides con e sen receita	15,2	6,6	3,9	33,9

Fonte: OEDA (2024).

Táboa 3.7. Prevalencia de consumos de drogas en España, ano 2023 (enquisa da poboación escolar de 14-18 anos). Plan Nacional sobre Drogas.

Substancia	*Consumo, vida (%)*	*Consumo, últimos 12 meses (%)*	*Consumo, últimos 30 días (%)*	*Consumo, últimos 12 meses (%)*		*Idade de inicio*
				Homes	*Mulleres*	
Alcol	75,9	73,6	56,6	71,2	76,1	13,9
Tabaco	33,4	27,7	21,0	24,7	30,8	14,1
Cánnabis	26,9	21,8	15,6	22,5	21,0	14,9
Éxtase	3,1	2,2	0,9	2,6	1,8	15,4
Alucinóxenos	1,9	1,3	0,5	1,8	0,8	15,1
Cogomelos máxicos	1,5	1,1	0,5	1,5	0,6	15,0
Anfetaminas	1,7	1,3	0,7	1,8	0,8	15,1
Metanfetaminas	1,5	1,1	0,6	1,5	0,8	15,0
Cocaína (po e/ou base)	2,9	2,3	1,0	3,2	1,5	14,7
Heroína	0,7	0,5	0,4	0,8	0,2	14,1
Inhalables volátiles	2,8	2,1	1,0	2,4	1,8	15,3
GHB	0,7	0,5	0,3	0,8	0,3	14,4
Hiponosedantes sen receita	9,7	7,4	3,8	5,3	9,5	14,7
Hipnosedantes con e sen receita	19,6	14,8	8,2	9,7	20,0	14,1
Esteroides anabolizantes	0,6	0,5	0,4	0,8	0,1	14,1

Fonte: OEDYLT (2023a).

Os resultados en xeral sinalan a existencia dun elevado consumo de substancias psicoactivas en España. De aí o alto número de persoas que están en tratamento nos centros de drogas ou adiccións, tanto da rede pública como privados. Os datos do ano 2021 indican que foron admitidos a tratamento un total de 44.347 persoas con adicción a drogas, excluíndo tabaco e alcol, na rede do Plan Nacional sobre Drogas (OEDYD, 2023). Ademais, unha parte importante destas persoas teñen outros trastornos asociados.

No caso de Galicia, no ano 2022 estiveron en tratamento un total de 16.022 persoas nos centros do Plan de Galicia sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2024), aos que hai que engadir os que estiveron en tratamento nas Unidades de Alcoholismo

3.4.7. A enquisa do CIS sobre saúde mental e a covid-19

No mes de febreiro de 2021 o Centro de Investigacións Sociolóxicas (CIS) realizou un estudo sobre as consecuencias da pandemia producida polo covid-19 sobre a saúde metal (CIS, 2021). Entre os resultados obtidos destaca que os pais/nais e avós/oas manifestan que os seus fillos ou netos empeoraron o seu comportamento neste período mostrando máis condutas desobedientes, irritables, protestas, etc., como consecuencia do confinamento. Isto indica unha relación de causalidade entre o illamento e cambios na súa conduta.

3.4.8. A prevalencia de trastornos mentais en estudantes de instituto e universidade

Para finalizar este apartado, é de interese comentar o estudo realizado pola OMS en 2018 (Auerbach *et al.,* 2018) que compara a presenza de trastornos mentais en estudantes de instituto ou primeiros anos de universidade (ver Táboa 3.8). Os resultados indicaron que o 35,3% do total da mostra tivo algunha vez na súa vida un trastorno mental, sendo o máis prevalente o episodio depresivo maior (21,2%) seguido do trastorno de ansiedade xeneralizada (18,6%), o trastorno por consumo de alcol (6,8%), o trastorno por consumo de substancias (5,1%), o trastorno de pánico (5,0%) e a teima (3,5%).

Táboa 3.8. Trastornos mentais no estudo da OMS en varios países, de 2018, en estudantes de instituto ou primeiros anos de universidade.

País	*Prevalencia, vida (%)*	*Prevalencia, últimos 12 meses (%)*
Todos os países	35,3	31,4
Australia	48,3	43,3
Bélxica	22,4	19,1
Alemaña	41,1	36,2
México	27,0	23,7
Irlanda do Norte	39,1	36,9
Sudáfrica	36,1	32,2
España	39,8	33,2
Estados Unidos	28,7	27,0

Fonte: Auerbach *et al.* (2018).

Tamén en relación coas consecuencias da pandemia, fixéronse en España distintos estudos epidemiolóxicos sobre a incidencia do confinamento na saúde mental de mozos e universitarios. No auspiciado polo Ministerio de Universidades e o Ministerio de Sanidade, realizado entre finais de 2022 e principios de 2023 (Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad, 2023), atoparon a presenza dun 46,9% de síntomas depresivos, un 21,4% de ideación suicida, un 47,2% de problemas de ansiedade

de intensidade moderada a grave, un 24,1% de insomnio e un consumo de risco de alcol do 12,7%. A limitación deste estudo é que a taxa de resposta dos estudantes foi moi baixa, polo que os datos deben de verse con cautela. (só responderon o 3,5% dos estudantes matriculados, baixando ao 1,4% na segunda fase do mesmo).

Por último, noutro estudo, auspiciado polo Consello de Universidades (Balluerka *et al.*, 2020), cunha mostra representativa dos universitarios españois, realizado no período de confinamento do covid-19, analizaron os cambios que a pandemia produciu na súa vida cotiá, atopando cambios na relación co consumo de drogas e medicamentos.

3.4.9. Outros estudos realizados en España

Dispoñemos doutros estudos realizados en España, uns que van na liña do comentado ata aquí; outros, con resultados algo distintos. Comentámolos brevemente a continuación.

Henares *et al.* (2020) resume e analiza a evolución dos trastornos mentais en España. Indican que en 2017 había unha morbilidade psiquiátrica global do 19,1% (22,8% mulleres, 14,6% homes), do 22,2% no ano 2006 e do 22,1% no 2011. Neste estudo Galicia atópase nun nivel baixo, cunha prevalencia do 10,3% (12,4% mulleres, 7,6% homes).

Pola súa banda, en Andalucía fíxose o estudo PISMA-es, aínda que só presentaron datos parciais de distintos trastornos mentais (ex., Hortas *et al.*, 2022) polo que non nos é útil para comparar con outros.

Tamén se fixo un estudo sobre a saúde mental na cidade de Barcelona, en nenos, adolescentes e adultos, para os anos 2021 e 2022 (Cortés *et al.*, 2022). Atoparon que aumentaron os problemas na poboación, pero diminuíu a procura de servizos de saúde mental, tanto polo medo ao contaxio como pola dificultade do acceso. Isto tamén pode explicar a maior demanda posterior ao confinamento. O que si indican é que non hai probas de que aumentase o nivel de gravidade nos que xa tiñan problemas de saúde mental. Notemos que Ahmed *et al.* (2023), na súa revisión sobre o incremento dos problemas de saúde mental coa pandemia do covid-19, atopou que con ela incrementáronse, pero, despois da mesma, foron baixando.

3.5. Prevalencia dos problemas de saúde mental en Galicia

Dispoñemos en Galicia dun estudo epidemiolóxico de 2017 con información acerca da situación da saúde mental (Mateos e Gómez, 2017). Utilizaron unha mostra representativa da poboación xeral de 18 ou máis anos (N = 3.170) e realizaron entrevistas nas casas particulares, partindo do universo de persoas con tarxeta sanitaria do SERGAS. Utilizaron o CIDI (*World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview*), o módulo de psicose do SCID-I do DSM-IV, así como a avaliación da carga familiar, as condicións crónicas de saúde e o estado cognitivo co Mini-Mental.

Os datos obtidos foron que un 21,6% dos participantes tiveran algún trastorno mental ao longo da súa vida, sendo do 7,4% nos últimos 12 meses. Os trastornos máis prevalentes son os trastornos do estado de ánimo (9,9% algunha vez na vida e 3,7% nos últimos 12 meses), os trastornos de ansiedade (5,7% e 3,1%) e o trastorno por consumo de substancias (10,5% e 1,7%). Mentres que é máis probable que as mulleres teñan un trastorno do estado de ánimo que os homes, nestes é máis probable que teñan un trastorno por consumo de substancias (ver Táboa 3.9).

Analizando o nivel de gravidade dos trastornos mentais, a metade deles están no nivel severo para calquera agás os trastornos de ansiedade (aquí baixa ó 34%) e o trastorno por consumo de sustancias (aquí baixa ó 12%).

Táboa 3.9. Prevalencia para algunha vez na vida e para os últimos 12 meses, dos principais trastornos mentais, Galicia.

	Prevalencia, vida, %			*Prevalencia, últimos 12 meses, %*		
Trastorno mental	*Todos*	*Homes*	*Mulleres*	*Todos*	*Homes*	*Mulleres*
Episodio depresivo maior	9,4	5,9	12,5	3,6	2,3	4,3
Distimia	1,8	1,1	2,4	1,5	1,1	1,9
Calquera trastorno do estado de ánimo	9,9	6,1	13,4	3,7	2,4	4,9
Trastorno de ansiedade xeneralizada	2,4	1,2	3,5	1,1	0,7	1,5
Fobia social	2,2	1,7	2,7	1,3	1,1	1,4
Agorafobia	0,6	0,4	0,8	0,3	0,3	0,4
Trastorno de angustia	1,6	0,9	2,3	0,8	0,4	1,1
Calquera trastorno de ansiedade	5,7	3,7	7,6	3,1	2,0	4,0
Abuso de alcol	9,5	16,0	3,8	1,6	2,6	0,7
Dependencia do alcol	0,8	1,5	0,2	0,2	0,4	0,0
Abuso de drogas	1,9	3,2	0,7	0,1	0,2	0,1
Dependencia de drogas	0,5	0,8	0,2	0,1	0,2	0,0
Calquera trastorno de uso de substancias	10,5	17,2	4,5	1,7	2,8	0,8
Calquera trastorno mental	21,6	23,1	20,2	7,4	6,3	9,4

Fonte: Mateos e Gómez (2017).

Tamén analizaron a presenza de trastornos subumbral (presenta algúns criterios do DSM-IV, pero non chega ao diagnóstico), atopando unha prevalencia para algunha vez na vida de depresión maior subumbral do 6,3% e do 4% para a ansiedade xeneralizada. Estas prevalencias eran maiores nos grupos de idade máis nova (18-35 vs. 36-65 anos). Neste estudo tamén se realizou un cribado da presenza de problemas psicóticos, atopando que un 8,2% da mostra considerouse como "probable caso" (56,9% das mulleres, 50% dos homes, entre os 36 e os 65 anos; 52,3% deles casado/a ou convivindo en parella; 62,6% deles vivía en zonas urbanas e o 43% deles vivía en zonas de interior).

Respecto á ideación suicida (ver Táboa 3.10), atoparon que algunha vez na vida un 4,3% tiveron pensamentos suicidas, un 1,3% un plan suicida e 1,2% intentos de suicidio. As mulleres tiñan máis pensamentos suicidas, plans suicidas e intentos de suicidio, aínda que sabemos que logo os que máis perden a vida pola conduta suicida son os homes.

Táboa 3.10. Ideación suicida, ao longo da vida, Galicia

Grupo	*Pensamento suicida*	*Plan suicida*	*Intento suicida*
Todos	4,3	1,3	1,2
Homes	3,5	1,0	1,1
Mulleres	4,9	1,5	1,4
Rural	3,3	1,2	1,4
Urbano	5,0	1,3	1,1

Fonte: Mateos e Gómez (2017).

Outro aspecto relevante en Galicia, polo envellecemento da poboación, é o deterioro cognitivo e os trastornos relacionados. Utilizando un punto de corte de 23/24 para o MEC30 (Mini-exame Cognoscitivo de Lobo, versión de 30 puntos), indica una prevalencia do 40,66%, e un 42,99% para o MMSE (*Mini Mental State Examination*). Utilizando o MEC35 a prevalencia é do 32,18%. Obtiveron unha prevalencia de probable "deterioro cognitivo severo" do 7,8%, sendo maior en mulleres que en homes (ex., cunha puntuación de 23 co MEC30, terían deterioro cognitivo un 49,3% de mulleres e 27,9% de homes).

Tamén analizaron os factores de risco para os trastornos mentais, sobre todo por variables sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, grao de urbanización, dicotomizado polo tamaño do municipio de residencia, localización xeográfica e costa vs. interior). Os homes teñen un risco lixeiramente superior de padecer algún trastorno mental e catro veces maior no caso dos trastornos por consumo de substancias. No caso das mulleres, estas teñen un risco máis de dúas veces superior ao dos homes de padecer trastornos do estado de ánimo ou de ansiedade. Por idade, os maiores de 65 anos presentan tres veces menos risco de padecer algún trastorno mental ao longo da vida. Por estado civil, as persoas solteiras ou que estiveron casadas teñen un risco dobre de padecelo. Por último, vivir nun medio rural ou urbano non inflúe no risco de padecer un trastorno mental ao longo da vida.

O estudo tamén analizou o uso de servizos de saúde mental, concluíndo que a gran maioría non os utiliza. Así, no caso das persoas cun trastorno psiquiátrico grave ou moderado o 43,6% non utilizou no último ano o servizo de atención primaria e o 72,7% non utilizou os de atención especializada. As mulleres acoden máis que os homes (54% vs. 28%), pero os homes utilizan máis os servizos cando a patoloxía é grave (65,4% vs. 50,8%) ou moderada (42,4% vs. 20,5%), mentres que as mulleres os fan máis cando presentan unha patoloxía leve (30,7% vs. 20,2%). Este patrón xeral ocorre tanto para os trastornos do estado de ánimo como de ansiedade

Por último, respecto á carga familiar obtiveron que, de cada 10 coidadores, 6 son mulleres e que é máis probable que sexan coidadores dunha persoa con problemas físicos (24,4%) que dunha persoa con trastorno mental grave (9,6%).

3.7. Conclusións sobre as diferenzas de prevalencia de trastornos mentais

Ao longo deste capítulo citáronse múltiples estudos sobre a prevalencia de trastornos mentales na poboación. Tal e como podemos observar na Táboa 3.10 e Figura 3.1, existen grandes diferenzas entre os estudos, cuxa causa se debe a aspectos moi diversos, que abarcan desde a metodoloxía de investigación ata a definición concreta de "trastorno mental".

Unha primeira razón para explicar estas discrepancias relaciónase co modo en que se recollen os datos. Non é o mesmo realizar entrevistas en persoa, con cuestionarios diagnósticos estandarizados como o WHO-CIDI ou a SCID (utilizados habitualmente en estudos epidemiolóxicos formais), que facer enquisas máis xenerais ou autoinformes, xa sexa por teléfono ou por Internet. Cando se empregan procedementos clínicos exhaustivos, a tendencia para identificar trastornos subclínicos ou non diagnosticados previamente é maior, polo que as cifras adoitan ser máis elevadas. En cambio, as enquisas de saúde poboacionais que preguntan á persoa se algunha vez déronlle un diagnóstico de ansiedade ou depresión subestiman os casos que nunca acudiron a un profesional, e os seus resultados poden mostrar porcentaxes máis baixas.

Outro factor crítico é o conxunto de trastornos que se toman en consideración e

a forma de definilos. Hai investigacións que se centran case exclusivamente na depresión e a ansiedade, talvez porque son os problemas de saúde mental máis frecuentes e coñecidos. Outros estudos inclúen un abano moito máis amplo, con trastornos psicóticos, trastornos da personalidade, problemas por consumo de substancias e mesmo trastornos da infancia ou a adolescencia. Canto maior é ese espectro, máis probabilidades hai de que xurdan cifras elevadas de prevalencia total. O uso de criterios diagnósticos distintos (por exemplo, DSM vs. CIE) ou a consideración de "casos subumbrales" (sintomatoloxía sen chegar a un diagnóstico completo) tamén modifica as taxas resultantes.

A selección da poboación estudada introduce outras fontes de variación. Por unha banda, existen traballos que se circunscriben a adultos de certa franxa de idade, mentres outros poden incluír adolescentes ou poboacións de maior idade, onde os trastornos se manifestan con particularidades diferentes. Tampouco é o mesmo estudar a prevalencia na poboación xeral que en grupos clínicos (é dicir, pacientes que acoden xa ao sistema sanitario) ou en colectivos máis específicos, como universitarios ou persoas que viven en contornas de gran vulnerabilidade. En cada un destes segmentos, a proporción de persoas cun trastorno mental pode aumentar ou diminuír de forma notable en comparación coa media poblacional.

O momento histórico ou social no que se realiza o estudo tamén incide significativamente. Viuse, por exemplo, que as prevalencias de ansiedade e depresión aumentaron tras períodos de crises económicas ou durante a pandemia da covid-19. Se un estudo foi realizado antes deses eventos, as súas cifras poderían ser máis baixas que as doutro levado a cabo durante ou despois desas épocas difíciles. Os cambios na conciencia social e no estigma asociado aos problemas de saúde mental tamén contribúen a que as persoas estean máis ou menos dispostas a recoñecer síntomas ou a buscar axuda, o que á súa vez repercute na forma en que contestan as enquisas.

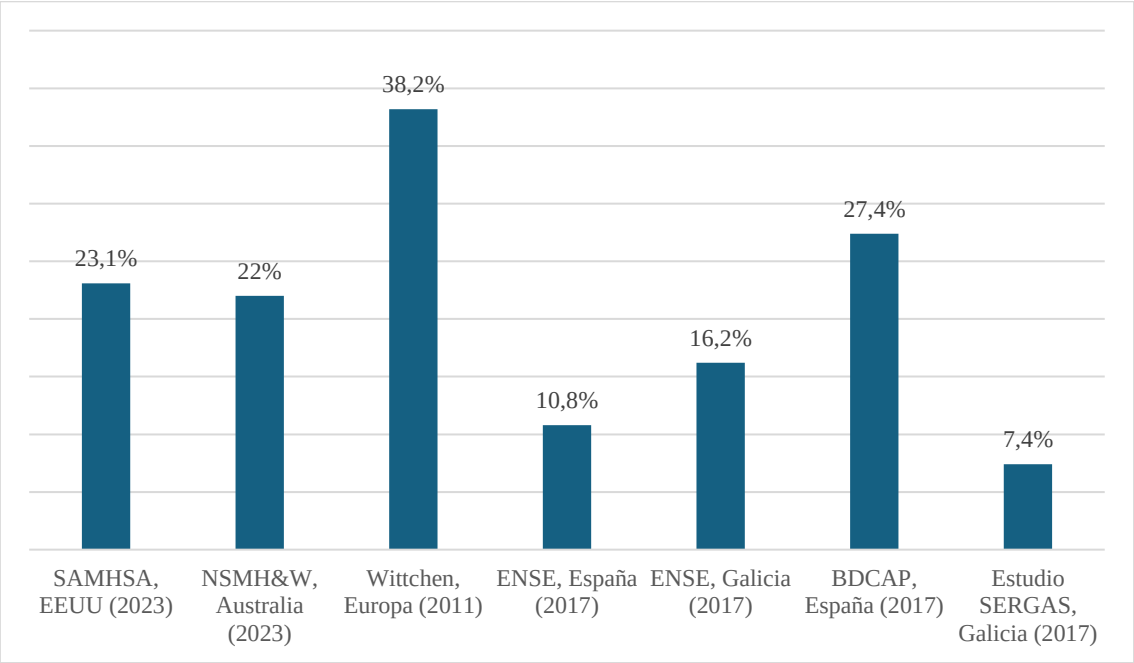
Por último, é fundamental ter presente a taxa de resposta e a validez das mostras empregadas. Nalgunhas enquisas nacionais, realízanse miles de entrevistas, pero ás veces a taxa de resposta é baixa ou existe certo nesgo nas persoas que deciden participar (por exemplo, poden contestar máis aqueles que padecen algún problema de saúde mental ou, pola contra, quen se sente máis san). Así mesmo, existen investigacións de rexistros clínicos de atención primaria que só reflicten a quen foron atendidos, deixando fóra a todos os casos non diagnosticados ou que non acoden ao sistema sanitario. Coñecer todos estes matices resulta esencial para interpretar correctamente os datos de prevalencia e non caer en conclusións simplistas sobre por que un estudo ofrece porcentaxes moi distintas doutro.

Táboa 3.10. Resumo de resultados de estudos sobre prevalencia de trastornos mentais.

Estudo (País) (Referencia)	*Ano*	*Metodoloxía*	*Poboación*	*Resultados principais*
SAMHSA (EE.UU.) (National Survey on Drug Use & Health)	2023	- Enquisas presenciais e en domicilio. - Mostra de 71.369 persoas.	- Persoas de 12 ou máis anos (adolescentes e adultos).	- 23,1% cumpre criterios dalgún trastorno mental no último ano. - 6% sofre un trastorno mental grave. - 19,5% de adolescentes (12–17) tivo un episodio depresivo maior en 12 meses. - Elevada comorbilidade entre depresión e consumo de substancias.
Stephenson (Canadá) (Mental Health & Access to Care Survey)	2022	- Versión modificada de WHO-CIDI. - 9.861 entrevistas representativas.	- Persoas de 15 ou máis anos.	- 14% tivo un episodio depresivo maior na vida; 7,6% nos últimos 12 meses. - Trastorno de ansiedade xeneralizada: 13,3% (vida) e 5,2% (12 meses). - Fobia social: 14,6% (vida) e 7,1% (12 meses). - Aumento notable da prevalencia respecto a enquisas anteriores (factor pandemia).
National Study of Mental Health & Wellbeing (Australia)	2023	- Entrevistas persoais. - WHO-CIDI versión 3.0. - 10.000 fogares.	- Adultos de 16 a 85 anos.	- 43% sufriu algún trastorno mental ao longo da súa vida. - 22% sufreu un trastorno mental no último ano. - Trastornos máis comúns no último ano: 17% ansiedade, 8% trastornos afectivos e 3% consumo de substancias.
Wittchen *et al.* (Europa)	2011	- Revisión paneuropea de estudos epidemiolóxicos.	- Poboación xeral de distintos países de Europa.	- Estimación de 38,2% da poboación con algún trastorno mental no último ano. - Trastornos máis frecuentes: 14% ansiedade, 7% insomnio, ~7% depresión maior, >4% dependencia de alcol/drogas.
Enquisa Nacional de Saúde (ENSE, España) (INE)	2017	- Enquisa representativa nacional. - 29.155 entrevistas (adultos e menores).	- Poboación ≥15 anos (resultados xenerais). - Poboación 0-14 anos.	- 10,8% padece algún trastorno mental (7,2% homes; 14,2% mulleres). - Trastornos máis prevalentes: depresión e ansiedade (entre 4–9%). - Marcado gradiente de xénero e socioeconómico. - En Galicia, a prevalencia global sitúase ao redor do 16,2% (unha das máis altas de España).

Estudo (País) (Referencia)	*Ano*	*Metodoloxía*	*Poboación*	*Resultados principais*
Base de datos Clínicos de Atención Primaria (España) (BDCAP)	2017	- Rexistro clínico de 4,8 millóns de historias de Atención Primaria no SNS.	- Poboación atendida en Atención Primaria.	- 27,4% tiña rexistrado algún problema de saúde mental (máis en mulleres). - Trastorno de ansiedade: 6,7%. - Depresión: 4,1%. - Psicose: 1,2%. - En 2021 (datos posteriores), a cifra de ansiedade duplicouse (12,7%) e tamén aumentou a depresión (4,7%), coincidindo co impacto da pandemia.
Mateos e Gómez (Galicia) (Estudo SERGAS)	2017	- Entrevistas en domicilio. - WHO-CIDI + módulo SCID-I para psicose. - Mostra de 3.170 persoas.	- Persoas ≥18 anos (Galicia).	- 21,6% algún trastorno na vida; 7,4% nos últimos 12 meses. - Trastornos anímicos: 9,9% (vida), 3,7% (12 meses). - Ansiedade: 5,7% (vida), 3,1% (12 meses). - Trastorno por consumo de substancias: 10,5% (vida), 1,7% (12 meses). - Ideación suicida ao longo da vida: ~4,3%.

Figura 3.1. Exemplos de prevalencia de trastornos mentales na poboación xeral, para os últimos 12 meses, en diferentes países, España e Galicia.



Referencias

Ahmed, N., Barnett, P., Greenburgh, A., Pemovska, T., Stefanidou, T., …, Johnson, S. (2023). Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Lancet. Psychiatry, 10*(7), 537–556.

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Bakolis, I., Dregan, A., …, Alonso, J. (2023). Prevalence and variability of depressive symptoms in Europe: update using representative data from the second and third waves of the European Health Interview Survey (EHIS-2 and EHIS-3). *Lancet. Public Health, 8*(11), e889–e898.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., …, WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys *International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638.

Australian Bureau of Statistics (2023). *National Study of Mental Health and Wellbeing Latest release. Summary statistics on key mental health issues including national and state and territory estimates of prevalence of mental disorders*. Australian Bureau of Statistics. En: https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-study-mental-health-and-wellbeing/latest-release

Australian Government (2021). *National Child and Adolescent Mental Health and Wellbeing study of Australian children and adolescents*. Australian Government, Department of Health and Aged Care. En: https://www.health.gov.au/our-work/national-child-and-adolescent-mental-health-and-wellbeing-study

Baker, C. e Kirk-Wade, E. (2024). *Mental health statistics: prevalence, services and funding in England.* House of Commons Library

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalga, M. D., Gorostiaga, A., Espada, P., Padilla, J. L. e Santed, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. En https://blogs.xunta.gal/publicacions-ps/las-consecuencias-psicologicas-de-la-covid-19-y-el-confinamiento-informe-de-investigacion/

Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Kvamme, T. L., …, Stavseth, M. R. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010-2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry, 24*(1), 95.

Bommersbach, T. J., McKean, A. J., Olfson, M. e Rhee, T. G. (2023). National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020. *JAMA, 329*(17), 1469–1477.

Centro de Investigaciones Sociológicas (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia del Covid-19. Avances de resultados. Estudio 3312.* En https://www.cis.es/-/avance-de-resultados-del-estudio-3312-encuesta-sobre-la-salud-mental-de-los-espanoles-durante-la-pandemia-de-la-covid-19-

Cortés, M., Pérez, C. e Artazcoz, L. (2022). *La salut mental a Barcelona.* Consorsi Sanitari de Barcelona, Agencia de Salut Pública.

Eurobarometer on Mental Health (2023). Large majority of Europeans consider mental health promotion as important as physical health promotion. En: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_4782

Eurostat (2024). *Death by suicide in the EU*. En: Deaths by suicide in the EU down by 13% in a decade - Eurostat

European Comission (2024). *State of health in the EU Synthesis Report 2023. Luxcemburgo: Publications Office of the European Union.* En: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf

Henares, J., Ruíz-Pérez, I. e Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria, 34*(2), 114-119.

Huertas, P., Moreno-Küstner, B., Gutiérrez, B. e Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep. *Journal of Affective Disorders, 266,* 503–511.

OCDE (2024). *State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023. OCDE y Organización Mundial de la Salud.* En: https://health.ec.europa.eu/document/download/4fb13aaa-c338-4661-b46a-b1e8e9bddaf6_en?filename=2023_chp_es_spanish_0.pdf

Mateos, R. e Gómez, M. (2017). *Prevalencia de los trastornos mentales en Galicia.* Xunta de Galicia, Servicio Galego de Saúde. En: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/prevalencia_de_los_trastornos_mentales_en_galicia_def.pdf

Ministerio de Sanidad (2019). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.* Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España [ENSE, 2019]. Serie informes monográficos. 1. Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019

Ministerio de Sanidad (2023). *Caracterización de los problemas de salud no transmisibles a partir de los registros clínicos de atención primaria (BDCAP).* Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2024). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Ministerio de Sanidad.* En: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad (2023). *La salud mental en el estudiantado de las universidades españolas.* En: https://www.universidades.gob.es/estudio-sobre-la-salud-mental-en-el-estudiantado-de-las-universidades-espanolas/

Observatorio Español de la Drogas y de las Adicciones [OEDYD,] (2024). *Edades 2024. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España.*. Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad. En: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

Plan Nacional sobre Drogas (2024). Memoria sobre el Plan Nacional sobre Drogas. En: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2024_MEMORIAPNSD__2022_ANEXOS.pdf

Richter, D., Wall, A., Bruen, A. e Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 140*(5), 393–407.

Stephenson, E. (2023). *Insights on Canadian Society. Mental disorders and access to mental health care.* Statistics Canada, Govern of Canada. En: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.pdf?st=vA1qeQ61

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2023). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health*. SAMHSA.

Terlizi, E.P. e Norris, T. (2021). *Mental health treatment among adults: United States, 2020. NCHS Data Brief, nº 419.* National Center for Health Statistics. En: Users/Usuario/Downloads/cdc_110593_DS1.pdf

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., …., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655–679.

Witters, D. (2023). *U. S. depression rates reach new highs*. En: https://news.gallup.com/poll/505745/depression-rates-reach-new-highs.aspx

Capítulo 4
As causas do incremento dos problemas de saúde mental

4.1. Introdución
4.2. Factores biolóxicos e xenéticos
    4.2.1. Xenética
    4.2.2. Maduración fetal, danos fetais no embarazo ou no nacemento
    4.2.3. O cerebro, as neuronas e os neurotransmisores
    4.2.4. Consumo de drogas ou alcol da nai antes do nacemento
    4.2.5. Desnutrición
    4.2.6. Exposición a metais pesados, substancias químicas e pesticidas
    4.2.7. Microbiota
    4.2.8. Inflamación
    4.2.9. O eixo HTA (hipotálamo-pituitaria-adrenal) e a súa relación co estrés
    4.2.10. Enfermidades e consumo de medicamentos
    4.2.11. Consecuencias biolóxicas da neglixencia, malos tratos, abuso, trauma, perda (ex., morte da nai) ou estrés crónico na crianza
    4.2.12. Papel da bioloxía na adolescencia e a súa transformación en adulto
4.3. Factores ambientais e sociais
    4.3.1. Factores culturais, familiares e de crianza
    - Tipo de cultura (normas sociais, sistema socioeconómico, relixión, características específicas desa cultura)
    - Socialización e estilo de crianza
    - Desorganización familiar, falta de proxenitores e nivel de apego
    - Malos tratos infantís e experiencias infantís adversas
    - Historia familiar de consumo de drogas ou de trastorno mental
    - Carencia de oportunidades ou incerteza (reais ou subxectivas)
    - Alto nivel de estrés social e eventos vitais estresantes
    - As redes sociais da Internet
    4.3.2. Factores ambientais e ecolóxicos
    - Ambiente físico (urbanización, polución por ruído e lumínica, temperatura, espazos verdes, cambio climático, etc.)
    - Variables sociodemográficas (sexo, xénero, idade, nivel económico, estudos)
    - Lugar onde se vive disfuncional ou problemático
    - Cambio frecuente de vivenda, escola ou traballo (mobilidade)
    - Expectativas sociais e ambientais
    4.3.3. Factores escolares
    - Calidade da escola e clima social positivo
    - Expectativas académicas e de futuro adquiridas na escola
    - Estrés escolar pola presión académica
    - Fracaso escolar ou abandono temperán da escola
    - Nivel de formación académico e profesional
    - Violencia escolar e bullying
    4.3.4. Factores socioeconómicos e laborais
    - Baixo nivel de ingresos e baixa renda per cápita familiar
    - Desemprego
    - Pobreza
    - Acoso laboral
    - Estrés laboral
    - Factores económicos relacionados con factores ambientais

4.3.6. Rede de apoio social
- Rede de familiares
- Rede de amigos e outras redes sociais
- Acceso a recursos sanitarios e redes sociais de axuda

4.4. Factores psicolóxicos

4.4.1. Trauma agudo e crónico (como abuso físico, psicolóxico ou sexual, morte dun ou ambos pais, accidentes, guerras, violación, atraco abandono na infancia, divorcio conflitivo dos pais, ruína económica)
4.4.2. A aprendizaxe, a motivación e os procesos psicolóxicos
4.4.3. Carecer de adecuadas habilidades de afrontamento, sociais e relacionais
4.4.4. Os procesos cognitivos: crenzas, expectativas e distorsións cognitivas
4.4.5. Incerteza
4.4.6. Os cambios psicolóxicos da adolescencia
4.4.7. Problemas internalizantes e externalizantes
4.4.8. Ciclo do desenvolvemento inadecuado (nenez, adolescencia, adultez, senectude)

4.5. A interacción dos factores bio-psico-sociais na persoa

Referencias

4.1. Introdución

Este capítulo ten dous obxectivos. O primeiro, é analizar as causas que explican os problemas de saúde mental, é dicir, por que unhas persoas desenvolven ou teñen trastornos mentais ao longo da vida, e outros non. O segundo, é comprender as causas que explican o incremento de certos trastornos mentais nas últimas décadas. Aínda que este incremento non é homoxéneo, nalgúns trastornos o incremento é claro, noutros hai unha estabilidade ao longo de tempo e, mesmo, nalgún pódese falar de certo descenso.

A causa dos trastornos mentais é multifactorial. Hai factores que se relacionan coa predisposición para padecer certos trastornos mentais, outros co mantemento, coa cronicidade e tamén os que favorecen superalos. De modo habitual estes factores agrúpanse en tres grandes grupos: xenéticos e biolóxicos, sociais e ambientais, e psicolóxicos. O habitual é que se relacionen e interaccionen entre eles, aínda que ás veces un deles precipita os outros.

Na Táboa 4.1. indicamos os que imos analizar a continuación.

Táboa 4.1. Distintas causas ou factores que se relacionan con ter un trastorno mental.

Factores xenéticos e biolóxicos
- Xenética.
- Maduración fetal e danos fetais no embarazo ou no nacemento.
- Consumo de drogas ou alcol por parte da nai antes do nacemento.
- Desnutrición.
- Exposición a metais pesados, substancias químicas e pesticidas.
- Microbiota.
- Inflamación.
- O eixo HPA (hipotálamo-pituitario-adrenal) e a súa relación co estrés.
- O cerebro, as neuronas e os neurotransmisores.
- Enfermidades e consumo de medicamentos.
- Consecuencias biolóxicas da neglixencia, abuso, trauma, perda (ex., morte da nai) ou estrés crónico na crianza.
- Papel da bioloxía na adolescencia e a súa transformación en adulto.

Factores culturais, sociais, familiares, ambientais, ecolóxicos, escolares, socioeconómicos, laborais e rede de apoio social

a) Factores culturais, sociais, familiares e de crianza
- Tipo de cultura (normas sociais, sistema socioeconómico, relixión, características específicas da cultura).
- Socialización e estilo de crianza.
- Desorganización familiar, falta de proxenitores e nivel de apego.
- Malos tratos infantís e experiencias infantís adversas.
- Historia familiar de consumo de drogas ou presenza de trastorno mental nos pais.
- Carencia de oportunidades ou incerteza (reais ou subxectivas).
- Alto nivel de estrés social e eventos vitais estresantes.
- As redes sociais da Internet.

b) Ambientais e ecolóxicos
- Ambiente físico e social (urbanización, polución por ruído e lumínica, temperatura, espazos verdes, cambio climático, etc.).

- Variables sociodemográficas (sexo, xénero, idade, nivel económico, estudos).
- Lugar onde se vive disfuncional ou problemático.
- Cambio frecuente de vivenda, escola ou traballo (mobilidade).
- Expectativas sociais e ambientais.

c) Factores escolares e de socialización secundaria
- Calidade da escola e clima escolar positivo.
- Expectativas académicas e de futuro adquiridas na escola.
- Estrés escolar pola presión académica.
- Fracaso escolar ou abandono temperán da escola.
- Nivel de formación académico e profesional.
- Violencia escolar e bullying.

d) Factores socioeconómicos e laborais
- Baixo nivel de ingresos e renda per cápita familiar.
- Desemprego.
- Pobreza.
- Ter débedas.
- Acoso laboral.
- Estrés laboral.
- Factores socioeconómicos relacionados cos factores ambientais.

e) Rede de apoio social

Factores psicolóxicos
- Trauma agudo e crónico, como abuso físico, psicolóxico ou sexual, morte dun ou ambos pais, accidentes, guerras, violación, atraco, abandono na infancia, divorcio conflitivo dos pais, ruína económica.
- A aprendizaxe, a motivación e os procesos psicolóxicos.
- Carecer de adecuadas habilidades de afrontamento, sociais e relacionais.
- Os procesos cognitivos: crenzas, expectativas e nesgos cognitivos.
- Incerteza.
- Os cambios psicolóxicos da adolescencia.
- Problemas internalizantes e externalizantes.
- Ciclo do desenvolvemento inadecuado (nenez, adolescencia, adultez, senectude).

4.2. Factores biolóxicos e xenéticos

4.2.1. Xenética

O ser humano nace cunha carga xenética dos seus antepasados que lle pode predispoñer a padecer distintas enfermidades físicas, así como trastornos mentais. No campo da saúde mental fixéronse moitos estudos xenéticos con xemelgos para coñecer o peso que ten a xenética e o ambiente en varios dos trastornos mentais máis relevantes. Como un exemplo, na Táboa 4.2 indicamos varios estudos que se fixeron con xemelgos (comparten 100% dos xenes se son univitelinos e o 50% se son bivitelinos) e o peso da xenética e o ambiente. As relacións son importantes para a esquizofrenia e o trastorno bipolar, como para as drogas, pero con menor peso para o alcol, a depresión ou o trastorno de ansiedade xeneralizada (McGue *et al.*, 2018).

En xeral, destaca a importancia da carga xenética no caso da esquizofrenia. No relevante estudo de Gottesman (1991) atopouse que o risco de padecer esquizofrenia en

xemelgos univitelinos era do 48%, que baixaba en bivitelinos ao 17%, en familiares de primeiro grao ao 9%, de segundo grao ao 4% e que era do 1% para os non emparentados. Estudos máis recentes indican que o risco de padecer esquizofrenia é dun 2% nos familiares de terceiro grao; un 9% nos familiares de primeiro grao; dun 27% cando ambos pais teñen esquizofrenia; e chega a un 50% en xemelgos monocigóticos. E iso atópase tanto en estudos de pais-fillos, como de nenos adoptados (Trifu *et al.*, 2020). O estudo de herdabilidade xenética na esquizofrenia de Sullivan *et al.* (2006) en Europa e Norte América conclúe que a herdabilidade pode chegar ata o 81%.

En conclusión, estes estudos indican que, para algúns trastornos, como a esquizofrenia ou o trastorno bipolar, hai un nivel superior ao esperado por azar en carga xenética que explica parte do trastorno.

Táboa 4.2. Porcentaxe do peso da carga xenética, ambiente compartido e ambiente único para distintos trastornos mentais.

Autor	*Trastorno*	*Xenética (1)*	*Ambiente compartido*	*Ambiente único*
Sullivan *et al.* (2003)	Esquizofrenia	0,81	0,11	0,08
McGuffin *et al.* (2003)	Trastorno bipolar	0,85		0,15
Sullivan *et al.* (2000)	Depresión	0,37		0,63
Hettema *et al.* (2001)	Trastorno de ansiedade xeneralizada	0,32		0,68
Verhulst *et al.* (2015)	Alcohol	0,51	0,10	0,39
Kendler *et al.* (2000)	Drogas	0,71		0,29

(1) Herdabilidade xenética aditiva.
Adaptado de McGue *et al.* (2018, páx. 95-96).

Na ampla revisión de estudos en xemelgos de Stallings *et al.* (2016) en relación co consumo de drogas, indicaron que a carga hereditaria está entre o 33 e o 54% e unha porcentaxe similar polo ambiente (Táboa 4.3). Por tanto, hai unha interacción entre xenética e ambiente que sempre temos que considerar. Os datos anteriores son inferiores para os que non son xemelgos (ex., irmáns), á vez que se aprecia que esta relación é clara en adultos, pero menos en adolescentes.

Táboa 4.3. Estudos en xemelgos sobre consumo de drogas. Media de resultados dos estudos realizados.

	Xenética	*Ambiente compartido*	*Ambiente*
Dependencia da nicotina, adultos	0,53	0,06	0,41
Dependencia do alcol, adultos	0,54	0,00	0,46
Uso problemático de alcol, adolescentes	0,33	0,27	0,40
Abuso/dependencia de cánnabis, adultos	0,47	0,20	0,34

Nota: Xenética (a^2); Ambiente compartido (c^2); Ambiente (e^2).

Hai moitos xenes implicados nos distintos trastornos mentais, sendo dous dos elementos máis estudados a variación xenética nos transportadores da serotonina e da dopamina, dous importantes neurotransmisores. Un dos problemas da realización de

estudos con xemelgos é que se sobreestima a herdabilidade polo que tamén se fixeron estudos con GWAS, ou estudos de asociación co xenoma completo. Neles, o nivel de explicación xenética diminúe a 0,20 no caso da esquizofrenia, trastorno bipolar ou trastorno depresivo maior.

De todos os xeitos, a interacción xene-ambiente vai ser importante para padecer ou non un trastorno, téñase ou non predisposición para iso (Wahbeh e Avramoppoulos, 2021), xa que os factores ambientais poden precipitar ou non esa probabilidade xenética. Por exemplo, estudos recentes indican que o risco de padecer esquizofrenia relaciónase coa exposición do feto a enfermidades infecciosas, sobre todo no segundo trimestre do embarazo (Trifu *et al.*, 2020).

A análise de como o ambiente incide na expresión xenética, activando ou non os xenes que temos denomínaselle *epixenética*. Ademais, estes cambios epixenéticos pódense manter no tempo e mesmo transmitirse aos fillos. Por iso é polo que nin a xenética nin o ambiente poden considerarse independentemente como factores causais, dado que hai unha interacción mutua entre ámbolos dous.

4.2.2. Maduración fetal, danos fetais no embarazo ou no nacemento

Os circuítos cerebrais créanse sobre todo a partir do nacemento, aínda que xa comezaron no período fetal, incidindo niso distintas circunstancias do ambiente (ex., nutrición, enfermidades, infeccións), crianza proporcionada (ex., efectos do nivel de estrés, ruídos, luz, temperatura), da familia, elementos externos onde vive (ex., contaminación, radiación) e polas posibilidades de aprendizaxe que proporciona o medio ao longo das etapas da vida. Por iso é polo que elementos externos, como o abuso físico, emocional ou sexual, o consumo de drogas, ou situacións de estrés crónico, perdas, traumas, etc., van influír de modo significativo neles (Kendall *et al.*, 2024).

Aínda da coñecida plasticidade cerebral, un cerebro en desenvolvemento creará uns ou outros circuítos en función da xenética, epixenética e o ambiente, sobre todo en relación aos denominados trastornos do neurodesenvolvemento (Rodriguez e Ortega, 2016). A exposición a factores ambientais (inadecuados ou problemáticos como a privación afectiva), en períodos críticos pode afectar ó desenvolvemento cerebral, o que pode levar á aparición de trastornos mentais.

Dentro do proceso madurativo do cerebro están implicados os circuítos cerebrais, distintos neurotransmisores, as hormonas e o consumo de drogas e medicamentos por parte da nai. Esta incidencia pode ser a curto prazo (ex., a síndrome alcohólica fetal no nacemento), ou con consecuencias en meses ou anos posteriores. Véxase que o 75% de todos os trastornos mentais xorden entre os 12 e os 25 anos (Uhlhaas *et al.*, 2023). Nestes períodos sensibles é relevante o papel do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal) para regular a resposta ao estrés a través da liberación das hormonas glucocorticoides. A desregulación do eixo HPA está implicado en varios trastornos mentais (Nederhof *et al.*, 2015) e nas funcións cognitivas de orde superior, como a memoria de traballo, inhibición da resposta, supervisión do rendemento, e control cognitivo, que son aspectos centrais do desenvolvemento cerebral (Larsen e Luna, 2018). Estas funcións son centrais para a integridade dos circuítos corticais prefrontais, rexión que está implicada en varios trastornos mentais como a agorafobia, o trastorno bipolar ou a depresión (Chini e Hanganu-Opatz, 2021).

4.2.3. O cerebro, as neuronas e os neurotransmisores

O cerebro humano é o órgano central do sistema nervioso e está composto por miles de millóns de células chamadas neuronas, encargadas de procesar e transmitir información mediante impulsos eléctricos e sinais químicos (Fitzpatrick *et al.*, 2018).

Para entender que son os neurotransmisores e a súa relevancia na saúde mental, é importante coñecer primeiro como funcionan as neuronas e a organización básica do cerebro.

Unha *neurona* é unha célula especializada do sistema nervioso central que se comunica con outras células para regular practicamente todas as funcións corporais, desde o pensamento e a aprendizaxe ata a regulación dos latexos do corazón (Fitzpatrick *et al.*, 2018) Aínda que existen diferentes tipos de neuronas, a maioría comparte unha estrutura básica composta por:

- *Soma ou corpo celular*. Contén o núcleo e a maquinaria celular responsable da produción de proteínas e o mantemento da neurona.

- *Dendritas.* Proxeccións ramificadas que reciben sinais químicos ou eléctricos doutras neuronas.

- *Axón.* Prolongación longa e delgada que transmite o impulso nervioso desde o soma ata as terminais axónicas.

- *Terminais axónicas.* Pequenos "botóns" no extremo do axón, onde se almacenan as vesículas que conteñen neurotransmisores.

Cando a neurona recibe suficiente estimulación nas súas dendritas ou corpo celular, desencadéase un potencial de acción (impulso nervioso) que viaxa ao longo do axón ata as terminais axónicas. Alí, libéranse neurotransmisores no espazo que separa dúas neuronas, chamado fenda sináptica, co fin de comunicarse coa seguinte célula (Fitzpatrick *et al.*, 2018).

É tamén relevante coñecer o funcionamento básico do cerebro. Este está organizado en distintas rexións que se especializan en múltiples funcións, aínda que traballan de forma interconectada. Algunhas áreas regulan procesos como a visión, a audición ou a linguaxe, mentres que outras se encargan de coordinar funcións como as emocións, o razoamento ou a memoria. A comunicación entre estas rexións baséase en redes neurais altamente organizadas.

Cada neurona pode conectarse con miles doutras neuronas, formando unha rede extremadamente complexa. Os neurotransmisores son esenciais neste proceso, pois permiten que o sinal nervioso transmítase dunha célula a outra de maneira precisa e axustable. Un desequilibrio nestes mensaxeiros químicos pode alterar o funcionamento global das redes neurais e, polo tanto, influír na conduta, o estado de ánimo e a cognición.

Un *neurotransmisor* é unha molécula liberada pola neurona emisora (presináptica) que se une a receptores específicos da neurona receptora (postsináptica). Dependendo do tipo de receptor, o sinal pode ser excitatorio (alentar a activación da neurona postsináptica) ou inhibitorio (diminuír a probabilidade de activación). Tras exercer a súa función, o neurotransmisor é eliminado mediante recaptación cara á neurona emisora ou degradación enzimática, o que evita unha estimulación continua e incontrolada (Fitzpatrick *et al.*, 2018).

Os principais neurotransmisores implicados na saúde mental son:

- *Serotonina (5-HT).* Participa na regulación do estado de ánimo, o apetito e o ciclo soño-vixilia. Unha regulación ineficiente de serotonina asóciase con depresión e trastornos de ansiedade. A maioría dos antidepresivos regulan á alza este neurotransmisor (Stahl *et al.*, 2013).

- *Dopamina (DA).* Desempeña un papel clave na motivación, a recompensa e o control do movemento. Alteracións na dopamina relaciónanse con trastornos como a esquizofrenia (onde podería existir hiperactividade dopaminérxica en certas áreas) e o Parkinson (asociado á redución de dopamina en determinadas rexións). Ademais, é fundamental na adicción a substancias, ao reforzar condutas que xeran pracer (Stahl *et al.*, 2013).

- *Noradrenalina (NA).* Está implicada na resposta ó estrès, a atención e a regulación do estado de ánimo. Un desequilibrio nos seus niveis pode contribuír á depresión e os trastornos de ansiedade. Moitos antidepresivos actúan regulando á alza este neurotransmisor (Stahl *et al.*, 2013)

- *GABA (Acedo gamma-aminobutírico).* É o principal neurotransmisor inhibitorio do sistema nervioso central. A súa función é "frear" o exceso de actividade neuronal. Unha regulación ineficiente do GABA asóciase coa ansiedade, o insomnio e a predisposición a convulsións. Medicamentos como as benzodiacepinas reforzan a acción de GABA, reducindo a excitabilidade neuronal (Purves *et al.*, 2018).

- *Glutamato*. É o neurotransmisor excitatorio máis abundante no cerebro. Participa en procesos de aprendizaxe e memoria. Un exceso nos seus niveis ou actividade pode causar dano neuronal (neurotoxicidade) e asociouse con diversas patoloxías neurodexenerativas e psiquiátricas (Bear *et al.*, 2016).

O balance entre diferentes neurotransmisores é fundamental para manter a estabilidade das redes neurais que sustentan as nosas capacidades cognitivas, emocionais e condutuais. Os avances en neurociencia permitiron desenvolver fármacos e terapias específicas para modular a síntese, liberación ou acción destes mensaxeiros químicos, mellorando a calidade de vida de moitas persoas con trastornos mentais.

Con todo, o funcionamento cerebral é sumamente complexo e os neurotransmisores actúan de forma interrelacionada. Poren, comprendelos no seu contexto neurobiolóxico e psicolóxico resulta esencial para deseñar tratamentos máis efectivos e con menos efectos secundarios. A medida que a investigación siga progresando, esperase profundar aínda máis na comprensión do cerebro e, en consecuencia, dos mecanismos subxacentes á saúde mental e aos trastornos psiquiátricos.

4.2.4. Consumo de drogas ou alcol da nai antes do nacemento

O consumo de drogas por parte da nai relaciónase coa presenza de problemas de saúde mental e co consumo de drogas posteriormente nos seus fillos. Salom *et al.* (2015) realizaron un dos estudos de referencia ao analizar en 6.703 mulleres embarazadas o efecto de varias variables de consumo e o efecto posterior nos seus fillos aos 5, 14 e 21 anos. O consumo de tabaco, o consumo intensivo de alcol e a presenza de distrés na nai no embarazo aparecía asociado á presenza de trastornos de saúde mental, trastornos por consumo de substancias ou ambos nos seus fillos aos 21 anos. No caso do pai, fumar e beber alcol asociábase coa comorbilidade de trastorno mental e trastorno por consumo de substancias. En canto ás diferenzas en función do sexo, os fillos era máis probable que tivesen un trastorno por consumo de substancias e as fillas un trastorno de saúde mental. Outros factores que tamén se sinalan como relevantes son aspectos do ambiente familiar, como baixo nivel de afecto maternal, pobre comunicación co fillo, pais separados ou relacións violentas.

Outro aspecto para destacar é que unha de cada tres mulleres volve ao seu nivel previo de consumo de alcol dentro dos tres meses despois do parto, o cal incide negativamente nos seus fillos, especialmente no caso da lactación materna, ao pasar o alcol polo leite ao neno. Despois do parto é un momento de especial risco para a muller, dado que algunhas se senten soas e illadas socialmente, o cal pode incrementar o risco de volver beber alcol (Prior *et al.*, 2024) para manexar a ansiedade e o estrés, os cales predín o consumo de alcol intensivo na muller (Timko *et al.*, 2008).

Wolfe (2016) estudou a nais cun trastorno por consumo de alcol nunha mostra representativa da poboación norteamericana, que tiñan fillos de entre 10 e 14 anos. Ao comparalas con nais que non tiñan este trastorno, atoparon que os seus fillos presentaban máis problemas internalizantes e externalizantes, menor proximidade a familiares e

amigos, experimentaban máis presión social, vivían en ambientes menos seguros e en lugares máis illados. Estas nais vivían en ambientes máis pobres, con menos ingresos, peor saúde, traballos precarios, tiñan menos anos de escolaridade e máis separacións maritais. Todo isto suxire que a saúde mental destes nenos está máis danada no caso de que a súa nai teña este trastorno. É o que Umberson *et al.* (2014) denominan cadeas de desvantaxes, que chegarán ata a idade adulta.

Ademais, o abuso de alcol e a dependencia de drogas por parte da nai incrementa o risco de malos tratos infantís cara aos seus fillos, peores prácticas de crianza e a presenza de máis problemas sociais (Cataldo *et al.*, 2019).

O consumo de psicoestimulantes na muller embarazada tamén ten efectos negativos, como maior risco de parto prematuro, menor peso do fillo ao nacer e menor longo e circunferencia da cabeza. No estudo de Linares *et al.* (2006), con nenos de 6 anos expostos ao consumo de cocaína antes de nacer, atoparon que tiñan máis síntomas do trastorno oposicionista desafiante e de TDAH en relación a nenos non expostos. Respecto ao consumo de opioides, é ben coñecido a síndrome de abstinencia neonatal aos opioides (Wouldes e Lester, 2023). Por último, en canto ao consumo de cánnabis por parte da muller embarazada, ademais dos problemas que pode padecer a propia muller (ex., complicacións no embarazo) e o fillo no momento de nacer (ex., baixo peso ao nacer), aparecen problemas posteriormente, como ter peor rendemento académico, máis condutas agresivas e problemas de atención, tanto en nenos como en nenas (Gerede *et al.*, 2024). Tamén se relaciona co desenvolvemento de problemas neuropsiquiátricos, hai unha relación clara co trastorno de déficit de atención con hiperactividade (TDAH) (increméntase un 13% o risco de telo) e un maior risco de consumo de cánnabis por parte do fillo na etapa da adultez temperá (increméntase o risco un 20%) (Bassalov *et al.*, 2024).

Con relación á influencia paterna na saúde do fillo antes da concepción, pode haber cambios epixenéticos no ADN a través da dieta ou do consumo de tabaco (Easey e Sharp, 2021). Con todo, a día de hoxe, non temos clara evidencia de que factores como o consumo paterno de alcol, tabaco, cafeína ou actividade física inflúan no inicio dun trastorno mental no seu fillo (Easey e Sharp, 2021).

4.2.5. Desnutrición

Trastornos tan prevalentes como os depresivos, de ansiedade, ou o estrés, poden estar asociados á desnutrición, mala alimentación ou inseguridade alimentaria (Pourmotabbed *et al.*, 2020). Un período de especial relevancia é cando a muller está embarazada ou na etapa de lactación e ten carencias nutricionais (Sparling *et al.*, 2021).

Os cambios na nutrición relaciónanse con cambios na microbiota e, por iso, tamén no cerebro. Un cerebro para funcionar precisa carbohidratos, proteínas, graxas, vitaminas e minerais, consumindo do 2% ao 30% de toda a enerxía que gasta o organismo diariamente. Ademais, distintos aminoácidos teñen un papel importante como precursores de distintos neurotransmisores (o triptófano como precursor da serotonina; a histidina como precursora da dopamina; a tirosina como precursora da dopamina, adrenalina e norepinefrina), os cales relaciónanse con distintas funcións psicolóxicas, con implicacións a nivel cognitivo e emocional.

Kirolos *et al.* (2022) analizaron a desnutrición infantil e posibles danos no neurodesenvolvemento, cognitivos, condutuais e de saúde mental, concluíndo que a desnutrición prexudica sobre todo ao neurodesenvolvemento e ao rendemento académico. Só atoparon moderada evidencia de que afectase á cognición e a ter máis problemas condutuais no caso da nenez e adolescencia. Os resultados non eran concluíntes para os trastornos mentais. Todos estes datos sinalan a necesidade de reducir a desnutrición dadas

as importantes consecuencias, non só a nivel físico senón tamén a nivel de saúde mental (Rico de la Rosa *et al.*, 2022).

4.2.6. Exposición a metais pesados, substancias químicas e pesticidas

Distintas substancias tóxicas que entran no organismo poden producir enfermidades e trastornos mentais. Desde hai un século sabemos que a exposición a hidrocarburos carrexa problemas de saúde. Cando hai unha inhalación continuada deles vese afectado o Sistema Nervioso Central, o metabolismo da acidose e prodúcense arritmias. Os individuos con abuso de hidrocarburos (ex., butano, propano, gasolina, gas natural) teñen condutas máis violentas e déficits de memoria e cognitivos, dado que se relaciona con disfunción no cerebelo, encefalopatía, debilidade e demencia, entre outros efectos (Tormoehlen *et al.*, 2024).

James e OShaughnessy (2023) revisaron como varios metais pesados, químicos que alteran o sistema endócrino e pesticidas, relaciónanse con trastornos mentais en nenos. Estas substancias teñen o potencial de modificar os sistemas de neurotransmisión, a barreira hemato-encefálica, modificar a expresión xenética cerebral e incrementar a vulnerabilidade para padecer trastornos mentais, desregular o eixo hipotálamo-hipofisiario-adrenal, reducir a plasticidade neuronal e inducir estrés oxidativo e a neuroinflamación. Atoparon que o chumbo, o manganeso, o cubre e o mercurio relaciónanse con ter trastornos mentais, de igual modo que químicos disruptores do sistema endócrino, como os ftalatos, éteres difenílicos polibromados, os bisfenoles e as substancias per e polifluoroalquiladas, así como distintos pesticidas utilizados na agricultura. Estes resultados deben ser considerados con cautela, dado que a exposición a estas substancias vai unida a outros factores, polo que non se pode afirmar de modo claro esta relación.

Respecto á esquizofrenia, Ma *et al.* (2019) analizaron a presenza de metais con alto grao de toxicidade (ex., arsénico, cadmio, chumbo, cromo, mercurio) nunha mostra de persoas da China, atopando asociación entre altos niveis de chumbo e esquizofrenia (odds ratio, OR, de 3,15). Outros estudos, realizados tamén na China, coinciden na relación da presenza de chumbo e a esquizofrenia (Shen *et al.*, 2024), indicando que varios xenes teñen o seu papel na esquizofrenia a través dos efectos que producen no organismo tales metais (ex., o TP53 ou o TNF).

En relación coa depresión, Nguyen *et al.* (2022) fixeron un extenso estudo en Corea do Sur, cunha mostra representativa de 16.371 persoas. Ter o dobre de cadmio recomendado aumentaba un 21% o risco de ter depresión. Con todo, non se asocia a unha maior ou menor intensidade da mesma. No estudo de Tang *et al.* (2024), cunha mostra de 7.301 persoas, tamén atoparon relación entre maiores niveis de cadmio e depresión E, por último, Jiang e Zhao (2024), cunha mostra de 7.732 adultos norteamericanos, atoparon relación entre maiores niveis de cadmio (OR = 1,38), chumbo (OR = 1,27) e seis metabolitos de hidrocarburos aromáticos policíclicos (OR de 1,24 a 1,47) con ter depresión. En cambio, neste estudo para o mercurio non atoparon relación.

4.2.7. Microbiota

Nos últimos anos o estudo da microbiota cobrou unha gran relevancia tanto para distintas enfermidades físicas como para varios trastornos mentais. O termo *microbiota* refírese ás comunidades microbianas, compostas de bacterias, virus, protozoos, arquexas e fungos que están presentes no hóspede. Cando este conxunto de microorganismos habita no tracto gastrointestinal, denomínaselle microbiota intestinal. Esta é unha parte importante do microbioma humano completo e ten unha relación bidireccional con varios sistemas, particularmente co sistema nervioso central. Os roteiros de comunicación son

circulares entre o microbioma intestinal e o sistema nervioso a través do nervio vago, os metabolitos do triptófano e os produtos microbianos, por exemplo, os ácidos graxos da cadea curta ou o peptidoglucano.

A modo de exemplo, no caso da depresión sabemos que hai un desequilibrio no eixo hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), desregulación do sistema inmunitario e deficiencia do metabolismo do triptófano. E, tal e como afirman Rivera e Aguilar (2024), "as alteracións do microbioma poden ter un papel importante na fisiopatoloxía da depresión ao afectar a liberación de neurotransmisores como a serotonina, dopamina e norepinefrina, o que inflúe nos niveis do factor neurotrófico derivado do cerebro, en resposta ó estrés e no eixo hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA). Así mesmo, estas alteracións poden desencadear a liberación de substancias inflamatorias" (páx. 30). Ata un 92% da serotonina sintetízase no intestino e algo semellante ocorre con outros neurotransmisores como a dopamina e a norepinefrina. Isto levou a que varios autores consideren a depresión como un trastorno inflamatorio, sendo a inflamación unha condición común subxacente a varias enfermidades (ex., cancro, enfermidades cerebrovasculares, diabete mellitus, trastornos neurodexenerativos) e atopáronse alteracións do microbioma intestinal en pacientes con ansiedade, depresión e esquizofrenia. Por iso é polo que se suxeriu que o uso de probióticos podería aliviar os síntomas depresivos, ao mellorar o equilibrio do microbioma intestinal.

4.2.8. Inflamación

Nos últimos anos cobrou unha gran relevancia a hipótese da inflamación para explicar a orixe dalgunhas enfermidades, como as autoinmunes, e distintos trastornos mentais. A explicación da teoría da inflamación parte da perspectiva evolucionista, onde os nosos antepasados tiñan un nesgo inflamatorio xenético cara aos depredadores e axentes patóxenos do ambiente, desenvolvendo respostas inmunolóxicas e condutuais para iso, que lles permitían defenderse contra as infeccións e unha mellor cicatrización das feridas (Erazo, 2020). O cambio do medio rural ao urbano, cun maior nivel de patóxenos neste, leva á aparición de máis enfermidades autoinmunes, alérxicas e inflamatorias. E tamén a que certos marcadores de inflamación asócianse con trastornos mentais como a depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedade xeneralizada e o trastorno de estrés postraumático (Erazo, 2020). Niso parece que ten un papel relevante as citoquinas.

Por iso, considérase que a inflamación é a resposta natural do sistema inmune ante os patóxenos, ao estrés e as lesións. A inflamación aguda sería un mecanismo adaptativo para reparar os danos, pero a inflamación prolongada ou crónica produce danos ou enfermidades nos tecidos. Esta última é a que se atopa asociada aos trastornos mentais (Feng *et al.*, 2020).

A evidencia epidemiolóxica, xenética e de estudos transversais indica que en varios deles hai relación entre a inflamación e distintos trastornos mentais. Así, no amplo estudo de Zeng *et al.* (2024) con case 600.000 persoas de Suecia analizaron varios marcadores da inflamación. Atoparon que ter un nivel medio ou alto de leucocitos, aptoglobina e proteína C-reactiva (PCR) asociábase a un maior risco de ter un trastorno mental, como ocorría tamén con ter niveis baixos de inmunoglobulina G (IgG). Estes resultados indicaban que a avaliación de eses biomarcadores de inflamación relacionábanse, 30 anos despois, con ter o diagnóstico dun trastorno mental.

De modo semellante, cunha mostra de medio millón de persoas do Reino Unido, a proteína C-reactiva (PCR) estaba asociada con ter probable depresión (OR=1,29) e probable trastorno de ansiedade xeneralizada (OR=1,15), así como a Interleukina 6 (IL-6) para a depresión (OR= 1,18). Beurel *et al.* (2020) indican que o sistema inmune regula

o estado de ánimo e que a desregulación da resposta de inflamación pode levar á depresión. Pero pode haber outras variables implicadas que hai que ter en conta (ex., alteracións no microbioma ou unha resposta de estrés agudo, entre outras).

Finalmente, hai que indicar que as alteracións na microbiota relaciónanse tamén coa inflamación (Ouabbou *et al.*, 2020).

4.2.9. O eixo HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal) e a súa relación co estrés

A adaptación e a resistencia ao estrés son prerrequisitos fundamentais para a vida. O estrés afecta directamente á saúde a través de respostas automáticas e neuroendocrinas e, indirectamente, en producir cambios en condutas relacionadas coa saúde (ex., enfermidades cardiovasculares, obesidade, incremento de risco de cancro). O estrés é esencial para a supervivencia, ao ter que adaptarnos a cambios internos e ao ambiente externo. Isto coñécese como homeostase, pola cal o organismo regula os estados fisiolóxicos internos (ex., a temperatura corporal). Para manter esa homeostase libéranse hormonas (ex., cortisol, adrenalina e noredralina) e prodúcense cambios no sistema nervioso autónomo e no sistema nervioso central para adaptarse e responder as situacións estresantes. Cando non hai estresores isto non ocorre. Se a persoa mantén o estado de resposta ó estrés no tempo iso incide na súa saúde e no seu benestar (O´Connor *et al.*, 2021).

O estrés crónico causa múltiples problemas, na saúde física e mental. O estrés pódese deber a diversos factores: laborais, familiares ou da parella, malos tratos, condicións sociais de pobreza, etc. (Sandín, 2024). As respostas que produce o estrés crónico son tanto biolóxicas como psicolóxicas. Entre as biolóxicas están cambios hormonais, do sistema cardiovascular, metabólico ou neuroendocrino. Nunha situación de estrés actívanse dous sistemas: o sistema SAM (simpático-adrenal-medular) e o HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal). O cortisol é a principal hormona efectora primaria do sistema de resposta ao estrés do eixo HPA.

Sabemos que padecer eventos temperáns adversos (ex., trauma na infancia, violencia doméstica) leva á persoa na vida adulta a ter máis enfermidades e trastornos mentais, incluíndo maio risco de suicidio. Niso o eixo HPA ten un papel importante (O´Connor *et al.*, 2021). Un exemplo claro dos seus efectos témolo nos malos tratos infantís e a desregulación que produce no eixo HPA. Este sistema neuroendocrino primario ten un papel central en regular as respostas corporais para varios estresores, abarcando tanto ameazas físicas como estresores psicolóxicos (ex., estrés social, subordinación e ameazas percibidas). A actividade do eixo HPA regúlase a través do inicio da secreción do factor de liberación de corticotropina (CRP) e vasopresina (AVP) do núcleo paraventricular do hipotálamo. Estes activan a secreción da hormona adrenocorticotropina (ACTH), estimulando a síntese e secreción de glucocorticoides, incluíndo o cortisol, do córtex suprarrenal. O cortisol executa a súa función activando tanto os receptores glucocorticoides (GR) e mineralocorticoides (MR) en múltiples tecidos corporais, proporcionando inhibición do feedback negativo da activación do eixo do hipotálamo. A activación do eixo HPA representa un mecanismo adaptativo esencial en resposta ás ameazas e ao estrés. A prolongada activación do eixo HPA de neno incrementa a vulnerabilidade á psicopatoloxía posterior de adulto. Como exemplo, os malos tratos infantís inducen unha modificación duradeira dos sistemas de respostas ó estrés, especificamente do eixo HPA (Ferrara *et al.*, 2024).

Estudouse amplamente a incidencia do estrés en distintos trastornos mentais, como a depresión, a ansiedade, a psicose e as adiccións (Slavich e Auerbach, 2018). Dado que o estrés tamén afecta a distintos procesos biolóxicos, asociouse o mesmo ao sistema inmune, á inflamación e a outros cambios biolóxicos. Por iso é polo que con frecuencia

hai unha relación estreita entre estrés, depresión e enfermidades físicas (Miller e Raison, 2016).

4.2.10. Enfermidades e consumo de medicamentos

Diversas enfermidades orgánicas e medicamentos, non directamente vinculados con trastornos mentais, poden desencadear ou exacerbar síntomas neuropsiquiátricos como depresión, ansiedade e mesmo psicose (Fucci *et al.*, 2021; Kaplan e Sadock, 2022). Indicámolos a continuación clasificados por apartados.

- *Sistema endócrino.* Alteracións na glándula tiroide como o hipotiroidismo dificultan o metabolismo cerebral e provoca síntomas depresivos, apatía e diminución da concentración; mentres que o hipertiroidismo xera nerviosismo, ansiedade e mesmo episodios psicóticos. A síndrome de Cushing (exceso de cortisol) desemboca en irritabilidade e alteracións cognitivas, en tanto que a enfermidade de Addison (insuficiencia suprarrenal) induce apatía, fatiga e posibles estados confusionais. Tamén os desaxustes bruscos nos niveis de glucemia orixinan irritabilidade, cambios repentinos de ánimo e confusión. Cambios radicais nos niveis de estróxenos e proxesterona (menopausa, posparto) afectan de modo significativo o estado de ánimo e a función cognitiva.

- *Sistema inmunolóxico.* O lupus eritematoso sistémico, ao inflamar diversas estruturas corporais, pode comprometer o cerebro e dar lugar a alteracións no comportamento, delirios ou alucinacións. Doutra banda, a enfermidade celíaca non diagnosticada xera fatiga crónica e "néboa mental", o que repercute no estado de ánimo e as funcións cognitivas.

- *Sistema metabólico e carencial.* A deficiencia de vitamina B12 asóciase con irritabilidade, depresión e deterioro cognitivo en fases avanzadas. Do mesmo xeito, deficiencias de folato e outras vitaminas do grupo B facilitan o xurdimento de síntomas depresivos e confusión mental. Tamén déficits de minerais como magnesio ou calcio xeran síntomas neuropsiquiátricos (irritabilidade, dificultade de concentración e ansiedade).

- *Sistema dixestivo.* Cando existe cirrose ou fallo hepático grave, aparece a encefalopatía hepática, caracterizada por desorientación, letargo e cambios drásticos na conduta que poden evolucionar ata o delirium.

- *Sistema renal.* A insuficiencia renal crónica conleva a acumulación de toxinas en sangue, provocando cansazo, apatía e, en casos avanzados, alteracións mentais agudas que desembocan en delirium. Os trastornos na concentración de sodio desencadean confusión, letargo e irritabilidade, e se se descontrolan, desembocan en delirium ou convulsións.

- *Sistema nervioso.* Enfermidades como a epilepsia, sobre todo en crises parciais complexas, pode confundirse con psicoses ou alteracións profundas da personalidade. Infeccións como meninxite e encefalite inflaman directamente o cerebro, ocasionando delirium, axitación e cambios rápidos do estado de conciencia. O VIH, ademais do seu impacto sistémico, dana o tecido nervioso e facilita trastornos neurocognitivos e afectivos.

- *Enfermidades neurodexenerativas.* Trastornos como o Parkinson e a esclerose múltiple, ao afectar gradualmente ó sistema nervioso, poden desencadear depresión, ansiedade e deterioro cognitivo significativo, con repercusións graves na calidade de vida.

- *Trastornos xerais e infeccións sistémicas.* En adultos maiores, procesos infecciosos como pneumonías ou sepse desencadean con frecuencia un estado de delirium agudo, con confusión, desorientación e alucinacións visuais ou auditivas.

- *Dor crónica.* Independentemente da causa (musculoesquelética, neuropática), a dor persistente aumenta o risco de depresión e ansiedade, máis aínda se se recorre a opioides ou polifarmacia.

Existen fármacos que xa sexa pola súa acción principal ou polos seus efectos secundarios poden ocasionar ou exacerbar alteracións neuropsiquiátricas. Citamos algúns dos máis prevalentes agrupados por familias:

- *Medicamentos corticosteroides.* Empregados en múltiples patoloxías inflamatorias ou autoinmunes, o seu uso prolongado ou a doses elevadas induce irritabilidade, euforia e en ocasións cadros psicóticos ou maníacos.

- *Betabloqueantes (cardioloxía).* Prescritos para hipertensión e outros problemas cardiovasculares, asociáronse a depresión, fatiga emocional e cambios no estado anímico, sobre todo en persoas predispostas.

- *Opioides (analxésicos).* Alivian a dor, pero poden xerar dependencia, cambios de humor significativos e un enturbiamento do nivel de conciencia, especialmente tras usos prolongados.

- *Antibióticos (fluoroquinolonas).* Poden causar insomnio, nerviosismo e confusión, cun maior risco de alteracións condutuais en pacientes de idade avanzada ou con polimedicación.

- *Anticolinérxicos.* Empregados en diversas afeccións (alerxias, incontinencia, Parkinson), reducen a actividade colinérxica, o que desencadea confusión, desorientación e aumento do risco de delirium, sobre todo en anciáns.

- *Quimioterápicos.* Deseñados para atacar células cancerígenas, afectan tamén o Sistema Nervioso Central, propiciando cansazo, deficiencias cognitivas (chamadas "*quimio-brain*") e alteracións do estado anímico.

- *Agonistas dopaminérxicos.* Indicados no tratamento do Parkinson e a síndrome de pernas inquietas, poden estimular condutas impulsivas, hipersexualidade e xogo patolóxico, complicando a situación clínica.

- *Polifarmacia.* As interaccións entre múltiples fármacos, mesmo con doses baixas, incrementan as probabilidades de delirium, confusión e deterioro do funcionamento mental, sobre todo en persoas vulnerables como adultos maiores ou persoas con insuficiencia renal ou hepática.

A utilización exacta dos fármacos é moi difícil de coñecer tanto polo consumo sen receita como pola adherencia, que modula o consumo real ou efectivo que se realizou. Os fármacos para o sistema nervioso ocupan, en conxunto, o terceiro lugar do consumo farmacéutico, despois dos fármacos do aparello cardiovascular e dos fármacos do aparello dixestivo (Ministerio de Sanidad, 2021). Na enquisa do Sistema Nacional de Saúde recóllese que os psicofármacos constitúen o 70% dos fármacos consumidos e o 17,1% os analxésicos. Destácase que existe un claro predominio feminino no consumo destes psicofármacos, que duplica e en ocasións triplica o consumo dos homes. A diferenza crece coa idade (ata os 75-80 anos). O consumo segue crecendo ata os 80-84 anos, para logo descender. Obsérvase un gradiente social, de modo que o consumo se dispara a medida que diminúe a renda, sobre todo no caso das mulleres. O consumo é maior nas persoas nadas en España e nas persoas desempregadas, en todos os grupos de idade e sexo.

En definitiva, é fundamental que os profesionais da saúde realicen unha valoración integral do paciente descartando e atendendo posibles causas orgánicas ou farmacolóxicas cando se presentan síntomas psiquiátricos, para así brindar unha abordaxe integral e eficaz, así como a personalización dos tratamentos.

4.2.11. Consecuencias biolóxicas da neglixencia, malos tratos, abuso, trauma, perda (ex., morte da nai) ou estrés crónico na crianza

Nos últimos anos consolidouse o termo de experiencias infantís adversas, ou ACE (*Adverse Childhood Experiences*). As ACE xa empezan a incidir a nivel prenatal e posteriormente na nenez e adolescencia, chegando os seus efectos ata a adultez (Erikson *et al.*, 2024) e mesmo a vellez (Sales *et al.*, 2024). Os eventos traumáticos na infancia incrementan a probabilidade de ter un trastorno mental posteriormente. Entre os eventos traumáticos están a experimentación dunha morte ou vivir a ameaza de morte á propia persoa ou a outras, danos ou lesións graves, ou violencia sexual (abuso sexual, violación ou outras experiencias de asalto sexual). Tamén a exposición á violencia, sobre todo cando é continuada, sufrir accidentes graves, catástrofes naturais, ou mesmo ser diagnosticado dunha enfermidade grave (ex., cancro) (Furr *et al.*, 2018). Os factores que constitúen as ACE son o abuso físico, sexual ou emocional; os malos tratos; a desorganización familiar (violencia, violencia doméstica, consumo de substancias dos pais, encarceramento dun proxenitor, divorcio); desnutrición; exposición a toxinas ambientais; pobreza e baixo nivel económico; e estrés crónico (Sales *et al.*, 2024).

As ACE asócianse cun maior risco de padecer trastornos como depresión, ansiedade e abuso de substancias, entre outras (Barbosa *et al.*, 2024), influíndo no risco o nivel de gravidade do suceso traumático, sendo de gran relevancia actual o trauma complexo (os efectos de estar expostos a eventos traumáticos múltiples e recorrentes); a incidencia dos desastres e as súas consecuencias (ex., perda da casa por un incendio ou unha inundación), sobre todo en nenos; e a exposición ao trauma de modo continuo nalgunhas partes do mundo cun alto nivel de violencia (ex., naqueles países onde levan varios anos de guerra). De todos os xeitos, non debemos esquecernos de que unha parte dos nenos logran ser resilientes ante esta situación e ter un desenvolvemento adulto normal (Becoña, 2007).

Sabemos que hai unha interacción entre a bioloxía, o ambiente e a persoa. Os niveis altos de ACE asócianse a funcións cerebrais alteradas en adultos, as cales median no padecemento de trastornos mentais como os do estado de ánimo, ansiedade, esquizofrenia e consumo de substancias (Devi *et al.*, 2019). De modo concreto, Keator *et al.* (2024) analizaron a relación entre ACE, trastornos psiquiátricos e función cerebral nunha ampla mostra de 7.275 pacientes, mediante análises de neuroimaxen con escáner SPECT de distintas áreas das rexións frontal e occipital do cerebro, áreas básicas para a rede de control cognitivo, atopando que o maior nivel de ACE incrementa o risco de ter un trastorno de ansiedade, depresivo ou de consumo de substancias. E que varias rexións cerebrais aparecen como potenciais mediadores, como unha maior actividade en áreas básicas para o control cognitivo e liña base de actividade neuronal e unha menor actividade no estriado dorsal e o cerebelo. Por todo iso, hipotetizan que ter ACE de neno altera a súa percepción do mundo, incidindo as súas experiencias no desenvolvemento e función cerebral que, de adulto, pode levar a desenvolver máis trastornos mentais ou a mediar ou facilitar a súa aparición. Como un exemplo, no trastorno por consumo de substancias, ten un claro papel a ínsula, o putamen e o caudado.

Os malos tratos infantís, sexa en forma de malos tratos físicos, psicolóxicos ou sexuais son un factor de risco ben establecido para o desenvolvemento dun trastorno mental na infancia, adolescencia ou vida adulta. Os malos tratos infantís están asociados á ansiedade, trastorno psicótico, trastorno por déficit de atención con hiperactividade, trastornos de conduta, abuso de substancias, dano autoinflixido e suicidio (Baldwin *et al.*, 2023). Os malos tratos alteran a estrutura e función cerebral dos nenos e mozos (Gehred *et al.*, 2021) o que os fai máis vulnerables ao ambiente, ter menor estabilidade emocional e a ser menos resilientes (McLauhlin e Lamert, 2017). No meta-análise de Baldwin *et al.*

(2023) atoparon que os nenos que sofren malos tratos tamén teñen unha maior probabilidade de ter outros factores de risco ambiental (ex., problemas económicos, bullying) co que se incrementa a posibilidade de padecer un trastorno mental.

4.2.12. Papel da bioloxía na adolescencia e a súa transformación en adulto.

A adolescencia é un período de transición único no que converxen cambios físicos, psicolóxicos e sociais. Desde a perspectiva biolóxica, comprende unha etapa de reestruturación cerebral e de intensas modificacións hormonais que sentan as bases para a entrada na idade adulta. O estudo deste proceso é esencial para entender por que moitas patoloxías psiquiátricas, tales como a depresión, a ansiedade e algúns trastornos do comportamento, teñen a miúdo os seus primeiros síntomas ou agrávanse durante a adolescencia (Casey *et al.*, 2008).

En primeiro lugar, o sistema endócrino experimenta un gran axuste durante esta fase. Coa chegada da puberdade, prodúcese un incremento significativo de hormonas sexuais (estróxenos, testosterona) e doutras substancias neuroactivas como a hormona do crecemento. Estes cambios hormonais interactúan co cerebro en desenvolvemento, afectando non só a fisioloxía corporal, senón tamén a forma en que se experimentan as emocións e a motivación (Dahl, 2004). Este incremento hormonal pode ter repercusións na regulación emocional, de modo que algúns adolescentes poden volverse máis impulsivos ou presentar unha resposta esaxerada ó estrés. Se a iso súmanselle factores xenéticos ou ambientais, as probabilidades de desenvolver trastornos como a ansiedade ou a depresión poden aumentar (Spear, 2000).

En segundo lugar, o desenvolvemento cerebral na adolescencia caracterízase pola poda sináptica e a maduración de áreas da corteza prefrontal, que é a rexión do cerebro implicada na planificación, o control de impulsos e a toma de decisións (Blakemore e Choudhury, 2006). Durante a infancia, o cerebro xera un excedente de conexións neuronais co fin de adaptarse á gran cantidade de estímulos ambientais. Con todo, na adolescencia iníciase unha fase de "selección" ou "poda" das conexións menos utilizadas, á vez que se reforzan aquelas que se consideran máis relevantes para a eficiencia cognitiva e a adaptación social. Isto implica que o adolescente aínda está a aprender a regular as súas emocións e os seus comportamentos baixo unha arquitectura cerebral en pleno proceso de remodelación. Por iso, pode resultar máis vulnerable á influencia de experiencias estresantes, contornas conflitivas ou consumo de substancias, factores que incrementan a susceptibilidade a patoloxías mentais como o trastorno por uso de substancias, a psicose ou os trastornos da conduta alimentaria (Casey *et al.*, 2008).

En liña co anterior, o sistema límbico, implicado na regulación de emocións e a motivación, tamén sofre transformacións significativas. Este sistema, que inclúe estruturas como a amígdala e o hipocampo, atópase altamente sensible aos cambios hormonais e ambientais. A amígdala é clave na resposta ao medo e outras emocións intensas, mentres que o hipocampo participa na formación de recordos (Spear, 2000). Na adolescencia, esta sensibilidade tradúcese nunha maior reactividade emocional e, a miúdo, na procura de experiencias novas e de recompensas inmediatas. Se a amígdala actívase con facilidade ou se existen antecedentes xenéticos de inestabilidade emocional, o risco de padecer un trastorno de ansiedade ou de conduta aumenta (Steinberg, 2005).

Outro aspecto biolóxico relevante é o ciclo do soño, que tende a desaxustarse na adolescencia. Existen evidencias de que o reloxo biolóxico interno vaise atrasando progresivamente, polo que o adolescente tende a conciliar o soño máis tarde pola noite e a presentar dificultades para madrugar. Esta falta crónica de soño, sumada ás obrigacións escolares e sociais, pode contribuír ao desequilibrio emocional e ao baixo rendemento

académico, e relaciónase cun maior risco de desenvolver depresión e outros problemas de saúde mental (Dahl e Lewin, 2002).

Así mesmo, non podemos ignorar o papel da xenética. Numerosos estudos apuntan a que moitos trastornos psiquiátricos teñen un compoñente hereditario significativo (Kendler *et al.*, 2006). A adolescencia, ao ser unha etapa de grandes cambios biolóxicos, pode actuar como un "desencadeamento" da manifestación de certas vulnerabilidades xenéticas latentes. Así, a confluencia de factores hereditarios e alteracións ambientais, hormonais e neuronais pode propiciar a aparición da patoloxía.

Por último, nesta etapa da vida os adolescentes están especialmente expostos a factores de estrés psicosocial, como a presión de grupo, a procura de identidade e a necesidade de independencia dos pais. Aínda que estes elementos sitúanse no plano sociocultural, non hai que esquecer que interactúan de forma directa coa bioloxía do cerebro adolescente. Experiencias como o acoso escolar, a violencia familiar ou a privación afectiva poden reorganizar circuítos cerebrais relacionados coa resposta ó estrés, incrementando o risco de problemas mentais a longo prazo (McEwen, 2012).

En conclusión, a adolescencia representa un período especialmente vulnerable para a aparición de trastornos mentais debido, en gran parte, á interacción de factores biolóxicos (cambios hormonais, maduración cerebral, predisposición xenética) e ambientais (contorna sociofamiliar, experiencias adversas, hábitos de soño). Comprender este proceso de forma integral resulta esencial para o deseño de intervencións preventivas e terapéuticas que teñan en conta tanto a plasticidade da adolescencia como o seu enorme potencial de adaptación e resiliencia (Blakemore e Choudhury, 2006). Neste sentido, o asesoramento adecuado, o apoio sociofamiliar e a detección temperá de síntomas psiquiátricos poden xogar un papel decisivo á hora de diminuír a incidencia de patoloxías mentais e promover un desenvolvemento saudable cara á adultez.

4.3. Factores ambientais e sociais

Os determinantes sociais da saúde mental son "as condicións sociais e económicas que teñen unha influencia directa sobre a prevalencia e severidade das condicións de saúde mental entre mulleres e homes ao longo da súa vida" (Lund, 2023, páx. 2). Inclúe, polo menos, tres aspectos: 1) os acordos estruturais sociais e económicos que confiren vantaxes ou desvantaxes a poboacións específicas; 2) a exposición diferencial a diversos eventos vitais, que están relacionados coa posición social e económica; e, 3) as condicións específicas de vulnerabilidade ou resiliencia que estes acordos e exposicións producen. Estes determinantes da saúde mental agrupáronse en varios dominios que incrementan o risco de padecer un trastorno mental. Como principais factores sociais destacan a discriminación racial e a exclusión social; escasa educación, desemprego, emprego de baixa calidade e inseguridade no traballo; pobreza, desigualade nos ingresos e privación na veciñanza; pobre acceso a suficiente comida saudable; falta de calidade e inestabilidade onde vive; características adversas da contorna construída; e baixo acceso a coidados de saúde. Estes factores relaciónanse con enfermidades físicas e peor saúde mental. Lund (2023) engade aos anteriores o inadecuado acceso ao transporte; exposición a violencia, conflito e guerra na nenez ou adultez; encarceramento e malas relacións coa lei e o lugar de residencia; contaminación do aire, auga e cambio climático; sexismo e características adversas e insoportables no lugar de traballo. Todo o anterior incide en incrementar o estrés e, con iso, na activación do eixo hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HTA), e na inflamación.

En varios dos factores anteriores están ben documentadas as diferenzas en saúde mental en función de variables como a clase social, a raza, a etnia, o sexo, xénero e outros

determinantes sociais, como o desemprego, ter menos educación, baixos ingresos, profesión, etc. (Cheung e Mak, 2018). Outros pasan máis desapercibidos, aínda que tamén son moi importantes, como o sistema político no que se vive (Bhugra e Ventriglio, 2023). O relevante destes factores é que varios son modificables, de aí a necesidade de coñecelos para poder incidir neles (ver Táboas 4.4 e 4.5).

Táboa 4.4. Determinantes sociais da saúde mental segundo Gnanapragasam *et al.* (2023) e Alegria *et al.* (2018).

Gnanapragasam et al. (2023)
- Exposición a eventos adversos (estresantes, traumáticos ou agudos), na etapa infantil: malos tratos, abuso, traballo infantil, loito e ter que asumir responsabilidades adultas.
- Educación. A carencia de aprendizaxe, tanto social como na escola, limita a adquisición de normas sociais, habilidades de comunicación, valores, etc.
- Emprego. O mal ambiente laboral, traballo de baixa calidade ou mal remunerado.
- Pobreza e privación no lugar onde vive que aumenta o estrés familiar, a violencia doméstica e o consumo e abuso de substancias e, como consecuencia, problemas de ansiedade e depresión.
- Desnutrición producida por non consumir suficientes alimentos ou en boas condicións, con especial incidencia en nenos e adolescentes.
- Vivenda e contorna construída. Cando o ambiente onde se vive é pobre, pouco saudable ou mesmo inseguro, impacta na saúde mental e o benestar das familias, comunidades e individuos. Isto leva a máis violencia doméstica ou ao absentismo escolar, entre outras consecuencias. Nos casos máis extremos de persoas sen fogar, existe unha asociación relevante con distintos trastornos mentais.
- Discriminación, en función da raza, xénero, relixión ou orientación sexual. No Reino Unido distintos estudos indicaron que os afrocaribeños teñen entre 2 e 14 veces máis probabilidade de desenvolver esquizofrenia que a poboación local (Pedrés *et al.*, 2008). A discriminación por orientación sexual leva a ter máis trastornos de ansiedade, depresión, ideación suicida e actos de suicidio.

Alegria et al. (2018)
- Desemprego ou emprego precario.
- Baixos ingresos ou problemas financeiros.
- Discriminación por sexo, raza, inmigración, orientación sexual, status laboral.
- Satisfacción familiar, estilo de crianza, historia de abuso ou abandono.
- Nivel de apoio social ou de pertenza/identificación coa comunidade.
- Nivel de urbanización ou nivel de seguridade/violencia do lugar onde se vive, densidade de poboación, satisfacción con onde se vive.

Táboa 4.5. Exemplos de intervencións para abordar os determinantes sociais da saúde mental, identificados pola asociación InterAcademy, 2019 (Rose-Clarke *et al.*, 2020).

- Dominio demográfico: intervencións para reducir a violencia de xénero e os malos tratos infantís.
- Dominio económico: políticas de protección social como as transferencias de efectivo.
- Dominio veciñal: programas de renovación urbana e vivenda.
- Dominio de eventos ambientais: mellora das respostas ante desastres e mitigación do cambio climático.

- Dominio social e cultural: intervencións para mellorar o capital social e a educación de calidade.

Para darnos conta da relevancia que tomou a análise dos factores sociais na saúde mental, sobre todo debido á pandemia do covid-19 e as graves consecuencias que produciu na saúde, a economía e a nivel persoal, a Sociedade Americana de Psiquiatría elaborou un informe en 2022 (American Psychiatric Association, 2022), centrado na realidade norteamericana, sobre os efectos dos factores sociais na saúde mental. Para iso partiron das propostas da OMS e do CDC (Centro para o Control e Prevención das Enfermidades norteamericano). A OMS vén insistindo en varios factores sociais que inciden na saúde, como son os ingresos e a protección social; a educación; o desemprego e a inseguridade no traballo; as condicións laborais; a inseguridade alimentaria; a vivenda, servizos básicos e ambiente; desenvolvemento na primeira infancia; inclusión social e non discriminación; conflito estrutural; e acceso aos servizos sanitarios asequibles e de adecuada calidade. Pola súa banda, o CDC norteamericano indica que os determinantes sociais para a saúde, o benestar e a calidade de vida son: casa, transporte e lugar de residencia seguros; racismo, discriminación e violencia; educación, oportunidades laborais e ingresos; acceso a alimentos nutritivos e oportunidades de facer actividade física; contaminación do aire e da auga; e, habilidades de linguaxe e alfabetización.

O informe da American Psychiatric Association (2022) agrupa en catro os distintos determinantes sociais da saúde mental en Estados Unidos:

1) Experiencias infantís adversas, a discriminación e exclusión social, a exposición á violencia e ter problemas xudiciais.

2) O ambiente físico inmediato e global, nos que inclúe o ambiente construído adverso, problemas na veciñanza, a polución e o impacto do cambio climático global.

3) O status socioeconómico e as oportunidades para acumular riqueza, incluíndo o baixo nivel educativo, o desemprego ou inseguridade no traballo, a pobreza e desigualdades nos ingresos e vivir nun barrio pobre.

4) Necesidades básicas en temas de vivenda, comida, transporte e coidado da saúde, nos que inclúen a inestabilidade onde se vive, a inseguridade na alimentación, escaso acceso ao transporte e baixo acceso ao coidado da saúde.

Á súa vez, consideran que hai varios determinantes sociais da saúde mental que impactan nos pacientes que se ven nas consultas de saúde mental, polo menos nos Estados Unidos, que eles concretan nas seguintes:

- Estigma das persoas con trastornos mentais ou en tratamento psiquiátrico.
- Carencia de paridade na saúde mental, polos problemas de falta de pago (no sistema de asistencia sanitario norteamericano), a diferenza do que ocorre coas enfermidades.
- Carencia dunha rede de apoio social.
- Soidade e illamento social.
- Comunicacións daniñas nos medios de comunicación social que afectan á saúde mental.
- Inmigración, co nivel de estrés e trauma que causa a moitas persoas.
- Desesperanza e desesperación social que pode levar ao suicidio, sobredose ou mortes relacionadas co consumo de alcol.
- Determinantes psicosociais positivos como seguridade nos ingresos, resiliencia, empatía, solidariedade, alfabetización emocional, compaixón, apego seguro, que inciden en ter unha boa saúde mental.

No caso concreto dos factores laborais, sobre todo a inestabilidade laboral ou o desemprego, Donkin *et al.* (2018) calcularon que as influencias sociais e ambientais contribúen entre un 45-60% nas variacións do status de saúde.

Por último, debemos ser conscientes dos enormes cambios que se están vivindo nas últimas décadas en moitas partes do mundo, con fenómenos como a migración e a globalización, ou a rápida urbanización co incremento da polución, impactando no benestar individual e na saúde mental. En concreto, estes son máis prevalentes en zonas urbanas que rurais (Ventriglio, 2023), sendo a polución do aire, o ruído e a contaminación lumínica algúns dos factores asociados a unha maior prevalencia de trastornos de saúde mental en área urbanas (Ventriglio *et al.*, 2020).

Os factores ambientais e sociais que inciden na saúde mental agrupámolos en catro categorías: 1) culturais, familiares e de crianza, 2) ambientais e ecolóxicos, 3) escolares e 4) socioeconómicos e laborais.

4.3.1. Factores culturais, familiares e de crianza

Tipo de cultura (normas sociais, sistema socioeconómico, relixión, características específicas desa cultura)

Enténdese por cultura "unha constelación transmitida ou construída socialmente consistente tanto de pensamentos como de prácticas, competencias, ideas, esquemas, símbolos, valores, normas, institucións, metas, regras constitutivas, e modificacións do ambiente físico" (Fiske, 2022, páx. 85). A cultura apréndese na familia e contexto social, a través do proceso de socialización e con ela entendemos o mundo e a forma na que nos comportamos nel. A cultura, o que aprendemos que debemos facer, determina o noso sistema de crenzas, coñecementos e condutas. Por iso, as distintas culturas poden influír e contribuír a unha maior ou menor prevalencia de trastornos mentais.

A identidade cultural é importante para as persoas porque nos fai ver que pertencemos a un grupo, que nos acepta como membro do mesmo. Unha das consecuencias da inmigración é a falta de identidade cultural, podendo chegar a xurdir problemas de saúde mental. En concreto, isto prodúcese polo choque cultural e o duelo (lamentar a sociedade e comunidade que deixou atrás) (Ogundare, 2020).

A relación entre cultura e saúde mental estudouse desde a antropoloxía médica e desde a psiquiatría cultural. Esta céntrase na descrición do impacto da cultura no benestar e funcionamento dos individuos, o modo en que expresan o distrés, explícano e buscan axuda de acordo ao que eles ven como causa dos seus problemas. O fenómeno da inmigración fixo máis evidente a necesidade de ter en conta a cultura das persoas, (ex., Nwokoroku *et al.*, 2022). Por iso, o propio DSM-5-TR considera que varios trastornos danse só en determinadas culturas.

Estudáronse moitas características específicas das culturas que se relacionan co funcionamento persoal e social do individuo, así como a súa incidencia nos trastornos mentais (ex., a flexibilidade-rixidez ou o individualismo-colectivismo, entre outras; Nezlek e Humphrey, 2023).

Socialización e estilo de crianza

A familia ten o seu maior peso na infancia, que é cando o neno é máis dependente e ten maior maleabilidade. En ocasións, a influencia da familia mantense ao longo de toda a vida. Desde o nacemento o medio inflúe no desenvolvemento humano a través de dous procesos: aprendizaxe e socialización. A socialización é o proceso a través do cal o individuo convértese en membro dun grupo social: da súa familia, comunidade ou grupo. Inclúe a aprendizaxe das actitudes, crenzas, valores, roles e expectativas do seu grupo. É

o que permite facer a un individuo membro da súa cultura. O proceso de socialización ocorre ao longo de toda a vida, aínda que ten maior importancia no período que vai da nenez á adolescencia (Grusec, 2011).

Na actualidade a socialización ten lugar primeiro na familia, como axente máis importante de socialización, logo na escola, seguido polos compañeiros e os medios de comunicación a través de Internet. Tras a adolescencia, o proceso de socialización continua e non finaliza ata que morre a persoa. Con ela o individuo adquire o "autoconcepto" (relevante para o desenvolvemento dunha personalidade integrada), o cal á súa vez permite actuar como filtro e integración do que ocorre no seu ambiente.

Durante os primeiros anos, o neno vai sendo modelado a través de reforzos e castigos, sendo os seus pais os modelos máis importantes. É a estrutura familiar e o modo de crianza os que contribúen ao desenvolvemento do neno na aprendizaxe do que é o mundo. Distintos tipos de crianza dos pais inflúen na conduta dos fillos, sendo dúas variables esenciais: o control (como son de restritivos os pais) e a calidez paterna (grao de afecto e aprobación que teñen cos seus fillos). A combinación destas variables leva a catro estilos de crianza: o estilo parental autorizativo, que exerce moito control e moita calidez; o autoritario, moito control e pouca calidez; o permisivo, pouco control e moita calidez; e, o indiferente, pouco control e pouca calidez (Becoña *et al.*, 2012).

O tipo de crianza ten unha consecuencia directa no tipo de personalidade que vai desenvolver o neno. Así, o estilo autoritario relaciónase con nenos apartados e medorentos, con pouca ou ningunha independencia e que son variables, apoucados e irritables. Na adolescencia os homes poden ser rebeldes e agresivos e as mulleres pasivas e dependentes. O estilo permisivo relaciónase con nenos autoindulxentes, impulsivos e socialmente ineptos, aínda que noutros casos poden ser activos, sociables e creativos ou rebeldes e agresivos. Os fillos dos pais autorizativos son os mellor adaptados, dado que teñen confianza en si mesmos, teñen maior control persoal e son socialmente máis competentes. Finalmente, os fillos dos pais indiferentes son os que están en peor situación e, se os seus pais son neglixentes, son os que teñen unha personalidade máis destrutiva (Becoña *et al.*, 2012).

Desorganización familiar, falta de proxenitores e nivel de apego

A desorganización familiar caracterízase porque o neno ou adolescente pode facer o que queira porque non ten supervisión dun adulto. Isto incidirá negativamente no seu desenvolvemento psicolóxico e incrementa os problemas de saúde mental. Isto podería tamén chegar a suceder no caso da ausencia de proxenitores, porque morreron ou abandonárono, e non adquiren o adecuado apego nin a necesaria aprendizaxe emocional (Granqvist *et al.*, 2017). Por último, tamén se investigou que estas consecuencias poden producirse cando un ou os dous proxenitores presentan un trastorno mental que non lles permite un adecuado coidado do seu fillo (Wiegand-Grefe *et al.*, 2019).

Malos tratos infantís e experiencias infantís adversas

Os malos tratos infantís constitúen un factor negativo para o desenvolvemento físico e psicolóxico dos nenos, e con frecuencia ocasiona trastornos mentais en etapas posteriores da vida. Os malos tratos relaciónase, por exemplo, con padecer posteriormente depresión (Humphreys *et al.*, 2020), e trastornos por consumo de substancias (Arellano, 1996), dado os cambios biolóxicos e psicolóxicos que produce (Azimi e Connolly, 2022).

Adoita diferenciarse entre malos tratos físicos, sexuais e psicolóxicos ou emocionais, que presentan consecuencias diferentes. Tamén se sinalan outros tipos como o que se exerce sobre nenos migrantes, sobre todo en nenas; en familias con altas taxas de divorcios e familias de varios fillos; orfos onde as súas nais foron asasinadas; a

separación dos nenos das súas nais antes dos tres anos e o consumo de substancias por parte da muller cando está embarazada (Austin *et al.*, 2022; Ferrara e Bernasconi, 2017; Gilbert *et al.*, 2009). Un caso especialmente relevante é o da violencia de xénero, xa que adoita ter consecuencias nos fillos (Walker-Descartes *et al.*, 2021). Non esquezamos que os casos de malos tratos infantís non só ocorren en países onde predomina a pobreza ou a desestruturación social. Tamén están presentes nos países desenvolvidos, con cifras altas de abuso físico, sexual e emocional (entre un 5 e un 10% dos nenos).

Historia familiar de consumo de drogas ou ter un trastorno mental os pais

Os problemas psicopatolóxicos dos pais e o consumo de drogas ilegais, relaciónase cun maior consumo de alcol, problemas de abuso e dependencia do alcol e drogas e doutros trastornos mentais nos fillos (Kerr *et al.*, 2012; Ohannessian *et al.*, 2004).

Os pais con problemas de consumo de alcol é máis probable que logo os seus fillos teñan problemas de consumo de alcol, como ocorre tamén co consumo de tabaco en fillos de pais fumadores. Isto suxire unha transmisión interxeracional, onde están presentes tanto factores xenéticos como mecanismos de socialización (Bailey *et al.*, 2006). Mesmo se considerou relevante o papel dos avós. No estudo de Bailey *et al.* (2006) onde inclúen avós, pais e adolescentes, existe unha continuidade a través das xeracións no consumo de drogas (tabaco, bebedeiras ou calquera droga) significativa sendo a variable conduta problema a que media esta continuidade. Unha análise máis detallada por tipo de droga indica unha continuidade interxeracional para o consumo de tabaco, pero non para as bebedeiras ou o consumo de marihuana.

Diversos estudos indican a existencia dunha relación entre os problemas de saúde mental dos pais e dos fillos. Clark *et al.* (2004) estudaron en 1.167 nenos de 6 a 14 anos os problemas de consumo de drogas dos pais e outros trastornos mentais e a súa incidencia nos fillos. Os resultados indicaron que cando os pais presentaban trastornos de conduta, TDAH, trastorno depresivo maior ou trastorno de personalidade antisocial, era máis probable que os seus descendentes tamén os tivesen. No caso de pais con problemas de alcol, os seus fillos tiñan máis problemas de todo tipo, incluíndo trastornos de consumo de substancias e trastornos externalizantes. Sechi *et al.* (2020) atoparon que a presenza de síntomas de ansiedade e depresión nos pais asócianse a unha maior afectividade negativa dos seus fillos, avaliado cando tiñan 3 e 12 meses. No meta-análise de Rogers *et al.* (2020) a depresión e a ansiedade perinatal da nai asociábase posteriormente, cando o seu fillo era adolescente, con máis problemas de tipo social e emocional, como cognitivos, de linguaxe, motóricos e condutas adaptativas.

Na mesma liña, a presenza doutros trastornos, como o autismo ou o TDAH relaciónanse coa previa saúde mental da súa nai. Un estudo australiano (Martin *et al.*, 2023), que analizou o trastorno do espectro autista e o TDAH, atopou entre ambos un importante nivel de herdabilidade. A partir da adolescencia diminúen os seus síntomas principais, pero increméntanse outros problemas de saúde mental. Os pais teñen un maior malestar ante o comportamento dos seus fillos, á vez que teñen máis problemas emocionais e condutuais cando teñen os seus fillos ámbolos dous trastornos.

Tamén se analizaron determinados factores de protección (ex., un apego seguro nai-fillo) que diminúen a probabilidade de que os fillos de pais con problemas de saúde mental desenvolvan estes trastornos (Wlodarczyk *et al.*, 2017).

Carencia de oportunidades ou incerteza (reais ou subxectivas)

A carencia de oportunidades, reais ou subxectivas, dunha persoa, en distintos ámbitos da súa vida asóciase coa frustración, a ira, o desamparo, incerteza, etc.,

facilitando con iso que poidan desenvolver trastornos como ansiedade ou depresión, entre outros.

As persoas cunha pobre saúde mental teñen unha menor esperanza de vida (Gispert *et al.*, 1998), sendo menor esta esperanza en homes que en mulleres, con 20 anos menos de vida para os homes e 15 para as mulleres, nun estudo do norte de Europa (Wahlbeck *et al.*, 2011).

Alto nivel de estrés social e eventos vitais estresantes

O estrés e a exposición a eventos vitais estresantes son factores importantes para o xurdimento de distintos trastornos mentais. Na vida adulta, estresores como o terrorismo, desastres ou eventos catastróficos incrementan os problemas de saúde mental. Tamén outros, de menor intensidade, como un divorcio, perder o traballo, ter problemas financeiros ou legais, relaciónanse co incremento do consumo de alcol e drogas, sobre todo en homes, e a presenza doutros problemas de saúde mental.

Nun apartado posterior vemos isto máis amplamente.

As redes sociais da Internet

O uso de redes sociais xeneralizouse nos últimos anos. Desde a súa aparición hai un acalorado debate sobre as súas negativas consecuencias na saúde mental (Sharma *et al.*, 2020). A principal preocupación está no uso excesivo das mesmas en nenos e adolescentes e na discusión sobre se teñen capacidade adictiva.

As redes sociais teñen aspectos positivos e negativos. Entre os positivos están mellorar as relacións sociais, comunicarse máis facilmente con outras persoas, acceder a máis información, servir para a aprendizaxe escolar, para o lecer e tempo libre, entre outros. Entre as negativas están adicar excesivo tempo a elas, sobre todo os mozos, e o acceso a contidos inadecuados.

Como adoita ser habitual, o que máis se estudou é o seu uso coa presenza de ansiedade e depresión, atopándose relación pero con tamaños do efecto pequenos (ex., Ivie *et al.*, 2020; Hussain *et al.*, 2020). Hussain e Griffiths (2018) atopan relación entre o uso problemático das redes sociais e maior nivel de depresión, ansiedade, estrés, TDAH e trastornos obsesivo compulsivo. Hussain *et al.* (2020) atópaos coa alteración da imaxe corporal e trastornos da alimentación. E Weinstein (2023) con déficits cognitivos e alteración da función executiva. A pesar do moito que se fala delas temos poucos estudos de calidade para chegar a conclusións consistentes en relación á súa incidencia nos trastornos mentais.

4.3.2. Ambientais e ecolóxicos

Ambiente físico (urbanización, polución por ruído e lumínica, temperatura, espazos verdes, cambio climático, etc.)

Un tema actual de gran preocupación é o cambio climático, xunto con outros factores relacionados con el, e a súa incidencia no incremento de distintas enfermidades e problemas de saúde mental. Estudouse a urbanización, a polución, a temperatura, a contaminación lumínica, os espazos verdes nas cidades e o cambio climático.

O incremento da urbanización está a producirse en todo o mundo, de modo especial nas últimas décadas. Hoxe o 55% da poboación mundial vive en cidades e calcúlase que no ano 2050 esa cifra subirá ao 70%. Cando esa urbanización non está planificada carrexa pobreza, desemprego, degradación ambiental e incapacidade de prestar os servizos que demanda esa nova poboación. Iso incide nunha peor calidade do aire, auga non sempre potable, falta de saneamento e de vivendas adecuadas, e poucos

servizos sanitarios. Por iso é polo que se atopan máis problemas de saúde mental nas cidades que nas zonas rurais, cunha maior incidencia nas mulleres (Hepat *et al.*, 2024).

A urbanización é un claro factor de risco para a psicose. Por exemplo, Pignon *et al.* (2023) atoparon nun estudo lonxitudinal que o risco de desenvolver un trastorno psicótico é o dobre (OR de 2 a 2.5) debido á urbanización (ex., polución do aire, falta de espazos verdes). No estudo EU-GEI, de D´Andrea *et al.* (2024), realizado en Reino Unido, Francia, Holanda, Italia e España, avaliaron a esquizotipia e atoparon que a maior densidade de poboación relacionábase con maior probabilidade de presentar esquizotipia (beta=.248), e aumentaba máis cando tamén estaba presente o consumo de cánnabis (beta=.449).

A polución por ruído ten unha clara incidencia na saúde mental (ruídos dos coches, tren ou tráfico aéreo), especialmente nos trastornos do estado de ánimo, o que parece explicarse en base á rotura dos ritmos circadianos polo ruído excesivo ou por adquirir unha maior sensibilidade ao mesmo (Tortorella *et al.*, 2022).

A polución lumínica tamén nos afecta. A exposición artificial á luz incide na supresión da secreción de melatonina, rotura dos ritmos circadianos, así como na saúde mental. Os estudos confirman a súa incidencia nunha peor calidade do soño e nunha maior incidencia nos trastornos do estado de ánimo, como depresión e trastorno bipolar, e nas condutas suicidas (Menculini *et al.*, 2024).

Respecto ao cambio climático, as altas temperaturas inciden negativamente na saúde, sobre todo nas persoas de máis idade, incrementando tamén a probabilidade de ter trastornos mentais (Byun *et al.*, 2024). En España, Fontalba-Navas *et al.* (2018) atoparon relación entre un alto nivel de precipitacións e un incremento dos trastornos de estrés postraumático, analizando as inundacións no ano 2012 de Almería. Corvalan *et al.* (2022) recolle como distintos factores do cambio climático afectan á saúde mental, e Van Daalen *et al.* (2024) realizaron unha extensa revisión sobre saúde e cambio climático na que insisten na necesidade de ter máis espazos verdes nas cidades, por ser beneficioso para a saúde física e mental. Doutra banda, distintos estudos mostran que os espazos azuis e verdes teñen efectos positivos na saúde mental dos nenos con discapacidades ou problemas de saúde mental (ex., síntomas de ansiedade ou depresivos) (Aghabozorgi *et al.*, 2023).

Variables sociodemográficas (sexo, xénero, idade e nivel económico)

O sexo, a pesar de ser unha variable biolóxica, está fortemente influída polos factores culturais. Analizouse en relación co consumo de drogas e a presenza de trastornos mentais, atopándose, por exemplo, que as mulleres están máis protexidas biolóxica e culturalmente que os homes fronte ao consumo de alcol e drogas, sobre todo no seu consumo máis intensivo e perigoso, pero en cambio teñen maior prevalencia de trastornos depresivos. En relación ao xénero (modo en que a persoa se percibe a si mesma como home, muller ou non binario) hai unha maior incidencia de trastornos mentais naqueles grupos con identificación non binaria, sobre todo depresión (ex., Newcomb *et al.*, 2020) e trastornos de ansiedade (Johansson *et al.*, 2022). En parte debido ao estigma que implica socialmente.

A idade é outra variable relevante, sobre todo ao redor da adolescencia, que é cando xorden distintos trastornos mentais ou de consumo de substancias (Hugh-Jones *et al.*, 2023), relacionándose tanto con factores biolóxicos (ex., cambios hormonais na adolescencia) como ambientais (maior asunción de roles adultos, maior autonomía e independencia, e incremento do estrés e da ansiedade ante os mesmos).

Estudouse a relación entre saúde mental, nivel socioeconómico e nivel educativo, ambos interrelacionados. Ter un baixo nivel económico, ou un emprego precario, asóciase

con ter máis trastornos mentais (Amaddeo e Jones, 2007) e acudir menos a tratamento, sobre todo se ten que pagalo (Aschdut e Sarid, 2022).

Lugar de residencia

O lugar onde vive unha persoa inflúe na súa saúde mental. Lugares pobres, desaventaxados ou con problemas sociais, de delincuencia ou marxinación, relaciónanse coa presenza de depresión, trastornos de ansiedade e problemas psicóticos (Remes *et al.*, 2017). Haslam *et al.* (2024) consideran que dous dos principais factores que explican a relación entre o lugar onde se vive e a boa ou mala saúde mental son a cohesión social e a calidade do ambiente percibido.

Ante esta relación ben establecida leváronse a cabo programas en distintos países para mellorar a saúde mental en ambientes desfavorecidos. Como exemplo, nos Estados Unidos destaca o programa "*Moving to oportunity*". Nos lugares onde se aplicou produciu beneficios na saúde mental das persoas (Graif *et al.*, 2016).

Cambio frecuente de vivenda, escola ou traballo (mobilidade)

A existencia dunha elevada mobilidade social asóciase con ter máis trastornos mentais. A mobilidade en canto a cambios de casa relaciónase cunha maior frecuencia de trastornos mentais, como se atopa habitualmente nos Estados Unidos, onde alí é habitual (Glasheen *et al.*, 2019). Estes cambios afectan sobre todo os adolescentes, dada a súa influencia no rendemento escolar, abandono da escola, perda de amizades, sufrir máis marxinación e ter máis estresores. Isto asóciase cunha maior probabilidade de sufrir depresión e risco de suicidio (Kohlbeck *et al.*, 2024). Este estudo, cunha ampla mostra norteamericana, indica que o maior número de cambios de residencia asociábase con maior risco de suicidio en estudantes de secundaria e primeiros anos de universidade, así como con maior nivel de pobreza, máis risco de adiccións, inseguridade alimentaria, illamento e soidade. Por exemplo, os que cambiaran unha vez de casa tiñan un 22% de depresión, mentres que os que tiveran 10 ou máis cambios incrementábase ao 50%. A relación era semellante para a ansiedade (un cambio 40%; dez ou máis 65%) e para intentos de suicidio (un cambio 4,4%, dez ou máis, 21%).

4.3.3. Factores escolares

Calidade da escola e clima social positivo

O papel da escola colleu gran relevancia nos últimos anos tanto como transmisora de coñecementos como pola súa función socializadora. É, ademais, un dos lugares onde se transmiten os valores aceptados socialmente. Cada escola constitúe por si mesma un sistema social, cun edificio(s), unha organización, horarios establecidos, normas de funcionamento, etc. Por iso é polo que a escola exerce tanto influencias directas como indirectas sobre o rendemento académico, o comportamento social e o normativo.

O clima escolar refírese as crenzas, valores e actitudes que dan forma ás interaccións entre estudantes, profesores e administración dentro dunha escola (La Salle *et al.*, 2021). O grao en que os estudantes dunha escola teñen un sentido de pertenza, percepcións positivas e séntense seguros nela, facilita a aprendizaxe, os valores e as relacións positivas (Patalay *et al.*, 2020). Por iso é un elemento positivo tanto para a súa saúde mental como para reducir a probabilidade de consumo de drogas, polo que se están desenvolvendo intervencións para mellorar o clima escolar en distintos países (Rooney *et al.*, 2024). Dentro do clima escolar avalíanse as percepcións de seguridade física e emocional, relacións interpersoais entre iguais e adultos e as percepcións do ambiente de aprendizaxe, incluíndo as expectativas do profesorado e os recursos do material escolar.

No estudo de La Salle *et al.* (2021) en 14 países demóstrase como un bo clima escolar asóciase cunha mellor saúde mental. Patalay *et al.* (2020) no Reino Unido, con 23.000 escolares de 648 escolas de primaria, atoparon que do 3 ao 5% dos síntomas emocionais e condutuais explicábase pola escola na que estaban a estudar. As escolas cun clima escolar positivo tiñan alumnos con menos problemas. Unha escola cun bo clima escolar leva a que o rendemento académico dos alumnos sexa mellor, o cal é un factor de protección para a saúde mental (Lazlo *et al.*, 2019). Un bo clima escolar é un recurso para incrementar a resiliencia, ao internalizar o alumno a súa identificación coa escola, proceso que se mantén no tempo (Sahib *et al.*, 2023).

Nembargantes, a pesar do dito, hai poucas iniciativas para melloralo (O´Reilly *et al.*, 2018), aínda que contamos con intervencións que funcionan (ex., en Suecia, Kimber *et al.*, 2008). László *et al.* (2019) analizaron 101 escolas suecas, con 4.000 estudantes de 7º grao, que foron seguidos durante dous anos e medio, atopando que o clima escolar positivo leva a menos problemas de saúde mental.

Realizar intervencións para mellorar a saúde mental na escola ten vantaxes, como que permite chegar a grupos vulnerables (ex., inmigrantes), evitar a estigmatización e poder axudar aos que teñen problemas de saúde mental. Un reto é mellorar a eficacia destes programas (Ma *et al.*, 2023) xa que custa manter as intervencións para mellorar a saúde mental e o benestar nas escolas por falta de apoio, financiamento, concienciación e profesionais adestrados (Moore *et al.*, 2022).

Expectativas académicas e de futuro adquiridas na escola

Nas sociedades desenvolvidas e nas que están en vías de desenvolvemento estudar converteuse nun elemento esencial, cunha presión ás veces importante cara aos estudantes para que teñan adecuados resultados. Non todos o conseguen, por iso é polo que algúns teñen máis probabilidades de desenvolver trastornos mentais polo fracaso académico ou por non cumprir as súas expectativas. Cando as aspiracións e as expectativas son moi altas non cumprilas é fonte de frustración, ansiedade, estrés, illamento, ira e depresión.

Nun estudo en Suecia, país de altos ingresos, Almroth *et al.* (2019) analizaron as expectativas académicas dos pais cara aos seus fillos, estudantes de 13 anos, aos que seguiron durante varios anos. Cando as expectativas dos pais eran baixas, os mozos tiñan posteriormente máis problemas externalizantes, mentres que, cando os pais e os mozos tiñan altas expectativas, a súa saúde mental era mellor porque lograban os seus resultados académicos (Almroth *et al.*, 2018).

Nos países de baixos ingresos, ou onde hai problemas económicos, a asociación entre os resultados académicos e a saúde mental é máis frecuente porque a educación se ve como un modo de triunfar na vida posteriormente. O estudo de Smith-Greenaway e Yeatman (2020) en mulleres de Malaui, de 15 a 19 anos, ás que seguiron durante catro anos, indica que as que non compren as súas expectativas educativas teñen máis problemas de saúde mental, sobre todo depresión. Curiosamente, as mulleres que foron nais tras abandonar a escola non tiñan estes problemas de saúde mental, pero aparecían catro anos despois, estando máis deprimidas en comparación coas que cumpriran as súas expectativas educativas, e coas que tamén abandonaran a escola catro anos antes pero non tiveran fillos.

Estrés escolar pola presión académica

Nas sociedades desenvolvidas, un alto nivel de competitividade na escola pode ser negativo para aqueles alumnos que non son capaces de chegar ao nivel académico que se lles esixe. Os adolescentes con maiores aspiracións académicas teñen unha mellor

saúde mental (Almorth *et al.*, 2018), de igual modo que se as teñen os pais cara aos seus fillos (Areepttamannil e Le, 2014).

Nas últimas décadas hai un importante incremento do estrés e da ansiedade na escola, pola presión académica, sobre todo nos anos previos á entrada na universidade. Se os estudantes teñen altas aspiracións, e non logran os seus obxectivos, son máis vulnerables á ansiedade e ó estrés (Sood *et al.*, 2024).

Fracaso escolar ou abandono temperán da escola

Actualmente, nos países desenvolvidos a educación é obrigatoria ata certa idade, 16 anos en España. Espérase que neses anos a persoa se prepare para ir á universidade ou alcance un nivel de formación básica ou superior en formación profesional, que lle permita obter un emprego adecuado. Un bo nivel educativo considérase importante para unha boa transición á adultez e é un antídoto para a exclusión social, o illamento, a pobreza e, con iso, evitar ter enfermidades físicas e trastornos mentais (Bowman *et al.*, 2017). A educación ten un efecto positivo na saúde física e mental (Kondirolli e Sunder, 2022), sobre todo para a depresión e a ansiedade, especialmente nas mulleres. Esta relación aparece tanto en países desenvolvidos (Niemeyer *et al.*, 2019) como en vías de desenvolvemento (Kondirolli e Sunder, 2022). Unha maior educación incide en mellores condutas de saúde e nunha maior percepción de risco sobre o consumo de alcol e doutras drogas. Ademais, cando a persoa ten varias condutas problema (ex., consumo de substancias, TDAH, problemas de conduta) nunha idade temperá, aumenta non só a probabilidade de que teña un baixo rendemento académico, senón que é máis probable que teña baixas expectativas de éxito académico, o que se confirma cun menor número de anos de educación (Mun *et al.*, 2008).

No estudo feito en Dinamarca por Hjorth *et al.* (2016), cunha ampla mostra de 23.000 estudantes de 16 anos aos que seguiron durante 4,5 anos, atoparon que unha pobre saúde mental (especialmente ansiedade ou depresión) levaba a un abandono temperán da escola. Posteriormente tiñan máis mortalidade e morbilidade en comparación cos que a finalizan. Por niveis educativos, o maior abandono estaba na FP e na educación superior. Igualmente, as experiencias adversas explican un maior abandono escolar e escasa implicación na escola, así como ter máis problemas internalizantes e externalizantes (Niu *et al.*, 2024). Noutro amplo estudo en Dinamarca con 60.000 homes de 18 anos da escola secundaria, seguidos durante 4 anos (Andersen *et al.*, 2021), non ter educación ou ter baixo nivel educativo asociábase cunha pobre saúde mental. Outros estudos, tamén realizados en Dinamarca con 13.000 estudantes de secundaria (15,8 anos de media de idade), atoparon resultados semellantes, cun abandono escolar do 18,5% en 2,5 anos de seguimento (Lindhardt *et al.*, 2022).

En canto ao consumo de substancias, hai unha clara relación entre o consumo de tabaco, alcol e drogas ilegais e menor rendemento académico (Bachman *et al.*, 2008). Mellorar o rendemento académico é un factor protector do consumo de alcol ou drogas non só para a adolescencia senón tamén para o resto da vida. Tamén se atopou que o rendemento escolar é menor en nenos con problemas de internalización ou externalización.

Non tratar a estas persoas mozas cando teñen un trastorno mental incrementa o risco de fracaso escolar, de aí a necesidade de detectar, diagnosticar e tratar a estes nenos e adolescentes que están na escola (Bowman *et al.*, 2020). Con frecuencia as persoas con trastornos mentais non finalizan os estudos obrigatorios. Calcúlase que entre o 10 e o 50% abandonan a escola secundaria debido pola súa saúde mental (Breslau *et al.*, 2008) e pola súa relación co consumo de drogas (Towsend *et al.*, 2007). No caso concreto dos

trastornos psicóticos, entre o 50 e o 70% non completan a escola secundaria (Bowman *et al.*, 2017).

Violencia escolar e bullying

A violencia escolar, o bullying e o ciberbullying (acoso máis silencioso, pero máis daniño para o que o sofre), colleron unha gran relevancia nos últimos anos polas negativas consecuencias que carrexa nas persoas que o padecen (Lorenzo e Becoña, 2022). Relaciónanse coa aparición de distintos problemas como a depresión, ansiedade, baixa autoestima, illamento social, fracaso escolar, abandono da escola, consumo de drogas e problemas máis graves como son os intentos de suicidio e o suicidio consumado. De aí a relevancia de detectar estas condutas inadecuadas na escola e poñer en marcha o modo de evitalas.

4.3.4. Factores socioeconómicos e laborais

Baixo nivel de ingresos e baixa renda per cápita familiar

Dispoñemos dun gran número de estudos que indican que ter un baixo nivel de ingresos, ou unha baixa renda per cápita familiar, asóciase con ter máis problemas de saúde mental. Non poden acceder a suficientes recursos para alimentación, vestido, vivenda, sanidade, etc., sendo os máis afectados os nenos e adolescentes. Múltiples estudos indican que esta situación incrementa os seus problemas de saúde mental (Reiss *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016). A explicación desta asociación baséase no estrés crónico no que viven estas persoas ao non poder acceder a produtos, recursos e servizos, á vez que a súa situación as leva a vivir en zonas deprimidas, problemáticas ou cun nivel alto de conflitividade (Baum *et al.*, 1999).

Un estudo realizado en España por Tejero e Boblyte (2023), utilizando distintas enquisas nacionais, describe a situación anterior. Como exemplo, os que teñen ingresos menores de 570 euros (datos de 2017) teñen un 35,4% de trastornos mentais, que baixa ao 20,2% nos de ingresos de 1.300 a 1.550 euros e ao 11,3% no nivel superior de 2.700 euros ou máis. Outros indicadores do nivel de pobreza chegan a resultados semellantes.

De igual modo, a inseguridade e a inestabilidade laboral inciden en ter unha peor saúde mental. Todo iso indica a relevancia de que as persoas poidan acceder aos suficientes recursos para afrontar a súa vida cotiá como forma de reducir os problemas de saúde mental.

Desemprego

O desemprego asóciase a múltiples problemas de saúde mental (Area *et al.*, 2023) e incrementa o risco de conduta suicida (Milner *et al.*, 2014). Ocorre tanto en adultos como en mozos (Bartelink *et al.*, 2020). Por iso, o traballo é un antídoto para ter unha mellor saúde mental (Tejero e Doblyte, 2023) xa que estar empregado relaciónase con ter unha mellor saúde mental (Modini *et al.*, 2016). A situación de paro incrementa o risco de depresión e trastornos por consumo de substancias, trastornos de ansiedade, fobias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo e maior risco de suicidio. Isto é máis relevante en mozos (Barteling *et al.*, 2020).

No estudo de Yang *et al.* (2024) indican que cada 1% de incremento do desemprego increméntase un 0,005% os trastornos depresivos e un 0,009% os trastornos de ansiedade. Esta cifra ascende a un incremento do 7,8% de trastorno bipolar e dun 0,003% de trastorno por consumo de substancias.

Á súa vez, ter mala saúde mental leva a que aumente a probabilidade de perder o emprego, aumentando a exclusión social. Así, a presenza de trastornos mentais como a

esquizofrenia asócianse cun nivel de desemprego maior, ou a presenza de TDAH relaciónase cun peor rendemento laboral, peor estabilidade laboral e maior nivel de desemprego (Franke *et al.*, 2024). Non hai que esquecer que o absentismo laboral continuo, ou as frecuentes hospitalizacións, facilita perder o traballo ou que sexa máis difícil volver ao mesmo.

Pobreza

A pobreza relaciónase con ter máis trastornos mentais. Comparativamente aos que non están nesta situación, as persoas en situación de pobreza teñen máis problemas persoais, familiares, de desemprego e sociais, e incrementan os trastornos mentais, de modo especial nas persoas sen fogar, que teñen maiores taxas de depresión e de suicidio. As persoas que viven en barrios pobres ou marxinais das cidades teñen unha maior prevalencia de trastornos mentais, como depresión, ansiedade ou psicose. No estudo de Kinge *et al.* (2021) con máis dun millón de persoas, os fillos de pais con poucos ingresos tiñan unha prevalencia de 3 a 4 veces maior de trastornos mentais, sobre todo TDAH en mozos e depresión en mozas.

Un fenómeno ben coñecido é a asociación da pobreza cun maior consumo, sobre todo de alcol, en moitos casos chegando á dependencia, xunto ao consumo de drogas ilegais (Gutwinski *et al.*, 2021). A alta dispoñibilidade de alcol facilita consumilo. Por iso, un maior nivel de pobreza, marxinación e falta de acceso ao traballo asóciase cun maior consumo de alcol e de drogas ilegais, habitualmente de baixo custo (ex., haxix, marihuana, basuco). Así entra nun círculo vicioso de marxinalidade, con máis enfermidades, máis trastornos mentais e problemas de tipo social, familiares, estigmatización, etc. Nestas circunstancias, o consumo de alcol ou drogas causan peores efectos, porque teñen unha mala alimentación, máis problemas de saúde, menos acceso a recursos sociais, peores condicións de habitabilidade, máis problemas familiares, coa xustiza, entre outros.

Ter débedas

Ter débedas é frecuente nas sociedades desenvolvidas (ex., créditos) pero pode converterse nun estresor financeiro se hai dificultades para facerlles fronte. As débedas e a imposibilidade de pagalas relaciónanse con maior presenza de trastornos mentais (Marbin *et al.*, 2022). Ademais, poden estar asociadas con perder o traballo, ou precisar diñeiro urxente para algún gasto importante, o que incrementa a preocupación e o estrés, polo que tamén incide na saúde mental (Stickley *et al.*, 2023).

Como exemplo, o estudo de Sun e Houle (2020), nunha mostra á que seguiron desde o ano 1979, cando tiñan de 14 a 22 anos, ata o ano 2014, as persoas que tiñan un alto nivel de débedas tamén tiñan unha maior sintomatoloxía depresiva. Ademais, asociábase con ter menos anos de estudos.

Acoso laboral

O acoso laboral é un tema de gran interese e preocupación no campo laboral. Inclúe dous tipos de acoso, o acoso sexual (levado a cabo por compañeiros de traballo ou por superiores) e o acoso xeneralizado (acoso no ambiente laboral cara a un traballador levado a cabo por unha ou máis persoas) que se caracteriza pola presenza de agresión verbal, falta de respecto, condutas de exclusión e ameazas. Esta situación é unha importante fonte de estrés para o acosado, chegando en ocasións a ser unha situación traumática. Cando o acoso laboral mantense no tempo leva a máis baixas laborais, máis problemas de saúde física, máis trastornos mentais, sobre todo abuso do alcol, depresión e ansiedade, e aumento da ideación suicida.

O acoso laboral prodúcese en todos os sectores laborais, incluíndo o exército, sobre todo nas mulleres soldados, ou nos lugares teoricamente protexidos como en empregados de universidade (Rospenda *et al.*, 2023).

Calcúlase que o acoso sexual no traballo oscila do 20 ao 50% nos países desenvolvidos e, nalgún de baixos ingresos, case chega ao 100% (Dez-Canseco *et al.*, 2022). Nas mulleres hai niveis moi altos aínda que nos países desenvolvidos tamén é elevado en homes (Dehghan *et al.* 2023). O meta-análise de Dez-Canseco *et al.* (2022) atopa unha prevalencia do 26% de depresión (OR=2,60) nos traballadores que experimentan acoso sexual no traballo, cifra moi superior á da media da poboación. Os traballadores máis expostos son as empregadas de fogar, traballadores informais e os que atenden directamente ao público. Os efectos que produce son sentimentos de irritación, ira, medo, humillación e estrés. Desenvolven principalmente problemas de depresión, chegando a abandonar o traballo nalgúns casos.

Estrés laboral

O estrés laboral, tamén coñecido como estrés no traballo ou estrés ocupacional, é un fenómeno que se dá en moitos postos de traballo e que aumentou nos últimos anos ante o novo sistema de organización laboral, centrado en traballar por obxectivos, optimización do tempo, carencia de descansos, alto nivel de esixencia, competitividade, etc. Na práctica, hoxe o traballo é a principal fonte de estrés das persoas (Rathi e Kumar, 2022).

O *burnout*, tamén coñecido como sentirse queimado no traballo ou desgaste profesional, é unha das consecuencias do estrés, o cal ocorre sobre todo cando a situación que produce estrés é continua no tempo. Iso leva á persoa a sentirse cansa, esgotada, desmotivada, seguido logo de consecuencias físicas (ex., dor de cabeza, problemas para durmir) ou psicopatolóxicas (ex., ansiedade, depresión) e problemas co consumo de substancias (ex., alcol ou medicación psicoactiva sen receita).

Unha atención especial merece o estrés laboral nas mulleres, sobre todo cando teñen fillos ou outras responsabilidades fóra do traballo (Gyllenstein e Palmer, 2005). Elas están expostas a estresores específicos por ser muller, como son os roles múltiples (ex., demandas profesionais e familiares), carencia de progreso profesional, discriminación e estereotipos. Ocorre sobre todo no grupo de mulleres de maior status socioeconómico e en todo tipo de ocupacións (Le *et al.*, 2022).

4.3.6. Rede de apoio social

O apoio social está asociado coa saúde mental. É un factor protector da mesma, un mal apoio social facilita ter máis trastornos mentais (Wang *et al.*, 2018). Mentras que telo asóciase con baixos niveis de depresión, ansiedade, estrés percibido e maior satisfacción coa vida (Uchino *et al.*, 2016). O apoio familiar, o dos amigos ou doutras redes sociais, como poden ser a dos compañeiros de traballo, asociacións, grupos organizados socialmente, etc., son útiles, sobre todo cando hai dificultades para a resolución de problemas e precísase consello ou axuda.

Considéranse polo menos dous tipos de apoio social. O apoio social recibido (o que se recibe da rede social que un ten) e o apoio social percibido (a percepción que ten a persoa da dispoñibilidade de apoio social que pode recibir, así como o nivel de satisfacción co apoio social que pode recibir). Por exemplo, se a persoa non percibe que teña apoio social, aínda que realmente o teña, crerá que non dispón do mesmo. Ás veces, tamén se fala doutros tipos de apoio social, como o apoio emocional, apoio informativo, apoio tanxible, interacción social positiva e apoio cariñoso. Como exemplo, en estudantes con problemas de saúde mental, o considerar que reciben un apoio social moderado, a

menor existencia deste ou sufrir estigma polo seu trastorno mental, asociábase con maiores taxas de suicidio, ideación suicida, ansiedade, depresión e distrés psicolóxico. Pola contra, un apoio social efectivo melloraba os seus problemas de saúde mental (Vicary *et al.*, 2024).

Hai moitos estudos sobre o apoio social, tanto para incrementalo como para aplicalo en distintos trastornos clínicos (ex., mellorar o tratamento na depresión posparto, Norazman e Le, 2024; mozos con trastornos alimentarios; Ramjan *et al.*, 2024).

4.4. Factores psicolóxicos

4.4.1. Trauma agudo e crónico, como abuso físico, psicolóxico ou sexual, morte dun ou ambos pais, accidentes, guerras, violación, atraco, abandono na infancia, divorcio conflitivo dos pais, ruína económica

O trauma ou estrés agudo, seguindo ao DSM-5-TR (APA, 2023), consiste na exposición á morte, lesión grave ou violencia sexual, xa sexa real ou baixo ameaza, de distintas formas. En moitos casos isto produce un trauma, que pode ser puntual e que remite co paso do tempo. Pero tamén hai casos en que ese trauma ou estresores mantense no tempo (trauma crónico), como cando se está nunha situación de guerra, rememorar continuamente o que pasou, ter que vivir en situacións onde está presente a situación traumática, etc.

O trauma ten consecuencias biolóxicas, psicolóxicas e sociais, e é a causa de moitos trastornos mentais en todas as etapas da vida. No estudo da OMS sobre o trauma e o trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Kessler *et al.*, 2017), realizado en 29 países cunha mostra de 69.000 persoas, incluíndo España, atoparon catro principais tipos de traumas que as persoas tiveran ao longo da súa vida: violación (19%), abuso físico da parella (11,8%), ser secuestrado (11,7%) e ser asaltado sexualmente, distinto da violación (10,5%). Destes, o que levaba a que a persoa tivese máis probabilidade de ter un TEPT era a violencia sexual por parte da parella. Ademais, a historia previa de trauma predicía a futura exposición a novos acontecementos traumáticos. A gravidade das experiencias traumáticas favorece a aparición de distintos trastornos mentais, incluíndo episodios psicóticos, que son ata tres veces máis frecuentes nos que tiveron experiencias traumáticas (McGrath *et al.*, 2027).

Noutro estudo, semellante ao anterior, Koenen *et al.* (2017), con 70.000 persoas de 24 países, sobre a relación entre sufrir un trauma e o posterior TEPT, os traumas máis frecuentes eran o asalto sexual (15,1%), violación (13,1%), morte inesperada da parella (11,6%) e ser perseguido (9,8%). Dos que tiñan TEPT o 42,7% debíase á violencia sexual da súa parella. Ademais, ter un trauma previo predicía padecer outras situacións traumáticas posteriormente. O que indica este estudo realizado en tantos países é que as situacións traumáticas son moito máis frecuentes do que se pensaba previamente.

Pero tamén outros estresores, como pode ser a morte dun dos pais, sobre todo a unha idade temperá, o divorcio, a ruína económica, ou o despedimento, son fonte de problemas para o individuo, o que de non ter adecuadas estratexias de afrontamento facilita o desenvolvemento de problemas de ansiedade, depresivos ou de consumo de substancias, sobre todo de alcol, así como abusar de psicofármacos.

Sufrir un acontecemento traumático na infancia é un factor de vulnerabilidade para os trastornos do estado de ánimo, trastornos por consumo de substancias, trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidade, trastornos psicóticos, incluíndo a esquizofrenia, suicidabilidade, levar a cabo condutas de alto risco, pobre funcionamento social e comorbilidade médica (APA, 2022). Como exemplo, o meta-análise de Radua *et*

al. (2018) atopou unha odds ratio (OR) de 2,87 entre unha historia de trauma infantil na infancia e padecer logo esquizofrenia.

O estrés e a exposición a eventos vitais estresantes son factores importantes relacionados co consumo de drogas legais e ilegais ou o incremento no consumo, e de especial relevancia para explicar nalgunhas persoas o abuso ou dependencia do alcol (Keyes *et al.*, 2011). Os malos tratos infantís, físico ou sexual, como unha forma de estrés, predí os problemas psicopatolóxicos posteriores e a dependencia do alcol. Na vida adulta, estresores como o terrorismo, desastres ou eventos catastróficos, incrementan o consumo de alcol e drogas, sobre todo nos meses posteriores a tal evento. Este incremento é relevante nas persoas que xa facían consumos de alcol de risco ou nos abstinentes que poden recaer (Keyes *et al.*, 2011). Igualmente, o divorcio, perder o traballo, ter problemas financeiros ou legais relaciónanse co incremento do consumo de alcol, sobre todo en homes.

4.4.2. A aprendizaxe, a motivación e os procesos psicolóxicos

A aprendizaxe explica unha gran parte dos problemas de saúde mental. A mesmo prodúcese partindo da bioloxía do individuo e do seu ambiente, nunha mutua interacción, xunto a distintos procesos cognitivos. Igualmente, coa adquisición de novas aprendizaxes podemos eliminar condutas inadecuadas e, con iso, superar moitos trastornos mentais que ten a persoa.

Para que unha persoa poida sobrevivir ten que poñer en marcha os procesos de aprendizaxe do tipo máis simple, os incondicionados ou bioloxicamente dados. A partir deles vaise producindo, en función da madurez biolóxica do individuo, os distintos procesos de aprendizaxe na esfera motórica, linguaxe, memoria, habilidades, etc. Mediante a aprendizaxe desenvólvese a persoa, a súa personalidade, tendo tamén gran relevancia a intelixencia, ou capacidade ou habilidade de aprender da experiencia, pensar en termos abstractos e funcionar adecuadamente no seu propio ambiente (Domjan, 2018). É, por tanto, un proceso básico no ser humano. Existen tres tipos de aprendizaxe, o condicionamento clásico, o condicionamento operante e o modelado ou aprendizaxe social ou vicario.

A motivación vai moi unida á aprendizaxe. A mesma está modulada pola aprendizaxe, as crenzas, as expectativas e as consecuencias esperadas dunha acción. É a que guía a nosa conduta, a que leva a que se inicie ou non. Adoita distinguirse unha motivación primaria ou básica (ex., fame, sexo, evitación da dor, agresión, medo) da secundaria ou aprendida (ex., rendemento, motivación de poder, outros motivos humanos). Igualmente, distínguese entre unha motivación extrínseca dunha intrínseca. Na motivación extrínseca a persoa fai unha conduta debido a motivos externos ou do ambiente; na motivación intrínseca, a persoa decide por ela mesma realizar unha conduta determinada. A motivación provén do reforzamento, exterior ou interior, polo que se mantén a conduta, aumenta ou diminúe, por iso é polo que a motivación vaia moi unida á aprendizaxe, aos procesos de condicionamento.

Igualmente, hai varios procesos e mecanismos psicolóxicos que se asocian á aprendizaxe, e que interactúan todos a un tempo na persoa, como son os procesos cognitivos, a atención, a memoria, a linguaxe, os sentimentos, as emocións, a cognición social, o pensamento, a conciencia, a identidade, a responsabilidade, a moralidade, a intencionalidade, ou o altruísmo e a conduta prosocial.

4.4.3. A personalidade

A personalidade pode definirse como "os patróns característicos e distintivos de pensamento, emoción e conduta que definen un estilo persoal do individuo de interactuar

co ambiente físico e social" (Atkinson *et al.*, 1996, páx. 700). Abarca os comportamentos habituais do individuo, o seu modo de ver a realidade e as súas emocións e motivacións.

A nivel operativo avalíase a través dos trazos de personalidade, ou tendencias habituais de comportamento das persoas. Isto exemplifícase nos denominados Cinco Grandes trazos da personalidade. Son os de neuroticismo (fronte a axuste e estabilidade emocional), extraversión (fronte a introversión), apertura (persoas abertas fronte a convencionais e conservadoras), amabilidade (fronte a desagradable e antipático) e responsabilidade (fronte a menos rigorosos) (Costa e McCrae, 2008). Cada un destes trazos xerais ten varias facetas que o integran. Como exemplo, o trazo neuroticismo ten as facetas de ansiedade, hostilidade, depresión, ansiedade social, impulsividade e vulnerabilidade. O actual DSM-5-TR (APA, 2023) tamén considera como modelo alternativo para avaliar os trastornos de personalidade os dominios e facetas. Así, habería cinco dominios: afecto negativo (fronte a estabilidade emocional), desapego (fronte a extraversión), antagonismo (fronte a amabilidade), desinhibición (fronte a escrupulosidade) e psicoticismo (fronte a lucidez). Non son dimensións independentes, por iso é polo que poden saír moitos tipos destas combinacións.

Un gran número de estudos lonxitudinais sobre a personalidade indican que a consistencia dos trazos de personalidade é alta ao longo da vida, con correlacións entre 0,40 e 0,60 (Bleidorn *et al.*, 2022; Roberts e Yoon, 2022), situándose no paso da adolescencia á de mozo adulto como a etapa de maiores cambios. Tamén poden cambiar ao longo da vida, debido a experiencias concretas, como poden ser as laborais, conxugales, familiares, ou mesmo viaxar a outros países. Os trazos de personalidade poden modificarse con intervencións clínicas (Roberts *et al.*, 2017).

O estudo da personalidade é relevante a nivel clínico dado que incide tanto na saúde física como mental (Goktan *et al.*, 2022). Os trazos de estabilidade emocional e conciencia asócianse a ter unha mellor saúde física e mental (Roberts e Yoon, 2022). Por exemplo, o neuroticismo aparece asociado á depresión, esquizofrenia, trastornos alimentarios, trastorno por consumo de substancias, trastornos somatoformes, entre outros (Ka *et al.*, 2023). Cando se aplican intervencións para cambiar os trazos de personalidade os mellores resultados obtéñense nos trastornos de ansiedade e os peores no consumo de substancias (Roberts *et al.*, 2017).

En saúde mental é clara a relevancia da personalidade e dos trazos de personalidade xa que os trastornos de personalidade, presentes nunha porcentaxe importante de persoas, baséanse nos mesmos.

4.4.4. O estrés psicolóxico

Xa vimos nun punto previo o papel do estrés en función do eixo HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal). Aquí imos ver o estrés psicolóxico, o cal ten unha gran relevancia nos problemas de saúde mental, tanto para o seu inicio, mantemento como recaída. Habitualmente, "considérase que unha persoa está sometida a unha situación de estrés cando ha de facer fronte a demandas ambientais que sobrepasan os seus recursos de maneira que a persoa percibe que non pode darlles unha resposta efectiva" (Labrador e Crespo, 2003). A nivel concreto, falamos de estresores vitais, ou eventos vitais estresantes. Son moitos os existentes, aínda que varían pola súa relevancia (ex., non é o mesmo a perda de emprego que a morte da parella cando é nova).

A nivel psicolóxico a principal resposta que produce o estrés é emocional, en forma de sensación subxectiva de malestar (denominado distrés), con emocións negativas como ansiedade, medo, ira, tristeza ou outras. Temos á súa vez o estrés agudo, que pode producir reaccións de medo ou pánico, por activación da resposta de medo a través da amígdala, e tamén trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático ou trastorno de

estrés agudo. O estrés crónico pode producir trastornos de ansiedade ou anorexia nerviosa, entre outros. A nivel laboral, a síndrome de burnout é unha clara manifestación do estrés crónico (Slavich e Auerbach, 2018). Tamén se atopou relación positiva entre o estrés financeiro e depresión, sobre todo nas persoas con menos ingresos e peor nivel de benestar (Guan *et al.*, 2022). Por iso, a nivel laboral é básico reforzar aqueles elementos que preveñen o estrés (ex., resiliencia, competencias emocionais, autoeficacia).

O estrés psicolóxico asociase con padecer enfermidades e ter baixas laborais, o que é un problema importante para moitos traballadores. Pode manifestarse de diversas formas e afectar tanto a saúde mental como á recuperación física. Algúns dos factores máis relevantes son:

1) Estrés pola enfermidade e a dor física. Cando un traballador padece unha enfermidade ou lesión, a dor e as limitacións físicas xeran ansiedade e frustración. A sensación de perda de control sobre o propio corpo e a incerteza sobre a evolución da enfermidade poden aumentar os niveis de estrés.

2) Impacto emocional da baixa laboral. Estar de baixa pode ser un alivio temporal, pero co tempo pode xerar sentimentos de culpa, illamento e baixa autoestima. Moitas persoas senten que a súa identidade está ligada ao seu traballo, polo que ao estar inactivos poden experimentar desmotivación ou mesmo síntomas depresivos.

3) As demoras no sistema de saúde e o estrés causado pola falta de melloría. Debido á saturación do sistema sanitario (sobrecarga asistencial e falta de tempo), algúns traballadores poden sentir que non reciben a atención que necesitan. Ademais das consultas en atención primaria, os longos tempos de espera para consultas con especialistas ou probas específicas poden xerar frustración, inseguridade sobre a evolución da enfermidade, desesperación e mantemento do estrés. A sensación de non "avanzar" na recuperación pode facer que algúns traballadores se sintan atrapados.

4) Efectos emocionais do trato médico recibido. O médico de familia adoita ser o primeiro punto de contacto no proceso de baixa e seguimento da enfermidade, polo que a súa actitude é crucial na experiencia do traballador. Mentres que algúns médicos tanto de primaria como de especializada mostran comprensión e apoio, outros poden adoptar unha actitude distante ou mesmo minimizar os síntomas do doente. Dependendo da calidade da atención e a empatía do persoal sanitario, a experiencia pode ser un apoio no proceso de recuperación ou, pola contra, converterse nunha fonte adicional de estrés, ansiedade, sensación de desamparo ou indefensión.

Cando o traballador leva de baixa laboral un tempo prolongado, o momento de ter que pasar a inspección médica para avaliar o seu estado de saúde pode supoñer un alto estrés. Algúns senten que deben “demostrar” que realmente están enfermos, o que pode resultar humillante e xerar angustia. Ademais, especialmente cando a persoa non se sente capacitada para incorporarse, pode xerar incerteza e medo xa que a decisión está en mans de alguén a quen sente alleo (por non coñecer o seu caso ou proceso en profundidade). Isto, unido aos tempos limitados que tamén teñen os profesionais, fai que a persoa se poida sentir como un número e non como unha persoa cunha doenza real.

En canto ao papel das mutuas, na xestión das baixas laborais debidas a accidentes de traballo ou enfermidades profesionais, pódese sentir o seu trato como burocrático, impersoal ou mesmo hostil, experimentando ás veces que se prioriza reducir custos e acelerar altas, máis que a saúde do paciente. Isto pode xerar certa desconfianza nas decisións que se toman en canto a petición de probas ou elección de tratamentos. Algúns traballadores expresan sentirse forzados a volver ao traballo sen estar en condicións óptimas, o que xera ansiedade, frustración, indefensión e medo ao agravamento da lesión ou enfermidade.

O trato recibido neste proceso é clave para a saúde mental do traballador. Cando o sistema funciona correctamente e con empatía, facilita a recuperación. Con todo, cando se percibe como hostil ou burocrático, pode converterse nunha carga adicional que agrava o estado físico e emocional do traballador.

5) Medo á incapacidade funcional permanente. O temor a non poder recuperar completamente a capacidade para desempeñar o traballo é unha fonte importante de angustia. Especialmente en profesións con alta esixencia física, os traballadores poden preocuparse por non estar en condicións de volver ao seu posto ou por desenvolver unha discapacidade a longo prazo. Doutra banda, se finalmente se concede unha incapacidade para o seu posto, tamén xera angustia por non sentirse capacitados nin ter formación para outros postos, unido ao factor idade que inflúe na maior ou menor oportunidade para iniciarse desde cero noutra cousa.

6) Medo a perder o traballo. Moitos traballadores temen que unha baixa prolongada poida levar ao seu despedimento ou a unha diminución das súas oportunidades laborais. A presión por demostrar que aínda son útiles para a empresa pode xerar ansiedade, mesmo en situacións onde a recuperación debería ser prioritaria.

7) Impacto económico e presión familiar. As baixas prolongadas poden implicar reducións salariais, dificultades económicas e, nalgúns casos, problemas dentro do fogar. A preocupación por manter á familia e pagar gastos pode aumentar o estrés, afectando aínda máis o proceso de recuperación.

4.4.5. Carecer de adecuadas habilidades de afrontamento, sociais e relacionais

Ao longo da vida a persoa vai aprendendo habilidades para afrontar as distintas situacións que se lle presentan. Nalgúns casos aprenderon doutras persoas a forma de afrontalas, pero noutros, son situacións novas. Por iso é necesario que adquira habilidades de afrontamento, para poder superar calquera situación ou problema de forma exitosa (ex., aburrimento, desánimo, tensión, timidez).

Nas persoas con problemas de saúde mental é frecuente que non desenvolvesen tales habilidades ou que non utilicen as adecuadas. Así, por exemplo, cando unha persoa enfróntase ante o ofrecemento de drogas psicoactivas, sobre todo na adolescencia, o rexeitamento ou aceptación das mesmas dependerá das habilidades sociais e de autocontrol que teña. Outros exemplos serían, na esquizofrenia onde é importante o adestramento en habilidades sociais específicas, ou cando hai unha ruptura afectiva coñecer modos adecuados de afrontala e non desenvolver unha depresión.

4.4.6. Os procesos cognitivos: crenzas, expectativas e nesgos cognitivos

Dentro dos procesos cognitivos relacionados co desenvolvemento e mantemento de distintos trastornos mentais destacan as crenzas, as expectativas e os nesgos cognitivos.

As *crenzas* permítennos crear a nosa realidade subxectiva e poder manexar a información discordante que recibimos. Fan que, ao asumilas como verdadeiras, utilícense como heurísticos ante a nova información recibida, de tal forma que, se encaixa coa crenza que se ten, acéptase ou intégrase; en caso contrario, rexéitase. Existen definicións de crenza, como: "aceptación da verdade, realidade ou validez de algo (ex., un fenómeno, a veracidade dunha persoa), especialmente en ausencia de comprobación", ou "unha asociación dalgunhas características ou atributos, normalmente avaliativos na súa natureza, cun obxecto de actitude (ex., este coche é fiable)", ou "unha actitude mental de aceptación ou asentimento cara a unha proposición sen o completo coñecemento intelectual requirido para garantir o súa verdade". As crenzas modulan como se percibe o mundo e como a persoa toma decisións. Así, as crenzas dunha persoa acerca do estrés inflúen en como responderá ante unha situación estresante.

As crenzas disfuncionais relaciónanse con distintos trastornos mentais, como está ben estudado, por exemplo, no caso da depresión ou o trastorno de estrés postraumático. Ademais, entre as persoas que teñen un trastorno mental, é frecuente que teñan crenzas negativas sobre si mesmos, nesgos de interpretación ou de negación da evidencia, cambios apresurados nas súas crenzas, esixir unha precisión esaxerada ás súas crenzas previas, etc. (Kube e Rozenkrantz, 2021). O cambio de crenzas ás veces é básico para que a persoa supere o seu trastorno mental.

As *expectativas* son un elemento cognitivo que lle permite á persoa anticipar ou esperar un evento particular. Son as crenzas sobre que ocorrerá ao levar a cabo certa conduta, poden ser positivas ou negativas, e derivan dos coñecementos e esquemas sobre o mundo que ten a persoa. As expectativas representan os mecanismos a través dos cales as experiencias e o coñecemento pasado son utilizados para predicir o futuro. As consecuencias das expectativas son de suma importancia, xa que teñen importantes implicacións para os pensamentos, sentimentos e accións da persoa. Dáselles máis valor ás expectativas que aos propios resultados da conduta e levan a actuar en función do resultado que se desexa para poder conseguilo.

Kirsch (1985) definiu a expectativa de resultado como "a anticipación dunha resposta non volitiva, subxectiva e condutual para indicios situacionais particulares". No exemplo clásico de Jones *et al.* (2001) recóllese como inflúen as expectativas no consumo de alcol, onde as conceptualizou como estruturas da memoria a longo prazo que teñen impacto sobre os procesos cognitivos que gobernan o consumo de alcol actual e futuro. Por iso é polo que as expectativas se relacionan co evento esperado ou non dunha conduta, o que pode levar a desenvolver ou a manter un trastorno mental. Así, as expectativas académicas baixas dos pais inciden en que os seus fillos teñan máis problemas de externalización (Almroth *et al.*, 2019).

Os *nesgos cognitivos* teñen unha gran relevancia nos xuízos que facemos e na toma de decisións, especialmente cando hai que facelo en situacións de incerteza. Os nesgos non seguen as regras da lóxica nin da racionalidade. Baséanse nas nosas intuicións, sobre todo cando hai que tomar decisións rápidas (Korteling, 2021), sendo un proceso implícito e inconsciente.

A atención selectiva, a memoria selectiva, os nesgos de atribución e as actitudes disfuncionais son exemplos de nesgos cognitivos na depresión, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, fobia social, ansiedade, trastorno por consumo de substancias ou trastornos alimentarios (Wray *et al.*, 2009). O ámbito onde máis se estudaron os nesgos cognitivos, especialmente a memoria selectiva, foi na depresión (Nieto *et al.*, 2020).

Blanco (2018) indica varias explicacións sobre a existencia de nesgos cognitivos: 1) porque temos recursos cognitivos limitados na nosa capacidade de procesamento (ex., na memoria, pensamento); 2) polo papel da emoción e motivación, dado que as emocións teñen un importante papel na toma de decisións (ex., nesgos de aversión ás perdas: as persoas rexeitan perder, máis do que gozan de gañar) e a que as inferencias que as persoas realizan poden estar nesgadas debido ás súas crenzas e actitudes previas; 3) a influencia social, certos indicios sociais poden producir ou modular certos nesgos cognitivos (ex., o nesgo de aversión ao risco en tarefas de xogo: preferencia por un resultado seguro en lugar dun incerto); 4) os heurísticos e atallos mentais, tomar decisións racionais non sempre é posible ou desexable polo que a mente busca atallos para chegar a conclusións de modo rápido. Destacan varios heurísticos que poden subxacer aos nesgos cognitivos: heurístico de representatividade (ex., por levar traxe é un banqueiro), heurístico de dispoñibilidade (considerar que aquilo que lembramos máis facilmente é o máis importante), heurístico de ancoraxe e axuste (considerar un dato concreto para tomar unha

decisión cando non temos a información completa); e, 5) a perspectiva evolucionista, que nos indica que noutras épocas tiñamos que tomar decisións rápidas e que producisen o erro menos custoso. Isto produce erros cognitivos como a ilusión de control que ten beneficios emocionais porque a persoa cre que ten todo baixo control e está a facer o correcto.

Wrijsen *et al.* (2024) resumen o traballo de 18 científicos que levan anos estudando os nesgos cognitivos na depresión, a ansiedade e o trastorno por consumo de substancias. Eles céntranse nos tres nesgos que teñen maior base empírica: o nesgo atencional, o nesgo de interpretación e o nesgo de aproximación-evitación (ou tendencia á acción). Nieto *et al.* (2020) estudaron 10 nesgos cognitivos indicados por Aaron Beck en pacientes con depresión. Só atoparon información de calidade para cinco deles: nesgo de catastrofización, de pensamento negativo, de interpretación, de erro de pensamento e de distorsión cognitiva. A maioría dos estudos centráronse nos nesgos de catastrofización e interpretación. Os tratamentos psicolóxicos son eficaces para modificar en parte estes nesgos cognitivos, conseguindo mellorar a depresión e a ansiedade (Fodor *et al.*, 2020), así como o trastorno por consumo de substancias (Martínez e Verdejo, 2014).

Varios dos procesos anteriores tamén se agrupan con frecuencia baixo a denominación de distorsións *cognitivas.*

4.4.7. Incerteza

A incerteza é un estado desagradable no que a persoa ten unha preocupación, un problema ou debe tomar unha decisión, pero non é capaz de facelo ao non poder prever claramente as súas consecuencias. A incerteza implica falta de control; incapacidade de prever o que vai ocorrer no futuro; incapacidade de determinar o significado dun evento; situación ambigua, complexa ou impredicible; cando non temos información ou esta é inconsistente. Ante algo descoñecido, imprevisible ou novo, costa máis tomar decisións. Como exemplo, o que vivimos durante as primeiras fases da pandemia do covid-19. Nela quedou clara a asociación entre incerteza e aparición de máis trastornos mentais (Rottie e Daniels, 2021), sobre todo ansiedade e depresión.

Ás veces fíxose equivalente a incerteza coa ambigüidade ou co risco (Massazza *et al.*, 2023). A maior incerteza, maior risco de desenvolver depresión, ansiedade, distrés psicolóxico, estrés e trastorno de estrés postraumático (Massazaa *et al.*, 2023). Ademais, asociouse tamén a incerteza na infancia con problemas de saúde mental, e posteriormente cando son adolescentes e adultos (Shao *et al.*, 2024).

4.4.8. Os cambios psicolóxicos durante a adolescencia

O desenvolvemento psicolóxico vai paralelo ao físico, emocional e social ao longo de toda a adolescencia. É neste período cando a persoa crea a súa autoimaxe, a través do logro da súa autonomía e independencia, ás veces con conflitos cos seus pais e incrementando o peso dos amigos e iguais. Este período caracterízase por cambios a nivel emocional, o desenvolvemento da visión de si mesmo e do mundo e, ás veces, a realización de condutas de risco, entre as que están o consumo de drogas, algunhas antisociais, etc. Certos trazos de personalidade, como a impulsividade e a procura de sensacións, tamén son característicos desta etapa e poden levar ao adolescente a experimentar realizando condutas de risco, sendo neste caso relevante os límites impostos pola familia ou a sociedade.

O desenvolvemento cognitivo ten unha gran relevancia neste período da vida, xunto ao desenvolvemento emocional e o desenvolvemento moral. Este último, caracterízase porque é o momento no que se adquire a comprensión sobre o ben e o mal e desenvólvense valores persoais que inflúen nas decisións e comportamentos futuros.

Precisamente, é na adolescencia onde aparecen moitos trastornos mentais e iníciase o consumo de drogas, tanto legais como ilegais. Este consumo vincúlase con aspectos característicos desta etapa como é o descubrimento do mundo, a influencia dos amigos, a maior liberdade que adquire ao enfrontarse ao mundo por si só e poder saír con máis frecuencia e con menor supervisión.

Relacionado co anterior están os problemas internalizantes e externalizantes. A regulación condutual e emocional durante a infancia e a adolescencia podería explicarse en base a dúas dimensións: expresión versus inhibición da conduta e baixo versus alto autocontrol das emocións. Da combinación destas dimensións temos catro prototipos, entre os cales estarían os problemas internalizantes e externalizantes. Ambos se caracterizan por un baixo autocontrol emocional, pero serían extremos opostos na dimensión inhibición versus expresión condutual. A *internalización* poderíase definir como a tendencia para expresar malestar cara a dentro, e incluiría os trastornos depresivos e os trastornos de ansiedade. A *externalización*, en cambio, caracterizaríase por expresar o malestar cara a fóra, e incluiría o TDAH, os trastornos do comportamento perturbador e os trastornos por consumo de substancias (Pitkanen *et al.*, 2008). Ademais, a internalización podería estar relacionada coa emocionalidad negativa (ansiedade, enfado ou alienación) e a externalización cunha falta de restrición emocional (tendencia a implicarse en condutas de risco e a actuar impulsivamente).

Respecto aos problemas internalizantes, varios estudos lonxitudinais atoparon que os síntomas depresivos durante a nenez estarían asociados cun maior risco de consumo de alcol e drogas (ex., Niemelä *et al.*, 2006). Do mesmo xeito que sucedía co TDAH, apuntouse que a relación entre a depresión e o consumo de alcol e drogas estaría mediada pola existencia de problemas de conduta (Rothenberg *et al.*, 2020). Outro dos problemas internalizantes analizados é a ansiedade/condutas de evitación. Os mozos cunha elevada ansiedade adoitan evitar situacións que incrementarían o risco de consumo de alcol (ex., actividades sociais con iguais onde se consome alcol).

4.4.9. Ciclo do desenvolvemento inadecuado (nenez, adolescencia, adultez, senectude)

Ao longo da vida pásase por varios períodos vitais, como a nenez, adolescencia, adultez e senectude. Conforme pasa o tempo, a persoa vai cambiando na súa conduta, as súas expectativas, a súa visión do mundo, a súa personalidade e os seus afectos, existindo na maioría dos casos unha importante continuidade ao longo de toda a vida, sobre todo a partir da adolescencia, unha vez formada a identidade da persoa e a súa propia personalidade.

Cando hai interrupcións, alteracións ou dificultades significativas nalgunha das etapas da vida iso inflúe no desenvolvemento físico, emocional, cognitivo ou social. Poden ser causadas por factores biolóxicos, ambientais, familiares ou socioculturais. Por exemplo, na nenez, atrasos no desenvolvemento, malos tratos ou neglixencia que pode xerar problemas de apego, baixa autoestima e dificultades emocionais, atrasos no desenvolvemento intelectual por falta de estimulación cognitiva, ambientes inestables que afectan o sentido de seguridade. Na adolescencia, desenvolvemento emocional inestable, problemas de identidade ou autoestima, presión social e illamento. Na adultez, crise de identidade ou propósito (insatisfacción coa vida profesional ou persoal), problemas emocionais (traumas da infancia que poden afectar as relacións e estabilidade mental), dificultades para a independencia (emocional ou económica), estrés e problemas de saúde. Na senectude, perdas cognitivas, illamento social e dependencia. O desenvolvemento inadecuado nunha etapa pode xerar efectos nas seguintes. A prevención, o apoio familiar e o acceso a recursos adecuados axudan a corrixir ou

minimizar estes efectos. De aí a relevancia de promover ambientes saudables en cada fase da vida (Moral *et al.*, 2020).

Hai factores que inciden no anterior, como o estrés, eventos vitais importantes, ou cambios sociais, ambientais, laborais ou persoais non previstos, ou non asumidos, que en ocasións levan a que na persoa apareza un problemas de saúde mental.

4.5. A interacción dos factores bio-psico-sociais na persoa

O comportamento dunha persoa depende de múltiples factores, uns biolóxicos, outros ambientais e sociais, e outros psicolóxicos. O mesmo ocorre para ter ou non un trastorno mental. Na Táboa 4.6 exemplificamos todo o dito cos distintos factores que se relacionan cun trastorno clínico en concreto, a depresión, seguindo a ampla revisión de Remes *et al.* (2021). Non están presentes todos os factores a un tempo, pero si unha parte deles. Uns interaccionan con outros, facendo que a persoa poida ou non desenvolver un cadro depresivo.

Táboa 4.6. Os distintos factores que se relacionan coa depresión, segundo Remes *et al.* (2021).

Factores xenéticos e biolóxicos

- Xenética.
- Condicións de saúde física.
- Microbiota.
- Factores de inflamación.
- Estrés.
- Disfunción do eixo HPA (hipotálamo-pituitaria-adrenal).
- Cognición (ex., reducida función cognitiva, déficits cognitivos, danos cognitivos).

Psicolóxicos

- Distintos factores de risco afectivo (ex., actitudes disfuncionais, nesgos de interpretación, estilo de apego).
- Distintos factores determinantes da depresión:
    - Autoconcepto negativo.
    - Sensibilidade ao rexeitamento.
    - Neuroticismo.
    - Rumiación.
    - Emocionalidade negativa.
    - Baixo nivel de optimismo.
    - Afrontamiento desadaptativo (ex., evitación).
    - Imaxe corporal.
    - Perfeccionismo desadaptativo.
- A interacción entre si destes factores ao longo da vida da persoa (ciclo vital) en contextos sociais cambiantes (ex., morte da parella) ou enfermidade (ex., cancro).

Sociais

- Os determinantes poden ser individuais, da súa rede social, comunidade ou sociedade.
- Condicións do ambiente onde a persoa naceu, vive, aprende, traballa,

divírtese, etc.
- Variables sociodemográficas (idade, sexo, estrato económico e social, educación, emprego, status marital).
- Apoio social.
- Experiencias de crianza adversas.
- Educación.
- Conflitos na infancia.
- Acoso (bullying).
- Exposición ao crime violento.
- Abuso físico, psicolóxico ou sexual ou traumas na infancia.
- Discriminación.
- Estigma.
- Etnicidade, migración.
- Condicións laborais.
- Eventos vitais negativos.

Referencias

Achdut, N. e Sarid, O. (2020). Socio-economic status, self-rated health and mental health: the mediation effect of social participation on early-late midlife and older adults. *Israel Journal of Health Policy Research, 9*(1), 4.

Aghabozorgi, K., van der Jagt, A., Bell, S. e Brown, C. (2023). Assessing the impact of blue and green spaces on mental health of disabled children: A scoping review. *Health & Pace, 84,* 103141.

Alegría, M., Alvarez, K., Cheng, M. e Falgas-Bague, I. (2023). Recent advances on social determinants of mental health: Looking fast forward. *American Journal of Psychiatry, 180*(7), 473–482.

Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y. e Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, *20*(11), 95.

Amin, R., Björkenstam, E., Helgesson, M. e Mittendorfer-Rutz, E. (2024). Trajectories of work disability and unemployment before and after a common mental disorder diagnosis among young private sector employees in Sweden-a register-based longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 10.1007/s00127-024-02777-0.

Almroth, M.C., László, K.D., Kosidou, K. e Galanti, M, R, (2018). Association between adolescents' academic aspirations and expectations and mental health: A one-year follow-up study. *European Journal of Public Health, 28,* 504e9.

Almroth, M., László, K. D., Kosidou, K. e Galanti, M. R. (2019). Academic expectations and mental health in adolescence: A longitudinal study involving parents' and their children's perspectives. *Journal of Adolescent Health, 64*(6), 783-789.

Amaddeo, F. e Jones, J. (2007). What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services?. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 16*(1), 16-19.

American Psychiatric Association (2022). *Report of the Presidential Task Force on the Social Determinants of Mental Health*. American Psychiatric Association. En https://www.psychiatry.org/getmedia/b73d3f7b-94dd-4a52-9267-e83328247325/2022-APA-TFSDMH-Board-of-Trustees-December-Report.pdf

American Psychiatric Association (2023). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Arellano C. M. (1996). Child maltreatment and substance use: a review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 31(7), 927-935.

Arena, A. F., Mobbs, S., Sanatkar, S., Williams, D., Collins, D., Harris, M., Harvey, S. B. e Deady, M. (2023). Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. *Journal of Affective Disorders, 335,* 450-472.

Andersen, S., Davidsen, M., Nielsen, L. e Tolstrup, J. S. (2021). Mental health groups in high school students and later school dropout: a latent class and register-based follow-up analysis of the Danish National Youth Study. *BMC Psychology, 9*(1), 122.

Areepattamanni, S. e Lee, D.H. (2014). Linking immigrant parents' educational expectations and aspirations to their children's school performance. *Journal of Genetic Psychology, 175,* 51e7.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. e Nolen-Hoekseman, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology (11th. ed*.). Harcourt Brace College Publisher.

Austin, A. E., Gest, C., Atkeson, A., Berkoff, M. C., Puls, H. T. e Shanahan, M. E. (2022). Prenatal substance exposure and child maltreatment: A systematic review. *Child Maltreatment, 27*(2), 290–315.

Azimi, A. M. e Connolly, E. J. (2022). Child maltreatment and substance use: A behavior genetic analysis. *Child Maltreatment, 27*(2), 279–289.

Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S. e Hawkins, J. D. (2006). Linking substance use and problem behavior across three generations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(3), 263–292.

Baldwin, J. R., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafò, M. R. e Pingault, J. B. (2023). Childhood maltreatment and mental health problems: A systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *The American Journal of Psychiatry, 180*(2), 117–126.

Barón, L. e Zapata, G. J. (2018). Los sesgos cognitivos: de la psicología cognitiva a la perspectiva cognitiva de la organización y su relación con los procesos de toma de decisiones gerenciales. *Ciencia y Sociedad, 43(1),* 31-48.

Bartelink, V. H. M., Zay Ya, K., Guldbrandsson, K. e Bremberg, S. (2020). Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health, 48*(5), 544–558.

Bassalov, H., Yakirevich-Amir, N., Reuveni, I., Monk, C., Florentin, S., Bonne, O. e Matok, I. (2024). Prenatal cannabis exposure and the risk for neuropsychiatric anomalies in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 231*(6), 574–588.e8.

Baum, A., Garofalo, J. P. e Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences, 896*, 131–144.

Bear, M. F., Connors, B. W. e Paradiso, M. A. (2016). *Neuroscience: Exploring the Brain (4th ed.).* Wolters Kluwer.

Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Dutch, M. e Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones, 24(3),* 253-268.

Beurel, E., Toups, M. e Nemeroff, C. B. (2020). The bidirectional relationship of depression and inflammation: Double trouble. *Neuron, 107(2),* 234–256.

Blakemore, S. J. e Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3–4),* 296–312.

Blanco, F. (2017). Cognitive bias. En J. Vonk y T. K. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*. Sprinter

Bleidorn, W., Schwaba, T., Zheng, A., Hopwood, C. J., Sosa, S. S., Roberts, B. W. e Briley, D. A. (2022). Personality stability and change: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 148(7-8),* 588–619.

Boniface, S., Lewer, D., Hatch, S. L. e Goodwin, L. (2020). Associations between interrelated dimensions of socio-economic status, higher risk drinking and mental health in South East London: A cross-sectional study. *PloS One, 15*(2), e0229093.

Bowman, S., McKinstry, C. e McGorry, P. (2017). Youth mental ill health and secondary school completion in Australia: time to act. *Early Intervention in Psychiatry, 11*(4), 277–289.

Bowman, S., McKinstry, C., Howie, L. e McGorry, P. (2020). Expanding the search for emerging mental ill health to safeguard student potential and vocational success in high school: A narrative review. *Early Intervention in Psychiatry, 14*(6), 655–676.

Breslau, J., Lane, M., Sampson, N. e Kessler, R. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research, 42*, 708–16.

Bhugra, D. e Ventriglio, A. (2023). Political determinants of mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 69*(3), 521–522.

Byun, G., Choi, Y., Foo, D., Stewart, R., Song, Y., Son, J. Y., …Bell, M. L. (2024). Effects of ambient temperature on mental and neurological conditions in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Environment International, 194*, 109166.

Carlson, N. R. (2013). *Fisiología de la conducta (11ª ed.*). Pearson.

Casey, B. J., Jones, R. M. e Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1124*, 111–126.

Cataldo, I., Azhari, A., Coppola, A., Bornstein, M. H. e Esposito, G. (2019). The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. *Frontiers in Public Health, 7*, 45.

Cohen, S. e Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
Compton, M. T. e Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus, 13*, 419-425.
Corvalan, C., Gray, B., Villalobos Prats, E., Sena, A., Hanna, F. e Campbell-Lendrum, D. (2022). Mental health and the global climate crisis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31,* e86.
Costa, P. T. e McCrae, R. R. (2018). *Inventario de personalidad Neo revisado (Neo PI-R).* Tea.
Cheung, F. M. e Mak, W. W. S. (2018). Sociocultural factors in psychopathology. En J. M. Butcher e J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology. Vol. 1. Psychopatology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (pp. 127-147). American Psychological Association.
Chini, M. e Hanganu-Opatz, I. L. (2021). Prefrontal cortex development in health and disease: lessons from rodents and humans. *Trends Neuroscience, 44*, 227–40.
Clark, D. B., Cornelius, J., Wood, D. S. e Vanyukov, M. (2004). Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*(4), 685–691.
Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 1–22.
Dahl, R. E. e Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health, 31(6 Suppl)*, 175–184.
D'Andrea, G., Quattrone, D., Tripoli, G., Spinazzola, E., Gayer-Anderson, C., … Murray, R. M. (2024). Variation of subclinical psychosis as a function of population density across different European settings: Findings from the multi-national EU-GEI study. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 10.1111/acps.13767.
Dehghan, M. e Mangolian , P. (2023). Editorial: Sexual harassment in the workplace: prevalence, etiologies, prevention and management strategies. *Frontiers in Public Health, 11*, 1332131.
Devi, F., Shahwan, S., Teh, W. L., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., …Subramaniam, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry, 18*, 15.
Diez-Canseco, F., Toyama, M., Hidalgo-Padilla, L. e Bird, V. J. (2022). Systematic Review of Policies and Interventions to Prevent Sexual Harassment in the Workplace in Order to Prevent Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(20),* 13278.
Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. e Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health 3*(Suppl 1), e000603 1–7.
Easey, K. E. e Sharp, G. C. (2021). The impact of paternal alcohol, tobacco, caffeine use and physical activity on offspring mental health: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health, 18*(1), 214.
Erazo, R. (2020). Depresión e inflamación: ¿Una relación más allá del azar? *Revista Médica Clinica Las Condes, 31(2),* 188-196.
Erickson, N. L., Padrutt, E. R., Buchanan, G. e Kim, H. G. (2024). Adverse childhood experiences and perinatal mental health: A review of progress and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 10.1007/s11920-024-01565-6.
Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L. e Loscalzo, J. (Eds.). (2021). *Harrison's Principles of Internal Medicine (21st ed.).* McGraw-Hill.
Feng, T., Tripathi, A. e Pillai, A. (2020). Inflammatory Pathways in Psychiatric Disorders: The case of Schizophrenia and Depression. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 7(3),* 128–138.
Ferrara, P. e Bernasconi, S. (2017). From "classic" child abuse and neglect to the new era of maltreatment. Italian *Journal of Pediatrics, 43(1),* 16.
Ferrara, P., Cammisa, I., Zona, M., Pacucci, I., Grimaldi, M. T., …Pettoello-Mantovani, M. (2024). Child Maltreatment and Psychopathology: A Brief Review on the Potential Role of the Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis. *Current Pediatric Reviews, 20*.

Ferrer, A., Labad, J., Salvat-Pujol, N., Monreal, J. A., Urretavizcaya, M., … Soria, V. (2020). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis-related genes and cognition in major mood disorders and schizophrenia: a systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry, 101,* 109929.

Fiske, A. P. (2002). Using individualism and collectivism to compare cultures -A critique of the validity and measurement of the constructs: Comment on Oyserman et al. (2002). *Psychological Bulletin, 128*, 78-88.

Fodor, L. A., Georgescu, R., Cuijpers, P., Szamoskozi, Ş., David, D., … Cristea, I. A. (2020). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depressive disorders: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry, 7(6),* 506–514.

Fontalba-Navas, A., Lucas-Borja, M. E., Gil-Aguilar, V., Arrebola, J. P., Pena-Andreu, J. M. e Perez, J. (2017). Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. *Public Health*, *144*, 96–102.

Franke, A. G., Schmidt, P. e Neumann, S. (2024). Association Between Unemployment and Mental Disorders: A Narrative Update of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(12),* 1698.

Furr, J. M., Comer, J. S., Vilodas, M. T., Poznaski, B. e Gurwitch, R. (2018). Trauma and child psychopathology. From risk and resilience to evidence-based intervention. En J. M. Butcher e J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology. Vol. 2. Child and adolescent psychopatology* (pp. 187-211). American Psychological Association.

Gehred, M. Z., Knodt, A. R., Ambler, A., Bourassa, K. J., Danese, A., … Caspi, A. (2021). Long-term Neural Embedding of Childhood Adversity in a Population-Representative Birth Cohort Followed for 5 Decades. *Biological Psychiatry*, *90*(3), 182–193.

Gerede, A., Stavros, S., Chatzakis, C., Vavoulidis, E., Papasozomenou, P., … Nikolettos, N. (2024). Cannabis Use during Pregnancy: An Update. *Medicina, 60*(10), 1691.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. e Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 373*(9657), 68–81.

Gispert, R., Ritchie, K., Rajmil, L., Rué, M., Glutting, J. P. e Roset, M. (1998). Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *98*(3), 182–186.

Glasheen, C., Forman-Hoffman, V., Hedden, S., Ridenour, T., Wang, J. e Porter, J. (2019). Residential transience among US adolescents: association with depression and mental health treatment. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(6), 682–691.

Gnanapragasam, S. N., Wright, L. A., Pemberton, M. e Bhugra, D. (2023). Outside/inside: social determinants of mental health. *Journal of Psychological Medicine, 40*, 63-73.

Graif, C., Arcaya, M. C. e Diez Roux, A. V. (2016). Moving to opportunity and mental health: Exploring the spatial context of neighborhood effects. *Social Science y Medicine, 162*, 50–58.

Gräf, C., Hoffmann, I., Diefenbach, C., König, J., Schmidt, M. F., … ikidS Project Group (2019). Mental health problems and school performance in first graders: results of the prospective cohort study ikidS. *European child & Adolescent Psychiatry, 28*(10), 1341–1352.

Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., … Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development, 19*(6), 534–558.

Goktan, A. J., Weston, S. J., Luo, J., Graham, E. K. e Mroczek, D. K. (2022). Personality traits and mental health care utilization: Longitudinal findings from the MIDUS. *Journal of Research in Personality, 99,* 104260.

Gottesman, I.I. (1991). *Schizophrenia genesis. The origins of madness.* Freeman.

Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology, 62*, 243-269.

Gyllensten, K. e Palmer, S. (2005). The role of gender in workplace stress: A critical literature

review. *Health Education Journal, 64(3*), 271-288.
Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F. e Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PloS One, 17(2)*, e0264041.
Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K. e Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine, 18(8)*, e1003750.
Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. e Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 39(1-2)*, 133–144.
Haslam, S. A., Fong, P., Haslam, C. e Cruwys, T. (2024). Connecting to Community: A Social Identity Approach to Neighborhood Mental Health. *Personality and Social Psychology Review, 28(3)*, 251–275.
Hepat, A., Khode, D. e Chakole, S. (2024). A Narrative Review of Urbanization and Mental Health: An Indian Perspective. *Cureus, 16(3)*, e55381.
Hjorth, C. F., Bilgrav, L., Frandsen, L. S., Overgaard, C., Torp-Pedersen, C., Nielsen, B. e Bøggild, H. (2016). Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health, 16*, 976.
Hugh-Jones, S., Wilding, A., Munford, L. e Sutton, M. (2023). Age-gender differences in the relationships between physical and mental health. *Social Science & Medicine, 339*, 116347.
Hussain, Z. e Griffiths, M. D. (2018). Problematic social networking site use and comorbid psychiatric disorders: A systematic review of recent large-scale studies. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 686.
Hussain, Z., Wegmann, E., Yang, H. e Montag, C. (2020). Social networks use disorder and associations with depression and anxiety symptoms: A systematic review of recent research in China. *Frontiers in Psychology, 11*, 211.
Isobel, S., McCloughen, A., Goodyear, M. e Foster, K. (2021). Intergenerational Trauma and Its Relationship to Mental Health Care: A Qualitative Inquiry. *Community Mental Health Journal, 57*(4), 631–643.
Ivie, E. J., Pettitt, A., Moses, L. J. e Allen, N. B. (2020). A meta-analysis of the association between adolescent social media use and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 275*, 165–174.
Jarvis, G. E. e Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. *Transcultural Psychiatry, 60(1)*, 5–12.
Huang, C. C., Pan, S. C., Chin, W. S., Hsu, J. F. e Guo, Y. L. (2023). Urinary heavy metals and attention-deficit/hyperactivity symptoms of preschool children: a mixed-exposure analysis. *Ecotoxicology and Environmental Safety, 268*, 115714.
Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A. e Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse &y Neglect, 102*, 104361.
James, A. A. e OShaughnessy, K. L. (2023). Environmental chemical exposures and mental health outcomes in children: a narrative review of recent literature. *Frontiers in Toxicology, 5*, 1290119.
Jiang, M. e Zhao, H. (2024). Joint association of heavy metals and polycyclic aromatic hydrocarbons exposure with depression in adults. Environmental research, 242, 117807.
Johansson, C., Kullgren, C., Bador, K. e Kerekes, N. (2022). Gender non-binary adolescents' somatic and mental health throughout 2020. *Frontiers in Psychology, 13*, 993568.
Jones, B. T., Corbin, W. e Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction, 96(1)*, 57–72.
Kang, W., Steffens, F., Pineda, S., Widuch, K. e Malvaso, A. (2023). Personality traits and dimensions of mental health. *Scientific Reports, 13(1)*, 7091.
Kaplan, B. J. yeSadock, V. A. (Eds.). (2022). *Kaplan y Sadock's Synopsis of Psychiatry (12th ed.)*. Wolters Kluwer.
Keator, D. B., Salgado, F., Madigan, C., Murray, S., Norris, S. e Amen, D. (2024). Adverse

childhood experiences, brain function, and psychiatric diagnoses in a large adult clinical cohort. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1401745.
Kendall, K. M., Duffin, D., Doherty, J., Irving, R., Procter, A. e Walters, J. T. R. (2024). The translation of psychiatric genetic findings to the clinic. *Schizophrenia Research, 267*, 470–472.
Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O. e Pedersen, N. L. (2006). Age at onset and familial risk for major depression in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine, 35(10),* 1573–1581.
Kendler, K. e O'Donovan, M. (2014). A breakthrough in schizophrenia genetics. *JAMA Psychiatry, 71*, 1319–1320.
Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., … Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383.
Kimber. B., Sandell, S. e Bremberg, S. (2008) Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Education Research, 23(6),* 931–940.
Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., … Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology, 50*(5), 1615–1627.
Kirolos, A., Goyheneix, M., Kalmus Eliasz, M., Chisala, M., Lissauer, S., Gladstone, M. e Kerac, M. (2022). Neurodevelopmental, cognitive, behavioural and mental health impairments following childhood malnutrition: a systematic review. *BMJ Global Health, 7*(7), e009330.
Kirsch, I. (1997). Response expectancy theory and application. A decennial review. *Applied y Preventive Psychology, 6*, 69-79.
Kirsh, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist, 40*, 1189-1202.
Kleber R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 451.
Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., … Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine, 47(13),* 2260–2274.
Kohlbeck, S. A., deRoon-Cassini, T., Bergner, C., Monroe, T. e McCoy, K. (2024). Investigating the association between housing mobility and self-reported adolescent suicidality and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10.1037/ort0000781.
Kondirolli, F. e Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, *31 Suppl 2*(Suppl 2), 22–39.
Korteling, J. E. H. (2021). Cognitive bias. En *Encyclopedia of behavioral neurosciencia (2nd ed*.). Elsevier Science
Kube, T. e Rozenkrantz, L. (2021). When Beliefs Face Reality: An Integrative Review of Belief Updating in Mental Health and Illness. *Perspectives on Psychological Science Science, 16(2),* 247–274.
Labrador, F. J. e Crespo, M. (2003). *El estrés*. Síntesis.
Lai, A. Y. e Yeung, W. F. (2022). Editorial: Mental health of higher education students. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1089877.
Larsen, B. e Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Review 94*,179–195.
La Salle, T. P., Rocha-Neves, J., Jimerson, S., Di Sano, S., Martinsone, B., … Zvyagintsev, R. (2021). A multinational study exploring adolescent perception of school climate and mental health. *School Psychology, 36(3),* 155–166.
László, K. D., Andersson, F. e Galanti, M. R. (2019). School climate and mental health among Swedish adolescents: a multilevel longitudinal study. *BMC Public Health, 19(1),* 1695.
Linares, T. J., Singer, L. T., Kirchner, H. L., Short, E. J., Min, M. O., Hussey, P. e Minnes, S.

(2006). Mental health outcomes of cocaine-exposed children at 6 years of age. *Journal of Pediatric Psychology, 31(1),* 85–97.

Lee, K., Choi, J. O. e Hyun, S. S. (2022). A Study on Job Stress Factors Caused by Gender Ratio Imbalance in a Female-Dominated Workplace: Focusing on Male Airline Flight Attendants. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(15),* 9418.

Lee, L. O., Young-Wolff, K. C., Kendler, K. S. e Prescott, C. A. (2012). The effects of age at drinking onset and stressful life events on alcohol use in adulthood: a replication and extension using a population-based twin sample. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 36(4),* 693–704.

Lindhardt, L., Lindholdt, L., Lund, T. e Mortensen, O. S. (2022). Self-reported mental health in adolescents attending school and its association with later school dropout: A prospective 2.5-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health, 50(8),* 1164–1171.

Liu, Y., Liu, Y., Cheng, J., Pang, L. J. e Zhang, X. L. (2023). Correlation analysis of mental health conditions and personality of patients with alcohol addiction. *World Journal of Psychiatry, 13(11*), 893–902.

Liu, C., Wang, Z., Hui, Q., Goldberg, J., Smith, N. L., … Vaccarino, V. (2022). Association between depression and epigenetic age acceleration: A co-twin control tudy. *Depression and Anxiety*, *39*(12), 741–750.

Lorenzo, M. C. e Becoña, E. (2022). *Bullying y cyberbullying*. Pirámide.

Lund C. (2023). Global mental health and its social determinants: How should we intervene? *Behaviour Research and Therapy, 169*, 104402.

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., … Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: A systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry, 5(4),* 357–369.

Ma, J., Yan, L., Guo, T., Yang, S., Guo, C., … Wang, J. (2019). Association of Typical Toxic Heavy Metals with Schizophrenia. International *Journal of Environmental Research and Public Health, 16(21),* 4200

Ma, K. K. Y., Burn, A. M. e Anderson, J. K. (2023). Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 28(3),* 408–424.

Marbin, D., Gutwinski, S., Schreiter, S. e Heinz, A. (2022). Perspectives in poverty and mental health. *Frontiers Public Health, 10*, 975482.

Martin, A. F., Maughan, B., Konac, D. e Barker, E. D. (2023). Mother and father depression symptoms and child emotional difficulties: a network model. *British Journal of Psychiatry, 222(5),* 204–211.

Martínez, J. M. e Verdejo, A. (2014). *Drogodependientes con trastornos de personalidad*. Desclée de Brouwer.

Massazza, A., Ardino, V. e Fioravanzo, R. E. (2022). Climate change, trauma and mental health in Italy: a scoping review. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 1-16.

Massazza, A., Kienzler, H., Al-Mitwalli, S., Tamimi, N. e Giacaman, R. (2023). The association between uncertainty and mental health: a scoping review of the quantitative literature. *Journal of Mental Health, 32*(2), 480–491.

McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109(2),* 17180–17185.

McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., … WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry, 211*(6), 373–380.

McGue, M., Saunders, G. e Gottesman, I. I. (2018). Behavioral genetic insights on the development of psychopatology. En J. M. Butcher e J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology. Vol. 1. Psychopatology: Understanding, assessing, and treating adult mental* disorders (pp. 91-125). American Psychological Association.

McLaughlin, K. A. e Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology, 14*, 29–34.
Miller, A. H. e Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Inmunology, 16*, 22-34.
Milner, A., Page, A. e LaMontagne, A. D. (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine, 44(5)*, 909–917.
Ministerio de Sanidad (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los poblemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. [Publicación en +Internet]. Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria.
Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. e Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry, 24(4),* 331–336.
Moore, A., Stapley, E., Hayes, D., Town, R. e Deighton, J. (2022). Barriers and Facilitators to Sustaining School-Based Mental Health and Wellbeing Interventions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(6),* 3587.
Moral, J. C. M., Satorres, E., Rodríguez, T. M. e Galán, A. S. (2020). El desarrollo humano: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. En J. C. Meléndez, E. Satorres, T. Mayordomo e A. Sales (Eds.), *Psicología médica* (pp. 201-218). Elsevier España.
Nguyen, H. D., Oh, H., Hoang, N. H. M., Jo, W. H. e Kim, M. S. (2022). Environmental science and pollution research role of heavy metal concentrations and vitamin intake from food in depression: a national cross-sectional study (2009-2017). *Environmental Science and Pollution Research International, 29(3),* 4574–4586.
Nishio, A., Kakimoto, M., Bermardo, T. M. S. e Kobayashi, J. (2020). Current situation and comparison of school mental health in ASEAN countries. *Pediatrics International, 62(4),* 438–443.
Niu, L., Chen, Y., Wang, Y., Li, Y. e Diaz, A. (2024). The Role of School Engagement in the Link Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Mental Health. *Journal of Adolescent Health,* S1054-139X(24)00459-2
Menculini, G., Cirimbilli, F., Raspa, V., Scopetta, F., Cinesi, G., Chieppa, A. G., … Tortorella, A. (2024). Insights into the Effect of Light Pollution on Mental Health: Focus on Affective Disorders-A Narrative Review. *Brain Sciences, 14(8*), 802.
Nederhof, E., van Oort, F. V., Bouma, E. M., Laceulle, O. M., Oldehinkel, A. J. e Ormel, J. (2015). Predicting mental disorders from hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning: a 3-year follow-up in the TRAILS study. *Psychological Medicine, 45*, 2403–2412.
Nezlek, J. B. e Humphrey, A. (2023). Individualism, collectivism, and well-being among a sample of emerging adults in the United States. *Emergent Adulthood,* 11, 520–524.
Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W. e Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 645–659.
Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S. e Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health, 7*, 100392.
Nieto, I., Robles, E. e Vazquez, C. (2020). Self-reported cognitive biases in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 82*, 101934.
Norazman, C. W. e Lee, L. K. (2024). The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review. *Women's Health, 20*, 17455057241275587.
Nwokoroku, S. C., Neil, B., Dlamini, C. e Osuchukwu, V. C. (2022). A systematic review of the role of culture in the mental health service utilisation among ethnic minority groups in the United Kingdom. *Global Mental Health, 9*, 84–93.
O'Connor, D. B., Thayer, J. F. e Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of

psychobiological processes. *Annual Review of Psychology, 72*, 663–688.
Ogundare, T. (2020). Culture and mental health: Towards cultural competence in mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences, 5(1),* 23-34.
Ouabbou, S., He, Y., Butler, K. e Tsuang, M. (2020). Inflammation in mental disorders: Is the microbiota the missing link? *Neuroscience Bulletin, 36(9),* 1071–1084
O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S. e Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53(7),* 647–662.
Patalay, P., O'Neill, E., Deighton, J. e Fink, E. (2020). School characteristics and children's mental health: A linked survey-administrative data study. *Preventive Medicine, 141*, 106292.
Pignon, B., Szöke, A., Ku, B., Melchior, M. e Schürhoff, F. (2023). Urbanicity and psychotic disorders: Facts and hypotheses. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 25(1),* 122–138.
Pourmotabbed, A., Moradi, S., Babaei, A., Ghavami, A., Mohammadi, H., … Miraghajani, M. (2020). Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition, 23*(10), 1778–1790.
Prior, K., Piggott, M., Hunt, S., Vanstone, V., McCormack, C., … Stapinski, L. A. (2024). Motherhood and Drinking: The Relative Importance of Mental Health and Psychosocial Factors on Maternal Alcohol Misuse During the Postpartum Period. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 85(4),* 537–549.
Purves, D., Augustine, G. J. e Fitzpatrick, D. (2018). *Neuroscience (6th ed.).* Oxford University Press.
Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P. A., Reichenberg, A., Phiphopthatsanee, N., …, Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry, 17(1),* 49–66.
Ramjan, L. M., Smith, B. W., Miskovic-Wheatley, J., Pathrose, S. P. e Hay, P. J. (2024). Social support for young people with eating disorders-An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing, 33(6),* 1615–1636.
Rathi, S. e Kumar, P. (2022). Job stress: A systematic literature review. *Journal of Health Sciences, 6(S6),* 6204-6222.
Reiss, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F. e Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS One, 14(3),* e0213700.
Remes, O., Wainwright, N., Surtees, P., Lafortune, L., Khaw, K. T. e Brayne, C. (2017). Sex differences in the association between area deprivation and generalised anxiety disorder: British population study. *BMJ Open, 7(5),* e013590.
Rettie, H. e Daniels, J. (2021). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist, 76(3*), 427–437.
Rybnikova, N., Broitman, D., Mary-Krause, M., Melchior, M. e Ben-Haim, Y. (2023). Uncertainty in the association between socio-demographic characteristics and mental health. *PloS One, 18(11*), e0294664.
Rico de la Rosa, L., Cervantes, E., Robledo, M., Cervantes, G., Cervantes, A.A., … Pérez de Acha, A. (2022). El rol de la nutrición en la salud mental y los trastornos psiquiátricos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 5(1),* 51-60.
Rivera, V. e Aguilar, T. (2024). Relación ente la microbiota intestinal y la depresión. *Evidentia, 7 (17),* 26-37.
Roberts, B. W. e Yoon, H. J. (2022). Personality Psychology. *Annual Review of Psychology, 73*, 489–516.
Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R. e Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological Bulletin, 143(2),* 117–141.
Rodriguez, L. e Ortega, F. (2016). Biological determinants of mental disorders: A discussion

based on recent hypotheses from neuroscience. *Cadernos de Saúde Pública, 32 (8),* e00168115.

Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., … Hutchinson, D. (2020). Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 174(11),* 1082–1092.

Rooney, M. E., Burstein, M. e Acri, M. (2024). Developing optimized school-based mental health interventions: National Institute of Mental Health (NIMH) priorities. *School Mental Health, 16,* 919-923.

Rose-Clarke, K., Gurung, D., Brooke-Sumner, C., Burgess, R., Burns, J., …, Lund, C. (2020). Rethinking research on the social determinants of global mental health. *Lancet Psychiatry, 7(8),* 659–662.

Rospenda, K. M., Richman, J. A., McGinley, M., Moilanen, K. L., Lin, T., … Hopkins, T. (2023). Effects of chronic workplace harassment on mental health and alcohol misuse: a long-term follow-up. *BMC Public Health, 23(1),* 1430.

Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., … Bornstein, M. H. (2020). Examining the internalizing pathway to substance use frequency in 10 cultural groups. *Addictive Behaviors, 102,* 106214.

Sechi, C., Vismara, L., Rollè, L., Prino, L. E. e Lucarelli, L. (2020). First-time mothers' and fathers' developmental changes in the perception of their daughters' and sons' temperament: Its association with parents' mental health. *Frontiers in Psychology, 11,* 2066.

Sales, W. B., Maranhão, E. F., Ramalho, C. S. T., Macêdo, S. G. G. F., Souza, G. F. e Maciel, Á. C. C. (2024). Early life circumstances and their impact on health in adulthood and later life: a systematic review. *BMC Geriatrics, 24(1*), 978.

Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M. e Alati, R. (2014). Does early socio-economic disadvantage predict comorbid alcohol and mental health disorders? *Drug and Alcohol Dependence, 142*, 146–153.

Sandín (2024). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín e F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (4ª ed., pp. 433-481). McGraw-Hill.

Slavich, G. M. e Auerbach, R. P. (2018). Stress and its sequelae: Depression, suicide, inflammation, and physical illness. En J. M. Butcher y J. M. Hooley (Eds.), *APA handbook of psychopathology. Vol. 1. Psychpatoloogy: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (pp. 375-402). American Psychological Association.

Sahib, A., Chen, J., Reynolds, K. J. e Cárdenas, D. (2023). The curative effect of schools: A longitudinal study of the impact of school climate, school identification, and resilience on adolescent mental health. *School Psychology*, 10.1037/spq0000571.

Sallis, H. M., Croft, J., Havdahl, A., Jones, H. J., Dunn, E. C., … Munafò, M. R. (2021). Genetic liability to schizophrenia is associated with exposure to traumatic events in childhood. *Psychological Medicine, 51(11),* 1814–1821.

Shao, L., Zhao, C. e Yu, G. (2024). The long-term effect of early-life uncertainty on mental health in adolescence and adulthood: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, *25*(4), 3211–3225.

Sharma, M. K., John, N. e Sahu, M. (2020). Influence of social media on mental health: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry, 33(5),* 467–475.

Shen, B., Lu, R., Lv, M., Chen, J., Li, J., Long, J., …, Gong, Z. (2024). Association between the levels of toxic heavy metals and schizophrenia in the population of Guangxi, China: A case-control study. *Environmental Pollution, 363(Pt 2),* 125179.

Silva, M., Loureiro, A. e Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. European *Journal of Psychiatry, 30(4),* 259-292.

Smith-Greenaway, E. e Yeatman, S. (2020). Unrealized Educational Expectations and Mental Health: Evidence from a Low-Income Country. *Social Forces, 98(3),* 1112–1142.

Sood, A., Sharma, D., Sharma, M. e Dey, R. (2024). Prevalence and repercussions of stress and mental health issues on primary and middle school students: a bibliometric analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1369605.

Sparling, T. M., Cheng, B., Deeney, M., Santoso, M. V., Pfeiffer, E., … Kadiyala, S. (2021).

Global Mental Health and Nutrition: Moving Toward a Convergent Research Agenda. *Frontiers in Public Health, 9*, 722290.
Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews, 24(4),* 417–463.
Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications (4th ed.).* Cambridge University Press.
Stallings, M. C., Gizer, I. R. e Young-Wolf, C. (2016). Genetic epidemiology and molecular genetics. En K. J. Sher (Ed.), *The Oxford Handbook of substance use disorders* (Vol. 1), Oxford University Press.
Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9(2),* 69–74.
Stickley, A., Shirama, A. e Sumiyoshi, T. (2023). Financial debt, worry about debt and mental health in Japan. *BMC Psychiatry, 23(1),* 761.
Storozhuk, S., Kryvda, N., Hoian, I., Mozgova, N., Doichyk, M., … Doichyk, O. (2022). Mental health after trauma: Individual and collective dimensions. *Wiadomosci Lekarskie,* 75(8 pt 1), 1924–1931.
Sugden, S. G. e Merlo, G. (2024). What do climate change, nutrition, and the environment have to do with mental health? *American Journal of Lifestyle Medici*ne, 15598276241280245.
Sun, A. R. e Houle, J. N. (2020). Trajectories of unsecured debt across the life course and mental health at midlife. *Society and Mental Health, 10(1*), 61–79.
Tang, C., Wang, Y. e Hong, H. (2024). Unraveling the link between heavy metals, perfluoroalkyl substances and depression: Insights from epidemiological and bioinformatics strategies. *Ecotoxicology and Environmental Safety, 279,* 116482.
Tejero, A. yeDoblyté, S. (2023). La ventaja de trabajar: salud mental, pobreza y empleo en España. *Panorama Social, 38*, 111-129.
Tormoehlen, L. M., Tekulve, K. J., Nañagas, K. A. (2014). Hydrocarbon toxicity: a review. *Clinical Toxicology, 52(5),* 479–489.
Yousef, S., Adem, A., Zoubeidi, T., Kosanovic, M., Mabrouk, A. A. e Eapen, V. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder and environmental toxic metal exposure in the United Arab Emirates. *Journal of Tropical Pediatrics, 57(6),* 457–460.
Teixeira, A. L. (2020). Stress and well-being at work: A literature review. *Ciéncia y Saúde Colectiva, 25(7),* 2721-2736.
Tejero, A. e Doblyté, S. (2023). La ventaja de trabajar: salud mental, pobreza y empleo en España. *Panorama Social, 38*, 111-129.
Timko, C., Sutkowi, A., Pavao, J. e Kimerling, R. (2008). Women's childhood and adult adverse experiences, mental health, and binge drinking: the California Women's Health Survey. *Substance Abuse, Treatment, Prevention, and Policy, 3*, 15.
Townsend, L., Flisher, A. J. e King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychological Review, 10(4),* 295–317.
Tortorella, A., Menculini, G., Moretti, P., Attademo, L., Balducci, P. M., … Erfurth, A. (2022). New determinants of mental health: the role of noise pollution. A narrative review. *International Review of Psychiatry, 34(7-8),* 783–796.
Trifu, S. C., Kohn, B., Vlasie, A. e Patrichi, B. E. (2020). Genetics of schizophrenia (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine, 20(4),* 3462–3468.
Uchino, B. N., Bowen, K e Kent, R. (2016). Social support and mental health. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health, Vol. 4* (p. 189-195). Academic Press.
Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., … Wood, S. J. (2023). Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap. *Molecular Psychiatry, 28(8),* 3171–3181.
Umberson, D., Williams, K., Thomas, P. A., Liu, H. e Thomeer, M. B. (2014). Race, gender, and chains of disadvantage: childhood adversity, social relationships, and health. *Journal of Health and Social Behavior, 55(1),* 20–38.
van Daalen, K. R., Tonne, C., Semenza, J. C., Rocklöv, J., Markandya, A. e Lowe, R. (2024).

The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: warming demands unprecedented action. *Lancet Public Health, 9(7),* e495–e522.
Ventriglio A. (2023). Geopolitical determinants of mental health: Towards a global perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 69(1),* 229–230.
Ventriglio, A., Bellomo, A., di Gioia, I., di Sabatino, D., Favale, D., … Cianconi, P. (2020). Environmental pollution and mental health: A narrative review of literature. *CNS Spectrums, 26(1),* 51–61.
Vicary, E., Kapadia, D., Bee, P., Bennion, M. e Brooks, H. (2024). The impact of social support on university students living with mental illness: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Mental Health,* 1–13.
Vrijsen, J. N., Grafton, B., Koster, E. H. W., Lau, J., Wittekind, C. E., … Wiers, R. W. (2024). Towards implementation of cognitive bias modification in mental health care: State of the science, best practices, and ways forward. *Behaviour Research and Therapy, 179,* 104557.
Wahbeh, M. H. e Avramoppoulos, D. (2021). Gene-environment interactivos in schizophrenia: A literature review. *Genes, 12,* 1850.
Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. e Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 199(6),* 453–458.
Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. e Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry, 18(1),* 156.
Walker-Descartes, I., Mineo, M., Condado, L. V. e Agrawal, N. (2021). Domestic violence and itseEffects on women cChildren, and families. *Pediatric Clinics of North America, 68(2),* 455–464.
Weinstein A. M. (2023). Problematic social networking site use-effects on mental health and the brain. *Frontiers in Psychiatry, 13,* 1106004.
Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B. e Plass-Christl, A. (2019). Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(7), 1278.
Williams, S., Yaro, P., Thornicroft, G. e Lund, C. (2020). Rethinking research on the social determinants of global mental health. *Lancet Psychiatry, 7(8),* 659–662.
Wolfe J. D. (2016). The effects of maternal alcohol use disorders on childhood relationships and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(10),* 1439–1448.
Wlodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H. J., Metzner, F. e Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PloS One, 12(6),* e0179140.
Wouldes, T. A. e Lester, B. M. (2023). Opioid, methamphetamine, and polysubstance use: perinatal outcomes for the mother and infant. *Frontiers in Pediatrics, 11,* 1305508.
Wray, A. M., Freund, R. A. e Dougher, M. J. (32009). A behavior-analytic account of cognitive bias in clinical populations. *Behavior Analyst, 32(1),* 29–49.
Yang, Y., Niu, L., Amin, S. e Yasin, I. (2024). Unemployment and mental health: a global study of unemployment's influence on diverse mental disorders. *Frontiers in Public Health, 12,* 1440403.
Ye, Z., Kappelmann, N., Moser, S., Davey Smith, G., Burgess, S., … Khandaker, G. M. (2021). Role of inflammation in depression and anxiety: Tests for disorder specificity, linearity and potential causality of association in the UK Biobank. *EClinicalMedicine, 38,* 100992.
Zeng, Y., Chourpiliadis, C., Hammar, N., Seitz, C., Valdimarsdóttir, U. A., …,Wei, D. (2024). Inflammatory Biomarkers and Risk of Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry, 81(11),* 1118–1129.

Capítulo 5
A saúde mental na contorna laboral

5.1. Saúde mental e traballo, nos informes internacionais e nacionais
5.1.1. Informes internacionais
5.1.1.1. Informes da Organización Mundial da Saúde e da Organización Panamericana da Saúde
5.1.1.2. Informe do Surgeon General norteamericano
5.1.1.3. Informes da Unión Europea
5.1.1.4. Informe ESENER sobre riscos psicosociales e saúde no traballo
5.1.2. Informes nacionais
5.1.2.1. Informes do Ministerio de Sanidade
5.1.2.2. Informes do Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo
5.1.2.3. Informes de organizacións sindicais, empresariais e asociacións de saúde mental
5.1.2.4. Informe do Consello Económico e Social de España
5.1.3. Informes autonómicos
5.1.3.1 Informes do Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia
5.1.3.2. Posición dos sindicatos maioritarios e asociacións de empresarios de Galicia
5.2. Factores de risco e de protección laboral para a saúde mental
5.3. Principais problemas de saúde mental no traballo
5.4. A prevención de riscos psicosociais e o Servizo de Vixilancia da Saúde
5.5. Incapacidade laboral temporal ou permanente e saúde mental
5.6. Persoas con discapacidade e saúde mental
5.7. O tratamento dos problemas de saúde mental
5.8. Como mellorar a saúde mental na contorna laboral
Referencias

5.1. Saúde mental e traballo, nos informes internacionais e nacionais

Aínda que o interese pola saúde mental a nivel laboral ten unha longa historia, a partir da pandemia producida polo covid-19, a principios do ano 2020, co consecuente confinamento e cambio nas condicións laborais (sobre todo coa potenciación do teletraballo e dos ERTES) é cando se incrementa considerablemente o interese pola mesma. A principal razón foi que o incremento dos problemas de saúde mental debido á pandemia conlevouconsecuencias a nivel laboral, o cal esixiu tomar diversas medidas para reducir os problemas de saúde mental no traballo e mellorar o benestar no mesmo.

Por tanto, a existencia de problemas de saúde mental entre os traballadores non é un tema novo pero a pandemia puxo de relevancia esta problemática. Isto incidiu nun maior número de baixas laborais e un maior malestar xeral, pero tamén permitiu coñecer mellor o problema e tomar medidas para a súa prevención. Tanto as organizacións sindicais como empresariais, a Organización Internacional do Traballo, a OMS, a Organización Panamericana da Saúde e os Ministerios de Sanidade de distintos países, veñen mostrando un claro interese por este tema nos últimos anos.

O estrés laboral é un problema ao que se lle prestou atención tradicionalmente no campo laboral, existindo normativas orientadas a reducilo. As actuacións dirixidas a abordalo evitan accidentes, melloran o funcionamento na empresa e o traballador atópase máis satisfeito e con maior benestar. Pero o estrés tamén afecta de maneira indirecta, dado que incrementa o risco de desenvolver un trastorno mental, incluído o consumo de substancias. Na actualidade sabemos que os cambios nas condicións laborais, non sempre desexadas ou esperadas, poden levar a un incremento do estrés, un maior malestar, un menor rendemento laboral e máis enfermidades físicas e trastornos mentais.

A continuación, recóllense os informes máis relevantes da incidencia da saúde mental a nivel laboral, como son os da OMS e da Organización Panamericana da Saúde, do *Surgeon General* norteamericano, da Unión Europea, do Ministerio de Sanidade, do Ministerio de Traballo e Seguridade Social, do Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo, así como informes de organizacións sindicais, empresariais e do Consello Económico e Social de España. A partir de aí analizaremos os factores relacionados cos riscos psicosociais no traballo que inciden nunha mala saúde mental e que débese facer para mellorala.

5.1.1. Informes internacionais

5.1.1.1. Informes da Organización Mundial da Saúde e da Organización Panamericana da Saúde

A OMS elaborou varios informes sobre a relación entre saúde mental e traballo. A guía da OMS (2022) máis recente, indica que o 15% dos traballadores adultos teñen un trastorno mental ao longo da súa vida, fundamentalmente depresión ou ansiedade. A presenza destes trastornos carrexa un elevado custo debido ás baixas laborais.

No caso concreto da presenza de problemas de esquizofrenia ou trastorno bipolar, as consecuencias para a persoa son aínda peores dado que son apartados do mercado laboral e, con iso, sofren estigmatización e discriminación. Traballar é un protector da saúde mental, pero, por desgraza, non todas as persoas fano. O traballo non só serve de medio de vida á persoa, senón que lle permite ter máis confianza, conseguir os seus propósitos na vida e as súas metas, estar integrado na súa comunidade, relacionarse con outras persoas e ter rutinas ao longo da semana e do ano. Pero non debemos esquecer que o traballo tamén implica riscos para a saúde mental. Na Táboa 5.1 recóllense os riscos que se indican no informe.

Táboa 5.1. Riscos para a saúde mental no traballo (tamén denominados psicosociais) segundo a OMS (2022).

- Infrautilización das capacidades ou traballo fragmentado ou sen sentido.
- Cargas ou ritmo de traballo excesivos, falta de persoal.
- Horarios excesivamente prolongados, pouco sociais (intempestivos) ou inflexibles.
- Falta de control sobre o deseño ou a carga de traballo.
- Condicións físicas de traballo inseguras ou deficientes.
- Cultura institucional que permite comportamentos negativos.
- Apoio limitado por parte de colegas ou supervisión autoritaria.
- Violencia, acoso ou fustrigación.
- Discriminación e exclusión.
- Funcións laborais pouco definidas.
- Promoción insuficiente ou excesiva.
- Inseguridade laboral, remuneración inadecuada ou escaso investimento no desenvolvemento profesional.
- Demandas conflitivas para a conciliación da vida familiar e laboral.

Estes riscos vense incrementados de modo importante cando hai crise, sexan económicas, sociais, humanitarias ou de saúde pública, como ocorreu co covid-19, sobre todo cando levan á perda de emprego ou a que as persoas teñan menos ingresos. Neste informe indícase que o 60% da poboación mundial traballa na denominada como economía informal, o cal, durante a pandemia, xunto ao descenso global de ingresos, levou a que se aceleraron varios cambios sociais, como a maior dixitalización, o teletraballo, a globalización do emprego, etc.

O informe fai unha serie de recomendacións que, pola súa relevancia, inclúense completas na Táboa 5.2.

Táboa 5.2. Recomendacións da OMS (2022) para as intervencións de saúde mental no traballo (ao final de cada unha delas indícase o nivel de recomendación e de evidencia).

Recomendacións para as intervencións organizativas

1. Intervencións organizativas universais

Pódese valorar a aplicación de intervencións organizativas que aborden os factores de risco psicosocial, incluídas as que involucran enfoques participativos, para que os traballadores poidan reducir o malestar emocional e para que melloren os resultados relacionados co traballo.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

2. Intervencións organizativas para os traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias

Pódese valorar a aplicación de intervencións organizativas que aborden os factores de risco psicosocial, por exemplo, a redución da carga de traballo e os cambios ou a mellora das pautas de comunicación e traballo en equipo, para que os traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias poidan reducir o malestar emocional e para que melloren os resultados relacionados co traballo.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

3. Intervencións organizativas para traballadores con problemas de saúde mental

Débense implementar adaptacións laborais razoables para os traballadores con problemas de saúde mental, incluídas as discapacidades psicosociais, en consonancia cos principios internacionais de dereitos humanos.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

Recomendacións para a capacitación de xestores

4. Capacitación de xestores de saúde mental

Debe impartirse capacitación aos xestores para apoiar a saúde mental dos seus traballadores, co obxectivo de mellorar os coñecementos, as actitudes e os comportamentos dos xestores de saúde mental e para mellorar os comportamentos de procura de axuda dos traballadores.

Recomendación firme; evidencia de certeza moderada.

5. Capacitación dos xestores dos traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias

Débese capacitar aos xestores sobre o apoio á saúde mental dos traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias, con obxecto de mellorar os coñecementos, as actitudes e os comportamentos dos devanditos xestores.

Recomendación firme; evidencia de certeza moderada.

Recomendacións para a capacitación dos traballadores

6. Capacitación con nocións e sensibilización en materia de saúde mental para os traballadores

Pódese capacitar aos traballadores con nocións e sensibilización en saúde mental para mellorar os seus coñecementos e as súas actitudes relacionados con esta esfera, incluídas as actitudes estigmatizantes.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

7. Capacitación dos traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias con nocións e sensibilización en materia de saúde mental

Pódese capacitar aos traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias con nocións e sensibilización en saúde mental, con obxecto de mellorar os seus coñecementos e as súas actitudes relacionados con esta esfera, incluídas as actitudes estigmatizantes.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

Recomendacións para as intervencións individuais

8. Intervencións individuais universais.

8A. Pódese valorar a aplicación universal de intervencións psicosociais que teñan como obxectivo desenvolver as habilidades dos traballadores no manexo do estrés, como as intervencións baseadas na atención plena ou os enfoques cognitivo-condutuais, para que promovan unha saúde mental positiva, reduzan o malestar emocional e melloren a efectividade laboral.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza baixa.

8B. Pódese valorar a posibilidade de brindar oportunidades para a actividade física baseada no lecer ou o tempo libre, como o adestramento de resistencia, o adestramento de forza, o adestramento aeróbico, camiñar ou o ioga, para que os traballadores melloren a saúde mental e a capacidade de traballo.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

9. Intervencións individuais para os traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias.

9A. Pódese valorar a aplicación universal de intervencións psicosociais que teñan como obxectivo desenvolver as habilidades dos traballadores no manexo do estrés, como as intervencións baseadas na atención plena ou os enfoques cognitivo-condutuais, para que os traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias promovan unha saúde mental positiva e reduzan o malestar emocional.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza baixa.

9B. Pódense ofrecer intervencións psicosociais, como o manexo do estrés e a capacitación en autocoidados, ou a capacitación en habilidades de comunicación, para os traballadores da saúde, humanitarios e de emerxencias que experimentan malestar emocional.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza baixa.

10. Intervencións individuais para traballadores con malestar emocional.

10A. Pódese valorar a aplicación de intervencións psicosociais dirixidas aos traballadores con malestar emocional, como as baseadas en enfoques de atención plena ou cognitivo-condutuais, ou a capacitación para a resolución de problemas, co fin de reducir estes síntomas e mellorar a efectividade laboral.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

10B. En canto aos traballadores con malestar emocional, pódese valorar o exercicio físico, como o adestramento aeróbico e o adestramento con pesas, para reducir estes síntomas

Recomendación condicionada; evidencia de certeza moi baixa.

Recomendacións para o regreso ao traballo despois dunha ausencia asociada a problemas de saúde mental.

11. Regreso ao traballo despois dunha ausencia asociada a problemas de saúde mental.

Para as persoas con ausencias asociadas a problemas de saúde mental, débese valorar a posibilidade de aplicar: a) a atención dirixida ao traballo máis a atención clínica de saúde mental baseada na evidencia, ou b) soamente a atención clínica de saúde mental baseada na evidencia, con obxecto de lograr a redución dos síntomas de mala saúde mental e dos días de ausencia.

Recomendación condicionada; evidencia de certeza baixa.

Recomendacións para obter emprego para persoas que viven con problemas de saúde mental

12. Conseguir emprego para persoas que viven con problemas de saúde mental.

Débense ofrecer estratexias orientadas á recuperación que melloren a inclusión profesional e económica, como o emprego con apoio (fomentado), para que as persoas con problemas graves de saúde mental, incluídas as discapacidades psicosociais, obteñan e manteñan un emprego.

Recomendación firme; evidencia de certeza baixa.

Programas de detección

Non está claro se os beneficios potenciais dos programas de detección superan os seus danos potenciais; por tanto, o Grupo de Elaboración de Directrices non fixo ningunha recomendación nin a favor nin en contra dos programas de detección durante a contratación.

Fonte: OMS (2022, páx. xi-xiii).

Destaca tamén o informe recente da Organización Panamericana da Saúde (2024) titulado *"Saúde para todos: transformar a economía para que proporcione o que importa. Informe final do Consello sobre Aspectos Económicos da Saúde para Todos",* que resume o analizado desde 2020 polo Consello sobre os Aspectos Económicos da Saúde para Todos (creado pola OMS) e que tivo a súa orixe na pandemia do covid-19 e a necesidade de dar resposta aos problemas de saúde mental na sociedade.

As palabras da presidenta do devandito Consello, Mariana Mazzuctato, no prefacio son representativas: "Unha poboación saudable non é só un capital humano e social nin tampouco é un subproducto do crecemento económico. A saúde é un dereito humano fundamental. A saúde e o benestar humanos deben ser, xunto cun medio ambiente saudable e sostible, o obxectivo último da actividade económica. Este obxectivo require investimento e innovación por parte de todos os actores da economía, o que tamén pode axudar a orientar o ritmo e a dirección do crecemento económico. Un crecemento non polo crecemento mesmo, senón polas persoas e o planeta. Necesitamos un novo discurso económico que deixe de considerar o financiamento da saúde como un gasto e pase a entendela como un investimento, sobre a base dalgunhas verdades fundamentais: que o benestar e a economía son interdependentes; que a saúde non só é un sector económico clave, senón tamén unha perspectiva transversal que se debe aplicar en moitos sectores distintos; que a saúde é fundamental para a resiliencia e a estabilidade das economías de todo o mundo, e que os Estados poden pasar de corrixir de forma reactiva as fallas do mercado para conformar de maneira proactiva e colaborativa mercados nos que se outorgue prioridade á saúde humana e do planeta" (páx. vi).

Na Táboa 5.3. recóllense os determinantes da saúde desde unha perspectiva máis ampla, segundo esta organización.

Táboa 5.3. Determinantes máis amplos da saúde segundo a Organización Panamericana da Saúde, OPS (2024).

O logro dunha economía que garanta a saúde para todos require abordar os determinantes sociais, económicos e comerciais da saúde. Isto inclúe garantir unha boa educación, condicións de traballo decentes e contornas seguras. Ademais, require organizar e financiar os sistemas de saúde de maneira que aseguren o acceso a servizos eficaces para todas as persoas e regular as actividades comerciais para limitar os danos e promover resultados positivos para a saúde.

A OMS tamén acelerou o labor relativo aos determinantes comerciais da saúde. Estímase que catro sectores industriais (tabaco, produtos ultraprocesados, combustibles fósiles e alcol) son responsables de polo menos un terzo das mortes mundiais. Os determinantes comerciais da saúde non se limitan aos bens e servizos producidos, senón que inclúen as estratexias de comerciar, as condicións de traballo, as externalidades da produción e as actividades políticas, como a desinformación, presións e doazóns, que son realizadas por empresas privadas para obter beneficios financeiros.

Fonte: OPS (2024, páx. 13).

Este informe considera que a saúde, as desigualdades e a emerxencia climática son as tres principais crises do noso tempo, indicando a necesidade de adoptar medidas preventivas para abordar os determinantes sociais e económicos da saúde, insistindo en que facelo é un investimento, non un custo. Todo iso vai na liña dun dos Obxectivos do Desenvolvemento Sostible, que é lograr a saúde para todas as persoas, para o que propoñen valorar e financiar a saúde para todos, innovar para lograr a saúde para todos e fortalecer a capacidade do sector público a fin de promover a saúde para todos. As recomendacións de este informe recóllense na Táboa 5.4.

Táboa 5.4. Recomendacións do informe da Organización Panamericana da Saúde, OPS (2024), titulado *"Saúde para todos: transformar a economía para que proporcione o que importa"*.

Valorar a saúde para todos

1. Valoración do esencial. Considerar que a saúde e o benestar, do mesmo xeito que o persoal de saúde e os sistemas de saúde, son un investimento a longo prazo, non un custo a curto prazo.
2. Dereitos humanos. Utilizar compromisos xurídicos e financeiros para facer valer a saúde como un dereito humano.
3. Saúde do planeta. Restaurar e protexer o medio ambiente ao apoiar os compromisos internacionais que promoven unha economía rexenerativa que vincula o planeta e as persoas.
4. Panel de indicadores para unha economía saudable. Utilizar un conxunto de medicións que permitan rexistrar os avances ao redor de valores sociais fundamentais, máis aló da medición limitada e estática do PIB.

Financiar a saúde para todos

5. Financiamento a longo prazo. Adoptar un enfoque integral e estable para financiar a saúde para todos.
6. Calidade do financiamento. Redeseñar a estrutura financeira internacional para financiar a saúde de maneira equitativa e proactiva, incluída unha resposta eficaz e inclusiva ás crises.
7. Financiamento e gobernanza da OMS. Velar porque a OMS conte co financiamento e a gobernanza adecuadas para desempeñar a súa función clave de coordinación mundial en materia de saúde para todos.

Innovar para lograr a saúde para todos

8. Intelixencia colectiva. Establecer alianzas simbióticas entre os sectores público e privado para maximizar o valor público, buscando a maneira de compartir tanto os riscos como os beneficios.

9. Ben común. Deseñar a gobernanza do coñecemento, incluídos os réximes de propiedade intelectual, para o ben común a fin de garantir o acceso equitativo mundial a innovacións vitais en materia de saúde.
10. Orientación á obtención de resultados. Harmonizar as estratexias industriais e de innovación con misións intersectoriais audaces para lograr a saúde para todos.

Fortalecer a capacidade do sector público a fin de promover a saúde para todos
11. Enfoque de todo o Goberno. Recoñecer que a saúde para todos non só incumbe aos ministerios de saúde, senón a todo o goberno.
12. Capacidade estatal. Investir nas capacidades dinámicas do sector público, institucionalizando a experimentación e a aprendizaxe para liderar eficazmente o logro da saúde para todos.
13. Fortalecemento da confianza. Demostrar transparencia e un compromiso público significativo para que os gobernos rendan contas en relación co ben común.

Avanzouse moito neste tema, como exemplo, varios países constituíron a Alianza do Benestar (Canadá, Escocia, Finlandia, Gales, Islandia e Nova Zelandia) que prioriza o benestar das persoas como eixo central das súas políticas. Polo tanto, tal e como podemos ver, a atención á saúde mental convértese en importante, dada a relación que existe entre o benestar e ter menos trastornos mentais.

5.1.1.2. Informe do Surgeon General norteamericano

Outro informe relevante é o do *Surgeon General* norteamericano (2022), elaborado en plena pandemia producida polo covid-19 e publicado cando saíamos da mesma. Esta figura é a máxima autoridade en materia de saúde pública do goberno norteamericano, sendo os seus informes de alta calidade científica e de enorme peso para a toma de medidas en materias de saúde pública.

O informe céntrase especificamente na saúde mental e o benestar, recollendo as consecuencias da pandemia do covid-19 e o enorme impacto que tivo no mundo do traballo e na saúde mental. Na Táboa 5.5 recóllense as súas recomendacións, despois de analizar a evidencia dispoñible e que medidas serían as mellores para reducir os problemas de saúde mental na contorna laboral.

Táboa 5.5. Os cinco elementos esenciais que recomenda o *Surgeon General* (2022) norteamericano para mellorar a saúde mental e o benestar no medio laboral.

Débese crear un plan con todos os traballadores para poñer en práctica os seguintes elementos que poden axudar a converter os lugares de traballo en fonte de benestar.

1) Protección fronte ao dano
- Dar prioridade á seguridade física e psicolóxica no lugar de traballo.
- Permitir un descanso adecuado.
- Normalizar e apoiar a saúde mental.
- Aplicar normas, políticas e programas de diversidade, equidade, inclusión e accesibilidade.

2) Conexión e comunidade
- Crear culturas de inclusión e pertenza.
- Cultivar relacións de confianza.

- Fomentar a colaboración e o traballo en equipo.

3) Harmonía entre o traballo e a vida privada
- Proporcionar máis autonomía sobre a forma de realizar o traballo.
- Facer que os horarios sexan o máis flexibles e predicibles posible.
- Aumentar o acceso aos permisos retribuídos.
- Respectar os límites entre o tempo de traballo e o tempo libre.

4) Cuestións laborais
- Proporcionar un salario digno.
- Implicar aos traballadores nas decisións do lugar de traballo.
- Construír unha cultura de gratitude e recoñecemento.
- Conectar o traballo individual coa misión da organización.

5) Oportunidade de crecemento
- Ofrecer formación de calidade, educación e adestramento.
- Fomentar vías claras e equitativas de promoción profesional para avanzar na carreira profesional.
- Garantir unha retroalimentación pertinente e recíproca.

Fonte: Surgeon General (2022, páx. 10).

Tamén, nestes anos, elaboráronse outros moitos informes nesta liña, tanto por parte de organismos nacionais (ex., *National Safety Council*, 2020), como por empresas relevantes no campo laboral (ex., Deloitte, 2022).

5.1.1.3. Informes da Unión Europea

Como xa se sinalou previamente, a Unión Europea (UE) vén prestando moita atención á saúde mental en relación ao mundo laboral. Así, destacariamos como xa no ano 2014 elaborou un informe sobre "*Promover a saúde mental no posto de traballo. Guía para a aplicación dun enfoque integral*", do cal temos versión en castelán en 2017 (Wynne *et al.,* 2017). Este informe céntrase na relevancia da saúde mental e o benestar no lugar de traballo, e como se debe mellorar. Problemas como o absentismo, o presentismo e a perda de produtividade relaciónanse con iso. Este informe parte da Directiva de referencia neste tema, a 89/291/CE do Consello do 12 de maio de 1989, relativa á aplicación de medidas para promover a mellora da seguridade e da saúde dos traballadores no lugar de traballo. A partir da mesma elaboráronse un gran número de documentos e outras directivas ampliando e complementando esta.

Este informe define a saúde mental positiva como o estado de benestar caracterizado por sentirse ben, ter relacións plenas e ser capaz de xestionar os problemas. Indican que a saúde mental inflúe sobre a forma de pensar, comunicarse, aprender e crecer das persoas. A sensación de benestar reforza a capacidade de recuperación e a autoestima, dous ingredientes necesarios para participar de maneira satisfactoria na comunidade, na sociedade, na vida profesional e nas relacións.

Remitimos para o resto dos informes e documentos da UE ao capítulo 2 onde se expuxeron os informes sobre saúde mental elaborados por distintos organismos da UE.

5.1.1.4. Informe ESENER sobre riscos psicosociais e saúde no traballo

O informe da Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA) baseado na cuarta edición da "Enquisa europea de empresas sobre riscos novos e emerxentes", coñecido como informe ESENER (EU-OSHA, 2025), achega datos actualizados e relevantes sobre a percepción e xestión dos riscos psicosociais nas empresas europeas.

Entre os seus principais achados destaca que unha alta porcentaxe de empresas recoñece a existencia de problemas relacionados co estrés laboral, o acoso e a violencia no traballo, aínda que existe unha importante variabilidade segundo o sector, tamaño empresarial e país. Tamén sinala que, a pesar do crecente recoñecemento da importancia da saúde mental no ámbito laboral, moitas organizacións aínda teñen serias dificultades para implementar medidas efectivas debido á falta de recursos, coñecementos ou apoio institucional. A enquisa pon en evidencia a necesidade de fortalecer a formación en prevención psicosocial e mellorar a comunicación entre os distintos actores implicados (dirección, traballadores, servizos de prevención).

Un dos aspectos que consideramos relevante destacar é que neste Informe faise unha aclaración conceptual que cada vez terá maior relevancia no futuro, como é a diferenciación entre lugar de traballo e situación de traballo. Mentres o primeiro remite a un espazo físico concreto -como a oficina, a fábrica ou o domicilio en teletraballo-, a situación de traballo alude a un conxunto dinámico de factores organizativos, relacionais, tecnolóxicos e temporais que configuran a experiencia laboral real do traballador. Esta distinción é especialmente relevante en contextos de traballo híbrido ou remoto, onde o "lugar" perde centralidade e emerxen novas condicións de exposición psicosocial (por exemplo, illamento, dilución de límites, dispoñibilidade estendida ou dependencia dixital) (Leonardi *et al.,* 2023).

5.1.2. Informes nacionais

5.1.2.1. Informes do Ministerio de Sanidade

Tradicionalmente nos informes do Ministerio de Sanidade sempre se incluía algunha referencia á saúde mental dentro da incidencia dos problemas de saúde por cuestións laborais. Pero destaca de modo especial o informe do ano 2022 (Ministerio de Sanidad, 2022a, 2022b), xa comentado no capítulo 2. En decembro do ano 2021 aprobouse a proposta do Comité Institucional da Estratexia de Saúde Mental por parte do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (Ministerio de Sanidad, 2022b). Unha parte da mesma inclúe o mundo laboral, o que comentaremos brevemente neste apartado.

Nestes informes recoñécese que o mundo laboral é moi importante na vida das persoas, dado o elevado número de horas que nos ocupa o traballo, sendo os dous factores que apuntan como máis relevantes o estrés e os riscos psicosociais. Os novos cambios que se produciron a nivel laboral nos últimos anos, acelerados pola pandemia do covid-19, levaron a un incremento destes dous factores e, por tanto, a máis problemas de saúde mental. O informe segue moitas das propostas da Unión Europea comentadas previamente, así como as recomendacións da Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA). Na Táboa 5.6. recóllense as iniciativas que segundo o Ministerio de Sanidad (2022b) son máis relevantes e que consideran que deben seguirse actualmente entre as recollidas pola UE.

Táboa 5.6. Iniciativas que deben seguirse en relación coa saúde mental no traballo.

Iniciativa a nivel da UE sobre os riscos psicosociais

A Comisión levará a cabo unha revisión por pares dos enfoques lexislativos e de execución para abordar os riscos psicosociais no traballo nos Estados membros con vistas a presentar unha iniciativa a nivel da UE sobre os riscos psicosociais a medio prazo, en función dos seus resultados e das achegas dos interlocutores sociais.

Campañas nos lugares de traballo da UE

Campaña "Traballos saudables" e "Traballo seguro e saudable na era dixital", con énfase na saúde mental no traballo (2023-2025), da EU-OSHA.

Campaña "Traballos saudables" da EU-OSHA a escala da UE en materia de riscos psicosociais e saúde mental no traballo, con énfase nos sectores profesionais novos e desatendidos, incluídos os sectores da agricultura e a construción, así como os grupos de traballadores pouco cualificados, migrantes ou mozos (2026-2027/2028).

Fonte: Ministerio de Sanidade (2022b).

O anterior informe indica que un gran número de días laborais perdidos débense á presenza de trastornos depresivos e de ansiedade, sobre todo cando teñen un carácter máis crónico. Queda claro neste informe a importancia que ten a saúde mental no campo laboral, a necesidade da súa prevención, detección, tratamento e de ter en consideración a incorporación posterior ao posto de traballo tras unha baixa laboral. Insiste, na liña dos informes anteriores, que deben reducirse os riscos psicosociais, mellorar a saúde e seguridade no traballo e reducir o estrés.

Respecto ao estrés, no informe recóllese que en Europa é o segundo problema de saúde no traballo, afectando ao 22% dos traballadores. Na Táboa 5.7 recóllese un resumo sobre os datos que apuntan no informe en relación co estrés.

Táboa 5.7. Incidencia do estrés no traballo.

- O estrés no traballo pode afectar a calquera persoa de calquera nivel. Pode aparecer en calquera sector e nunha organización de calquera tamaño. Ademais, afecta á saúde e a seguridade das persoas, pero tamén á saúde das organizacións e das economías nacionais. En Europa, é o segundo problema de saúde máis común no traballo, afectando ao 22% dos traballadores.
- O estrés pode poñer en perigo a seguridade no lugar de traballo e contribuír a outros problemas de saúde laboral, como os trastornos osteomusculares e cardiovasculares.
- Ademais, afecta de forma importante aos resultados das organizacións. En estudos realizados en Europa e noutros países desenvolvidos observouse que o estrés é un factor presente no 50% ao 60% dos días laborais perdidos.
- Tras as enfermidades osteomusculares, a segunda causa de baixa laboral, temporal e permanente, ocúpana os problemas de saúde mental.
- A incidencia do acoso laboral estímase a nivel europeo nun 2,7%, e a nivel español entre 1,4 e 2,9%.
- O custo económico anual do estrés laboral en Europa estímase en 20.000 millóns de euros.
- En 2007, os custos totais de produtividade derivados do absentismo por problemas de saúde mental foron de 136.000 millóns de euros.

Fonte: Ministerio de Sanidad (2022b).

5.1.2.2. Informes do Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo

O Instituto Nacional de Seguridade e Saúde no Traballo (INSST), é un organismo público español que ten como misión o estudo científico e técnico daquelas cuestións relacionadas coa seguridade e a saúde no traballo. Por tanto, ten unha gran relevancia no tema que estamos a analizar porque entre as súas funcións está reducir os riscos laborais, os accidentes de traballo e as enfermidades profesionais. A saúde mental é hoxe un deses riscos. Polo seu labor de asesoría, os seus informes son relevantes no marco laboral.

Precisamente, no ano 2023 realizou un informe sobre a saúde mental no traballo (INSST, 2023) utilizando varias enquisas, como a de poboación activa, accidentes de traballo por patoloxías non traumáticas, accidentes de traballo con baixa en xornada de traballo e a enquisa europea de saúde. Pero os resultados publicados deben ser considerados con cautela, dado que se aprecia confusión en distintos aspectos técnicos (ex., confúndense síntomas e trastornos, factores de risco con consecuencias).

Cando falan de factores como estrés, ansiedade ou depresión, os datos son incorrectos (falan dun 0,4% na análise de accidentes laborais e problemas de saúde e relacionados co traballo, cando a cifra é moito máis alta) (ver Táboa 5.8). O mesmo pasa cos accidentes de traballo, no que apenas se recollen causas de trastornos mentais sinalando a consecuencia física do accidente. Por tanto, este informe leva á confusión e a infravalorar a realidade dos trastornos mentais a nivel laboral.

Táboa 5.8. Prevalencia da exposición a factores laborais con efectos negativos sobre a saúde mental por sexo.

Factores laborais	*Homes*	*Mulleres*	*Total*
Presión de tempo ou sobrecarga de traballo	31,6%	32,2%	31,9%
Trato difícil con clientes, paciente, alumnos	14,2%	18,7%	16,2%
Inseguridade laboral	11,6%	11,0%	11,3%
Mala comunicación ou cooperación dentro da organización	7,4%	7,9%	7,7%
Falta de autonomía ou de influencia sobre o ritmo ou procedemento de traballo	5,3%	5,3%	5,3%
Violencia ou ameaza de violencia	3,6%	4,1%	3,8%
Acoso ou intimidación	3,0%	3,1%	3,0%

Fonte: INSST (2023, páx. 14).

Desde a Vicepresidencia segunda do Goberno, Ministerio de Traballo e Economía Social elaborouse outro informe no ano 2023, sobre a relación entre a precariedade laboral e a saúde mental (VSG, MTES, 2023). É un informe realizado por unha comisión formada por 11 persoas, que adoece quizais de escasa participación de expertos do campo sanitario e laboral, do mesmo xeito que no comité científico-social externo. Dos 11 membros só dous teñen práctica clínica e os demais son do campo do dereito, filosofía, socioloxía, política, xestores ou investigadores. Debe sinalarse tamén que, aínda que así o indican, este non sería o primeiro estudo realizado sobre a relación entre precariedade laboral e saúde mental, dado que xa existen traballos previos da OMS, Unión Europea, Organización Internacional do Traballo e das organizacións sindicais e empresariais españolas ao respecto.

O marco global do informe é reducir a precariedade laboral, asumindo que esta é a "causa", ou "única causa" dos problemas de saúde mental. Trátase máis ben dun estudo sociolóxico-político, no que hai importantes lagoas acerca de como incide na saúde mental a precariedade laboral e as condicións de traballo. Está confirmada a existencia de tal relación, pero non é a "causa" exclusiva da pobre ou mala saúde mental. A deficiencia

técnica deste informe impídenos sacar información relevante, ao non recoller datos concretos e achegando unicamente opinións, carecendo, por tanto, de fundamentación científica.

5.1.2.3. Informes de organizacións sindicais, asociacións de saúde mental e doutras asociacións ou organismos

A saúde mental vén sendo un tema de preocupación por parte de distintos sectores sociais, proba diso son as organizacións sindicais e empresariais. Así, tanto a Unión Xeral de Traballadoras e Traballadores (UXT) (2023), como Comisións Obreiras (CCOO) (2023), e a Confederación Intersindical Galega (CIG), elaboraron en anos recentes documentos sobre a saúde mental no traballo.

O informe máis amplo, de UXT (2023), fai unha revisión do tema, insistindo nas novas formas de traballo (ex., teletraballo), a falta de traballo ou perda de emprego, así como o incremento dos problemas de saúde mental, cunha adecuada descrición de como é o noso mercado laboral (ex., alto desemprego, pequenas e medianas empresas, o peso dos servizos, soldos baixos e precariedade laboral, o manexo das baixas laborais). Un dato relevante que achegan é que no ano 2023 perdéronse en España máis de 396 millóns de xornadas laborais, como consecuencia dos procesos de incapacidade laboral temporal (ILT), unha cifra que supón elevar nun 62% as xornadas perdidas respecto ao ano 2018.

Fan referencia á importancia do estrés laboral, o problema do suicidio, a temporalidade e inseguridade laboral, as longas xornadas laborais e a enorme incidencia da pandemia do covid-19, entre outros aspectos. De interese para o presente informe son as recomendacións que fan para mellorar a saúde mental no traballo, que se recollen na Táboa 5.9.

Táboa 5.9. Propostas da UXT en relación á saúde mental.

- Elaboración, coa participación dos interlocutores sociais, dunha directiva comunitaria especifica de seguridade e saúde no traballo dirixida a regular a xestión dos riscos psicosociais nas empresas no que se afronte de forma decisiva a xestión algorítmica e de intelixencia artificial. - Actualizar a Lei de Prevención de Riscos Laborais para adaptala ás novas realidades do traballo, introducindo as avaliacións e as medidas preventivas relacionadas coa saúde mental e os riscos específicos da dixitalización na empresa. - Elaboración dunha normativa diferenciada sobre a xestión dos riscos psicosociais de orixe laboral, para o noso país. - Dotar de perspectiva de xénero á prevención de riscos laborais. - Negociación, no seo das empresas, de protocolos contra o estrés laboral, a violencia no traballo e o acoso laboral. - Garantir a reparación do dano á saúde mental, así como evitar que volva suceder, actuando desde unha perspectiva preventiva. - Actualización da listaxe española de enfermidades profesionais, para que sexan incluídas as patoloxías derivadas da saúde mental e os trastornos mentais vinculados ao traballo. - Formar e dotar de ferramentas ás persoas traballadoras para que poidan identificar e saber actuar ante as distintas situacións que poden afectar á súa saúde mental e que teñen lugar na contorna laboral.

- Formar ás persoas traballadoras para que poidan adaptarse mellor á transición dixital do mundo laboral.
- Articular un plan de choque contra a sinistralidade laboral de forma urxente, a través da apertura dunha Mesa de Diálogo Social. Entre as liñas deste plan de choque non pode faltar a redución da incidencia dos riscos psicosociais entre a poboación traballadora.
- Creación dunha figura a nivel estatal, similar á do Delegado/a Territorial de Prevención de Riscos Laborais, existente nalgunhas CCAA.
- Incrementar os investimentos en saúde mental, tanto as empresas como nas administracións.
- Promover a xestión preventiva no seo da empresa evitando a externalización masiva.
- Abordar a falta de calidade da xestión preventiva dos servizos de prevención alleos, a través dunha revisión e modificación da Orde TIN/2504/2010 do 20 de setembro.
- Promover a aprobación dunha nova normativa de mutuas que vele, realmente, polos intereses da saúde de todos os traballadores e traballadoras e a erradicación das malas prácticas realizadas por algunhas mutuas na xestión das continxencias profesionais.
- Mellora da calidade do servizo das mutuas ás persoas accidentadas ou afectadas por enfermidades profesionais e relacionadas co traballo, contando cos medios necesarios, incrementando os medios de psicólogos e psiquiatras, para atender os danos á saúde mental causados polo traballo.
- Reforzo da Inspección de Traballo, con medios humanos e materiais, para que vixíe o cumprimento da Lei. Instamos a cumprir coa recomendación da OIT de dispoñer dun inspector/a por cada 10.000 persoas traballadoras.
- Establecer protocolos de prevención e intervención das adiccións nas empresas a través da negociación colectiva.

Fonte: UGT (2023).

O informe de Comisións Obreiras (FSC-CCOO, 2022), sobre traballo e saúde mental, vai na mesma liña. Como exemplo, indican na súa introdución que "hai determinadas condicións laborais e medidas relacionadas coa organización do traballo que poden impactar negativamente na saúde física, psíquica ou social das traballadoras e traballadores. Son os chamados factores de risco psicosociais" (páx. 1).

De igual modo, a Confederación Intersindical Galega (CIG), elaborou distintos documentos sobre saúde mental. Deles destaca o monográfico que publicou en 2021 titulado "A problemática dá saúde mental. Unha pandemia que xa está entre nós" (CIG Saúde Laboral, 2021). Nela fan un percorrido das consecuencias da pandemia producida polo covid-19 na saúde mental e como a mesma está a incidir no campo laboral. Por exemplo, entre as causas relacionadas co ámbito laboral que empeoran a saúde mental sinalan: as cargas de traballo excesivas; esixencias contraditorias e falta de claridade nas funcións para desempeñar; comunicación ineficaz, pouco asertiva e falta de apoio por parte de directivos ou compañeiros; prácticas de acoso laboral e sexual consentidas pola empresa; precariedade e incerteza laboral; e, poucas posibilidades de conciliación laboral, persoal e familiar.

Igualmente, dispoñemos de informes sobre a relación entre saúde mental e traballo elaborados por asociacións de saúde mental. Como exemplo, o informe da Federación de Saúde Mental Castela e León (2021) céntrase na desigualdade no ámbito laboral, que sofren as persoas con discapacidade e as que teñen problemas de saúde mental. Dentro das barreiras de acceso ao emprego para persoas con problemas de saúde mental destacan o estigma, o rexeitamento das empresas e a baixa autoestima e desmotivación que estas persoas teñen. Especificamente, as persoas con problemas de saúde mental indican que

as súas principais dificultades para buscar emprego e mantelo son: residencia en localidades ou municipios pequenos con pouca oferta; ofertas de emprego escasas, precarias e temporais; horarios; a crise derivada da pandemia por covid-19; e, a autoestima que teñen, danada polo rexeitamento e o estigma.

O informe conclúe que: 1) é necesario ofrecer máis información tanto sobre saúde mental e emprego, como sobre as adaptacións necesarias para persoas con problemas de saúde mental nos seus postos de traballo; 2) hai que concienciar e sensibilizar para derrubar o estigma existente sobre saúde mental; e, 3) as empresas van animándose cada vez máis no apoio á diversidade e a inclusión. Ademais, tamén recollen unha guía para empregadores para promover a saúde mental no lugar de traballo.

Destaca tamén o manual sobre saúde mental e contorna laboral elaborado pola Federación Saúde Mental Comunidade Valenciana (2023), no que insisten na necesidade do traballo para as persoas e como este axuda na recuperación ás persoas con problemas de saúde mental. Por iso, propoñen incorporar no medio laboral estratexias de prevención e de promoción da saúde mental. Analizan os temas clásicos desta área, insistindo na necesidade de contornas de traballo seguros e sans. Na Táboa 5.10 indícanse os beneficios de promover a saúde mental na empresa.

Táboa 5.10. Beneficios de promover a saúde mental na empresa.

Beneficios para a empresa - Permiten reducir o absentismo, aumentar a produtividade e mellorar o clima laboral. - Cando as persoas contan cun bo nivel de saúde física e emocional, renden máis. - Ademais, coidar da saúde das persoas axuda a captar talento de calidade, especialmente entre as novas xeracións. - O valor reputacional dunha organización cun bo clima laboral reflíctese a todos os niveis. Non só mellora a súa imaxe como empresa empregadora, senón que o trato que reciben clientes e provedores por parte do persoal verase positivamente influenciado. - Un bo clima de saúde emocional na empresa reflíctese tamén no cumprimento de obxectivos, tanto os individuais como os do equipo e da organización. - Aumenta o compromiso coa organización porque mellora a motivación e a comunicación entre o persoal. - Facilita liderados máis saudables e xera círculos virtuosos: as actitudes positivas obteñen mellores respostas. - Favorece a incorporación de persoas en risco de exclusión (persoas con discapacidade, exreclusas, migrantes novos, mulleres vítimas de violencia de xénero, ...).
Beneficios para a persoa traballadora - Fomenta a autoestima e realización persoal. - Enriquece as relacións interpersoais, mellorando unha interacción social positiva - Minimiza os conflitos interpersoais. - Mellora a autonomía persoal. - Crece a motivación e satisfacción laboral. - Mellora da saúde física e mental. - Prevén enfermidades cardiovasculares e fortalece a saúde física. - Diminúen os accidentes laborais. - Reducen e/ou preveñen o consumo de substancias tóxicas ou estimulantes. - Reduce os niveis de estrés e outras enfermidades profesionais.

- Permite desenvolver estratexias de afrontamento e mellorar a resiliencia ante situacións adversas tanto dentro como fóra do traballo. *Beneficios para a sociedade* - A sociedade conta con empresas socialmente responsables cuxos beneficios repercuten na mellora da calidade de vida da poboación. - Moitas das políticas que se desenvolven nas empresas son tamén importantes para a saúde pública con relación á prevención de accidentes de traballo e enfermidades profesionais e a promoción de hábitos saudables. - Mellora a saúde mental do conxunto da sociedade.

Fonte: Federación Salud Mental Comunidad Valenciana (2023).

Nesta liña tamén destaca a guía da Confederación de Saúde Mental España (2022) e outras previas de tipo máis aplicado como a de Cambrero *et al.* (2017).

5.1.2.4. Informe do Consello Económico e Social de España

O Consello Económico e Social de España (CES, 2024) elaborou un amplo informe sobre "*O sistema sanitario: situación actual e perspectivas para o futuro"*. Nel revisaron todos os aspectos da sanidade española, incluíndo un pequeno apartado sobre a saúde mental, incardinada neste caso na asistencia sanitaria, máis que a nivel laboral. Deste apartado entresacamos as accións xerais que suxiren que habería que poñer en práctica en saúde mental (Táboa 5.11).

Táboa 5.11. Accións no ámbito da saúde mental en atención especializada que propón o CES (2024).

- Actuacións preventivas e de promoción da saúde mental en coordinación con outros recursos sanitarios e non sanitarios. - Diagnóstico e tratamento de trastornos mentais agudos e das reagudizacións de trastornos mentais crónicos, comprendendo o tratamento ambulatorio, as intervencións individuais ou familiares e a hospitalización cando se precise. - Diagnóstico e tratamento de trastornos mentais crónicos, incluída a atención integral á esquizofrenia, abarcando o tratamento ambulatorio, as intervencións individuais e familiares e a rehabilitación. - Diagnóstico e tratamento de condutas adictivas, incluídos alcoholismo e ludopatías. - Diagnóstico e tratamento dos trastornos psicopatolóxicos da infancia/adolescencia, incluída a atención aos nenos con psicoses, autismo e con trastornos de conduta en xeral e alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendendo o tratamento ambulatorio, as intervencións psicoterapéuticas en hospital de día, a hospitalización cando se precise e o reforzo das condutas saudables. - Atención aos trastornos de saúde mental derivados das situacións de risco ou exclusión social. - Información e asesoramento ás persoas vinculadas ao paciente, especialmente ao coidador/a principal.

Á súa vez, nas súas recomendacións finais, o CES considera que é prioritario concretar, actualizar e mellorar a carteira de servizos do Sistema Nacional de Saúde e, de modo especial, en saúde mental, xunto a fortalecer o modelo integral de atención á saúde mental. As propostas concretas que fan recóllense na Táboa 5.12.

Táboa 5.12. Recomendacións que fai o CES (2024) sobre a saúde mental en España.

- Aumentar os recursos dedicados á saúde mental e estender un enfoque terapéutico integral á mesma garantindo a atención multidisciplinar, a continuidade asistencial e a perspectiva de equidade. - O Sistema Nacional de Saúde debe ampliar a dotación de medios para afrontar os problemas de saúde mental, tanto de recursos humanos especializados (incluíndo psiquiatría e psicoloxía infanto-xuvenil), como de dispositivos. - Mellorar a dimensión preventiva na abordaxe da saúde mental en toda a poboación, incluída a poboación infantil e adolescente, prestando especial atención ás tecnoloxías da comunicación e as redes sociais como factores de risco, así como ás condutas potencialmente adictivas.

5.1.3. Informes autonómicos

5.1.3.1. Informes do Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia

O Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia (ISSGA) é un órgano técnico da Xunta de Galicia orientado á prevención de riscos laborais. Céntrase na seguridade e saúde laboral co obxectivo de reducir ou eliminar os riscos laborais. Nel están representados os sindicatos e os empresarios, recompilando datos, facendo labores de prevención (ex., organizando cursos, xornadas), asesorando a empresas e presentando datos sobre a temática en Galicia.

En relación á saúde mental, o ISSGA dispón de datos escasos, dado que as bases que utilizan son as dos partes de accidentes de traballo, enfermidades profesionais da Seguridade Social e a das patoloxías non traumáticas causadas ou agravadas polo traballo. Na súa páxina web pódese acceder a toda esta información (https://issga.xunta.gal). No informe "*Patoloxías non traumáticas e danos psicolóxicos. Galicia. 2013-2022*" (ISGGA, 2023), os danos psicolóxicos recollidos son escasos (ex., só se recollen 22 para todo o ano 2022). Unha posible explicación é que, con frecuencia, estes aspectos non se recollen porque se o traballador ten un problema de saúde mental acode preferentemente ao sistema sanitario e, cando hai un accidente, non sempre se indican as causas psicolóxicas, de habelas no mesmo. De todos os xeitos, este informe abre unha nova vía para analizar este tipo de riscos nos traballadores.

5.1.3.2. Posición dos sindicatos maioritarios e da confederación de empresarios de Galicia

Polo seu interese, nas Táboas 5.13 e 5.14 aparecen resumidas as opinións dos sindicatos máis representativos no ámbito galego (CIG, CCOO, UXT) e da Confederación de Empresarios de Galicia, a través da contestación a unha enquisa que se elaborou especificamente para o presente informe.

Táboa 5.13. Posición dos sindicatos maioritarios galegos (CIG, CCOO, UXT) ante a saúde mental.

Coinciden en que coa pandemia producida polo covid-19 incrementáronse os problemas de saúde mental, cunha clara incidencia dos mesmos no mundo laboral, sufrindo aínda na actualidade estas consecuencias. As persoas están moitas horas do

seu tempo no traballo, e sofren diversos problemas e tamén trastornos de saúde mental, ás veces debido ás condicións laborais ou agravados polas mesmas. O traballo é unha parte esencial da vida das persoas, pero, cando xorden problemas de saúde mental, as empresas adoitan achacalos en exclusiva a situacións persoais, quizais debido á escasa conciencia social sobre a saúde mental. A nivel laboral non se considera a saúde mental coa relevancia que ten e a prevención de riscos psicosociais non se fai na medida necesaria. A realidade é que as baixas laborais por problemas de saúde mental están ao redor do 10% do total.

Consideran que as condicións laborais actuais producidas polos cambios sociais acelerados, en gran medida pola pandemia, son moitas veces determinantes dos problemas de saúde mental, tales como o incremento das novas tecnoloxías no traballo, os cambios laborais dos últimos anos (ex., teletraballo, mobilidade); maior inestabilidade laboral; competitividade; eficiencia; falta de tempos de descanso; presión produtiva; sobrecarga de traballo; baixos salarios; mal clima laboral; precariedade laboral; falta de conciliación; estrés laboral; discriminación laboral ou acoso; escasa participación nas decisións; entre outras.

Indican que a presenza de trastornos mentais, moitos deles derivados do estrés e relacionados coa depresión, teñen unha gran incidencia nos custos laborais e na perda de produción. Pero os problemas de saúde mental non están recoñecidos como enfermidade profesional nin polas mutuas nin polas empresas. De aí a súa preocupación ante o continuo incremento dos problemas de saúde mental a nivel laboral. Consideran que mellorar a saúde mental levaría a reducir as situacións de incapacidade laboral temporal. Indican que as normativas en vigor, como o Estatuto dos Traballadores ou a Lei de Prevención de Riscos Laborais, son xenéricas en relación á saúde mental e deben mellorarse. Ademais, no caso das persoas con discapacidade e que teñen problemas de saúde mental, a normativa actual é insuficiente no campo laboral. Os servizos de vixilancia da saúde céntranse na seguridade e hixiene, deixando máis á marxe os riscos psicosociais e, por tanto, os trastornos mentais que se poden producir a nivel laboral.

Teñen unha especial preocupación polo suicidio, xunto aos problemas máis frecuentes que se recollen nas incapacidades laborais temporais, como son o estrés, a ansiedade e a depresión. Ademais, sinalan a súa preocupación polas adiccións e o alto consumo de psicofármacos que hai na actualidade.

Valoran negativamente a atención que se presta actualmente en Galicia á saúde mental, pola falta de recursos económicos, profesionais e técnicos. Consideran especialmente negativo que moitas persoas teñan que acudir á atención privada, non sendo posible que aqueles con menos recursos poidan facelo. Cren que hai unha carencia de profesionais da Psicoloxía na sanidade pública e nas mutuas de accidentes de traballo e que os recursos actualmente dedicados á saúde mental en Galicia son insuficientes. Sinalan a necesidade de dotar con máis medios á saúde mental, tanto cun maior número de facultativos como dos medios técnicos necesarios. De forma máis específica, algunhas medidas que propoñen son: dotar de máis medios sanitario-terapéuticos, crear equipos multidisciplinares, incluír psicólogos clínicos en atención primaria, crear novas unidades específicas de saúde mental, prestar unha especial atención ao suicidio e á súa prevención, priorizar a atención infanto-xuvenil, reducir as listas de espera, detección precoz destes problemas, previr os riscos psicosociais para evitar o desenvolvemento de trastornos mentais, e a coordinación entre os distintos niveis asistenciais. Doutra banda, valoran positivamente a existencia de recursos comunitarios de saúde mental (ex., asociacións de pacientes e familiares), pero só se son complementarios á atención en saúde mental desde a atención pública.

Están de acordo coas liñas que propón o Plan de Acción de Saúde Mental 2022-24 do Ministerio de Sanidade, que incide en: reforzar os recursos humanos en saúde mental; optimizar a atención integral á saúde mental en todos os ámbitos do Sistema Nacional de Saúde; sensibilizar e loitar contra a estigmatización das persoas con problemas de saúde mental; prevención, detección precoz e atención á conduta suicida; abordar os problemas de saúde mental en contextos de maior vulnerabilidade; e prevención de condutas adictivas con e sen substancias.

As súas principais propostas para mellorar a situación da atención á saúde mental, cunha visión especial desde o campo laboral, son as de facer unha avaliación anual dos riscos psicosociais nas empresas e centros de traballo; a nivel sanitario, dotar de máis profesionais e recursos para a atención á saúde mental (cunha atención especial á atención primaria, coa necesidade de introducir psicólogos/as clínicos, xunto a ampliar o número de profesionais da saúde mental nos dispositivos especializados e crear outros novos); e a nivel político, dedicar máis recursos á sanidade pública e facer cambios normativos e lexislativos para facer efectiva a prevención da saúde nas empresas, que faciliten políticas activas de emprego e de inserción laboral para as persoas con problemas de saúde mental, e fágase ver a relevancia da saúde mental a nivel laboral. Finalmente, que as empresas invistan máis en saúde mental.

Táboa 5.14. Posición da Confederación de Empresarios de Galicia sobre a saúde mental.

Primeiramente, consideran que o actual incremento dos problemas de saúde mental débese a unha combinación de distintos factores, sociais, económicos e demográficos. Indican que o envellecemento da poboación galega incrementa as patoloxías de orixe neurodexenerativo, ao que engaden as crises (financeira, pandémica, enerxética), que incrementan a incerteza no futuro e os cambios a nivel laboral, xunto ao xurdimento de novos temas como a dixitalización, uso de redes sociais, etc., que neste último caso impacta especialmente nas franxas de idades novas.

Están de acordo en que se debe diferenciar saúde mental, como concepto máis amplo, dos riscos psicosociais, os cales son parte da prevención de riscos laborais na empresa.

Indican que actualmente hai máis conciencia social acerca dos problemas de saúde mental e que debe aumentarse a resiliencia da poboación, evitar a estigmatización e que este é un problema que hai que afrontar e resolver.

Respecto ao modo de preservar a saúde mental no traballo, indican que debe mellorarse a prevención de riscos psicosociais nas empresas, que é unha parte da prevención dos riscos laborais, ata o de agora considerada a parte máis débil da devandita prevención. A saúde mental é un concepto máis amplo que o da prevención de riscos psicosociais, a cal teñen que realizar as empresas. Mentres que a prevención de riscos psicosociais é obrigatoria, o resto de accións son consideradas como voluntarias. Cando se fan, son empresas grandes as que as realizan (ex., programas de vida saudable ou mellorar de hábitos de saúde dos seus traballadores).

Os problemas de saúde mental son actualmente unha preocupación para as organizacións sindicais e empresariais, indicando que dentro do diálogo social a saúde mental está incluída dentro da Estratexia de Seguridade e Saúde Laboral Horizonte 2027. Isto leva a que cada vez máis empresas dean relevancia aos hábitos de vida saudable (ex., alimentación, práctica deportiva).

Sobre factores como o estrés, presión laboral, competitividade, eficiencia, etc., están de acordo en que estes aspectos impactan no ámbito laboral. De aí a necesidade da súa adecuada xestión. Estes problemas incrementáronse pola irrupción da

dixitalización na contorna produtiva, levando á necesidade de incidir en aspectos de xestión adecuada (ex., desconexión dixital, protocolos de acoso, incluíndo o ciberacoso ou outros).

Para reducir custos laborais causados polo absentismo, presentismo e perda de produtividade, cando están relacionados coa saúde mental, indican que hai que establecer programas que faciliten unha visión non estigmatizadora das persoas que padecen estes problemas de saúde mental e incidir na incorporación ao seu posto de traballo tras unha baixa prolongada por problemas de saúde mental. Galicia ten unha problemática moi acusada pola duración media das baixas por ITCC, que é superior á do estado (sobre 30 días máis).

Sobre os servizos de vixilancia da saúde das empresas e a súa atención aos problemas de saúde mental, apuntan que tales servizos están obrigados a realizar a vixilancia da saúde mediante servizos propios ou concertados. Avalían a saúde mental desde a perspectiva do risco psicosocial (avaliación de riscos laborais) pero non desde unha visión máis "holística" da persoa traballadora que englobe a súa saúde mental. Só se avalía o risco psicosocial desde o punto de vista das condicións laborais (carga de traballo, ritmos de traballo, clima laboral, etc.).

Sobre que habería que mellorar para prestar unha mellor atención á saúde mental en Galicia, consideran que deben mellorarse os recursos, sobre todo a de introducir especialistas en psicoloxía dentro da atención sanitaria, tanto primaria como especializada. Os recursos existentes a nivel público é necesario melloralos moito, con estratexias tanto a medio como a longo prazo. Ademais, en Galicia hai unha proporción importante de persoas maiores, o que esixe unha maior atención psicolóxica. O envellecemento conleva un maior risco de soidade e de padecer enfermidades neurodexenerativas, todo iso agravado polo despoboamento do rural. Neste sentido, a introdución de recursos comunitarios (ex., asociación de pacientes con trastornos mentais) considérano moi positivo porque permite reducir o illamento social, pero estes recursos non deben substituír a atención de especialistas no sistema sanitario. En suma, que para mellorar a atención prestada á saúde mental en Galicia é necesario incrementar o número de profesionais especialistas no sistema.

Sobre as liñas que propón o Plan de Acción de Saúde Mental 2022-24 do Ministerio de Sanidade, están totalmente de acordo con elas.

En relación ao Estatuto dos Traballadores e a Lei de Prevención de Riscos Laborais, indican que tales normativas están deseñadas para abordar o risco psicosocial dentro do traballo, non outros aspectos. Así, sobre as incapacidades laborais permanentes por problemas de saúde mental, consideran que hai un problema de falta de profesionais especialistas, aspecto que debe mellorarse, sobre todo porque cada vez hai un maior número por causas psicolóxicas e estas teñen cada vez unha maior duración.

Sobre as recomendacións que farían chegar aos responsables dos distintos actores implicados para mellorar a saúde mental en Galicia, indican que a nivel laboral debería mellorarse a xestión do risco psicosocial (sen obviar outros recollidos na prevención de riscos laborais) a través da mellora da avaliación de riscos; a nivel sanitario, a incorporación de profesionais da Psicoloxía na atención primaria e especializada; e, a nivel político, mellorar os recursos para unha adecuada atención, así como incidir en plans de actuación con medidas concretas e orzamentarias.

5.2. Factores de risco e de protección laboral para a saúde mental

Lévase décadas estudando os factores de risco e de protección a nivel laboral tanto para a saúde física como para a saúde mental. Os de risco adoitan enmarcarse no que tamén se denominan riscos psicosociais. Da ampla literatura existente, a síntese de Op de Broeck *et al.*. (2009) é unha das máis completas e aceptadas (Táboa 5.15). Na Táboa 5.16 recóllese a clasificación máis ampla, de Leka e Cox (2008) acerca dos perigos psicosociais no lugar de traballo.

Os factores de risco para a saúde mental no ámbito laboral, clasifícaos Op de Broeck *et al.* (1989) en persoais e sociais, que ás veces teñen unha gran relevancia, específicos do posto de traballo e factores socioeconómicos de tipo macro, os cales inciden tanto no acceso ao traballo, como ao tipo de traballo, calidade do mesmo, ou na lexislación vixente no mercado laboral. Por iso é polo que hai que ver o tema cunha perspectiva ampla e, ás veces complexa.

Táboa 5.15. Factores de risco para a saúde mental.

Factores persoais e sociais

- Xenética.
- Experiencias persoais.
- Sucesos vitais.
- Incidentes traumáticos.
- Apoio social.
- Capacidade de xestión dos problemas.
- Recursos.
- Comportamentos persoais relacionados coa saúde, como o consumo de alcol e drogas.

Posto de traballo

- Contido do traballo.
- Carga laboral e ritmo de traballo.
- Horarios de traballo.
- Control.
- Contorna e equipo.
- Cultura organizativa e función.
- Relacións interpersoais no traballo.
- Función na organización.
- Desenvolvemento profesional.
- Violencia e acoso.

Factores socioeconómicos

- Economía e mercado laboral.
  - . Desemprego ou ameaza de desemprego.
  - . Tipo de contrato de traballo.
  - . Seguridade laboral.
  - . Menos dispoñibilidade de servizos.
  - . Ingresos.
- Xeografía.
- Lexislación.
  - . Laboral.
  - . Benestar.
  - . Saúde e seguridade no traballo.

Fonte: Op de Broeck *et al.* (2009).

Táboa 5.16. Perigos psicosociais no lugar de traballo.

Tipo de perigo	*Definición*
Carga laboral e ritmo de traballo	Carga laboral excesiva ou insuficiente, ritmo fixado por unha máquina, nivel elevado de presión temporal, traballo rexido continuamente por prazos.
Contido do traballo	Ciclos de traballo monótonos ou curtos, traballo fragmentado ou de pouca utilidade, desaproveitamento das competencias, nivel elevado de incerteza, exposición continuada a outras persoas durante o traballo.
Control	Escasa participación na adopción de decisións, imposibilidade de controlar a carga de traballo, o ritmo, as quendas, etc.
Cultura organizativa e función	Mala comunicación, nivel reducido de asistencia para a resolución de problemas e para o desenvolvemento persoal, falta de precisión ou de acordo no relativo aos obxectivos da organización.
Desenvolvemento profesional	Estancamento e incerteza profesionais, exceso ou falta de promoción, salario baixo, inseguridade laboral, reducido valor social do traballo.
Contorna e equipo	Equipo inadecuado, equipo dispoñible, adecuación ou mantemento, malas condicións ambientais, como falta de espazo, mala iluminación ou exceso de ruído.
Función da organización	Ambigüidade das funcións, conflitos entre funcións, responsabilidade dos individuos.
Horario de traballo	Traballo por quendas, quendas de noite, horarios de traballo ríxidos, horarios imprevisibles, xornadas de longa duración ou difíciles de compatibilizar coa vida social.
Interrelación entre vida privada e a laboral	Conflito de necesidades entre a vida privada e a laboral, falta de apoio no fogar, problemas de dobre carreira.
Relacións interpersoais no traballo	Exclusión ou illamento social ou físico, mala relación cos cargos superiores, conflitos interpersoais, falta de apoio social, intimidación.

Fonte: PRIMA *Psychosocial Risk Management Excellence Framework* (Leka e Cox, 2008, páx. 2).

O traballo é un claro factor de protección para a saúde mental (Rugulies *et al.*, 2023). Traballar cumpre funcións latentes das que deriva o seu significado psicolóxico: estrutura temporal, identidade, integración social e sentido vital. Esta perspectiva resulta coherente coas recentes contribucións que posicionan o emprego como determinante social clave da saúde mental, especialmente nos países de renda alta (Burdorf *et al.*, 2023; Frank *et al*., 2023).

Outra cuestión relevante é que hai por unha banda un risco emerxente (vinculado ás novas formas de organización do traballo, como o uso intensivo de plataformas dixitais, o control algorítmico ou a hiperconectividade) e a emerxencia social do risco (cando determinados problemas alcanzan centralidade pública e institucional, como ocorreu coa saúde mental tras a pandemia) (Montes *et al.*, 2023; Szekér *et al.*, 2023). Isto foi relevante

para comprender o interese que xurdiu pola saúde mental, no eido laboral, social e sanitario, e a correspondente demanda de intervención en saúde mental.

5.3. Principais problemas de saúde mental no traballo

Tal e como xa se sinalou, os principais trastornos mentais no lugar de traballo, do mesmo xeito que na poboación xeral, son os trastornos de ansiedade, depresivos, o consumo de substancias e os trastornos adaptativos (Ministerio de Sanidad, 2022b). Pero, ademais, o estrés que poden carrexar determinadas condicións laborais é un factor modulador de distintos trastornos mentais e enfermidades. A modo de exemplo, na Táboa 5.17 recóllese a prevalencia do consumo de drogas nas persoas que están a traballar en España. Se comparamos estes datos coa prevalencia do consumo na poboación xeral, son equivalentes.

Táboa 5.17. Prevalencia de consumo de drogas a nivel laboral en España.

	Consumo nos últimos 12 meses (%)					
Substancia	*Todos*	*Homes*	*Mulleres*	*16-34 anos*	*35-64 anos*	*% de consumo, últimos 30 días*
Alcohol	81,0	85,6	75,6	81,9	80,7	67,5
Tabaco	42,3	46,5	37,3	48,1	40,2	40,0
Cigarros electrónicos	4,1	4,9	3,2	7,7	2,9	1,9
Hipnosedantes, con e sen receita médica	11,2	8,4	14,6	8,4	12,2	7,3
Analxésicos opioides sen receita	0,8	0,7	0,9	0,6	0,9	0,6
Cánnabis	10,9	14,7	6,3	19,7	7,7	8,5
Cocaína	3,1	4,6	1,3	4,1	2,7	1,4
Éxtase	1,0	1,5	0,5	1,9	0,7	0,4
Anfetaminas/speed	0,8	1,1	0,4	1,4	0,6	0,3
Alucinógenos	0,7	1,1	0,2	1,4	0,4	0,2
Heroína	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1

Fonte: OEDA (2021).

A xestión da saúde mental e o benestar no lugar de traballo por parte dos empregadores é un aspecto que recibe cada vez maiores apoios dados os beneficios económicos resultantes pola mellora da produtividade ao reducirse o absentismo (Táboa 5.18).

Táboa 5.18. Dez motivos polos que xestionar a saúde mental e o benestar no ámbito laboral: xustificación económica.

- Os problemas e trastornos de saúde mental están a aumentar en toda Europa e constitúen unha causa cada vez máis importante de absentismo entre os traballadores.
- Os custos que producen os problemas de saúde mental en relación co absentismo superan aos derivados de calquera outro tipo de enfermidade.
- As ausencias provocadas polos problemas mentais son máis prolongadas que as motivadas por outras enfermidades.
- Os cambios na natureza do traballo están a conlevar un aumento do estrés e dos problemas relacionados coa saúde mental.

- O centro de traballo é un lugar especialmente adecuado no que intervir para promover unha boa saúde mental.
- Un traballo de calidade fomenta unha boa saúde mental e o benestar.
- A lexislación sinala a xestión dos riscos psicosociais no traballo.
- En moitos países, a xestión do retorno ao traballo despois dunha incapacidade laboral recae cada vez máis sobre os empregadores e tamén lles beneficia.
- As intervencións destinadas a mellorar a saúde mental e o benestar no traballo axudan aos empregadores a cumprir os principios do contrato social.
- As intervencións centradas no individuo e destinadas a mellorar a saúde mental e o benestar resultan rendibles.

Fonte: Wynne *et al.* (2017, páx. 16).

O traballo de calidade é bo para a saúde física e mental. Algunhas das súas características son (Wynne *et al.,* 2017):

- Sentirse valorado no traballo.
- Ter un traballo con sentido.
- Poder tomar decisións sobre cuestións que nos afectan persoalmente.
- Contar cunha formación adecuada para o traballo desempeñado.
- Dispoñer dos recursos necesarios para desempeñar o traballo.
- Ocupar un posto ben deseñado, é dicir, sen unha carga excesiva.
- Ocupar un posto ben organizado en termos de horarios e de descansos.

Tamén a cultura organizativa contribúe á saúde mental e ó benestar. Por iso é polo que os compoñentes sociais do lugar de traballo poden proporcionar unha contorna de traballo favorable para a saúde mental e o benestar. Por exemplo, poden ofrecer (Wynne *et al.,* 2017):

- Apoio social, xa que os compañeiros de traballo poden axudar aos individuos para compartir os seus problemas persoais, a xestionalos e a afrontalos.
- Capacidades para xestionar os problemas: a interacción social no posto de traballo pode conlevar, directa ou indirectamente, oportunidades para aprender a xestionar os problemas de maneira eficiente.
- Apoio material: os centros de traballo ofrecen recursos en forma de ingresos monetarios, ademais, tamén existe a posibilidade de recibir apoio material directo dos compañeiros como axuda para solucionar problemas.

5.4. A prevención de riscos psicosociais e o Servizo de Vixilancia da Saúde

Respecto á prevención dos riscos psicosociais, existen unha gran cantidade de accións, documentación e normas legais. Seguindo o informe da Unión Europea sobre como promover a saúde mental no lugar de traballo (Wynne *et al.,* 2017), considérase que unha política adecuada de saúde mental e benestar debe ter estes catro elementos en conta: 1) saúde e seguridade; 2) promoción da saúde; 3) rehabilitación e retorno ao traballo; e, 4) igualdade e non discriminación.

A prevención de riscos psicosociais céntrase no primeiro e segundo apartado. En relación á política de saúde e seguridade no traballo, consideran que a mesma debe conter os seguintes elementos:

- As causas do estrés laboral, a súa identificación e o seu control.
- Un compromiso de xestionar e evitar os riscos para a saúde mental existentes no lugar de traballo.
- Información sobre como se abordarán a saúde mental e o benestar a través da identificación dos perigos, da avaliación de riscos e das medidas de control.

- O papel concreto da notificación, por exemplo, a través de declaracións sobre a seguridade, auditorías, etc.

- As cualificacións e a formación que debe ter o persoal implicado.

- Unha definición clara das responsabilidades e da rendición de contas para todos os elementos do sistema de saúde e seguridade.

- As relacións entre a política e o sistema de saúde e seguridade e outras políticas pertinentes, como as relativas á promoción da saúde, a rehabilitación e o retorno ao traballo, a igualdade, a loita contra a discriminación ou a xestión dos recursos humanos.

En relación á política de promoción da saúde no lugar de traballo, que é a que se ocupa do deseño e definición dun enfoque destinado a manter e mellorar a saúde mental e o benestar dos empregados, utilizando como contexto o centro de traballo:

- A política debe abordar tanto os problemas profesionais como os relacionados coa saúde mental e o benestar xerais. Non só debe centrarse no individuo, senón tamén na súa contorna de traballo e debe estar destinada a fomentar a capacidade de recuperación dos traballadores, por exemplo, ao mellorar a súa habilidade para xestionar os problemas.

- A política debe abordar os vínculos existentes coas políticas de saúde e seguridade. En concreto, debe incluír vías para conseguir que a contorna de traballo sexa máis propicia para a saúde mental e o benestar; este fin pode lograrse a través de diversas intervencións relacionadas co deseño ou a organización do traballo ou cos cambios culturais.

- A política debe designar a individuos responsables para a súa aplicación, debe especificar os coñecementos e as competencias que estes últimos deben ter, así como, as actividades nas que deben participar.

O terceiro elemento, a política de rehabilitación e retorno ao traballo pretende que a persoa poida volver ao seu anterior posto de traballo nas mellores condicións posibles. Para iso, suxírese que haxa unha norma dentro da organización que o permita, de aí a relevancia de que haxa leis que o faciliten (Wynne *et al.,* 2018). Por iso é polo que, organismos como a Unión Europea, suxiran que os países deben:

- Estipular como levará a cabo a mediación entre o traballador ausente e a organización.

- Estipular como levará a cabo o control temperán, a avaliación e a remisión aos servizos competentes.

- Estipular como pode acceder o empregado a unha persoa que, se fose necesario, lle apoie ante os profesionais médicos, o supervisor ou a familia.

- Especificar o dereito a un plan de retorno ao traballo adaptado, flexible e individualizado para o traballador ausente.

- Estipular como se avaliará a capacidade de traballo.

- Estipular como se facilitarán acomodacións e axustes estables, correctamente adaptados ao individuo e que conten co apoio necesario.

- Especificar o dereito a que se tomen medidas para un retorno gradual ao traballo.

- Facilitar un sistema activo de xestión dos casos para supervisar o proceso de reintegración.

- Establecer como se ofrecerán oportunidades de capacitación ao traballador ausente a través de actividades de reciclaxe e de rehabilitación no lugar de traballo.

- Facilitar oportunidades para que o empregado examine a súa preparación para o traballo ou para que obteña experiencia nun posto alternativo de transición.

- Facilitar o recurso ao apoio e ao asesoramento técnico.

- Fomentar a concienciación sobre a política de rehabilitación e retorno ao traballo dentro da empresa.

Estas disposicións refírense a unha política de rehabilitación e retorno ao traballo xeral que xestione todo tipo de enfermidades e lesións. Con todo, poderían incluírse outras disposicións centradas especialmente na saúde mental e no benestar. Entre elas, inclúense as seguintes:

- A necesidade de concienciar a todas as partes interesadas do lugar de traballo sobre a saúde mental e o benestar.
- A necesidade de loitar contra a estigmatización e a discriminación naqueles casos nos que se presenten.
- A dispoñibilidade de persoal cualificado, xa que a maioría dos empregados ou directivos non dispoñen dos coñecementos ou das competencias necesarias para xestionar problemas de saúde mental ou de rehabilitación e retorno ao traballo.
- A necesidade de ter en conta os diferentes efectos que poden ter as enfermidades ou os problemas de saúde mental, como, por exemplo: que se pode esperar dos traballadores cando regresan ao seu posto?
- A necesidade de garantir a confidencialidade da información; tendo en conta que os problemas de saúde mental son unha cuestión delicada, as políticas deben garantir a confidencialidade naqueles casos nos que se solicite.

Finalmente, debe haber unha política de igualdade e non discriminación no lugar de traballo, como recollen habitualmente as normas e leis laborais.

En España dispoñemos de varias normas legais que afectan ao anterior, como, de modo xeral, o Estatuto dos Traballadores e, de modo específico, a Lei de Prevención de Riscos Laborais. Tamén outras, como a que afecta ásas persoas con discapacidade, que veremos noutro punto. Na Táboa 5.19 indicamos algúns artigos relevantes das anteriores leis.

Taboa 5.19. Artigos máis relevantes para a prevención de riscos psicosociais das leis do Estatuto dos Traballadores e de Prevención de Riscos Laborais.

Lei do Estatuto dos traballadores
Artigo 19. Seguridade e saúde no traballo. 1. O traballador, na prestación dos seus servizos, terá dereito a unha protección eficaz en materia de seguridade e saúde no traballo. 2. O traballador está obrigado a observar no seu traballo as medidas legais e regulamentarias de seguridade e saúde no traballo. 3. Na inspección e control das devanditas medidas que sexan de observancia obrigada polo empresario, o traballador ten dereito a participar por medio dos seus representantes legais no centro de traballo, se non se conta con órganos ou centros especializados competentes na materia a tenor da lexislación vixente. 4. O empresario está obrigado a garantir que cada traballador reciba unha formación teórica e práctica, suficiente e adecuada, en materia preventiva tanto no momento da súa contratación, calquera que sexa a modalidade ou duración desta, como cando se produzan cambios nas funcións que desempeñe ou se introduzan novas tecnoloxías ou cambios nos equipos de traballo. O traballador está obrigado a seguir a formación e a realizar as prácticas. Todo iso nos termos sinalados na Lei 31/1995, do 8 de novembro, de Prevención de Riscos Laborais, e nas súas normas de desenvolvemento, en canto lles sexan de aplicación. 5. Os delegados de prevención e, na súa falta, os representantes legais dos traballadores no centro de traballo, que aprecien unha probabilidade seria e grave de accidente pola inobservancia da lexislación aplicable na materia, requirirán ao empresario por escrito

para que adopte as medidas oportunas que fagan desaparecer o estado de risco; se a petición non fose atendida nun prazo de catro días, dirixiranse á autoridade competente; esta, se apreciase as circunstancias alegadas, mediante resolución fundada, requirirá ao empresario para que adopte as medidas de seguridade apropiadas ou que suspenda as súas actividades na zona ou local de traballo ou co material en perigo. Tamén poderá ordenar, cos informes técnicos precisos, a paralización inmediata do traballo se se estima un risco grave de accidente. Se o risco de accidente fose inminente, a paralización das actividades poderá ser acordada polos representantes dos traballadores, por maioría dos seus membros. Tal acordo poderá ser adoptado por decisión maioritaria dos delegados de prevención cando non resulte posible reunir coa urxencia requirida ao órgano de representación do persoal. O acordo será comunicado de inmediato á empresa e á autoridade laboral, a cal, en vinte e catro horas, anulará ou ratificará a paralización acordada.

Lei de Prevención de Riscos Laborais

Artigo 22. Vixilancia da saúde.
1. O empresario garantirá aos traballadores ao seu servizo a vixilancia periódica do seu estado de saúde en función dos riscos inherentes ao traballo. Esta vixilancia só poderá levarse a cabo cando o traballador preste o seu consentimento. Deste carácter voluntario só se exceptuarán, previo informe dos representantes dos traballadores, os supostos nos que a realización dos recoñecementos sexa imprescindible para avaliar os efectos das condicións de traballo sobre a saúde dos traballadores ou para verificar se o estado de saúde do traballador pode constituír un perigo para o mesmo, para os demais traballadores ou para outras persoas relacionadas coa empresa ou cando así estea establecido nunha disposición legal en relación coa protección de riscos específicos e actividades de especial perigo. En todo caso deberase optar pola realización daqueles recoñecementos ou probas que causen as menores molestias ao traballador e que sexan proporcionais ao risco.
2. As medidas de vixilancia e control da saúde dos traballadores levaranse a cabo respectando sempre o dereito á intimidade e á dignidade da persoa do traballador e a confidencialidade de toda a información relacionada co seu estado de saúde.
3. Os resultados da vixilancia a que se refire o apartado anterior serán comunicados aos traballadores afectados.
4. Os datos relativos á vixilancia da saúde dos traballadores non poderán ser usados con fins discriminatorios nin en prexuízo do traballador. O acceso á información médica de carácter persoal limitarase ó persoal médico e ás autoridades sanitarias que leven a cabo a vixilancia da saúde dos traballadores, sen que poida facilitarse ao empresario ou a outras persoas sen consentimento expreso do traballador. Con todo, o anterior, o empresario e as persoas ou órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados das conclusións que se deriven dos recoñecementos efectuados en relación coa aptitude do traballador para o desempeño do posto de traballo ou coa necesidade de introducir ou mellorar as medidas de protección e prevención, a fin de que poidan desenvolver correctamente as súas funcións en materia preventiva.
5. Nos supostos en que a natureza dos riscos inherentes ao traballo o faga necesario, o dereito dos traballadores á vixilancia periódica do seu estado de saúde deberá ser prolongado máis aló da finalización da relación laboral, nos termos que regulamentariamente se determinen.
6. As medidas de vixilancia e control da saúde dos traballadores levaranse a cabo por persoal sanitario con competencia técnica, formación e capacidade acreditada.

Todo o anterior faise nas empresas a través do Servizo de Vixilancia da Saúde que se orienta tanto a mellorar a saúde no traballo como as condicións laborais para que as persoas non desenvolvan problemas de saúde. Unha das súas funcións é observar e corrixir condicións de traballo que poidan levar a unha mala saúde, incluída a saúde mental.

En España dispoñemos de varias normas legais que regulan os Servizos de Vixilancia da Saúde. Tamén temos a *"Guía básica e xeneral de orientación das actividades de vixilancia da saúde para a prevención de riscos laborais",* que elabora o Ministerio de Sanidade, a última do ano 2020 (Garcia *et al.*, 2020), a cal orienta, guía e suxire o que hai que facer.

Táboa 5.20. Definición e obxectivos da vixilancia da saúde.

O termo vixilancia da saúde dos traballadores engloba unha serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades e están orientadas á prevención dos riscos laborais, cuxos obxectivos xenerais teñen que ver coa identificación de problemas de saúde e a avaliación de intervencións preventivas. O principal propósito da vixilancia da saúde vai ser comprender mellor o impacto que o traballo ten sobre a saúde dos traballadores, de tal forma que xere información que oriente á toma de decisións para mellorar as condicións de traballo. Por outra banda, a vixilancia debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sexa posible, os efectos adversos sobre o benestar social, físico e mental, de tal maneira que se poida evitar a progresión cara a un ulterior dano para a saúde máis importante. Unha parte importante da vixilancia da saúde dos traballadores é a vixilancia das enfermidades, lesións e outros danos de orixe profesional. Consiste na observación sistemática e continua dos episodios relacionados coa saúde na poboación co fin de previr e controlar os riscos profesionais, así como as enfermidades e lesións asociadas a eles.

Fonte: García *et al*. (2020, páx. 16-17).

Na práctica faise unha vixilancia individual e unha vixilancia colectiva da saúde. A primeira sería a vixilancia médica (ex., revisións anuais de saúde) e a colectiva é na que se analizan os riscos e danos que poden atoparse nese posto de traballo ou en toda a empresa (ex., nunha empresa de gases). En todo o anterior hai que seguir tanto as normas legais e sanitarias en vigor (ex., voluntariedade, confidencialidade, ética.), como as excepcións aplicables en certas situacións (ex., obrigatoriedade de certos controis polas específicas condicións de traballo). Así, o art. 22 da Lei de Prevención de Riscos Laborais di que "os recoñecementos son obrigatorios cando sexan imprescindibles para verificar se o estado de saúde do traballador pode constituír un perigo para o mesmo". Isto tamén é aplicable cando o seu estado de saúde pode ser un risco para outros traballadores ou outras persoas.

En relación á saúde mental, é aplicable que o recoñecemento médico previo á contratación laboral en certos postos ou circunstancias, tal como o art. 22 xa citado.

Hoxe é indubidable o papel central que ten na prevención de riscos laborais a vixilancia da saúde das persoas traballadoras, entendida como un instrumento para detectar precozmente efectos adversos derivados da exposición a riscos laborais. Neste sentido hai un esforzo por establecer protocolos específicos de vixilancia da saúde para os riscos psicosociais no traballo como, por exemplo, o Protocolo PSICOVS2023

(Soriano-Tarín *et al.*, 2023). Con todo, o seu carácter voluntario e a confidencialidade limitan a aplicación práctica, especialmente en PEMES, e carece de indicadores claros para avaliar a eficacia a longo prazo. Ademais, debería ampliarse a avaliación ó abordaxe de riscos emerxentes, como o teletraballo, pola súa maior relevancia actual.

5.5. Incapacidade laboral temporal ou permanente e saúde mental

As incapacidades dos traballadores están recollidas na lexislación vixente, como é o Estatuto dos Traballadores, a Lei de Prevención de Riscos Laborais, a Lei da Seguridade Social, xunto a outras normas desenvolvidas a partir das mesmas. Iso vén auspiciado por acordos e normas internacionais, como as de Nacións Unidas ou da Organización Internacional do Traballo.

Pola súa relevancia temos moitas guías sobre a incapacidade laboral (ex., Instituto Nacional da Seguridade Social, 2018; UGT, 2015, 2023). Delas, un apartado sempre está dedicado aos trastornos mentais, onde algúns deles teñen un período longo de tempo de incapacidade.

A Asociación Española de Especialistas en Medicina (Vicente-Herrero *et al.*, 2016) indica algúns aspectos conceptuais relevantes neste tema, como é diferenciar incapacidade de discapacidade, e os seus respectivos graos. Actualmente, esta conceptualización baséase na Clasificación Internacional do Funcionamento da Discapacidade e da Saúde (CIF) da Organización Mundial da Saúde (2001). *Discapacidade* indica os aspectos negativos da interacción entre un individuo, cunha condición de saúde dada, e os factores contextuais (ambientais e persoais). É un termo xenérico, que inclúe deficiencias nas funcións e estruturas corporais, limitacións na actividade e restricións na participación. Do mesmo xeito que o funcionamento, enténdese como unha interacción dinámica entre a condición de saúde e os factores contextuais.

Segundo a CIF, *a enfermidade e a incapacidade* son conceptos distintos que poden ser observados de forma totalmente independente e que non sempre se presentan cunha relación predictora dun con respecto do outro, xa que teñen características independentes. Así, dúas persoas coa mesma enfermidade poden ter diferentes estados funcionais, e dúas persoas co mesmo estado funcional non necesariamente teñen a mesma enfermidade. De modo máis operativo, a *incapacidade* queda referida ó ámbito laboral e circunscríbese ás capacidades dunha persoa para desenvolver un traballo. Pola contra, o tema da *discapacidade* é máis amplo. Non só se refire á capacidade laboral senón tamén ao seu ámbito persoal e social. Por iso é polo que unha mesma persoa pode ter recoñecida unha incapacidade permanente absoluta e unha discapacidade, pero non necesariamente ámbalas situacións van parellas nin teñen por que ter a mesma causa. Esta posibilidade de converxencia fai que en moitos casos os termos mestúrense e utilícense como sinónimos, pero a realidade é outra.

Como din Vicente-Herrero *et al.* (2016), o termo incapacidade pódese definir como a situación sobrevida de forma involuntaria e imprevista que implica unha diminución ou anulación da súa capacidade laboral. O termo oposto, a capacidade, está determinada por aspectos culturais, físicos, educativos, económicos, etc., que limitan a incorporación laboral de todos os individuos a todos os postos de traballo (é dicir, "non todos podemos realizar todas as tarefas")". Por tanto, a incapacidade refírese á situación que impide desempeñar unha actividade laboral, mentres que a discapacidade se relaciona coa dificultade para desempeñar un rol na vida diaria que sería o normal en función da idade, sexo e factores sociais e culturais.

A nosa lexislación considera a existencia da incapacidade temporal e da incapacidade permanente, diferenciando nesta última os tipos de parcial, total, absoluta e gran invalidez.

En relación á saúde mental, xa o estudo de Vaqueiro *et al.* (2011) indicaba que o principal motivo de incapacidade temporal en España de longa duración é, tanto en homes como en mulleres, a patoloxía osteomioarticular, seguido en homes de lesións e traumatismos, e en mulleres por patoloxías de complicacións do embarazo. A terceira causa en ámbolos sexos son os trastornos mentais, máis frecuentes en mulleres que en homes, predominando os trastornos do estado de ánimo e os de ansiedade. Calcúlase que un 6,5% das baixas débense a trastornos mentais, cun 15,4% do total de días de baixa por continxencia común nas persoas traballadoras (17% en mulleres, 12,4% en homes), en datos de 2021. Nese mesmo ano a media de duración temporal da baixa era de 98 días (FREMAP, 2022). A OIT calcula que o custo dos problemas de saúde mental sitúase entre o 3 e o 4% do PIB da UE. Algúns dos trastornos mentais como a depresión, o trastorno bipolar, algúns trastornos de ansiedade, a esquizofrenia, o alcoholismo ou o trastorno límite da personalidade, poden levar a unha incapacidade permanente absoluta. As persoas con trastornos mentais graves teñen moitas dificultades para incorporarse ao traballo e, cando o fan, adoitan ter postos de menos responsabilidade (Allande-Cussó *et al.*, 2022).

Como se comentou no capítulo 3, o estudo "*Saúde mental e traballo. Diagnóstico da situación"* do Instituto Nacional de Seguridade e Saúde dos Traballadores (2023), onde repasaban as enquisas feitas en España sobre esta temática, indicaba que este problema é hoxe importante e que hai que tomar medidas para que non siga crecendo, como vén facendo nos últimos anos dende a pandemia do covid-19 que fixo aflorar moitos trastornos mentais.

Destacamos finalmente o informe da Asociación Española de Directores de Recursos Humanos (Saura *et al.*, 2023), onde repasan a situación da saúde mental en España, a súa incidencia no ámbito laboral, as baixas que ocasiona (o 14,3% de todas as baixas laborais no ano 2021), xunto ao seu custo. Propoñen varias medidas que se poden aplicar desde as empresas, como psicoeducación, avaliación frecuente sobre o estado emocional, servizo de psicoloxía e telepsicoloxía, valoración psicofísica nos exames de saúde dos traballadores e programas de mindfulness. Tamén describen exemplos de boas prácticas en empresas baseadas no anterior.

5.6. Persoas con discapacidade e saúde mental

Existen diferentes definicións de discapacidade, pero, xeralmente, faise referencia a unha deficiencia física, mental ou sensorial, xa sexa de natureza permanente ou temporal, que limita a capacidade de exercer unha ou máis actividades esenciais da vida diaria, que pode ser causada ou agravada pola contorna económica e social. Segundo a nosa lexislación, sería unha situación que resulta da interacción entre as persoas con deficiencias previsiblemente permanentes e calquera tipo de barreiras que limiten ou impidan a súa participación plena e efectiva na sociedade, en igualdade de condicións coas demais (ex., Lei 6/2022 dos Dereitos das Persoas con Discapacidade e Inclusión social; Ministerio de Dereitos Sociais e Axenda 2030, 2022; ou o Real Decreto 1/2013 polo que se aproba o Texto Refundido da Lei Xeral de dereitos das persoas con discapacidade e da súa inclusión social). Na nosa normativa considéranse varios tipos de discapacidade: do desenvolvemento (ex., linguaxe), físicas (ex., ausencia de funcións motoras), intelectuais (ex., discapacidade intelectual) ou orgánicas (perda de funcionalidade dalgúns órganos, ex., fibrose quística). Outras clasificacións, como a

norteamericana (CDC, 2020) consideran as discapacidades relacionadas coa visión, o movemento, o razoamento, a memoria, a aprendizaxe, a comunicación, a audición, a saúde mental e as relacións sociais.

As normativas existentes en España sobre discapacidade (sobre todo o Real Decreto 1/2013 e Lei 6/2022 dos Dereitos das Persoas con Discapacidade e Inclusión social, e os seus desenvolvementos posteriores), son froito das convencións e acordos internacionais dos últimos anos. Así, destaca a Convención Internacional sobre os dereitos das persoas con discapacidade, aprobada en 2006, pola Asemblea Xeral de Nacións Unidas, outras posteriores, e a recente Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade, de Nacións Unidas (2024). O seu obxectivo é preservar e facer explícitos os dereitos destas persoas, garantindo o seu dereito á actividade profesional e ao traballo (sen discriminación), así como ao goce do resto de dereitos sociais como un cidadán máis.

Dentro da discapacidade, desde hai anos vénse prestando unha especial atención á discapacidade intelectual e á presenza nestas persoas de trastornos mentais asociados, tanto en nenos como adolescentes e adultos (ex., Martorell *et al.*, 2011; Verdugo e Martorell, 2009). O certo é que estas persoas sofren igual ou maior número de trastornos mentais que as persoas sen esta discapacidade, sendo con frecuencia infradiagnosticados (Bouras e Holt, 2004). Estímase que entre o 20 e 40% das persoas con discapacidade cognitiva teñen un trastorno mental asociado (Morentín *et al.*, 2021). É un colectivo especialmente vulnerable e cun importante estigma. Por exemplo, as mulleres con discapacidade intelectual teñen entre 2 e 4 veces máis probabilidades de sufrir violencia nunha relación íntima que as mulleres sen discapacidade (OMS, 2023). Isto incide na súa saúde física, mental e equilibrio emocional.

A Convención sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade (Nacións Unidas, 2024) esixe aos Estados que garantan que as persoas con discapacidade teñan acceso á mesma atención de saúde gratuíta ou a prezos asumibles e da mesma variedade e calidade que as demais persoas. A inclusión das persoas con discapacidade é hoxe un aspecto fundamental para lograr os Obxectivos de Desenvolvemento Sostible e facer realidade unha saúde para todos.

5.7. O tratamento dos problemas de saúde mental

O tratamento dos problemas de saúde mental que un traballador pode presentar realizarase por parte dos recursos dispoñibles no Sistema Nacional de Saúde, o SERGAS en Galicia, ou naqueles outros lugares ou servizos que dispoña a empresa. Aspectos relevantes neste ámbito son o tempo de duración do tratamento e a adecuada reincorporación ao posto de traballo unha vez finalizada a incapacidade laboral temporal.

Nun capítulo posterior verase cumpridamente como están organizados os servizos de saúde mental para a atención aos problemas de saúde mental en Galicia.

5.8. Como mellorar a saúde mental na contorna laboral

Sabemos que a contorna laboral pode ser unha fonte de satisfacción, pero tamén de problemas. Hai factores que facilitan ter unha mellor saúde mental, como é estar satisfeito co traballo. Aínda que a relevancia da saúde mental está hoxe na axenda social, incluída a laboral, isto non se operativizou de forma práctica para poder detectar, axudar e tratar a estas persoas, sobre todo nos seus estadios iniciais.

Un dos factores clásicos vinculados coa mala saúde mental e co xurdimento de problemas, patoloxías e enfermidades físicas, é o estrés laboral. De aí a necesidade de ter

programas específicos no campo laboral para reducilo. A empresa pode ser un lugar de especial interese para a implementación de programas preventivos dirixidos ao manexo do estrés e a outras problemáticas frecuentes, como a redución do consumo de alcol, tabaco e outras drogas ou mellorar as habilidades para afrontar distintas situacións laborais, persoais ou familiares. Na Táboa 5.20 indícase un exemplo acerca da idoneidade do lugar de traballo como espazo para realizar prevención de problemas co consumo de alcol.

Outros problemas que nos últimos anos están a ser foco de atención no mundo laboral son o *mobbing* (acoso moral, acoso psicolóxico), o *burnout* (síndrome de estar queimado polo traballo), a problemática do traballo a quendas, o teletraballo e a ergodependencia (estrés que sofre o traballador polo seu tipo de emprego que lle obriga a facer unha actividade tan intensa que non pode descansar adecuadamente durante longos períodos de tempo) (Díaz, 2012).

Outro aspecto para ter en conta é a preocupación que o traballador pode ter respecto a demandar tratamento por problemas de saúde mental cando o precisa, en canto ao que dirán, ao estigma ou mesmo a que poida perder o posto de traballo, a pesar de estar protexido pola normativa existente. Igualmente, é preciso ter en conta o proceso de incorporación laboral despois de ter un problema de saúde mental. Facilitar esta incorporación, levará a unha mais rápida recuperación, adaptándose mellor ao posto de traballo e a evitar recaídas. En todo iso o Servizo de Vixilancia da Saúde ten unha gran importancia e un papel central.

O que está claro é que o lugar de traballo é un lugar idóneo para facer a prevención de enfermidades e de trastornos mentais (ver Táboa 5.20).

Táboa 5.20. O lugar de traballo e a súa idoneidade para a prevención.

O lugar de traballo ofrece varias oportunidades para implementar estratexias de prevención para reducir o dano causado polo alcol, xa que a maioría dos adultos están empregados e botan unha parte importante do seu tempo no traballo. O lugar de traballo tamén pode ser un factor de risco para o consumo nocivo de alcol. Moitos estudos atoparon asociacións significativas entre o estrés no lugar de traballo e elevados niveis de consumo de alcol, un maior risco de problemas coa bebida e dependencia do alcol. A evidencia atopou que o alcol, e en particular o consumo excesivo de alcol, aumenta o risco de desemprego e, para os que traballan, de absentismo. O consumo de alcol, especialmente o consumo excesivo episódico, aumenta o risco de chegar tarde ao traballo e saír antes do mesmo ou de suspensión disciplinaria, o que leva á perda de produtividade; unha maior rotación por morte prematura; problemas disciplinarios; roubo e outros delitos; pobres relacións cos compañeiros de traballo e baixa moral global na empresa. Os estudos suxiren que o consumo de alcol pode ter máis efectos sobre a produtividade no traballo que sobre o número de días perdidos. Os custos da perda de produtividade é o elemento dominante nos estudos dos custos sociais, representando aproximadamente o consumo de alcol a metade do custo social total na UE.

Fonte: Anderson (2013, páx. 1).

As leis sinaladas previamente céntranse tanto no réxime sancionador (especialmente o artigo 54, 2f do Estatuto dos Traballadores, e o artigo 25, 1 da Lei de Riscos Laborais) (ver Táboa 5.22) como en aspectos da prevención, o tratamento e a rehabilitación. Á súa vez, hai normativas específicas, moi restritivas por cuestións de seguridade, en certos

sectores laborais onde a persoa non pode consumir alcol ou drogas dado que ten que estar en condicións físicas e psíquicas adecuadas (ex., no transporte) (Westreich, 2016).

Táboa 5.22. Artigos relevantes que afectan ós traballadores en relación ao consumo de alcol e drogas do Estatuto dos Traballadores e da Lei de Prevención de Riscos Laborais.

Estatuto dos traballadores, artigo 54, 2 f

Artigo 54. Despedimento disciplinario.

1. O contrato de traballo poderá extinguirse por decisión do empresario, mediante despedimento baseado nun incumprimento grave e culpable do traballador.

2. Consideraranse incumprimentos contractuais:

a) As faltas repetidas e inxustificadas de asistencia ou puntualidade ao traballo.

b) A indisciplina ou desobediencia no traballo.

c) As ofensas verbais ou físicas ao empresario ou ás persoas que traballan na empresa ou aos familiares que convivan con eles.

d) A transgresión da boa fe contractual, así como o abuso de confianza no desempeño do traballo.

e) A diminución continuada e voluntaria no rendemento de traballo normal ou pactado.

f**)** *A embriaguez habitual ou toxicomanía se repercuten negativamente no traballo.*

g) O acoso por razón de orixe racial ou étnica, relixión ou convicción**s**, discapacidade, idade ou orientación sexual e o acoso sexual ou por razón de sexo ao empresario ou ás persoas que traballan na empresa.

Lei de Riscos Laborais, artigo 25, 1

Artigo 25. Protección de traballadores especialmente sensibles a determinados riscos.

1. O empresario garantirá de maneira específica a protección dos traballadores que, polas súas propias características persoais ou estado biolóxico coñecido, incluídos aqueles que teñan recoñecida a situación de discapacidade física, psíquica ou sensorial, sexan especialmente sensibles aos riscos derivados do traballo. A tal fin, deberá ter en conta estes aspectos nas avaliacións dos riscos e, en función destas, adoptará as medidas preventivas e de protección necesarias.

Os traballadores non serán empregados naqueles postos de traballo nos que, a causa das súas características persoais, estado biolóxico ou pola súa discapacidade física, psíquica ou sensorial debidamente recoñecida, poidan eles, os demais traballadores ou outras persoas relacionadas coa empresa poñerse en situación de perigo ou, en xeral, cando se atopen manifestamente en estados ou situacións transitorias que non respondan as esixencias psicofísicas dos respectivos postos de traballo.

2. Igualmente, o empresario deberá ter en conta nas avaliacións os factores de risco que poidan incidir na función de procreación dos traballadores e traballadoras, en particular pola exposición a axentes físicos, químicos e biolóxicos que poidan exercer efectos mutaxénicos ou de toxicidade para a procreación, tanto nos aspectos da fertilidade, como do desenvolvemento da descendencia, con obxecto de adoptar as medidas preventivas necesarias.

Enfoques teóricos como a teoría de demandas e recursos laborais (JDR), o modelo transaccional do estrés ou a teoría da conservación de recursos (COR) revalorizan o papel dos recursos persoais e laborais (como a autoeficacia, o apoio social ou o sentido do propósito) e orientan moitas intervencións cara ao individuo, especialmente con técnicas como as de ámbito da xestión do estrés, o mindfulness, a resiliencia ou o benestar. Pero, paralelamente, desprazan o foco dos factores estruturais ou colectivos (por exemplo, carga de traballo, ambigüidade de rol, inxustiza organizativa) e chocan, en certa medida, co marco normativo europeo, que prioriza a eliminación ou redución do risco na súa orixe, a intervención colectiva e a adaptación do traballo á persoa (Art. 15 da LPRL e Directiva 89/391/EEC). Paradoxalmente, as revisións sobre a eficacia das intervencións organizativas obteñen resultados, nalgúns casos, desalentadores (Kröll *et al.*, 2017; Richardson e Rothstein, 2008).

O absentismo laboral por incapacidade temporal en España presenta unha alta concentración nun pequeno grupo de persoas traballadoras. En concreto, nun amplo estudo nacional das baixas, atoparon que o 16,6% do total de persoas empregadas do Réxime Xeral acumulou o 69,6% dos procesos de baixa e o 64,5% das xornadas perdidas en 2023. Ademais, en cinco anos houbo un incremento do 55% na proporción de traballadores reincidentes (Peiró *et al.*, 2025). Isto introduce retos estruturais para a xestión da saúde ocupacional.

Do mesmo xeito, hai un novo fenómeno que é a dificultade para cubrir vacantes en determinados sectores. Isto implica, cando hai unha vacante ou unha baixa, unha intensificación da carga laboral para o resto do persoal, en moitos casos ante a imposibilidade de cubrir tal praza, o que pode agravar os riscos psicosociais pre-existentes, como tamén os problemas de saúde mental incipientes ou ben precipitalos.

Referencias

Allande-Cussó , R., García-Iglesias, J. J., Fagundo- Rivera, J., Navarro-Abal, Y., Climent-

Rodríguez, J. A. e Gómez-Salgado, J. (2022). Salud mental y trastornos mentales en los lugares de trabajo. *Revista Española de Salud Pública, 96*, e1-11.

Anderson, P. (2013). *Alcohol in the workplace*. World Health Organization En: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/191367/8-Alcohol-and-the-workplace.pdf).

Becoña, E. (2023). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y las adicciones*. Ministerio de Sanidad, Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_Becona_GuiaBuenasPracticasCalidad_PrevDrogasAdicciones.pdf

Bouras, N. e Holt, G. (2004). Mental Health Services for adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry, 184*, 291-292.

Burdorf, A., Fernandes, R. C. e Robroek, S. J. (2023). Health and inclusive labour force participation. *Lancet, 402(10410)*, 1382-1392.

CDC (2020). *Las discapacidades y la salud*. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades de Desarrollo de los CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. En https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability.html

Cambrero, D., Díez, M. A., Gómez, S., Hernández, N. e Molinos, R. (2017). *Buenas Prácticas. Promoción de la salud mental en entornos laborales*. Feafes Valladolid "El Puente".

CIG Saúde Laboral (2021). A problemática da saúde mental. Unha pandemia que xa está entre nós. *CIG Saúde Laboral, n. 42*. En: https://www.cigsaudelaboral.org/files/documentos/ARTIGO%201%20Boletin%20CIG%20Saude%20Laboral%20N%2042%20Version%20galego.pdf

Collantes, M. P. Marcos, J. I. e Velázquez, M. (Eds.) (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. La Ley, Grupo Wolters Kluwer España. En: https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/medicina_201320/eu_saludmen/adjuntos/salud_mental_trabajadores.pdf

Confederación Salud Mental España (2021). *Guía. La importancia de la salud mental para el bienestar laboral. Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras*. Confederación Salud Mental España. En: https://consaludmental.org/centro-documentacion/importancia-salud-mental-bienestar-laboral/

Consejo Económico y Social de España [CES] (2024). *El sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro*. Consejo Económico y Social de España. En: https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

Deloitte (2022). *Mental health and well-being in the workplace*. UK, Deloitte. En https://gx-mental-health-2022-report-noexp.pdf

Departamento de Investigación e Información (INSST) (2023). *Salud mental y trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Economía Social. En: https://www.insst.es/documents/94886/5326464/Salud+Mental+y+Trabajo+2023.pdf/9a0163c8-e840-0b47-ea05-dc4e46e866ab?t=1687776097872

Díaz, J. J. (2012). Psicopatología relacionada con alteraciones por quebrantamiento en la organización del trabajo. *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de la Seguridad Social, 2,* 141-151.

Díaz, M. P., Matulié, M. V., Zueras, I. V. e Renom, M. A. (2023). Discapacidad y salud mental: retos pendientes. *Alimara,* 97-105.

FEAPS (2020). *Trastornos de salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Declaración FEAPS e Informe Técnico*. Federación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Federación Salud Mental Castilla y León (2021). *Guía de adaptaciones y buenas prácticas. Salud mental y bienestar en el trabajo*. Federación Salud Mental Castilla y León. En:

https://saludmentalcyl.org/wp-content/uploads/2022/06/FSMCYL_GuiaBuenasPracticasSaludMentalBienestarTrabajo_AF-1.pdf
Federación Salud Mental Comunidad Valenciana (2033). *Salud mental en el entorno laboral*. Federación Salud Mental Comunidad Valenciana. En: https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Entorno-Laboral.pdf
Frank, J., Mustard, C., Smith, P., Siddiqi, A., Cheng, Y., Burdorf, A. e Rugulies, R. (2023). Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. Lancet, *402(10410),* 1357-1367.
FREMAP (2022). *Observatorio de Salud. Estudio de la evolución de los "trastornos mentales y del comportamiento" en la incapacidad temporal".* FREMAP. En: https://gestionit.fremap.es/Documents/pdf/informeTMC-REV0.pdf
FSC-CCOO de Madrid (2022). *Plan para la protección de la salud mental en el entorno laboral*. FSC-CCOO. En: https://madrid.fsc.ccoo.es/035f4ed78a719b833d008879f60787b1000050.pdf
García, M., Esteban, V., Gallo, M., Artieda, L. e Guzmán, A. (2020). *Vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Guía básica y general de orientación*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. En: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiavigisalud.pdf
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2023). *Salud mental en el trabajo. Diagnóstico de la situación*. Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST. En: https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/salud-mental-y-trabajo-2023
Instituto Nacional de la Seguridad Social (2018). *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4ª edición*. Ministerio de Empleo y de Seguridad Social, Instituto Nacional de la Seguridad Social. En: https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES
Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia [ISSGA] (2023). *Patologías non traumáticas e danos psicolóxicos. Galicia. 2013-2022*. ISSGA. En: https://issga.xunta.gal/es/observatorio/patologias-no-traumaticas-y-danos-psicologicosgalicia2013-2022
Kröll, C., Doebler, P. e Nüesch, S. (2017). Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 26(5),* 677-693.
Leka, S. e Cox, T. (2008). *The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF*. Institute of Work, Health and Organizations. En: http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima-ef_ebook.pdf
Leonardi, P. M., Parker, S. H. e Shen, R. (2024). How remote work changes the world of work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 11(1),* 193-219.
Martorell, A., Ayuso, J. L., Salvador-Carulla, L., Tamarit, J. e Zabalegui, M. (2011). *Discapacidad intelectual y salud mental. Guía práctica*. Fundación Pardo-Valcarce y Comunidad de Madrid.
Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). *Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 para el acceso, goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Aprobada por Consejo de Ministros de 3 de mayo de 2022*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Secretaria General Técnica y Centro de Publicaciones. En: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/discapacidad/docs/estrategia-espanola-discapacidad-2022-2030-def.pdf
Ministerio de Sanidad (2022a). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
Ministerio de Sanidad (2022b). *Plan de Acción de Salud Mental, 2022-24. Estrategia Salud Mental del SNS*. Ministerio de Sanidad. En:

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Montes, C., Copa, M. J., Ferrón, L., Garabito, M., Lorenzo, M. N. e Sousa, E. (2023). *Caminando desde la prevención al bienestar laboral: riesgos psicosociales y salud en el trabajo*. Instituto de Seguridad y Salud Laboral de Galicia, Consellería de Emprego, Comercio y Emigración, Xunta de Galicia. En: https://issga.xunta.gal/sites/default/files/biblioteca/documentos/Riesgos%20Psicosociais%20CAST%20pliegos.pdf

Morentín, R., Redondo, C., Arias, B. e Rodríguez, J. (2021). *Personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la salud mental: Prevalencia y principales características*. Plena Inclusión Castilla y León.

Naciones Unidas (2024). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Naciones Unidas. En: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n24/083/45/pdf/n2408345.pdf

National Safety Council (2020). *Safer. Safe actions for employee returns. Mental health and the workplace*. National Safet Council. En: https://www.nsc.org/workplace/safety-topics/safer/mental-health-and-wellbeing

Op de Broek, R., Van Den Broek, K. e De Meyer, S. (2009). Mental health promotion. En T.Haratau e R. Wynne (Eds.), *Workplace health promotion: Definition, methods and techniques*. Romtens Foundation.

OMS (2001). CIF. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Versión abreviada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

OMS (2023). *Discapacidad.* En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

Organización Panamericana de Salud [OPS] (2024). *Salud para todos: transformar la economía para que proporcione lo que importa. Informe final del Consejo sobre Aspectos Económicos de la Salud para Todos de la OMS*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. En: https://iris.paho.org/handle/10665.2/59577

Peiró, J. M., Goerlich, F. J., Serrano, L., Mínguez, C., Pascual, F., Davcheva, M., Mesa, J. M. e Villalba, S. (2025). *Nota breve 5: Estudio sobre la incapacidad temporal y siniestralidad*. Umivale Activa e Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie). En: https://umivaleactiva.es/dam/umivale-activa/absentismo-y-competitividad/Notas-breves_Umivale_Activa_IVIE-5.pdfUmivale

Richardson, K. M. E e Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13(1),* 69–93.

Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B. A., Arensman, E., Kawakami, N., LaMontagne, A. E e Madsen, I. E. H. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *Lancet*, *402*(10410), 1368–1381.

Saura, C., Parrilla, M., Vázquez, M., Lloro, R., de Andrés, B., Burriel, B., Mendoza, G. e Villalón, M. (2023). *Libro blanco sobre salud mental y emocional*. Asociación Nacional de Directores de Recursos Humanos. En: https://aedrh.org/wp-content/uploads/2024/02/Libro-Blanco_07-02-2024_.pdf

Soriano-Tarín, G., Guillén, P., Mazón, L., García, R., Carballo, M. E., Chanca, A. e Catalina, C. (2023). *Protocolo PSICOVS2023: Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgos psicosociales.* Affor Health. En: https://www.uam.es/uam/media/doc/1606943547882/protocolo-psicovs2023-2.pdf

Szekér, L., Gaudiino, M., Van den Broeck, A., Lenaerts, K., Vandekerckhove, S., Vanmarcke, S., ... Riso, S. (2023). *Psychosocial risks to workers' well-being: Lessons from the COVID-19 pandemic*. Eurofound. En:

https://www.eurofound.europa.eu/es/publications/2023/riesgos-psicosociales-para-el-bienestar-de-las-personas-trabajadoras-lecciones

Surgeon General (2022). *The Surgeon General´s Framework for Mental Health and Well-Being in the Workplace*.Surgeon General. En: www.hhs.gov/sites/default/files/workplace-mental-health-well-being.pdf

UGT (2023). *Salud mental y trabajo*. Unión General de Trabajadores. En: https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf

UGT (2015). *Guía incapacidad temporal*. UGT. En: https://www.ugt.es/sites/default/files/migration/GUIA_Incapacidad_Temporal_Politica_Social_CEC_Sanidad_0.pdf

UGT (2023). *La incapacidad temporal. Actualizada abril de 2023*. Servicio de Estudios UGT. En: https://servicioestudiosugt.com/la-incapacidad-temporal-actualizacion-abril-2023/

Vaquero, M., Sanabria, M., Lorente, M. C., Burgos, S., Beránderz, M. L., Bermudo, S., Limón, A. e López, A. (2011). *Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración. Propuesta de screening y de intervención*. Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Verdugo, M. y Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad intelectual: adaptación social y problemas de comportamiento.* Pirámide.

Vicente-Herrero, M. T., Terradillos, M. J., Aguado, M. J., Capdevila, L., Ramírez, M. V. e Aguilar, E. (2016). *Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas*. En: http://www.aeemt.com/contenidos/grupos_trabajo/Incapacidad_Discapacidad_AEEMT/DOCUMENTO%20INCAPACIDAD%20Y%20DISCAPACIDAD.pdf

Vicepresidencia segunda del Gobierno. Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023). *Precariedad laboral y salud mental. Conocimientos y políticas. Comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental en España*. Vicepresidencia segunda del Gobierno. Ministerio de Trabajo y Economía Social. En: https://consaludmental.org/centro-documentacion/precariedad-laboral-salud-mental/

Wynne, R., De Broek, V., VAnderbroek, K., Leka, S, Jain, A., Houtman, I., McDaid, D. e Park, A.L. (2017). *Promover la salud mental en el puesto de trabajo. Guía para la aplicación de un integral*. Comisión Europea, Oficina de Publicaciones. En: https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c1358474-20f0-11e8-ac73-01aa75ed71a1

World Health Organization (2022). *WHO guidelines on mental health at work.* World Health Organization En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-eng.pdf?sequence=1

Capítulo 6
Novos problemas e factores facilitadores da situación da saúde mental actual

6.1. A globalización e a súa incidencia nas persoas
6.2. O acelerado cambio das últimas décadas
6.3. O estrés e as súas dificultades para afrontalo
6.4. A incidencia nas persoas dos novos reforzadores e a súa difusión masiva: drogas, novas tecnoloxías, acceso a bens e servizos, lecer e tempo libre, etc.
6.5. Internet, redes sociais e saúde mental
6.6. Malestar psicolóxico ou emocional como preludio dos problemas de saúde mental
6.7. A cronicidade de distintos trastornos mentais
6.8. Envellecemento da poboación e incremento dos trastornos mentais
6.9. A necesaria atención aos grupos vulnerables
6.10. O custo sanitario, laboral, social e familiar dos trastornos mentais
6.11. A maior incidencia no medio laboral dos actuais problemas de saúde mental
Referencias

6.1. A globalización e a súa incidencia nas persoas

A globalización é un fenómeno moi complexo que afecta a todos os ámbitos do comportamento humano desde o económico ata o relixioso e tamén ao equilibrio ecolóxico en todo o planeta (Becoña e Vázquez, 2007). O fenómeno máis visible da globalización foi Internet, que permitiu a rápida difusión a nivel mundial, afectando de modo relevante á economía, tecnoloxía, novas formas de comunicación, ir cara a un pensamento único e cambios no papel do estado tradicional. Todo isto implica cambios, ás veces profundos, que tamén inciden na saúde mental (Talarn, 2007).

Levamos anos discutindo as vantaxes e perigos da globalización. Así, existe o denominado movemento antiglobalización, agrupados no Foro Social Mundial, co lema "Outro mundo é posible". Este movemento rexeita a globalización económica, sendo as súas principais consecuencias negativas a deslocalización, soldos baixos e as altas ganancias das corporacións internacionais.

Un dos efectos máis importantes da globalización é a denominada "identidade bicultural", que se define como a presenza nun mesmo individuo de dúas identidades: a súa, a local, e a da cultura global. En ocasións isto inflúe na propia identidade do individuo ao ter este unha cultura, e ao mesmo tempo convivir con outra que ve todos os días, ou que lle incitan a adaptarse a ela. Noutros casos, os individuos manteñen os aspectos centrais da súa cultura e integran outros da global na súa, sen que haxa contradicións nin competencia entre elas. Integran o novo dentro do seu modelo cultural, ou como un elemento adicional da propia (ex., ser seguidor dun equipo de fútbol europeo tanto nun pobo africano, como na Amazonía ou nas extensións da pampa Arxentina). Isto, en ocasións, levou a unha cultura híbrida, froito da unión da cultura propia e a da globalización, como se aprecia nunha parte dos emigrantes que levan anos vivindo nos países desenvolvidos, especialmente nos seus fillos.

A globalización leva xa anos entre nós polo que estamos habituados a ela. Témola moi presente nas compras, o intercambio de produtos entre países, as viaxes cada vez máis frecuentes e o turismo. A autosuficiencia, habitualmente tan necesaria para a supervivencia, quedou atrás. Pero todo isto non está exento de riscos e de problemas, entre eles os da saúde mental.

En relación coa saúde mental a globalización apréciase nas sociedades desenvolvidas polo incremento da diversidade étnica e cultural, sobre todo pola inmigración cara aos países máis desenvolvidos (Okasha, 2005). No caso dos países con baixo nivel de desenvolvemento ou en vías de desenvolvemento, a relación entre saúde mental e globalización é máis complexa, cunha gran incidencia negativa nas zonas rurais, maior incidencia nos mozos, sobre todo os de 15 a 35 anos, e nos países asiáticos, que tamén é onde hai máis estudos de investigación (Bath, 2022). Débese a que a introdución da globalización, sobre todo nos países asiáticos, levou a un cambio na forma de traballar, maior estrés, competitividade, exclusión social, á existencia do coñecido como "estrés educativo" (cando non é posible acceder a estudar ou fracásase nos estudos) ou á falta de oportunidades, entre os principais. Todo o anterior incide negativamente na saúde mental e no incremento das taxas de suicidio (Bath, 2022).

O fenómeno da globalización debémolo ter presente en lugares como Galicia, onde vivimos un cambio enorme en poucas décadas, pasando de vivir as persoas maioritariamente na zona rural a zonas urbanas, e con cambios no mercado laboral, co paulatino paso da economía baseada na pesca, agricultura e gandería á industrialización, servizos e outros traballos.

6.2. O acelerado cambio nas últimas décadas

Nas últimas décadas vivimos cambios acelerados en moitos aspectos, desde a tecnoloxía ata a forma en que nos comunicamos. Este ritmo vertixinoso conleva aspectos positivos, pero tamén trae consigo desafíos significativos para a saúde mental. Por exemplo, a chegada de Internet e os dispositivos móbiles fixo que a información estivera máis accesible que nunca e iso influíu na educación, o entretemento e as relacións interpersoais. Con todo, tamén xerou unha sobrecarga de información e unha presión constante para estar sempre "conectados", o que pode levar á ansiedade, o estrés e, nalgúns casos, ao illamento social.

Así, o informe sobre "*A Situación da Saúde Mental en España*", publicado pola Confederación Saúde Mental España e Mutua Madrileña (García *et al*., 2023) recolle que ata o 74,7% da poboación considera que a saúde mental da sociedade empeorou, e atribúeno ás dificultades económicas (91,4%), a incerteza ante o futuro (89%), a presión, as esixencias e os estresores do día a día (88,8%). Aos clásicos determinantes sociais dos problemas de saúde mental como as condicións socioeconómicas, acceso á educación, desigualdade, violencia, illamento, estigma, condicións de vivenda, etc., únense novos condicionantes como son a hiperconectividade dixital, o cambio climático, a sobrecarga de información, a polarización política, a diminución da privacidade, o traballo en remoto e a perda dos límites coa vida privada, a exposición a contido impactante, as expectativas sobre a autoimaxe, etc., factores influentes nunha poboación cada vez máis ansiosa (Expósito-Duque *et al*., 2024).

En canto á sobrecarga de información, pode levar a varios efectos negativos. Cando estamos expostos a unha cantidade abafadora de datos, pode ser difícil procesar e filtrar o que realmente é relevante ou útil. Nunha revisión sistemática observouse que a procura de información en Internet é unha práctica moi habitual entre as persoas que presentan algún problema de saúde, máis aínda se teñen dúbidas non resoltas ou un estado emocional ansioso. Estas procuras poden dar pé a conclusións erróneas sobre a evolución de enfermidades, a tratamentos "caseiros" ou a autodiagnósticos de enfermidades, aumentando á súa vez a ansiedade da persoa (Myrick, 2019). A sensación de ter que estar ao tanto de todo pode ser atafegante e causar estrés e ansiedade. Ademais, a toma de decisións vólvese máis complicada, xa que temos tantas opcións e opinións que ás veces non sabemos que camiño seguir. Tamén pode afectar a nosa capacidade de concentración, xa que, con tantas distraccións, é fácil perder o enfoque en tarefas importantes e diminuír a nosa produtividade e creatividade.

A evolución tecnolóxica, especialmente con avances como a intelixencia artificial e o metaverso, trouxo consigo unha mestura de emoción e certa incerteza (Giraldo *et al*., 2023). Por unha banda, estas innovacións ofrecen oportunidades incribles, desde mellorar a comunicación e o acceso á información ata crear experiencias inmersivas en contornas virtuais. Con todo, tamén xeran preguntas sobre o futuro. Por exemplo, a automatización e a intelixencia artificial poden cambiar a forma en que traballamos, o que pode xerar preocupacións sobre a perda de emprego ou a necesidade de adquirir novas habilidades. O metaverso podería potenciar o uso problemático da tecnoloxía, os xogos ou ás aplicacións das redes sociais. Converténdose nunha vía de escape para aquelas persoas que non son felices no mundo real, brindando unha realidade alternativa onde construír un mundo á medida de cada un. Isto facilitaría a percepción deformada nos menores, menos capaces de distinguir o mundo real do mundo virtual (Benjamins, 2023). A proliferación de cada vez máis espazos dixitais e a perda ou redución da privacidade, xera unha sensación constante de exposición intensificando as dinámicas de comparación e competencia, o que á súa vez pode aumentar a sensación de vulnerabilidade e fraxilidade emocional.

Nas últimas décadas aumentou a conciencia sobre temas sociais e medioambientais, promovéndose movementos pola igualdade de xénero e os dereitos LGBTQ+, etc. Isto deulles máis visibilidade a estas temáticas, con lexislacións específicas e un cambio cultural. Con todo, esta maior conciencia xerou debates intensos e enfrontamentos entre diferentes grupos cuxa falta de consenso pode xerar polarización e división. Tamén, unha preocupación crecente nos últimos anos é o cambio climático, xa que existe unha maior conciencia da mala utilización dos recursos e a asunción de que hai un límite á explotación excesiva dos mesmos.

Outra nova preocupación é o incremento dos movementos de poboación interna de moitos países ou o fenómeno da inmigración, cos seus problemas asociados. Segue habendo moitos conflitos e guerras actualmente. Como exemplo, segundo ACNUR, a finais de 2023, aproximadamente 117,3 millóns de persoas permanecían desprazadas pola forza e foran forzadas a fuxir como resultado de persecución, conflito, violencia, violacións dos dereitos humanos ou circunstancias que perturbaran gravemente a orde pública (ACNUR, 2023). Hoxe vivimos cerca os efectos da guerra de Ucraína (*Mental Health Europe*, 2022). Nas poboacións refuxiadas, os traumas vividos antes do proceso migratorio determinan a súa saúde mental e o seu risco de padecer trastornos, como o trastorno de estrés postraumático. Con todo, aínda que o contexto tras a migración podería mellorar as habilidades para recuperarse do trauma, a realidade é que determinantes como a dificultade para acceder a un emprego estable, o acceso á vivenda, os baixos ingresos, os problemas comunicativos polo descoñecemento do idioma e a falta de intérpretes, a soidade (especialmente as separacións familiares), o illamento e a discriminación, únense ao proceso de procura de asilo, tarefa complexa, lenta e cargada de incertezas (Gleeson, 2020).

Tamén vimos nas últimas décadas un cambio nas dinámicas laborais, cun aumento no traballo en remoto e a economía colaborativa. O teletraballo permite unha maior flexibilidade para adaptar horarios e equilibrar vida persoal e laboral, aforro de tempo e diñeiro, mellor acceso a oportunidades laborais, nalgúns casos aumento de produtividade, etc. Con todo, pode contribuír a que se desdibuxen os límites entre vida persoal e laboral, ademais de aumentar a competitividade e o illamento dos traballadores. A economía colaborativa fai referencia a un modelo económico e social baseado no intercambio e a compartición de bens, servizos e recursos a través de plataformas dixitais. Algúns exemplos son o aloxamento e transporte compartido, traballo colaborativo (*freelance*), intercambio de bens…, que promoven o uso eficiente dos recursos existentes, reducindo o consumo excesivo e fomentando a sustentabilidade, á vez que xera novas oportunidades económicas para as persoas, pero ás veces, sen a seguridade laboral que ofrece o traballo tradicional. A aparición destes novos modelos xerou cambios significativos no mercado laboral, a economía e a sociedade. A rapidez coa que se producen estes cambios pode facer que moitas persoas se sintan atafegadas e desorientadas, con pouco tempo de adaptación. Doutra banda, a precariedade laboral (moitas veces motivada pola continua fluidez do mercado laboral) e a competencia constante, poden aumentar a sensación de inseguridade e afectar á autoestima.

As condicións socioeconómicas son un factor clave que determinan o acceso ao benestar. O aumento sostido dos prezos non sempre se ve reflectido no crecemento paralelo dos salarios, o que leva a ter menos renda dispoñible e a un aumento do número de membros do fogar que deben traballar para soster á familia, fenómeno xa xeneralizado nas sociedades desenvolvidas coa incorporación da muller ao mercado laboral.

En resumo, a sociedade volveuse máis interconectada, consciente e adaptable, o que trouxo tanto oportunidades como desafíos. É importante recoñecer estes desafíos e buscar formas de coidar a saúde mental, como establecer límites no uso da tecnoloxía,

fomentar relacións significativas, establecer medidas preventivas eficaces e potenciar os factores protectores, cara a evitar a patoloxización e medicalización da vida cotiá. De aí a relevancia de considerar os distintos determinantes da saúde mental (Expósito-Duque *et al*., 2024).

6.3. O estrés e as súas dificultades para afrontalo

O estrés é unha resposta natural do organismo ante situacións que percibimos como ameazantes ou desafiantes e a sensación de non dispoñer dos recursos suficientes para facerlle fronte. É unha das principais problemáticas da sociedade actual. Entre os seus factores de influencia atópanse o ritmo de vida acelerado e a constante adaptación ós cambios; a sobrecarga laboral, en ocasións caracterizada por horarios extensos; inseguridade pola permanencia e a presión polo rendemento; a tecnoloxía e a conectividade permanente, que inflúen na dispoñibilidade e sobreexposición á información; as esixencias económicas, polo elevado custo da vida, as débedas e a incerteza financeira; e o deterioro das relacións interpersoais, pola falta de contacto real e a presión pola imaxe social en redes.

Cando o estrés vólvese crónico, pode ter efectos prexudiciais na saúde física e mental, manifestándose en forma de fatiga e esgotamento (físico e mental), ansiedade, depresión e problemas emocionais, enfermidades cardiovasculares e enfraquecemento do sistema inmunolóxico, problemas de concentración e rendemento laboral baixo, alteracións no soño e hábitos alimenticios, etc.

A contorna laboral pode considerarse un dos principais factores determinantes que poden influír na saúde mental dos traballadores, especialmente no que se refire ás condicións estruturais e organizativas ás que se ve sometido. Esta contorna laboral ten efectos positivos cando o traballo proporciona satisfacción e contribúe á autorrealización persoal, ou efectos negativos provocados por situacións de estrés, patróns e horarios de traballo inadecuados, posibles situacións de abuso e/ou acoso, etc., que poden contribuír á aparición de alteracións na saúde mental do traballador (Allande-Cussó *et al*., 2022).

A OMS define o *acoso laboral* ou *mobbing* como o comportamento agresivo dun ou máis membros dun equipo de traballo cara a un individuo do devandito grupo, co obxectivo de producir medo, desprezo ou depresión nese traballador, ata que renuncie ou sexa despedido. A prevalencia do *mobbing* en España calcúlase que é do 4,9% dos traballadores na enquisa máis fiables, con datos do ano 2003 (Carneiro *et al*., 2008). Máis recentemente o EuroFound atopan unha media do 13% para Europa, estando España cerca do 10% (Eurofound, 2024).

Doutra banda, a OMS definiu o *burnout*, ou *síndrome de desgaste profesional*, como o resultado do estrés crónico no lugar de traballo que non foi manexado con éxito (Downey *et al*., 2022). Componse de tres dimensións: esgotamento emocional, despersonalización e realización persoal. Entre as causas atópase a sobrecarga de traballo, a sensación de falta de control, un ambiente laboral conflitivo, un desequilibrio entre a vida persoal e profesional e a falta de propósito.

Existen estratexias útiles para previr e afrontar o estrés. Por exemplo, segundo Carver *et al*. (1989), poden considerarse formas de afrontamento adaptativas, segundo as categorías por eles propostas: o afrontamento activo, a planificación, a reinterpretación positiva ou o apoio social. Pola contra, a negación, a desconexión condutual ou recorrer ao consumo de substancias como o alcol ou os medicamentos terían un valor máis dubidoso. Con todo, non todas as estratexias son efectivas en todas as situacións. A eficacia dunha ou outra pode depender do contexto e das características individuais (Etxebarria, 2002), véndose por tanto involucrados distintos factores tanto internos

(personalidade, experiencia previa, resiliencia, autoestima ou autoconfianza, estilo de afrontamento, saúde mental e física, …), como externos (tipo de problema a afrontar, apoio social percibido, condicións familiares, laborais ou académicas, acceso a recursos, ambiente social e cultural, …). Estes factores interactúan de maneira complexa e inflúen en como unha persoa percibe e responde a situacións estresantes de maneira máis ou menos efectiva.

Na práctica clínica obsérvase de maneira frecuente que a falta de tempo é unha das dificultades coa que se atopan as persoas para implementar diferentes estratexias ou recomendacións como o exercicio físico, a meditación ou o descanso, facendo referencia ás excesivas responsabilidades diarias, laborais ou familiares, ou a dificultade para organizar ou planificar todas elas, deixando en segundo ou último plano o autocoidado (ás veces interpretado como perda de tempo ou falta de produtividade). Outro dos factores que aumenta a dificultade de implementación é que a regulación ou afrontamento emocional é un proceso gradual que non xera resultados inmediatos, senón que require constancia, esforzo e compromiso. Ás veces as persoas teñen unhas expectativas irreais acerca dos efectos a alcanzar e, ao non obtelos de maneira inmediata, ou mesmo ao experimentar certa incomodidade inicial (por falta de habilidade, familiaridade, etc.), poden tender a abandonar, interpretando que non funciona ou que algo están a facer mal, e volvendo a hábitos ou estratexias máis automatizadas ou con efectos máis rápidos (por exemplo, consumo de alcol, tabaco, alimentación pouco saudable, procrastinación, abuso do entretemento dixital) que, a pesar de supoñer un alivio inicial, poden manter ou acentuar o problema. Ademais, o estrés crónico, como se comentou antes, pode xerar esgotamento, reducindo a motivación para facer cambios.

É importante por tanto prestar atención ás nosas emocións e ao que nelas subxace, sobre todo ás interpretacións e valores que nelas estanse reflectindo, e ser flexibles para ser capaces de ver que é o máis adecuado en cada caso en función dos acontecementos, o contexto, o propio estado físico e anímico, etc. (Etxebarria, 2002).

En resumo, o estrés é unha resposta complexa que pode ter efectos significativos na nosa saúde e benestar. Desenvolver e practicar estratexias de afrontamento adaptativas é esencial para manexar o estrés de maneira efectiva e minimizar os seus impactos negativos.

6.4. A incidencia nas persoas dos novos reforzadores e a súa difusión masiva

Os reforzos, a gratificación e o pracer son básicos para a nosa supervivencia. A nosa capacidade de aprender, polos procesos de condicionamento clásico, operante e vicario, permitiunos un avance enorme como especie (Domjan e Delamater, 2023). Esta aprendizaxe ten a súa base biolóxica, no coñecido como circuíto do pracer ou sistema de recompensa cerebral, onde a dopamina ten un papel relevante (Kasdin *et al*., 2024), incidindo a mesma tanto na aprendizaxe como na motivación (Enríquez-Traba *et al*., 2025; Sarro *et al*., 2022).

O proceso de aprendizaxe vén modulado de modo importante polo ambiente. Pero nas últimas décadas douse un cambio importante no ambiente ao que estabamos habituados nas décadas anteriores. Hoxe, a diferenza de hai décadas, introducíronse elementos externos novos que son moi reforzantes, co risco de producir procesos compulsivos ou adictivos porque van directamente ao noso sistema de recompensa. Referímonos ó acceso e posibilidade de consumir drogas que producen adicción; e aos novos e constantes estímulos que recibimos a través de Internet, as redes sociais e resto dos medios de comunicación. Estes, ademais, utilizan os principios da aprendizaxe para orientarnos e guiarnos en moitos aspectos da vida, desde elixir que estudar, ata que

comprar, modelar os nosos gustos, crear e aprender a ter unha idea de nós e do mundo, etc.

Respecto ao consumo de drogas, na actualidade existe unha gran preocupación a nivel mundial polo crecemento exponencial da problemática do consumo de drogas e a súa relación coa saúde mental, situación que se vive cada vez con maior intensidade na poboación escolar. Esta realidade e o feito de que se evidencie un crecemento no consumo de drogas por parte de adolescentes, cada vez en idades máis temperás, cos consecuentes efectos adversos para a súa saúde e desenvolvemento, converteron a esta nunha problemática importante de saúde pública (Toro *et al*., 2018).

As substancias psicoactivas están a chegar sen moita restrición a todos os estratos sociais. Isto débese, entre outras razóns, ao incremento na produción das devanditas substancias, e ao incremento da difusión destas temáticas nos medios de comunicación, ao que se suma a súa facilidade de distribución e de acceso ás mesmas, creando importantes problemas en moitos consumidores (Mendoza-Carmona e Vargas-Peña, 2017). O consumo destas substancias ten consecuencias negativas para a saúde, incluído o desenvolvemento de trastornos mentais, o cal incrementa os custos dos servizos de saúde (Dás *et al*., 2016).

Aínda que a adicción ao consumo de substancias psicoactivas é unha ameaza global para as persoas, sen importar a súa condición, cultura, idade ou sexo, non é un segredo que a poboación adolescente é o grupo de persoas máis vulnerable polo ciclo e momento da vida que enfronta (Perea-Machado e Rodríguez-Flórez, 2020). Os cambios emocionais e físicos que viven, e que son os que dan forma á súa personalidade e identidade, van acompañados de procesos de experimentación e constrúense ademais a través de procesos de socialización e de interacción co medio e de relacionamento social, o que conleva unha exposición a situacións que poden representar un risco, de maneira especial se se atopan na etapa escolar. Esta realidade implica un papel responsable dos pais que deben estar presentes e apoiar de maneira permanente aos seus fillos durante esta etapa.

Respecto ao uso das tecnoloxías, nas últimas décadas, o seu acceso creceu exponencialmente, grazas á globalización, Internet e a redución de custos na produción tecnolóxica, transformando case todos os aspectos da vida humana. Algunhas das principais tecnoloxías ás que tivemos acceso son: tecnoloxías da información e comunicación (TICs): Internet de alta velocidade; smartphones e redes móbiles (3G, 4G, 5G); redes sociais e plataformas dixitais; computación na nube; intelixencia artificial e automatización: asistentes virtuais (Alexa, Siri, Google Assistant), algoritmos de recomendación (Netflix, Youtube, Amazon), robots e automatización industrial; avances en saúde e biotecnoloxía: telemedicina e dispositivos portátiles de saúde, edición xenética (CRISPR), desenvolvemento acelerado de vacinas (exemplo, covid-19); enerxía e medio ambiente: enerxías renovables (solar, eólica), vehículos eléctricos e autónomos, smart grids e eficiencia enerxética; realidade virtual e aumentada: videoxogos inmersivos, simulacións para adestramento (medicina, aviación). En xeral, o acceso á tecnoloxía transformou a sociedade de maneira irreversible e o reto actual é usala de forma ética e sostible xa que teñen un impacto significativo nos individuos e na sociedade, tanto positivo como negativo.

O problema está cando se utilizan de modo continuo e permanente os principios de aprendizaxe nas novas tecnoloxías para que as persoas as sigan máis, cústelles deixar de utilizalas, mesmo que se cheguen a desenvolver trastornos adictivos. Os máis vulnerables son os adolescentes, onde a súa forma temperá de aprender e de ver o mundo, pódeos levar a unha aprendizaxe inadecuada e desadaptativa da realidade (ex., os *likes*,

ou gústame, o fácil acceso á pornografía de todo tipo, a publicidade que se introduce nas redes sociais sen control, a imaxe distorcida dos *influencers* ou os corpos que saen).

A tecnoloxía mellora a calidade de vida facilitando tarefas diarias, desde a automatización no fogar ata avances en medicina e saúde. O acceso á información permite a máis persoas acceder ao coñecemento, á educación en liña e a oportunidades de aprendizaxe, eliminado barreiras xeográficas e permitindo unha comunicación instantánea a nivel global. Coa innovación tecnolóxica tamén xorden novas industrias, profesións e modelos de negocios, xa que a automatización e dixitalización axilizan procesos e tarefas en sectores como o comercio, a loxística e a administración pública.

Con todo, non todas as persoas teñen acceso a estas innovacións, o que produce a fenda dixital, que, segundo o Instituto Nacional de Estatística, pódese atribuír a unha serie de factores: a falta de infraestrutura (en particular nas zonas rurais), a falta de coñecementos de informática e habilidades necesarias para participar na sociedade da información, ou a falta de interese no que a sociedade da información pode ofrecer (INE, 2024). Neste sentido, o Plan Nacional de Competencias Dixitais ten como obxectivo garantir a formación e inclusión dixital da cidadanía, non deixando a ninguén atrás no proceso de transformación dixital da sociedade e a economía (Gobierno de España, 2023). A automatización e a intelixencia artificial están a substituír algúns traballos, afectando a certos sectores laborais e perdéndose empregos tradicionais, unido ao aumento dos riscos derivados de fallos na privacidade e seguridade e do impacto ambiental que supón a produción masiva de dispositivos electrónicos e o consumo enerxético.

A nivel individual, como se comentou noutros apartados, o uso excesivo da tecnoloxía pode xerar adicción, ansiedade, menor capacidade de concentración (diminuíndo a produtividade), de memoria (como o chamado "efecto Google", que é a tendencia a lembrar menos información porque sabemos que está dispoñible en liña) ou illamento social. A constante exposición a datos e estímulos pode xerar estrés e fatiga mental, e a facilidade de acceso a entretemento e recompensas dixitais xera unha gratificación instantánea que pode reducir a tolerancia á frustración. En xeral, o impacto da innovación tecnolóxica depende de como se implemente e como a sociedade se adapte a estes cambios. O reto está en atopar un equilibrio entre os beneficios e os riscos, fomentando un uso consciente e crítico da tecnoloxía.

Doutra banda, na sociedade actual, o acceso a bens, servizos e lecer é máis fácil que nunca debido ao auxe das plataformas de comercio electrónico que eliminaron moitas barreiras xeográficas e económicas. Hoxe en día, pódense comprar produtos de calquera parte do mundo, comparar prezos facilmente e recibilos en pouco tempo. Aplicacións e plataformas dixitais revolucionaron o acceso a servizos, desde transporte (Uber, Lyft) ata entretemento (Netflix, Spotify) e entregas a domicilio (Rappi, Glovo), todo está dispoñible de maneira inmediata e personalizada, sendo moitas opcións gratuítas ou de baixo custo. Isto é o que coñecemos por reforzo inmediato, o cal aumenta a probabilidade de que esa conduta se repita máis nesa persoa no futuro. Por tanto, cambiou a forma de comprar sen ser consciente o comprador das implicacións económicas e sociais que ten comprar sen coñecer onde fabricaron o que compra, a calidade do produto, condicións laborais no país de fabricación, etc. Guíase só pola sua satisfacción e obtención inmediata do reforzo (o ben que comprou).

Sabemos que os adolescentes son especialmente vulnerables ás presións sociais, opinións dos iguais e de comparación entre iguais. É dicir, son máis sensibles emocionalmente ao seu ambiente. De aí, que o uso excesivo das redes sociais, as cales perciben como moi desexables, incide na súa saúde mental, sobre todo cando as consomen máis de tres horas ao día (OSG, 2023). As redes sociais permiten o acceso a reforzadores, como é a novidade, a través do acceso a contidos novos, frecuentemente extremos,

inapropiados e daniños, pero que para eles son moi atractivos. Detrás de todo isto atópase o uso de determinados algoritmos para incrementar o acceso ás mesmas, relacionándose con problemas como a insatisfacción co corpo, o *bullying*, ou o risco de contactar con depredadores sexuais. Múltiples estudos indicaron como o uso excesivo de redes sociais asóciase con problemas de soño, problemas de atención e sentimentos de exclusión entre adolescentes. De forma máis específica, estudos recentes mostran claramente o impacto negativo na insatisfacción corporal e problemas da conduta alimentaria nas mulleres que seguen a i*nfluencers* en Instagram, como por exemplo vemos no estudo de Benucci *et al*. (2024) nunha ampla mostra de mulleres italianas.

6.5. Internet, redes sociais e saúde mental

Como xa se comentou, o uso de Internet e as redes sociais transformou significativamente a forma en que nos comunicamos e accedemos á información. Segundo datos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), no ano 2024 en España, o 95,8% da poboación de 16 a 74 anos utilizou Internet nos últimos tres meses (0,4 puntos máis que en 2023). O uso da Internet é unha práctica maioritaria nos mozos de 16 a 24 anos, cun 99,6% nos homes e un 99,9% nas mulleres. A porcentaxe de homes e mulleres, de 16 a 74 anos, que utilizou Internet nos últimos tres meses en 2024 é máis alto en España (95,4% H e 96,2% M) que na UE (93,1% H e 92,6% M). A actividade máis realizada por Internet, tanto en homes como en mulleres, é o uso de mensaxería instantánea (ex., WhatsApp), seguido polas procuras de información (noticias, saúde, bens ou servizos) e o acceso a redes sociais.

O impacto deste uso na saúde mental é un tema de crecente interese e preocupación na comunidade científica. A adolescencia e adultez temperá é un momento potencialmente crítico e vulnerable para o desenvolvemento social e emocional. Por iso ten especial interese entender os efectos deste fenómeno sobre a saúde nesta etapa. O informe "*Dixital Consumer by Generation*" (Smartme Analytics, 2022) sinala que en España os mozos da Xeración Z (os nados entre finais dos 90 e a primeira década dos 2000) empregan 4 horas e 15 minutos ao día no móbil, e dedican case 2 horas diarias ás redes sociais, sendo as máis utilizadas para o consumo e publicación de contidos Instagram, Youtube, TikTok, Facebook e X.

As redes sociais permiten manter o contacto con amigos e familiares, especialmente cando as interaccións en persoa son limitadas. Isto pode reducir sentimentos de soidade e proporcionar apoio emocional. Segundo o informe "*Social Media and Youth Mental Health*" norteamericano, á maioría dos adolescentes as redes sociais axúdanlles a sentir maior aceptación (58%), maior apoio en tempos difíciles (67%), expresar mellor o seu lado creativo (71%) e sentir unha maior conexión co que sucede na vida dos seus amigos e amigas (80%) (USDHHS, 2023).

Con todo, o informe español "*Unha mirada á saúde mental dos adolescentes*" (Dolz *et al*., 2021) alerta de que a utilización dos dispositivos móbiles conectados resta tempo a outras actividades saudables e imprescindibles para o seu correcto desenvolvemento psicoemocional, tales como actividades deportivas, sociais e ao aire libre. Entre as repercusións asociadas a este uso están a redución da calidade de vida (peor saúde e mala calidade do soño), dificultades para a socialización presencial, diminución do rendemento académico, aumento do risco de sufrir psicopatoloxías como a depresión, a ansiedade e o trastorno de déficit de atención e hiperactividade.

As redes sociais teñen potencial adictivo (ex., poden producir e trastorno de xogo patolóxico ou a dependencia aos videoxogos), con frecuencia as persoas fan un uso compulsivo ou problemático delas, interferindo coas actividades diarias e o benestar

xeral. Segundo datos do *"Observatorio Nacional de Tecnoloxía e Sociedade"* (ONTSI, 2023), o 11,3% da poboación española usuaria da Internet de entre 15 e 24 anos atópase en risco elevado de facer un uso compulsivo de servizos dixitais. Esta ameaza sobe ao 33% no caso das persoas que teñen entre 12 e 16 anos. Os trastornos mentais derivados do abuso dos servizos dixitais provocan menor rendemento académico e menor produtividade no traballo.

Ademais, xeráronse novos escenarios, como a posibilidade de recibir ciberacoso e *ciberbullying* que, aínda que ocorren nun plano dixital xa que son vividos dentro dos espazos seguros das persoas a través dos seus dispositivos móbiles, xera unha sensación de constante exposición ás opinións e violencias alleas e está relacionado cunha maior angustia, tristeza, indefensión, frustración, ira, estrés, somatización, illamento, consumo de substancias, adicción a Internet e ideas ou intentos de suicidio.

Actualmente, o aumento das autolesións e a conduta suicida é un dos problemas infanto-xuvenís que xera máis preocupación social e atención mediática. A Fundación ANAR, de axuda a nenos e adolescentes en risco, alerta no seu estudo "*Conduta suicida e saúde mental na infancia e adolescencia 2012-2022*" (Fundación ANAR, 2022a) que no 45,7% dos casos con ideación ou intento de suicidio hai algún tipo de implicación das tecnoloxías, como a presenza de ciberacoso ou extorsión, como medio para obter información sobre formas de cometer o suicidio ou para diminuír o malestar que xeran os pensamentos de suicidio mediante publicacións en redes sociais (Instagram e Tik Tok) onde se senten escoitados, piden perdón ou despídense. No Informe ANAR (2021) sobre os resultados da súa liña de axuda telefónica e por chat, recóllense os motivos principais das consultas dos mozos entre 12 e 17 anos: a ideación suicida ou intento de suicidio (30,4%), as autolesións (16,9%), a ansiedade (15%) e a tristeza ou depresión (11%). Na comparativa interanual, entre o ano 2009 e o ano 2021, obsérvase un aumento moi relevante nas consultas tanto de ideación e intento de suicidio (conduta suicida) como de autolesións. Na conduta suicida os maiores incrementos danse en 2016 e en 2021 (Fundación ANAR, 2021).

O desenvolvemento tecnolóxico tamén potenciou a influencia da imaxe persoal nas redes sociais. As fotografías e vídeos persoais modifícanse con filtros automáticos. A imaxe convértese nunha ficción ou idealización, pero tamén nunha fonte de frustración, o que inflúe nos procesos de construción da autoestima, o autoconcepto e a identidade (Quintana *et al*., 2023).

As redes sociais, como Instagram ou Facebook, están deseñadas para mostrar momentos seleccionados e editados da vida das persoas. Os algoritmos tenden a priorizar contido que xera máis interaccións, o que adoita incluír imaxes e relatos de éxito, felicidade ou logros. Isto crea unha ilusión de que a vida dos demais é máis perfecta ou completa, o que leva a comparacións constantes e á sensación de non estar á altura. As persoas comezan a percibir que están "a se quedar atrás" ou que a súa vida é menos interesante ou valiosa en comparación coa doutros, podendo xerar sentimentos de insuficiencia e vulnerabilidade.

Outro informe da Fundación ANAR (2022b) alerta, no ano posterior á pandemia do covid-19, do incremento das consultas relacionadas con ansiedade (+25,6%) e os síntomas depresivos e de tristeza (+31,5%), así como os trastornos de alimentación derivados da frustración por non encaixar na imaxe social ideal (cun incremento do +154,7% tras a pandemia). Tamén se incrementaron as adiccións á tecnoloxía (+41%) comunicadas nas consultas realizadas polos pais. Nas súas conclusións, sitúa á tecnoloxía como un factor de primeira orde nos problemas que manifestan os adolescentes e orixe de moitos problemas de conduta e de convivencia entre pais e fillos.

A Estratexia de Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde (2022-2026) (Ministerio de Sanidad, 2021) indica que a utilización de TICs é potencialmente adictiva porque o seu uso produce "unha gratificación inmediata e evasión do mundo que lles rodea". "O seu uso habitual produce tolerancia, abstinencia, perda de control, ocultación do seu uso, abandono doutras actividades habituais con cambio de comportamento e anhelo polo seu uso. Precisamente un dos obxectivos xenerais desta Estratexia é promover e desenvolver liñas de intervención novas relacionadas con factores xeradores de problemas de saúde mental, entre os que indica "o mal uso das novas tecnoloxías". En resumo, mentres que Internet e as redes sociais ofrecen oportunidades valiosas para a conexión e a autoexpresión, é esencial utilizalas de maneira consciente e equilibrada para protexer e promover a saúde mental. E esto tanto en nenos, adolescentes, coma en adultos.

6.6. Malestar psicolóxico ou emocional como preludio dos problemas de saúde mental

Un aspecto novo que cobrou relevancia nos últimos anos, sobre todo no confinamento pola pandemia do covid-19, e posteriormente á mesma, foi o *malestar*, e máis concretamente o malestar psicolóxico ou malestar emocional. O malestar considérase como o paso previo ao sufrimento, polo que son conceptos diferentes. Este malestar contraponse ao benestar psicolóxico ou emocional.

Para a OMS a saúde emocional é "un estado de benestar no cal o individuo é consciente das súas propias emocións, pode manexalas adecuadamente, pode enfrontar os desafíos da súa vida e ten capacidade de establecer relacións saudables cos demais". Esta definición é semellante á que a propia OMS sinala acerca da saúde mental "estado de benestar mental que permite ás persoas facer fronte aos momentos de estrés da vida, desenvolver todas as súas habilidades, aprender e traballar adecuadamente ou integrarse na súa contorna. A saúde mental ten un valor intrínseco e fundamental, forma parte do noso benestar xeral" (OMS, 2025).

Cando ao malestar engádeselle a palabra psicolóxico, adoita referirse a pensamentos, emocións e condutas. Cando se lle engade a palabra emocional adoita referirse a que xorden emocións negativas como medo, tristeza, culpa, medo, enfado, vergoña, etc. Aínda que as veces fanse equivalentes malestar psicolóxico e malestar emocional.

Definiuse o malestar emocional como "unha percepción subxectiva de desacougo, incomodidade ou "sentirse mal", e aparece como un conxunto de manifestacións emocionais, sen causa orgánica demostrable" (Herranz, 2024, páx. 1). Por tanto, non estamos ante outro fenómeno distinto á saúde mental, en moitos casos é consecuencia de afrontar as situacións cotiás da vida, as cales non sempre son agradables, e nas que os problemas, dificultades, frustracións, etc., están presentes, ou non se teñen adecuadas estratexias ou habilidades para facerlle fronte ou superalas.

No malestar emocional hai sensacións subxectivas inespecíficas, así como a presenza de síntomas inespecíficos, pero que poden ser un factor de risco para o xurdimento dun trastorno mental. Son frecuentes o desacougo, e incomodidade ou sentirse mal, manifestacións de nerviosismo, preocupación, desánimo, dificultades para realizar actividades diarias, falta de concentración ou motivación. É dicir, un estado distinto do habitual, molesto, pero non falamos dun nivel que indique un diagnóstico dun trastorno mental.

O malestar é unha advertencia de que podería chegar a desenvolverse un trastorno mental se a intensidade aumentase, é dicir, é unha forma de adiantarse ao que pode chegar a ser máis grave. Pero, ao mesmo tempo, o malestar é algo consubstancial á vida porque

ao longo da mesma imos pasar por distintos momentos de malestar psicolóxico ou emocional. Adoita presentarse en resposta a distintas situacións da vida e do contexto familiar, laboral, social ou outras. As demandas en atención primaria por este tipo de malestar son frecuentes (Berenzon *et al*., 2014), ocorrendo con máis frecuencia en mulleres (Muñoz *et al*., 2008).

Como indica Talarn (2007), o malestar atópase hoxe nas consultas en persoas que piden axuda pola súa relación de parella, conflitos, situacións de perda, acontecementos vitais, problemas asociados ao envellecemento, incomodidade inespecífica, problemáticas laborais e vocacionais, problemas de relación intrafamiliar, sentimentos de baleiro, indiferenza cara aos demais, toma de decisións, insatisfacción persoal ou co propio corpo, etc. Isto leva ao risco de psiquiatrización ou de psicoloxización da vida cotiá, como se aprecia cada vez máis co xurdimento de novos trastornos mentais ou pseudo-patoloxías. Con iso, facilítase a medicalización ou a psicofarmacoloxía paliativa e intervencións psicolóxicas para pseudo-trastornos (ou malestar).

O aumento do número de persoas que acoden a atención primaria por problemas de malestar psicolóxico ou emocional (Herranz, 2024), é con frecuencia atendido cunha abordaxe farmacolóxica, en moitos casos inadecuado e ineficaz. De aí parte da sobremedicación que hai en España. Con frecuencia, non se ten en conta a capacidade adaptativa que nos poden proporcionar persoas ou grupos humanos, como a familia, amigos, etc. (Swartz, 2012), e que podemos exemplificar no caso do loito e como se vive de modo moi distinto nas cidades e nas zonas rurais.

O malestar no traballo é un tema recorrente e analizouse en relación á saúde mental (ex., Porras, 2017). Os cambios que se produciron a nivel laboral nas últimas décadas esixen unha importante adaptación, e esta non sempre facilitouse. Este malestar relacionado co traballo, ás veces é consecuencia dunhas malas condicións laborais (ex., traballo precario) e, noutros casos, debido á falta de adaptación ao posto de traballo, á contorna ou por non coincidir coas expectativas que se tiñan previamente (ex., soldo).

6.7. A cronicidade en diferentes trastornos mentais

A definición de trastorno *mental grave* (TMG) que alcanza un maior consenso, é a que formulou o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) en 1987, que se refire a "trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteracións mentais de duración prolongada, que conlevan un grao variable de discapacidade e de disfunción social, e que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios da rede de atención psiquiátrica e social" (Grupo de Trabajo TMG, 2009). Segundo a guía de práctica clínica española máis recente sobre o TMG (AETSA, 2018), considéranse dentro deste grupo: 1) esquizofrenia, trastornos esquizotípicos e trastornos delirantes, 2) trastorno bipolar, 3) trastorno de inestabilidade emocional da personalidade (trastorno límite da personalidade) e, 4) trastorno depresivo recorrente. Con todo, ademais destes trastornos xa considerados como graves, hai outros, como o trastorno de pánico, trastorno de ansiedade xeneralizada, trastorno obsesivo-compulsivo ou o trastorno de estrés postraumático, entre outros, que poden tender á recorrencia e ó deterioro converténdose en moi incapacitantes se non se manexan adecuadamente.

En canto á afectación do funcionamento persoal, laboral, social e familiar, a presenza deste tipo de trastornos produce limitacións funcionais en actividades importantes da vida e, polo menos, inclúe dous dos seguintes criterios de forma continua ou intermitente: 1)desemprego, ou emprego protexido ou apoiado, habilidades claramente limitadas ou historia laboral pobre; 2) necesidade de apoio económico público e é posible que precise apoio para procurarse esta axuda; 3) dificultades para establecer ou manter

sistemas de apoio social persoal; 4) necesidade de axuda en habilidades da vida diaria, como hixiene, preparación de alimentos ou xestión económica; e, 5) conduta social inapropiada que determina a intervención da rede de saúde mental ou do sistema xudicial.

Como afirma a guía de práctica clínica de intervencións psicosociais no trastorno mental grave, a atención non se reduce só á minoración de síntomas, senón que debe facer fronte ás diversas necesidades consecuentes: autonomía, calidade de vida, benestar persoal e participación social ao redor do concepto de recuperación persoal. A atención a estas persoas esixe, en definitiva, integrar as intervencións psicofarmacolóxicas e as intervencións psicosociais nunha rede de saúde mental formada por equipos interdisciplinares (Grupo de traballo TMG, 2009).

Hai determinados factores que inflúen na cronicidade, tanto xenéticos e biolóxicos, como psicolóxicos e ambientais. Sabemos que pode existir certa predisposición biolóxica, que a contorna pode influír na evolución do trastorno e, ademais, a presenza de varios trastornos á vez pode complicar a recuperación. Pero, doutra banda, a accesibilidade a un tratamento adecuado (tanto farmacolóxico como psicolóxico) e o apoio social son factores protectores.

Non debemos esquecer que a sociedade actual ten tamén un papel importante na cronicidade dos trastornos mentais. Os factores socioculturais, económicos e tecnolóxicos poden agravar ou aliviar os síntomas, afectando á evolución dos trastornos. O ritmo de vida acelerado, con altas esixencias laborais, académicas e económicas, aumenta o estrés crónico. A presión polo éxito e a produtividade constante fai que moitas persoas ignoren os síntomas iniciais dos seus trastornos, levándoos a unha fase crónica antes de recibir axuda. Ademais, nalgunhas contornas laborais e académicas, o descanso e o autocoidado son vistos como signos de debilidade. O acceso limitado ao descanso, contar cun tempo para realizar actividades recreativas ou actividade física, tamén afecta á recuperación de quen padece trastornos mentais. A precariedade laboral e a inestabilidade económica poden facer que a ansiedade e a depresión sexan máis persistentes.

Como xa se viu en apartados anteriores, todo o que ten que ver coa tecnoloxía e redes sociais, a hiperconectividade e sobrecarga de información, así como o ciberacoso e a comparación social poden ter unha influencia negativa na poboación xeral e maior en persoas vulnerables como é o caso das persoas que teñen un trastorno mental. O illamento e desconexión social cara a cara reduce os lazos comunitarios e familiares, sendo estes factores clave na recuperación dos trastornos mentais.

Con todo, a pesar dos avances na conciencia social sobre saúde mental, aínda existe estigma, o que fai que moitas persoas non busquen axuda de forma temperá. O uso de vías de escape fronte ó estrés e a ansiedade, como o consumo de alcol e drogas (moitas delas facilmente accesibles) pode empeorar trastornos como a depresión, a ansiedade e os trastornos psicóticos.

A accesibilidade á atención psiquiátrica e psicolóxica é limitada para estas persoas polo custo e a falta de profesionais suficientes no sistema público. A falta do tratamento oportuno aumenta a posibilidade de que un trastorno se volva crónico.

6.8. Envellecemento da poboación e incremento dos trastornos mentais

Unha das características das sociedades desenvolvidas é o incremento da súa esperanza de vida nas últimas décadas. Isto levou a un maior envellecemento da poboación, á vez que descendeu a natalidade.

A pesar de que o envellecemento implica ter máis enfermidades e trastornos, como consecuencia do feito biolóxico de ter máis anos, a maioría das persoas maiores teñen vidas felices e saudables. Están máis satisfeitos coa vida que os máis novos, non

atopándose mal ata que chegan á etapa de fraxilidade, que adoita ser despois dos 80 anos (Becker e Trautmann, 2022).

A OMS (2023) sinala que a prevalencia dos trastornos mentais nos adultos de 60 ou máis anos é dun 14%, sendo a depresión e a ansiedade os máis frecuentes. Iso en parte é debido a que estas persoas teñen maior probabilidade de ter eventos adversos, como o loito, a redución dos ingresos e menos cousas que facer pola xubilación. O illamento e a soidade son neles máis frecuentes, o risco de padecer malos tratos (físico, verbal, psicolóxico, sexual ou económico), moitas veces infravalorado, por parte dos seus coidadores e, con frecuencia, teñen que coidar da súa parella. Un trastorno prevalente nesta etapa é a demencia, dado que a súa presenza increméntase coa idade.

A guía do Sistema Nacional de Saúde británico (Mueller *et al*., 2017), que foi traducida e adaptada ao noso medio (da Cámara *et al*., 2017), resume moi ben os problemas de saúde mental na senectude, en persoas de 65 ou máis anos e a intervención a facer tanto en atención primaria como en saúde mental. Indica como a depresión é o trastorno de saúde mental máis común nestas idades, sobre todo cando padecen enfermidades ou están internados en hospitais ou residencias (poden chegar a triplicar a prevalencia respecto a outras persoas maiores). Debemos indicar que o suicidio é máis frecuente en persoas maiores.

Á depresión séguenlle os trastornos de ansiedade, moitas veces tamén asociados á depresión ou aos pródromos de demencia. A continuación estarían o trastorno bipolar e os síntomas psicóticos, así como a demencia, ou perdas de memoria, ás veces debido á depresión ou a trastornos de orixe vascular. Por último, o delirium non é infrecuente en maiores e poden ocorrer por múltiples motivos, incluídas causas médicas. Neste colectivo é preciso prestar especial atención a que o problema de saúde mental non sexa debido ao consumo de medicamentos como vimos no capítulo 4.

Outro problema que podemos atopar nas persoas maiores é o consumo de alcol. Coa idade diminúe a tolerancia, por iso é polo que lles fai máis dano a mesma dose respecto a cando eran novas, ademais de que a polifarmacia interactúa co alcol. Isto é relevante porque hai un grupo de persoas de máis idade que incrementan o s consumo de alcol nesta etapa vital (ex., para pasar o loito ou manexar a súa soidade). Non sempre é fácil detectar este consumo se teñen outras enfermidades (ex., dixestivas) ou outros trastornos (ex., de soño), ocultando neste caso o seu problema co alcol. Un trastorno frecuente neles tamén é o insomnio, trastorno que aumenta coa idade.

Outro problema que pode xurdir en idades avanzadas é o trastorno por acumulación ou síndrome de Dióxenes, habitualmente en persoas que viven soas. Aínda que é un fenómeno raro, pode estar asociado a danos no lóbulo frontal, demencia, depresión ou esquizofrenia, entre as causas máis habituais.

En Galicia, co noso alto nivel de envellecemento da poboación hai máis problemas de demencias, Alzheimer e outros trastornos asociados a esas idades. Ademais, isto non deixará de crecer nos próximos anos porque afectarán directamente as persoas da xeración do *baby boom*, que agora teñen entre 61 e 79 anos. Como exemplo, seguindo os datos rexistrados na historia de atención primaria (a base de datos BDCAP), en España houbo en 2020 489.364 casos co diagnóstico de demencia (30,8% homes, 69,2% mulleres), e deles en Galicia 26.280 casos. En 2011, en cambio, a cifra era moito menor con 117.937 casos para toda España (CEAFA, 2022).

6.9. A necesaria atención aos grupos vulnerables

Co incremento do interese pola saúde mental, así como polo coñecemento e experiencia profesional acumulada, a atención aos grupos vulnerables converteuse nunha área de interese e á que hai que prestar máis atención, sobre todo porque estes grupos teñen máis trastornos mentais que o resto da poboación.

Os grupos vulnerables son aqueles que teñen maior risco de desenvolver problemas de saúde debido ao seu status sociocultural de marxinalidade, o seu limitado acceso a recursos económicos, ou debido a características individuais tales como o sexo, oxénero ou a idade (Laranjeira e Querido, 2024). Estes grupos sofren máis exclusión social por razóns de saúde, relixión, cultura, etnia, orientación sexual, xénero, discapacidade física ou mental, entre outros, por iso é polo que desenvolven máis enfermidades e trastornos mentais.

Algúns dos grupos vulnerables considerados, son os seguintes (Lázaro, 2020; WHO, 2010):

- Adolescentes sometidos a malos tratos.
- Mozos que sufriron acoso escolar ou ciberacoso.
- Persoas sen fogar.
- Mulleres que sufriron violencia de xénero.
- Persoas en situacións de pobreza.
- Persoas en paro, sobre todo os de longa duración.
- Persoas na cadea.
- Persoas con dificultades de aprendizaxe.
- Persoas maiores soas e sen rede familiar ou social.
- Persoas desprazadas forzosamente por persecución, conflito ou violencia, en moitos casos que están como refuxiados en países distinto ao seu.
- Grupos étnicos minoritarios.
- Inmigrantes.
- Persoas con graves problemas debido ao consumo de alcol ou drogas ilegais.
- Persoas do colectivo LGTBIQ+.

Estes grupos teñen máis problemas de saúde mental que o resto da poboación, sofren máis exclusión social, marxinación, estigma, teñen menos oportunidades sociais e están máis illados (Laranjeira e Querido, 2024).

En España, os datos recolleitos nun estudo de Médicos do Mundo (Gallego, 2023), nas persoas que eles atenden en distintos lugares da nosa xeografía, indican que estas persoas non acoden aos servizos de saúde mental, aínda que o precisen. Entre as posibles causas sinalan a súa situación de vulnerabilidade e a falta de documentación ou de coñecemento por estar en situación irregular. Entre os problemas detectados atópanse un alto consumo de substancias como estratexia de afrontamento; presenza de ansiedade e síntomas propios do trastorno de estrés postraumático, sobre todo en mulleres cando sufriron violencia de xénero; síntomas compatibles con duelos migratorios en persoas migrantes; e alta porcentaxe de situacións potencialmente traumáticas. Dado o aumento nos países desenvolvidos da inmigración, sobre todo ilegal, estes casos irán aflorando de modo continuo.

Por tanto, é preciso ter en conta aos grupos vulnerables, dada a súa maior prevalencia de trastornos mentais, e facilitarlles o acceso aos tratamentos, xunto con levar a cabo accións preventivas para evitar que unha parte non acaben desenvolvendo trastornos mentais.

6.10. O custo sanitario, laboral, social e familiar dos trastornos mentais

Como xa vimos previamente, a prevalencia dos distintos trastornos mentais é alta na poboación, o que se ve reflectido na petición de axuda en forma de consultas de saúde mental, internamentos, seguimentos ás veces longos, e outros recursos adicionais para os pacientes. Isto vese reflectido nun alto custo da asistencia sanitaria no ámbito público, pero tamén no impacto económico na propia familia no caso de que acudan ao campo sanitario privado e a outros recursos de tipo social.

Un dato relevante para coñecer a problemática da saúde mental, e o seu custo correspondente, extraémolo do informe do Ministerio de Sanidade (2019), vinculado ao consumo de psicofármacos receitados polo médico de atención primaria xunto aos diagnósticos respectivos. O 27,4% das persoas atendidas en atención primaria presenta algún problema psicolóxico ou trastorno mental, cunha frecuencia maior en mulleres (30,2%) que en homes (24,4%). Como vemos, a cifra é moi alta, case un de cada tres que van ver ao seu médico de atención primaria. Os trastornos máis frecuentes son os de ansiedade, depresivos, soño e adaptativos. Claramente, isto implica un enorme custo e só fai referencia á atención primaria.

A nivel internacional, os estudos indican que o gasto en saúde mental é moi importante. Como exemplo, Arias *et al*. (2022) calcularon para o ano 2019 o custo dos trastornos mentais nos distintos países do mundo, agrupados por zonas xeográficas. Incluíron todos os custos que carrexan os problemas de saúde mental, representando o 16% do total da carga de enfermidade. O custo a nivel do PIB varía por países, estando no 7.7% para Europa oriental, 6% para Europa central y 6,5% para Europa occidental. O nivel máis alto de gasto en función do PIB está en Norte América onde representa o 7,9% do PIB. É importante indicar que neste estudo inclúense todos os custos que carrexa para as persoas con problemas de saúde mental, porque o custo sanitario non chega ao 2% neses países. Conforme vanse afinando os estudos, considerando os custos directos e indirectos dos trastornos mentais, irase vendo que este custo é moi alto.

Para España varios estudos calcularon este aspecto. Un primeiro estudo a considerar é o de Oliva-Moreno *et al*. (2009), que calcularon os custos dos problemas de saúde mental fai uns 20 anos, incluíndo só os custos sanitarios no Sistema Nacional de Saúde, excluíndo os custos privados ou outros. Utilizando as estatísticas de 2002 de atención aos pacientes, os seus resultados indican un custo médico directo de 2.777 millóns de euros (48% directos, 39% de medicamentos e 13% de consultas externas), de custos non médicos directos 163,4 millóns de euros e 2.997 millóns de euros por perdas de produtividade laboral. Por tanto, nun ano un total de 7.109 millóns de euros.

Uns anos máis tarde Parés-Badell *et al*. (2014) calcularon que o custo dos trastornos mentais e do cerebro en España, no ano 2010, era de 83.749 millóns de euros. Desa cantidade 45.988 millóns de euros correspondían á saúde mental.

Só para a depresión, Vieta *et al*. (2021) analizaron os seus custos en España, utilizando datos de 2015 a 2017. Para o ano 2017 o custo total foi de 6.145 millóns de euros, que se repartiría nun 60,5% para incapacidade permanente, 17,5% para saúde, un 17,1% para incapacidade temporal e un 4,9% para morte prematura. A media do custo por paciente e ano era de 3.402 euros. Como vese neste estudo, a incapacidade permanente ou temporal, que é case un 80% do custo total, é o maior. Por iso, é necesario prestar unha especial atención a este trastorno, para reducir a enorme factura que ten a incapacidade derivada, favorecendo a súa recuperación máis rápida.

Datos máis actuais, como os do Consello Económico e Social de España (2024) calculan que o gasto total en saúde mental en España é duns 60.000 millóns de euros ao ano, o que representa un 4,2% do PIB.

O anterior lévanos a expor varias cuestións. A primeira, que precisamos estudos nos que se inclúan todos os custos que teñen os problemas de saúde mental, non só os

sanitarios do Sistema Nacional de Saúde senón tamén os laborais e outros custos como o coidado das persoas con trastornos mentais graves, ter que acudir a profesionais privados, e outros custos de coidados, como acudir a asociacións de persoas con trastornos mentais, anos de vida perdidos, entre outros. Deste xeito, a cifra será máis realista, á vez que moito maior da que se suxire habitualmente. A segunda, é que se precisan máis recursos para atender ás persoas con trastornos mentais. Os actuais son insuficientes. A terceira, é que hai que ter en conta que os trastornos mentais, van seguir aumentando se non se melloran os recursos e se non se fan plans preventivos para que iso non ocorra. Fenómenos como o envellecemento, cambios sociais, cambios na forma de entender a vida, etc., facilitan o incremento dos trastornos mentais. Cuarta, ter en conta os gastos e a carga familiar que supoñen os trastornos mentais, así como os altos custos laborais pola incapacidade e a necesidade de que as persoas con trastornos mentais melloren canto antes. E, quinta, a sustentabilidade económica do sistema sanitario público, ao ter que dedicar moitos máis recursos á saúde mental, e que, como no resto da sanidade, a saúde mental precisa incrementar os recursos para profesionais, novos fármacos, procedementos terapéuticos e tecnoloxía avanzada, xunto á necesaria atención da cronicidade en moitos pacientes. Este é un reto que afecta a toda a sanidade, pero de modo especial na atención á saúde mental.

6.11. A maior incidencia no medio laboral dos actuais problemas de saúde mental

Xa vimos nos capítulos 4 e 5 que o mundo laboral é un dos lugares nos que as persoas botan máis tempo. E, esas persoas, como parte que son da poboación xeral, teñen a mesma porcentaxe de trastornos mentais que o que se indica nos estudos poboacionais. Por iso é polo que coñecer, monitorar, detectar, derivar ou tratar os problemas de saúde mental que hai nas persoas que se atopan no medio laboral é importante. Por iso, nos últimos anos cobrou unha gran relevancia a saúde mental no mundo laboral.

Tamén, como vimos ao longo do presente capítulo, producíronse profundos cambios nas últimas décadas, empezando pola globalización e seguindo polas grandes transformacións que a nivel laboral estamos a vivir, e viviremos nos próximos anos. Todo isto esixe prestar unha maior atención ás persoas con trastornos mentais no medio laboral e, por suposto, crear condicións no devandito medio para que non se fomente a aparición dos trastornos mentais levando a cabo programas preventivos e detectando canto antes tales problemas. O lugar de traballo debe ser un lugar seguro para a saúde mental, non ser unha fonte de creación de estrés ou malestar, e que se atenda aos trastornos mentais, se aparecen, nas súas fases temperás.

É necesario mellorar o atraso existente na revisión das baixas laborais por parte da inspección médica sanitaria, xa sexan por continxencia común (enfermidade ou accidente non laboral) ou profesional (accidente de traballo ou enfermidade profesional). En función da patoloxía que presente a persoa, será convocada á inspección médica cando o período medio de curación supere ao establecido como habitual e, no caso de que o período de baixa sexa superior a 365 días (548 días nalgún caso específico), a inspección sanitaria é o organismo responsable de conceder unha incapacidade laboral temporal ou permanente. Esta pódese reverter no caso de que desapareza a enfermidade ou o trastorno mental. A prestación económica que recibe a persoa traballadora depende destes informes. O problema que existe na actualidade é que, debido á carencia de médicos suficientes na inspección médica sanitaria, con frecuencia tanto a avaliación como a resolución posterior dilátanse, superando os 12 meses que, como máximo, a lei prevé para iso.

Estamos seguros que a atención aos problemas de saúde mental no medio laboral seguirá sendo un tema vixente, e irá recibindo cada vez máis atención, por ser un dos mellores lugares para implantar medidas preventivas

Referencias

Agencia de Evaluación de Tecnologias Sanitarias de Andalucía [AETSA] (2018). *Guías de práctica clínica sobre trastorno mental grave*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. En: https://www.aetsa.org/download/publicaciones/AETSA_PAI_TMG-abril2018.pdf

ACNUR (2023). *Agencia de la ONU para los refugiados: Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2023*. ACNUR. En: https://www.acnur.org/media/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2023

Allande-Cussó, R., García-Iglesias, J. J., Fagundo-Rivera, J., Navarro-Abal, Y, Climent-Rodríguez, J. A. e Gómez-Salgado, J. (2022). Salud mental y trastornos mentales en los lugares de trabajo. *Revista Española de Salud Pública, 96*, e202201006.

Arias, D., Saxena, S. e Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine, 54*, 101675.

Bath, M. A. (2022). Globalisation and mental health disorders among young people: Highlights from India and China. *Society and Culture Development in India, 2(1),* 81-96.

Becker, C. e Trautmann, S. T. (2022). Does happiness increase in old age? Longitudinal evidence from 20 European countries. *Journal of Happiness Studies, 23*, 2625-3654.

Benjamins, R. R. (2023). Social and ethical challenges of the metaverse: Opening the debate. *AI and Ethics,*3(3). 1-9.

Berenzon, S., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L. e Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Estudio cualitativo. *Salud Mental, 37 (4),* 313-319.

Bocci Benucci, S., Fioravanti, G., Silvestro, V., Spinelli, M. C., Brogioni, G., …, Rotella, F. (2024). The impact of following Instagram influencers on women's body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *Nutrients*, *16*(16), 2730.

Carver, C. S., Scheier, M. F. e Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

Carnero, M. A., Martínez, B. e Sánchez-Mangas, R. (2008). Mobbing and its determinants: the case of Spain. *Applied Economics*, *42*(29), 3777–3787.

CDC (2022). *About emotional well-being*. CDS. U. S. Centers for Diseases Control and Prevention. En: https://www.cdc.gov/emotional-well-being/about/index.html#:~:text=Key%20points,your%20overall%20emotional%20well%2Dbeing.

CEAFA (2022). *Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Resultados y conclusiones*. CEAFA, Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demebncias.

Consejo Económico y Social de España (2024) *Informe 2024. El sistema sanitario: Situación actual y perspectivas de futuro*. Consejo Económico y Social de España.

Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y. e Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health, 59(4 Suppl),* S61-S75.

De la Cámara, C. e Lobo, A. (2017*). Salud mental en personas mayores. Una guía práctica. versión española. Salud Mental en las Personas Mayores*. Cibersam. En: https://gesdoc.ciberisciii.es/Files/SAM/Otra%20Documentaci%C3%B3n%20-%20Other%20Resources/Gu%C3%ADas%20cl%C3%ADnicas%20y%20diagn%C3%B3sticas%20-%20Clinical%20and%20Diagnostic%20Guide/Salud%20Mental%20en%20las%20personas%20mayores.%20Una%20Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica.pdf

Dolz, M. C. (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes: claves para comprenderlos y acompañarlos*. Faros Sant Joan de Déu. En: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf

Domjan, M. e Delamater, A. R. (2023). *The essentials of conditioning and learging (5th edition)*. American Psychological Association.

Downey, E., Fokeladeh, H.S. e Catton, H. (2022). *What the Covid-19 pandemjic has exposed: The findings of five global health workforce professions*. World Health Organization and Work Health Professions Alliance. En: https://www.who.int/publications/i/item/9789240070189.

Enriquez-Traba, J., Yarur-Castillo, H. E., Flores, R. J., Weil, T., Roy, S., …, Tejeda, H. A. (2023). Dissociable control of motivation and reinforcement by distinct ventral striatal dopamine receptors. *BbioRxiv*, 2023.06.27.546539.

Etxebarria, I. (2002). La regulación de las emociones. En P. Fernández Berrocal y N. Ramos Díaz (Eds.), *Corazones inteligentes* (pp. 449-476). Kairós

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound] (2024). *Workplace bullying, harassment and cyberbullying: Are regulations and policies fit for purpose?* Publications Office of the European Union.

Expósito-Duque, V., Torres-Tejera, M. E. e Domínguez, J. A. (2024). Determinantes sociales de a ansiedad del siglo XXI. *Atención Primaria Práctica, 6*, 100192.

Fundación ANAR (2021). *Informe anual 2020*. Fundación ANAR. En: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-ANAR-COVID_Definitivo.pdf

Fundación ANAR (2022a). *Conducta suicida y salud mental en la infancia y adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio*. Fundación ANAR. En: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf

Fundación ANAR (2022b). *Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021.* Fundación ANAR. En: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-T ELEFONO-CHAT-ANAR-2021-VFINAL.pdf

Gallego, E. M. (2023). *Salud mental en población vulnerabilizada*. Médicos del Mundo. En: https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/informes/salud-mental-en-poblaciones-vulnerabilizadas/

García, B., Briongos, E., Leal, J., Lamata, F. González, N. A. e Campos, T. (2023). *La situación de la salud mental en España.* Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña.

Giraldo, P. A., Montoya, D., Stevenson, D. e Muñoz, C. F. (2023). Nuevas tecnologías y su incidencia en la salud mental de los adolescentes. *Socialium, 7(1)*, 1-17.

Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., …, Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 11(1*), 1793567.

Gobierno de España (2023). *Componente 19: Plan Nacional de Competencias Digitales (digital skills).* En: https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes/componente-19-plan-nacional-de-competencias-digitales-digital-skills

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave [Grupo de Trabajo TMG] (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Ministerio de Ciencias e Innovación. En: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf

Herranz, C. (2024). Malestar emocional en Atención Primaria, el abordaje no medicalizado del malestar emocional en la consulta. *Atención Primaria, 56*, 102859.

Instituto Nacional de Estadística (2024). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los hogares*. Instituto Nacional de Estadística. En: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

Instituto Nacional de Estadística (2024). *6.4 Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Tipo de actividades realizadas por Internet*. Instituto Nacional de Estadística. En:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
Kasdin, J., Duffy, A., Nadler, N., Raha, A., Fairhall, A. L., Stachenfeld, K. L. e Gadagkar, V. (2025). Natural behaviour is learned through dopamine-mediated reinforcement. *Nature*, 10.1038/s41586-025-08729-1.
Laranjeira, C. y Querido, A. (2024). Mental health promotion and illness prevention in v ulnerable populations. *Healthcare, 12*, 554.
Lázaro, L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 37 (2)*, 3-5.
Mendoza, Y. L. e Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20(1),* 139-167.
Mental Health Europe (2022). *Paper on Mental health and geopolitical crises: Ukraine and beyond: 2022.* Mental Health Europe. En: https://www.infocoponline.es/pdf/MHE_Mental_Health_and_Geopolitical_Crises.pdf
Ministerio de Sanidad (2019). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.* Ministerio de Sanidad. D En: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
Ministerio de Sanidad (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026*. Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
Mueller, C., Thompsell, A., Harwood, D., Bagshaw, P. e Burns, A. (2017). *Mental health in older people. A practice primer. NHS England and NHS Improvemen*t. En: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf
Muñoz, M. A., De Casas, M., Cobo, R., Fontcuberta, J., Manrique, R. e Pérez, F. (2008). Malestar psicosocial de la mujer: experiencia en una intervención grupal en atención primaria. *Archivos de Medicina de Familia, 10 (3*), 96-100.
Myrick, J. G. e Willoughby, J. F. (2019). Educated but anxious: How emotional states and education levels combine to influence online health information seeking. *Health Informatics Journal, 25(3),* 649–660.
National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system.* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
Office of the Surgeon General (OSG). (2023). *Social Media and Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory*. US Department of Health and Human Services.
Okasha, A. (2005). Globalization and mental health: A WPA perspective. *World Psychiatry, 4(1),* 1-2.
Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R. e Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. European Journal of Health Economics: HEPAC: *Health Economics in Prevention and Care, 10(4),* 361–369.
Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) (2023). *Impacto del aumento del uso de Internet y las redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. Red.es. Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial*. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. En: https://www.ontsi.es/es/publicaciones/Impacto-del-uso-de-Internet-y-redes-sociales-salud-mental-jovenes-adolescentes
OMS (2023). *Salud mental en los adultos mayores*. Organización Mundial de la Salud. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
OMS (2025). *Salud mental*. World Health Organization. En https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. e Alonso, J. 2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, *9*(8), e105471.

Perea-Machado, T. e Rodríguez-Flórez, M. M. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en etapa escolar. *Revista Sinergia, 7,* 165-194.
Porras, N. R. (2017). Análisis de la relación entre la salud mental y el malestar humano en el trabajo. *Equidad Desarrollo, 29,* 161-178.
Quintana, J. G., Garrido, A. T. e Moreno, A. J. (2023). Cultura participativa y cultura del "yo" en Instagram. Estudio andaluz en la adolescencia tardía (España). *Prâksis, 1*, 162-187.
Revranche, M., Biscond, M. e Husky, M. M. (2022). Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents: une revue systématique de la littérature. *L'Encephale*, *48*(2), 206–218.
Sarno, S., Beirán, M., Falcó-Roget, J., Diaz-deLeon, G., Rossi-Pool, R., Romo, R. e Parga, N. (2022). Dopamine firing plays a dual role in coding reward prediction errors and signaling motivation in a working memory task. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 119(2),* e2113311119.
Smartme Analytics (2022). *Digital Consumer by Generation. Hábitos de consumo digital de Generación Z, Millennials y Generación X*. Smartme Analytics. En: https://smartmeanalytics.com/insight/digital-consumer-by-generation-2022
Swartz, L. (2012). An unruly coming of age: The benefits of discomfort for global mental health. *Transcultural Psychiatry, 49 (3-4),* 531-538.
Talarn, A. (2007). El mercado de la salud. En A. Talarn (Ed.), *Globalización y salud mental* (pp. 165-220). Herder
Toro, J., Ardila, C., Fonseca, J. y Figueroa, J., Linares, A. e Fonseca, J. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 18(1),* 32-45.
U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2023). *Social media and youth mental health 2023*. U. S. Department of Health and Human Services. En: https://www.hhs.gov/sites/default/files/sg-youth-mental-health-social-media-advisory.pdf
Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., …, Gabilondo, A. (2021). epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *European Neuropsychopharmacology, 50,* 93–103
World Health Organization [WHO] (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization.

Capítulo 7
Os trastornos mentais e do comportamento máis relevantes

7.1. Os trastornos mentais e do comportamento
7.2. Esquizofrenia e trastornos psicóticos
7.3. Trastornos de ansiedade
7.4. Trastornos do estado de ánimo (depresión e trastorno bipolar)
7.5. Trastornos por consumo de substancias psicoactivas e outras adiccións
7.6. Trastornos infanto-xuvenís e do neurodesenvolvemento
7.7. Trastornos do comportamento alimenticio
7.8. Os trastornos de personalidade e trazos relacionados
7.9. Outros trastornos
Referencias

1. Os trastornos mentais e do comportamento

Os trastornos mentais e do comportamento diagnostícanse hoxe con dous sistemas clasificatorios, o DSM-5-TR da Sociedade Americana de Psiquiatría (APA, 2023) e o CIE-10 ou CIE-11 da Organización Mundial da Saúde (OMS, 2021; WHO, 2024). Son equivalentes, aínda que difiren lixeiramente nalgúns trastornos ou síntomas que inclúen. Neste capítulo imos seguir a descrición do CIE-11, por ser o máis actual e porque o CIE é o sistema que se utiliza para poñer os diagnósticos no Sistema Nacional de Saúde aos distintos trastornos.

O CIE-11 ten a vantaxe de que permite intercambiar información entre os distintos profesionais, tanto de aquí, como do resto do mundo, ao ter un mesmo sistema de clasificación. Iso facilita o diagnóstico e o tratamento. Inclúe toda unha serie de trastornos nestas categorías:

- Trastornos do neurodesenvolvemento.
- Esquizofrenia ou outros trastornos psicóticos primarios.
- Catatonía.
- Trastornos do estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedade ou relacionados co medo.
- Trastornos obsesivo-compulsivos e outros trastornos relacionados.
- Trastornos especificamente asociados ó estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos do comportamento alimentario.
- Trastorno de eliminación.
- Trastornos de distrés corporal ou da experiencia corporal.
- Trastornos debidos ao consumo de substancias ou a comportamentos adictivos.
- Trastornos do control dos impulsos.
- Trastornos de comportamento disruptivo e disocial.
- Trastornos da personalidade e trazos relacionados.
- Trastornos parafílicos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos mentais ou do comportamento asociados co embarazo, o parto ou o puerperio.
- Síndromes secundarias mentais ou do comportamento asociados con enfermidades ou trastornos clasificados noutra parte.

Aínda que hai un gran número de trastornos clínicos é importante indicar que un aspecto relevante dos mesmos é o seu nivel de gravidade. É dicir, que aínda tendo unha persoa un trastorno clínico, un nivel de gravidade lixeiro, pódelle permitir levar unha vida normal ou adaptarse relativamente ben á súa vida cotiá, mentres que, se está no nivel de moderado, e máis no grave, entón moitos deles están nunha situación incapacitante.

Dentro dos trastornos mentais adoita facerse unha referencia específica a un grupo de trastornos denominados como *trastorno mental grave* (TMG), tamén coñecidos como trastorno mental severo ou trastorno mental severo e persistente. Estes son unha serie de trastornos que cursan habitualmente cun nivel claro de gravidade, é difícil o seu tratamento e recuperación, e non sempre son de fácil manexo clínico. Previamente facíase referencia ao trastorno mental crónico que Liberman en 1988 definiu como a presenza dun diagnóstico de esquizofrenia ou trastorno afectivo maior e con dependencia económica externa, establecendo tres dimensións pasa a súa definición: o diagnóstico, o funcionamento e a súa duración. Posteriormente o concepto de crónico evolucionou ao de grave, por ser máis descritivo que o primeiro e por non facer unicamente referencia á duración do mesmo. Inicialmente, por TMG facíase referencia só aos trastornos

psicóticos (Ruggeri *et al.*, 2000). Posteriormente, ampliouse ao trastorno bipolar e aos casos graves de depresión (González *et al.*, 2020).

Unha das definicións máis utilizadas de trastorno mental grave é a do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) de 1987, que o define como "trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteracións mentais de duración prolongada, que conlevan un grao variable de discapacidade e de disfunción social, e que precisan atención de diversos recursos sociosanitarios da rede de atención psiquiátrica e social" (Grupo de Traballo TMG, 2009).

Actualmente, seguindo a guía de práctica clínica española máis recente sobre o TMG (AETSA, 2018), considéranse os seguintes: 1) esquizofrenia, trastornos esquizotípicos e trastornos delirantes, 2) trastorno bipolar, 3) trastorno de inestabilidade emocional da personalidade (trastorno límite da personalidade), e 4) trastorno depresivo recorrente. Todos eles caracterízanse polo seu alto nivel de gravidade, cronicidade e cun nivel grave de afectación social, familiar e social (Grupo de Trabajo TMG, 2009). Ás veces, tamén se inclúen no TMG ao trastorno obsesivo-compulsivo, o trastorno de pánico, e o trastorno de estrés postraumático. A psiquiatría tivo, e ten, un papel fundamental no tratamento do TMG (Druss *et al.*, 2018), tratamento que se ve complementado con intervencións psicolóxicas e de incorporación social. É importante sinalar que as persoas nestes trastornos, ademais da problemática que xa de por si lles produce, poden presentar unha menor esperanza de vida pola frecuente presenza doutros problemas de saúde, causados por hábitos como fumar tabaco, abusar do alcol, ter condutas de risco, e outras.

7.2. Esquizofrenia e trastornos psicóticos

A esquizofrenia e outros trastornos psicóticos relacionados son trastornos moi graves que se caracterizan porque sofren serias alteracións da percepción e do pensamento, ademais dunha significativa desorganización do comportamento e da personalidade podendo ter serios problemas de funcionalidade na súa vida cotiá. Caracterízanse por unha forte distorsión do sentido en como perciben a realidade.

Estes trastornos inclúen síntomas positivos, como delirios (crenzas falsas que non teñen base na realidade) e alucinacións (ver ou escoitar cousas que non existen). Presentan un pensamento desorganizado, que pode reflectirse na forma de falar, comportamentos caóticos, e sensacións de que algo externo controla os seus pensamentos ou accións. Ademais, hai síntomas negativos, como a falta de expresión emocional (afecto embotado), falta de motivación (abulia) e problemas nos movementos psicomotores (dificultades na coordinación e o control do movemento).

Os delirios e alucinacións son dous dos síntomas máis característicos da esquizofrenia. O delirio consiste nunha idea estraña falsa que o individuo cree de modo firme a pesar das probas que existen en contra. Habitualmente non hai ningunha base para soster á mesma. Pode haber moitos tipos de delirios, como os persecutorios, que é o máis frecuente na esquizofrenia, ou outros como o de que hai unha conspiración ou discriminación contra a persoa; delirios de referencia, onde se lle asigna un especial significado ás accións doutras persoas, obxectos ou acontecementos; ou de control, onde a persoa cre que os seus pensamentos e accións están controladas por outras persoas.

As alucinacións consisten en experimentar visións, sons, cheiros ou outras percepcións, pero en ausencia de estímulos externos. Por iso, as alucinacións que se consideran son as auditivas (sons e voces que parecen provir de fóra da cabeza), visuais (percepcións vagas de cores, nubes ou visións directas de persoas ou obxectos), olfactivas (cheiros que ninguén máis que esa persoa cheira, como por exemplo, cheiro a fume), gustativas (sentir o sabor estraño de alimentos ou bebidas que percibe de modo regular),

somáticas (sensación de que algo lle está ocorrendo dentro do seu corpo, como por exemplo que un animal tenta invadir o seu corpo) e táctiles (ter sensacións de formigueo, ardentía ou descargas eléctricas).

Estes síntomas son o suficientemente intensos e frecuentes como para desviarse do que normalmente se espera segundo as normas culturais do contexto do individuo. Para diagnosticar esquizofrenia, é importante que estes síntomas non sexan causados por outro trastorno mental, como un trastorno do estado de ánimo ou o consumo de substancias, nin por enfermidades (ex., un tumor cerebral) ou por un medicamento (ex., corticoides). Tamén, as crenzas ou comportamentos aceptados por unha cultura específica non deberían clasificarse como síntomas destes trastornos.

Adoita diferenciarse na esquizofrenia o primeiro episodio, ter múltiples episodios ou esquizofrenia continua.

Outros trastornos dentro da clasificación de esquizofrenia e outros trastornos psicóticos primarios son o *trastorno esquizoafectivo* (cómprense os requisitos diagnósticos para esquizofrenia e para un episodio depresivo maníaco, mixto, moderado ou grave), o *trastorno esquizotípico* (persoa que durante un período de varios anos mostra excentricidades de comportamento, aspecto e discurso, acompañados de distorsións cognitivas e perceptivas, crenzas inusuais ou incomodidade nas relacións interpersoais), o *trastorno psicótico agudo e transitorio* (aparición aguda de síntomas psicóticos que alcanzan a súa máxima gravidade en dúas semanas, con síntomas como delirios, alucinacións, desorganización do pensamento, perplexidade ou confusión, e trastorno do estado de ánimo; poden aparecer alteracións similares á catatonía, non durando o episodio máis de tres meses, frecuentemente duns días a un mes); o *trastorno delirante* (desenvólvese un delirio ou un conxunto de delirios que dura polo menos un mes en ausencia de episodio depresivo, maníaco ou mixto, e sen estar presentes outros síntomas característicos da esquizofrenia), e manifestacións sintomáticas nos trastornos psicóticos primarios.

A esquizofrenia e outros trastornos psicóticos afecta de modo moi relevante á vida das persoas que o padecen, podendo producirlle á persoa unha gran incapacidade, aínda que non ocorre en todos os casos. Cando se mantén no tempo, de non tratarse adecuadamente, a sintomatoloxía pode empeorar. En todo caso, precisan coidados ao longo da súa vida, son frecuentes as hospitalizacións na fase activa do trastorno, precisan unha atención e supervisión sanitaria continua, todo o cal incide de modo acusado na súa vida persoal, familiar, laboral e social. Unha parte importante destas persoas teñen baixa por incapacidade permanente. A prevalencia da esquizofrenia está ao redor do 1% da poboación.

7.3. Trastornos de ansiedade

Incluímos neste apartado os trastornos de ansiedade, que o CIE-11 agrupa nas categorías de trastornos de ansiedade e medo, trastornos obsesivo-compulsivos e outros relacionados, e trastornos especificamente asociados ó estrés.

Os *trastornos de ansiedade e medo* caracterízanse pola presencia de niveles elevados de ansiedade e por medo excesivo. Isto pode levar a problemas no comportamento e pode causar moito malestar ou dificultade na vida diaria, xa sexa en casa, na escola ou noutras áreas importantes.. Unha forma de distinguir entre os distintos trastornos de ansiedade e os relacionados co medo é observar que situacións ou cousas específicas causan as distintas reaccións relacionadas co trastorno a nivel cognitivo, condutual e fisiolóxico.

Dentro dos trastornos de ansiedade e medo inclúese o trastorno de ansiedade xeneralizada, o trastorno de pánico, a agorafobia, a fobia específica, o trastorno de ansiedade social, o trastorno de ansiedade por separación e o mutismo selectivo.

O *trastorno de ansiedade xeneralizada* ten como trazo distintivo unha preocupación constante xeneralizada a unha variedade de actividades, acontecementos e experiencias diarias. Esta preocupación é intensa e difícil de controlar, o que a converte nunha forma de afrontamento evitativo chegando a afectar significativamente a distintas áreas vitais. Caracterízase por ter síntomas de ansiedade moi marcados que duran polo menos varios meses, manifestándose máis días dos que non. Estes poden aparecer como unha aprehensión constante (ou "ansiedade de flotación libre") ou como unha preocupación excesiva enfocada en diversas situacións da vida cotiá, como a familia, a saúde, o diñeiro, e o traballo ou a escola. Ademais da preocupación constante, tamén poden experimentar outros síntomas como tensión muscular, inquietude, nerviosismo, dificultade para concentrarse, irritabilidade e problemas para durmir.

O *trastorno de pánico* caracterízase porque as persoas que o padecen teñen ataques de pánico repentinos e frecuentes, que se caracterizan pola aparición de sensacións de temor inesperados que se repiten no tempo. Estes ataques non están limitados a situacións ou lugares específicos. Un ataque de pánico é un episodio de medo intenso que adoita incluír síntomas como palpitacións ou corazón acelerado, sudoración, sensación de perda de control, tremores, falta de aire, dor no peito, mareos ou sensación de desmaio, calafríos ou sensación de calor, e medo a morrer de forma inminente. Ademais, as persoas con trastorno de pánico adoitan preocuparse moito pola posibilidade de que estes ataques volvan ocorrer. Isto pode levar a comportamentos encamiñados a evitar que estes se repitan, o cal interfire e afecta de forma significativa na súa vida persoal, familiar, social, educativa ou laboral.

A *agorafobia* abarca síntomas de medo ou ansiedade moi intensos que xorden en diversas situacións onde a persoa entende ou interpreta que escapar pode ser difícil ou onde non hai axuda dispoñible no caso de que a necesite. Algunhas destas situacións poden ser usar transporte público, multitudes, lugares concorridos e estar fora da casa só, por exemplo, en tendas ou teatros. As persoas con agorafobia adoitan estar preocupadas por estas situacións porque temen experimentar resultados negativos como altos niveis de ansiedade ou ataques de pánico ou síntomas físicos que poden ser incapacitantes ou embarazosos. Como resultado, poden evitar activamente estas situacións chegando a afectarlles significativamente na súa vida.

A *fobia específica* é un trastorno de ansiedade onde a persoa experimenta un medo ou ansiedade intensos que ocorre de maneira constante cando se enfronta a un obxecto ou situación específica. Algúns exemplos comúns inclúen medo a certos animais, temor a voar, medo ás alturas, ansiedade a espazos pechados ou medo a ver sangue ou feridas. Este medo é desproporcionado en relación co perigo real que representan estas situacións. As persoas con fobia específica tenden a evitar o obxecto ou a situación fóbica, ou poden enfrontalos, pero cun intenso medo ou ansiedade. Do mesmo xeito que na agorafobia, os síntomas deben persistir durante polo menos varios meses e ser o suficientemente graves como para causar un malestar significativo en distintas áreas vitais da persoa ou afectar negativamente as relacións persoais, familiares, sociais, educativas ou laborais.

O *trastorno de ansiedade social* defínese por un medo ou ansiedade intensos que ocorren de maneira sistemática en situacións sociais. Estas situacións poden incluír interaccións sociais, como ter unha conversación, ser observado mentres se come ou bebe, ou realizar actividades fronte a outras persoas, como dar un discurso. As persoas con este trastorno adoitan preocuparse por comportarse dunha maneira que sexa avaliada negativamente polos demais ou por mostrar síntomas de ansiedade. Como resultado,

tenden a evitar estas situacións sociais ou sopórtanas cun gran temor ou ansiedade. Os síntomas, para ser clinicamente significativos, deben persistir durante polo menos varios meses e ser o suficientemente graves como para causar un malestar ou deterioro significativo, interferindo nas distintas áreas a nivel persoal, familiar, social, educativa ou laboral da persoa.

O *trastorno de ansiedade por separación* caracterízase por un medo ou ansiedade intensos relacionados coa separación de figuras de apego específicas. Nos nenos, estas figuras de apego adoitan ser os pais, coidadores ou outros membros da familia; nos adultos, xeralmente son as parellas ou os fillos. As manifestacións da ansiedade por separación poden incluír pensamentos persistentes sobre o perigo ou eventos adversos que lle poderían ocorrer á figura de apego. Tamén poden presentarse síntomas como a reticencia para ir á escola ou ao traballo, unha ansiedade recorrente relacionada coa separación e a negación de durmir lonxe da figura de apego, así como pesadelos sobre a separación. Os síntomas persisten durante polo menos varios meses e son o suficientemente graves como para causar un malestar ou deterioro significativo nas relacións persoais, familiares, sociais, laborais, educativas e ocupacionais, así como noutras áreas importantes do funcionamento.

O *mutismo selectivo* é un trastorno que se caracteriza pola dificultade dun neno para falar en certas situacións sociais. Aínda que o neno ten habilidades lingüísticas adecuadas e pode comunicarse sen problemas nun ambiente familiar, como na casa, non pode falar noutros contextos, especialmente na escola. Este trastorno persiste durante polo menos un mes e non se limita só ao primeiro día de clases. A incapacidade para falar é o suficientemente grave como para afectar negativamente ó rendemento académico e a interacción social do neno. É importante destacar que esta dificultade non se debe a que o neno non coñeza o idioma ou non se sinta cómodo coa lingua falada en situacións sociais, como podería ocorrer se se fala un idioma diferente en casa e na escola.

Outro tipo de trastornos clasicamente incluídos dentro dos de ansiedade son os trastornos obsesivo-compulsivos e outros trastornos relacionados. O *trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)* caracterízase pola presenza de obsesións e compulsións. As obsesións son pensamentos, imaxes ou impulsos que aparecen repetidamente na mente da persoa. Estes pensamentos son molestos e non desexados, e a miúdo xeran altos niveis de ansiedade. Ante o malestar xerado polas obsesións, as persoas con TOC tentan ignorar ou suprimir estes pensamentos mediante rituais, accións, comportamentos tanto externos como actos mentais internos ou encubertos. Estas accións denomínanse compulsións, e a súa función é neutralizar a forte ansiedade ou medo que sofre a persoa con TOC. Nuns primeiros instantes tras realizar a compulsión poden experimentar certa sensación de alivio, pero o feito de levalas a cabo reforza que as obsesións volvan con maior forza e intensidade.

Para que se diagnostique o trastorno obsesivo-compulsivo, as obsesións e compulsións deben consumir moito tempo, xeralmente máis dunha hora ao día. Ademais, deben causar un malestar significativo ou afectar de maneira negativa ó funcionamento en áreas importantes da vida do individuo. O TOC é un trastorno que pode ser altamente incapacitante e disfuncional para a persoa que o sofre.

A *hipocondría* caracterízase por unha preocupación ou temor persistentes acerca da posibilidade de ter unha ou varias enfermidades graves, progresivas ou potencialmente mortais. A preocupación está asociada a interpretacións erróneas e catastróficas de signos ou síntomas corporais, incluídas sensacións normais ou comúns, e a preocupación maniféstase xa sexa en comportamentos repetitivos e excesivos relacionados coa saúde ou comportamentos desadaptados de evitación relacionados coa saúde. A preocupación ou o temor do individuo non é simplemente unha inquietude razoable relacionada cunha

situación circunscrita, xa que persiste ou reaparece a pesar dunha avaliación médica adecuada e de asegurarlles tranquilidade. Os síntomas ocasionan malestar ou deterioro significativo nas relacións persoais, familiares, sociais, académicas, laborais ou noutras áreas importantes do seu funcionamento.

Pola súa banda, os *trastornos relacionados co estrés* están directamente vinculados á exposición a un evento traumático ou estresante, ou a unha serie de experiencias adversas. Para que se diagnostique un destes trastornos, é necesario que haxa un estresor identificable que actúe como factor causante. É importante sinalar que non todas as persoas que experimentan o mesmo tipo de estresor desenvolverán un trastorno. Os eventos estresantes que poden provocar algúns destes trastornos adoitan ser experiencias normais da vida, como un divorcio, problemas económicos ou a morte dun ser querido. Doutra banda, hai trastornos que requiren que a persoa vivise eventos traumáticos moi estresantes e que sexan extremadamente ameazantes ou aterrecedores. En todos os trastornos deste grupo, o que diferencia un trastorno doutro son a natureza, o patrón e a duración dos síntomas que aparecen en resposta ao evento estresante, así como o deterioro no funcionamento que estes síntomas poden causar.

No trastorno de adaptación ou *trastorno adaptativo* prodúcese unha reacción desadaptativa a un estresante psicosocial identificable ou a múltiples factores de estrés (por exemplo, divorcio, enfermidade ou discapacidade, problemas socioeconómicos, conflitos no fogar ou no traballo) que, polo xeral, xorde dentro do n mes seguinte á aparición do factor estresante. O trastorno caracterízase pola preocupación polo factor estresante ou as súas consecuencias, incluída a preocupación excesiva, pensamentos recorrentes e angustiosos sobre o factor estresante, ou cavilación constante sobre as súas implicacións, así como pola falta de adaptación ó estrés que provoca un deterioro significativo na vida persoal, familiar, social, educativa, laboral ou noutras áreas importantes do funcionamento. Os síntomas non son de especificidade ou da gravidade suficiente para xustificar o diagnóstico da presenza doutro trastorno mental e do comportamento e, polo xeral, resólvense dentro dos 6 meses, a menos que o factor estresante persista durante máis tempo.

O *trastorno por loito prolongado* é un trastorno no que, tras a morte dun ser querido ou próximo, hai unha resposta de dor persistente e xeneralizada caracterizada pola nostalxia pola persoa falecida ou preocupación persistente acompañada por unha intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultade para aceptar a morte, sentir que un perdeu unha parte de si mesmo, incapacidade para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecemento emocional, dificultade para relacionarse coas actividades sociais ou doutro tipo). A resposta de dor persiste durante un período atípicamente longo despois da perda (máis de 6 meses como mínimo) e claramente maior que as normas sociais esperadas, polo contexto cultural e relixioso do individuo. As reaccións de do que persistiron durante períodos máis longos, aínda que dentro do que sería un período normativo do loito de determinado contexto cultural e relixioso da persoa, son vistas como respostas de loito normal e non se lles asigna un diagnóstico. A alteración provoca un deterioro significativo na vida persoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento da persoa.

Dentro destes trastornos destaca o *trastorno de estrés postraumático (TEPT)*, que é un trastorno que pode aparecer despois de que unha persoa viviu un evento moi ameazante ou aterrecedor. Caracterízase por tres aspectos principais: 1) Reexperimentación do trauma: a persoa volve a vivir o evento traumático a través de recordos vívidos, flashbacks ou pesadelos. Estes recordos adoitan ir acompañados de emocións intensas, como medo ou horror, e sensacións físicas intensas. 2) Evitación: a

persoa tenta evitar pensamentos e recordos do evento traumático. Isto inclúe evitar actividades, situacións ou persoas que lle lembren o sucedido. E, 3) Hipervixilancia: a persoa ten unha sensación constante de ameaza. Isto maniféstase como hipervixilancia, onde está moi alerta ó seu redor, ou mostra reaccións esaxeradas ante ruídos ou sorpresas. Os síntomas do TEPT poden durar varias semanas e adoitan causar problemas significativos na vida diaria da persoa.

7.4. Trastornos do estado de ánimo (depresión e trastorno bipolar)

Os trastornos do estado de ánimo abarcan dous grandes grupos: os trastornos depresivos e os trastornos bipolares. Defínense segundo os diferentes tipos de episodios de estado de ánimo e como estes se presentan ao longo do tempo.

A *depresión* é un trastorno mental que se atopa entre os problemas de saúde máis prevalentes e incapacitantes a nivel global. Caracterízanse por un estado de ánimo baixo persistente que pode manifestarse como tristeza profunda, irritabilidade ou unha sensación constante de baleiro ou por unha perda do interese e pracer en actividades que anteriormente resultaban gratificantes. A isto súmanse unha serie de síntomas cognitivos e condutuais que poden incluír dificultades para concentrarse, cambios no apetito ou o soño, diminución da enerxía, e sentimentos de inutilidade ou culpa. Estes síntomas afectan de maneira significativa a capacidade do individuo para funcionar na súa vida diaria, xa que interfiren co seu desempeño académico, laboral, social e persoal. A CIE-11 clasifica o trastorno depresivo en diferentes subtipos segundo a gravidade e a duración dos síntomas mencionados. Para que se diagnostique un trastorno depresivo, estes síntomas deben presentarse de forma constante por un período de polo menos dúas semanas e non deben atribuírse a outras causas, como un trastorno bipolar (no que a persoa presenta episodios de teima ou hipomanía).

Clinicamente, a depresión presenta síntomas emocionais e físicos que poden variar en intensidade. En moitas persoas pódese observar un descenso marcado na actividade física, o que se traduce nunha falta de motivación, diminución do apetito e da libido, insomnio ou hipersomnia, e, en casos máis severos, pensamentos recorrentes de morte ou suicidio. Esta sintomatoloxía non só representa unha gran fonte de sufrimento para quen a padece, senón que tamén conleva un gran custo a nivel social.

O *trastorno bipolar* é unha alteración do estado de ánimo caracterizada pola presenza de episodios que varían entre estados de euforia (teima ou hipomanía) e estados depresivos. Clasifícase como un trastorno episódico do estado de ánimo, xa que se manifesta en fases ou episodios diferenciados no tempo. Os episodios do estado de ánimo que se presentan no trastorno bipolar inclúen o episodio depresivo, o episodio maníaco e o episodio hipomaníaco, sendo estes os compoñentes principais do trastorno. É importante destacar que, por si sos, estes episodios non se diagnostican como trastornos independentes, senón que forman parte dun cadro máis amplo que define o trastorno bipolar.

Os *episodios maníacos* caracterízanse por un estado de ánimo elevado, expansivo ou extremadamente irritable durante un período mínimo dunha semana. Este estado adoita ir acompañado de síntomas como unha autoestima esaxerada ou grandiosidade, unha diminución na necesidade de durmir, un discurso acelerado e unha presión interna por falar constantemente. Tamén é común que se presenten pensamentos que flúen rapidamente (fuga de ideas), distracción, aumento da actividade orientada a obxectivos (sociais, laborais, académicos ou sexuais) e un comportamento impulsivo que pode incluír decisións arriscadas como gastos excesivos ou condutas sexuais inadecuadas. Nalgúns casos, os episodios maníacos poden ser tan graves que a persoa requira

hospitalización debido ó deterioro significativo no seu funcionamento social ou laboral, ou a aparición de características psicóticas. A pesar de que as ideas esaxeradas e a sobrevaloración das propias capacidades son frecuentes, as persoas con episodios maníacos adoitan manter certa coherencia lóxica no seu pensamento, aínda que este pode verse afectado pola rapidez e a dificultade para manterse nunha liña argumentativa.

A *hipomanía*, doutra banda, diferénciase da teima na intensidade e duración dos síntomas. Un episodio hipomaníaco caracterízase por un estado de ánimo elevado ou irritable persistente, que dura polo menos catro días consecutivos, acompañado de síntomas similares aos da teima, pero nun grao menos intenso. A diferenza da teima, os episodios hipomaníacos non provocan un deterioro funcional significativo nin requiren hospitalización, e non presentan características psicóticas. De feito, moitas veces estes episodios non se detectan facilmente, xa que o incremento na enerxía e a produtividade é percibido como positivo e adaptativo tanto pola persoa afectada como polos que a rodean. Nalgúns casos, a hipomanía pode pasar desapercibida ou mesmo ser benvida, o que dificulta o diagnóstico e a procura de tratamento.

Os dous subtipos principais, bipolar tipo I e bipolar tipo II, distínguense pola presenza ou ausencia de episodios maníacos completos, a gravidade dos síntomas e o impacto funcional. O manexo adecuado do trastorno bipolar implica unha comprensión profunda destas variacións nos episodios do estado de ánimo para proporcionar un diagnóstico preciso e un tratamento axustado ás necesidades de cada paciente.

7.5. Trastornos por consumo de substancias psicoactivas e outras adiccións

Os trastornos debidos ao consumo de substancias psicoactivas e a comportamentos adictivos son un grupo de trastornos mentais e do comportamento que se desenvolven como consecuencia do consumo de substancias predominantemente psicoactivas, o que inclúe medicamentos, xerando comportamentos específicos e repetitivos que buscan recompensa e reforzo. Estes trastornos abarcan unha variedade de patróns de consumo e condutas, que poden ter un impacto significativo na vida do individuo, afectando a súa saúde mental, as súas relacións interpersoais e o seu funcionamento en diversas áreas da vida diaria.

Este grupo de trastornos inclúen desde episodios únicos ou esporádicos de consumo prexudicial ou perigoso para a saúde da persoa, ata problemas máis complexos como trastornos por consumo de substancias e dependencia (adicción), e outros trastornos derivados do consumo de substancias como problemas de soño, disfuncións sexuais, e cambios no estado de ánimo.

Para conceptualizar o anterior, débense diferenciar distintos elementos, como son a *intoxicación*, entendida como aquel estado transitorio, no cal experiméntanse efectos negativos polo consumo recente dunha substancia, ou a *síndrome de abstinencia*, que son os síntomas físicos e psicolóxicos que aparecen ao deixar de consumir a substancia (ansiedade, ira, irritabilidade, etc.), entre outros.

Enténdese por dependencia a unha substancia un forte impulso ou desexo interno por consumila que se reflicte na incapacidade de controlar o consumo, un aumento da prioridade deste ante outro tipo de actividades importantes na súa vida (traballo, familia, eventos sociais, etc.) e a persistencia do consumo a pesar do dano ou das consecuencias negativas que lle repercuten tanto á persoa como á súa contorna máis próxima. As persoas cunha forte dependencia a unha substancia ou un comportamento (por exemplo, trastorno de xogo) adoitan xerarlle altos niveis de interferencia en distintas áreas vitais do individuo que as consome.

Os criterios diagnósticos da CIE-11 suxiren a existencia dunha dependencia física (neuoroadaptación e abstinencia), psicolóxica (modelos de aprendizaxe e características da personalidade) e social (grupo de iguais, cultura e medio ambiente), cuxos factores implicados entrelázanse e interactúan mutuamente. O consumo pode producir diferentes efectos por intoxicación e trastornos de tipo físico e mental, dependendo do tipo de substancia. As que consideran son o alcol, cánnabis, opiáceos, sedantes, hipnóticos e ansiolíticos, cocaína, estimulantes (incluídas as anfetaminas, metanfetaminas e a metcatinona), alucinógenos, nicotina, inhalantes volátiles, MDMA ou outras drogas relacionadas, incluíndo o MDA, catinonas sintéticas, e cafeína.

Para exemplificar o anterior nunha das drogas, no *alcol*, este ten propiedades depresoras do sistema nervioso central. O seu consumo excesivo pode ocasionar danos graves e duradeiros en case todos os órganos e sistemas do corpo, manifestándose tanto en episodios illados de consumo nocivo como en patróns de abuso crónico que impactan negativamente na vida do individuo e na súa contorna social e familiar. A intoxicación alcohólica caracterízase por déficits na atención, comportamentos agresivos, inestabilidade emocional, deterioro do xuízo, falta de coordinación e dificultades na fala, ademais de facilitar condutas perigosas cara a un mesmo e cara a outros, como a condución baixo os seus efectos ou actos violentos.

En persoas con dependencia alcohólica, a interrupción ou redución repentina do consumo pode desencadear unha síndrome de abstinencia, manifestado por tremores, ansiedade e, en casos graves, convulsións. No plano mental, o consumo de alcol asóciase a diversos trastornos inducidos, como a depresión, a ansiedade e o deterioro cognitivo, afectando áreas clave como a memoria, a capacidade de concentración e de xuízo. Comprender estas consecuencias permite apreciar tanto o impacto físico como as serias repercusións do alcol na saúde mental.

As distintas drogas teñen varias funcións. Por exemplo, o alcol funciona como sedante, mentres que a cocaína como estimulante. Algunhas teñen propiedades de producir psicoses (ex., alucinóxenos, cánnabis), e a abstinencia adoita nalgunhas por exemplo a cursar cun baixón no estado de ánimo, que pode confundirse cunha depresión, aínda que nalgúns casos o consumo chega a producila, así como outros trastornos mentais (ex., insomnio, trastornos de ansiedade).

Nos últimos anos incluíronse tamén trastornos debidos a comportamentos adictivos, como son o xogo de apostas e os videoxogos. Este tipo de condutas xeran un malestar significativo, perda de control e un alto nivel de interferencia chegando afectar ó funcionamento persoal e en diferentes áreas vitais da persoa. Estes trastornos implican a persistencia desa conduta a pesar das súas consecuencias negativas e xeran unha dependencia psicolóxica similar á observada nas adiccións a substancias.

O *trastorno por xogo de apostas* caracterízase por un patrón persistente ou recorrente de comportamento de xogo de apostas, xa sexa en liña (por Internet) ou non. Maniféstase por un deterioro na capacidade de control da devandita conduta. Isto inclúe dificultades relacionadas co inicio, a frecuencia, a intensidade, a duración, a finalización e o contexto do xogo; o incremento na prioridade dada ao xogo de apostas; o xogo anteponse a outros intereses e actividades da vida diaria; e, en continuar ou incrementar a conduta a pesar das consecuencias negativas que se poidan presentar. O patrón de comportamento é o suficientemente grave como para causar un deterioro significativo en áreas como o ámbito persoal, familiar, social, educativo, ocupacional ou noutras áreas importantes. Este comportamento pode ser continuo ou episódico e recorrente, e xeralmente é evidente durante un período de polo menos 12 meses para asignar o diagnóstico. Con todo, a duración requirida pode acurtarse se se compren todos os criterios de diagnóstico e os síntomas son graves.

O *trastorno por uso de videoxogos* ten os mesmos criterios diagnósticos que os utilizados para o xogo de apostas, aínda que centrado nos xogos dixitais ou videoxogos.

7.6. Trastornos infanto-xuvenís e do neurodesenvolvemento

Os trastornos que teñen especificamente os nenos e adolescentes son denominados polo CIE-11 como trastornos do neurodesenvolvemento. Son trastornos que xorden durante o período do desenvolvemento e crecemento da persoa causando problemas importantes na adquisición e desempeño de funcións intelectuais, motoras e sociais específicas. Cando falamos deste tipo de trastornos só se inclúen os trastornos cuxas características principais están relacionadas co desenvolvemento neurolóxico e do sistema nervioso. Considera nos mesmos o trastorno do desenvolvemento intelectual, o do desenvolvemento da fala ou a linguaxe, o do espectro autista, do desenvolvemento da aprendizaxe e o trastorno por hiperactividade e déficit de atención.

O *trastorno do desenvolvemento intelectual* inclúe un grupo de alteracións ou afeccións significativas que aparecen durante a etapa de crecemento e desenvolvemento da persoa (infancia ou adolescencia). Caracterízanse por un nivel de funcionamento intelectual e habilidades adaptativas considerablemente inferiores á media, atendendo á súa idade e etapa de desenvolvemento madurativo. Dependendo da gravidade, pode afectar desde dificultades na comprensión da linguaxe complexa ata problemas motores que necesitan de apoio diario e supervisado pola súa contorna máis próxima.

Os *trastornos do desenvolvemento da fala ou a linguaxe* aparecen durante a infancia ou adolescencia e caracterízanse por dificultades para entender ou producir a fala, ou para usar a linguaxe de maneira efectiva á hora de comunicarse. Estariamos a falar de posibles problemas na pronuncia, fluidez verbal, capacidade de entendemento da linguaxe falada ou de acenos, comprensión do humor verbal ou de significados ambiguos, entre outros. As dificultades superan o que se esperaría en comparación coa media para a idade e o nivel intelectual da persoa. Non se deben a diferenzas sociais ou culturais (como acentos ou dialectos) nin a problemas físicos ou neurolóxicos específicos. A causa destes trastornos adoita ser complexa, e en moitos casos non se coñece con exactitude.

O *trastorno do espectro autista (TEA)* caracterízase por dificultades persistentes para iniciar e manter interaccións sociais e para comunicarse de maneira efectiva. Ademais, obsérvanse comportamentos repetitivos, accións que se realizan de maneira constante e con pouca variación, como balancearse, bater as mans ou repetir frases. Os comportamentos poden ser unha forma de autorregulación axudando ás persoas para xestionar a ansiedade e a crear unha sensación de previsibilidade nun mundo que pode parecer desordenado. Estas condutas son fundamentais para o seu benestar emocional.

As persoas con TEA poden presentar intereses moi restrinxidos, tendo un enfoque intenso e limitado en certos temas ou actividades. Esta hiperfocalización é entendida como unha forma de organización mental que non só proporciona goce, senón que tamén lles axuda a comprender e dar sentido a súa contorna. Isto en ocasións pode implicar unha dificultade para aceptar cambios ou desviacións da rutina habitual.

Estas persoas poden experimentar angustia cando se enfrontan a situacións novas ou inesperadas, polo que seguir rutinas estritas proporciónalles seguridade e axúdalles a evitar a sobrecarga sensorial e emocional. Aínda que comeza na infancia, os síntomas poden volverse máis notorios cando as demandas sociais aumentan e a persoa non é capaz de enfrontarse a elas. Estas dificultades teñen un impacto significativo na vida cotiá da persoa, afectando as súas relacións interpersoais en distintas contornas coma a familiar, educativa, laboral, etc. Aínda que as características do TEA son permanentes, a súa manifestación pode variar dependendo da contorna social ou educativa. Poden mostrar

unha gran diversidade en canto ás súas capacidades cognitivas e lingüísticas. É importante destacar que o TEA é un espectro amplo, e as manifestacións poden variar significativamente entre individuos. Mentres que algúns poden ter dificultades significativas na comunicación e a interacción social, outros poden presentar habilidades lingüísticas avanzadas, e aínda enfrontar desafíos na comprensión de matices sociais.

O *trastorno do desenvolvemento da aprendizaxe* refírese a dificultades significativas e persistentes na adquisición de habilidades académicas como a lectura, a escritura ou as matemáticas. Estas dificultades van moito máis alá do que se esperaría segundo a idade e o nivel de capacidade intelectual da persoa, afectando gravemente o seu rendemento académico ou laboral. Este trastorno adóitase detectar durante os primeiros anos da escola, cando se ensinan estas habilidades. É importante destacar que non é causado por un trastorno intelectual, problemas sensoriais (como discapacidade visual ou auditiva), trastornos neurolóxicos ou motores, nin por unha falta de educación adecuada ou dominio do idioma de instrución.

O *trastorno por hiperactividade e déficit de atención (TDAH)* caracterízase porque a persoa mostra un patrón persistente (de polo menos 6 meses) de falta de atención ou hiperactividade e impulsividade, que comeza durante o período do desenvolvemento, xeralmente na infancia temperá ou media. Os niveis de falta de atención, hiperactividade e impulsividade exceden o que se esperaría para a idade e o nivel intelectual da persoa, interferindo de maneira significativa co seu funcionamento académico, laboral ou social. A falta de atención implica unha dificultade considerable para manterse implicado en tarefas que non ofrecen altos niveis de estimulación ou recompensas frecuentes, ademais da tendencia á distracción e problemas organizativos. A hiperactividade maniféstase como un exceso de actividade motora e problemas para quedarse inmóbil, máis notables en situacións que requiren autocontrol. A impulsividade refírese á tendencia de actuar en resposta a estímulos inmediatos, sen pensar nos riscos ou consecuencias. A presentación e o equilibrio entre a falta de atención e a hiperactividade ou impulsividade varían segundo o individuo e poden cambiar co tempo. Para un diagnóstico, estes comportamentos deben ser observables en máis dunha contorna ou contexto vital da persoa.

7.7. Trastornos do comportamento alimenticio

Os *trastornos da conduta alimentaria* (TCA) son alteracións psicolóxicas que afectan á relación dunha persoa coa alimentación. Estes trastornos inclúen tanto alteracións do comportamento que están relacionadas coa preocupacións polo peso e a figura corporal como a inxesta de substancias non comestibles (pica) ou a regurxitación voluntaria de alimentos, así como comportamentos anormais vinculados coa inxesta ou preocupación pola comida, o peso e a figura corporal. Falamos dos trastornos de anorexia nerviosa, bulimia, ou o trastorno por atracón. Os TCA non están causados por outras condicións médicas e non se axustan ás normas culturais da contorna. O seu impacto é profundo, afectando tanto á saúde física como a mental de quen os padece, e requiren atención clínica para un tratamento efectivo.

A *anorexia nerviosa* defínese por un peso corporal significativamente baixo en relación coa altura, a idade e a etapa de desenvolvemento do individuo. Para os adultos, isto defínese, segundo o CIE-11, como un índice de masa corporal (IMC) menor a 18.5 kg/m², mentres que en nenos e adolescentes considérase un IMC por baixo do quinto percentil para a súa idade. Este baixo peso non debe ser resultado dunha afección médica, doutro trastorno mental ou da falta de alimentos.

O peso corporal baixo está asociado con intentos persistentes da persoa por evitar a restauración do seu peso normal. Isto pode incluír: comportamentos destinados a reducir o consumo de enerxía, como a restrición de alimentos; comportamentos purgativos, como o vómito autoinducido ou o abuso de laxantes; comportamentos que aumentan o gasto enerxético, como o exercicio excesivo. Estes comportamentos adoitan estar vinculados ou relacionados cun intenso medo a aumentar de peso. En persoas con anorexia nerviosa, o peso baixo ou a figura corporal son elementos centrais na súa autoavaliación e a súa autoestima.

A *bulimia nerviosa* implica episodios frecuentes e recorrentes de atracóns de comida, por exemplo, que ocorren polo menos unha vez á semana durante un período de polo menos un mes. Un episodio de atracón é un período definido no que a persoa experimenta unha perda subxectiva de control sobre a comida, consome moita máis cantidade de alimentos do habitual sendo incapaz de controlarse ou deterse. A estes episodios de atracón seguen comportamentos compensatorios de forma reiterada e inapropiados que teñen como obxectivo previr o aumento de peso. Estes poden incluír vómito autoinducido, abuso de laxantes e exercicio vigoroso. As persoas con bulimia nerviosa adoitan ter unha preocupación intensa pola súa forma e peso corporal o que afecta de maneira significativa a súa autoavaliación. A diferenza das persoas con anorexia nerviosa non teñen un peso corporal significativamente baixo.

No *trastorno por atracón* hai episodios frecuentes e recorrentes de inxestas excesivas de alimentos, que ocorren polo menos unha vez por semana durante varios meses. Estes episodios adoitan xerar un profundo malestar e están acompañados de emocións negativas, como culpa ou desgusto. A diferenza da bulimia nerviosa, os atracóns non van seguidos de condutas compensatorias inapropiadas.

7.8. Trastornos de personalidade e trazos relacionados

Nesta categoría diferéncianse os trastornos de personalidade dos trazos ou patróns de personalidade prominentes. As persoas que teñen *trastornos de personalidade* presentan problemas no funcionamento persoal, como a identidade, autoestima, percepción dun mesmo ou a capacidade de autodirección, e tamén pode incluír dificultades nas relacións interpersoais, como a habilidade para crear e manter vínculos próximos e satisfactorios, comprender as perspectivas dos demais ou manexar conflitos. Estes problemas persisten durante un período prolongado, como polo menos dous anos. A alteración reflíctese en patróns de pensamento, experiencia e expresión emocional e en comportamentos que son inflexibles ou pouco adaptativos, presentes en diferentes contextos persoais e sociais, e non se limitan a relacións ou roles específicos. Estes patróns non son apropiados para o desenvolvemento da persoa e non se explican principalmente por factores sociais, culturais ou conflitos sociopolíticos. Este trastorno adoita causar un malestar significativo ou afecta seriamente distintas áreas da vida, como o ámbito persoal, familiar, social, educativo ou laboral.

Dentro dos trastornos de personalidade (TP) diferencianse o TP leve, o TP moderado e o TP grave, dependendo do número de síntomas e do nivel de funcionamento nas distintas áreas vitais.

Por trazos *ou patróns de personalidade prominentes* refírense a características destacadas da personalidade que poden utilizarse para describir a personalidade de alguén cun trastorno da personalidade ou con dificultades de personalidade. Estes trazos tamén están presentes en persoas sen un trastorno, e non representan categorías de diagnóstico, senón dimensións que reflicten a estrutura profunda da personalidade. Pódense usar tantos trazos como sexa necesario para describir o funcionamento da personalidade dunha

persoa. Nos casos de trastornos de personalidade máis graves, adoitan atoparse máis trazos prominentes. Neles inclúen a afectividade negativa, o desapego, o comportamento disocial, a desinhibición, as características anancásticas e o patrón límite da personalidade.

A *afectividade negativa* nos trastornos ou dificultades da personalidade refírese á tendencia para experimentar moitas emocións negativas. As manifestacións comúns deste trazo inclúen unha gama ampla de emocións negativas que son máis frecuentes e intensas do que a situación xustifica mellorar, inestabilidade emocional e dificultades para regular as emocións, actitudes pesimistas, baixa autoestima e falta de confianza nun mesmo, así como desconfianza cara aos demais. Non todas estas manifestacións aparecen necesariamente na mesma persoa ao mesmo tempo.

O *desapego* nos trastornos ou dificultades da personalidade caracterízase pola tendencia para manter distancia nas relacións interpersoais (distanciamento social) e na expresión de emocións (distanciamento emocional). As manifestacións comúns deste trazo inclúen distanciamento social, como evitar as interaccións sociais, falta de amizades e evitar a intimidade, así como distanciamento emocional, que se expresa en forma de reserva, illamento e unha expresión e experiencia emocional limitadas. Non todas estas manifestacións están presentes necesariamente nunha mesma persoa ao mesmo tempo

O *comportamento disocial* nos trastornos ou dificultades da personalidade caracterízase principalmente por unha indiferenza cara aos dereitos e sentimentos dos demais, o cal inclúe tanto o egocentrismo como a falta de empatía. As manifestacións comúns deste comportamento, que non necesariamente se presentan todas nunha mesma persoa ao mesmo tempo, inclúen: egocentrismo (por exemplo, un sentido de dereito, expectativa de admiración, comportamentos para atraer a atención doutros, e unha preocupación predominante polas propias necesidades e desexos, sen consideración polos dos demais); e falta de empatía (é dicir, indiferenza por como as propias accións poden incomodar ou prexudicar a outros, o que pode incluír ser enganoso, manipulador, explotador, agresivo fisicamente, insensible ante o sufrimento alleo e cruel para alcanzar as súas metas).

Pola súa banda, a *desinhibición* nos trastornos ou dificultades da personalidade é unha tendencia a actuar de forma impulsiva ante estímulos inmediatos, xa sexan sensacións, emocións ou pensamentos, sen considerar as posibles consecuencias negativas. As manifestacións comúns deste trazo, que non necesariamente se presentan todas ao mesmo tempo nunha persoa, inclúen a impulsividade, a distracción, a irresponsabilidade, a imprudencia e a falta de planificación.

As *características anancásticas* nos trastornos ou dificultades da personalidade caracterízanse por un enfoque ríxido e limitado en cumprir con estándares de perfección e o que se considera correcto ou incorrecto, así como polo control tanto do propio comportamento como dos demais e das situacións para asegurar que se cumpran estes estándares. Entre as manifestacións comúns destas características, que non necesariamente están todas presentes ao mesmo tempo nunha persoa, inclúense o perfeccionismo (por exemplo, preocupación por regras sociais, obrigacións e normas do correcto e incorrecto, atención minuciosa aos detalles, rutinas diarias ríxidas e sistemáticas, planificación excesiva, e énfase na organización, a orde e a pulcritude) e a limitación emocional e condutual (por exemplo, control estrito da expresión emocional, obstinación, inflexibilidade, evitación de riscos, perseveranza e toma de decisións deliberada).

O *patrón límite da personalidade* é unha alteración da personalidade que se aplica a persoas cun patrón de inestabilidade nas relacións interpersoais, a autoimaxe e os estados emocionais, acompañado dunha gran impulsividade. Isto móstrase en aspectos

como: esforzos intensos por evitar o abandono (real ou imaxinario), relacións persoais inestables e intensas, problemas coa identidade que afectan a autoimaxe ou o sentido do eu, tendencia a actuar impulsivamente en momentos de forte afectividade negativa, condutas potencialmente daniñas para si mesmos, episodios repetidos de autolesións, inestabilidade emocional debido a unha alta reactividade, sentimentos constantes de baleiro, anoxo intenso e inapropiado ou dificultades para controlalo, e síntomas disociativos ou trazos psicóticos en momentos de gran excitación emocional.

7.9. Outros trastornos

Como xa vimos, hai outros trastornos clínicos. Indicámolos a continuación de modo resumido e sen agrupar.

A *catatonía* é un trastorno que afecta o control voluntario dos movementos dunha persoa. Caracterízase por síntomas como: moverse moi lentamente ou non moverse en absoluto, non falar, facer movementos sen sentido que non responden ao que pasa ao seu redor, adoptar e manter posturas raras ou estrañas, resistirse a seguir instrucións ou a que móvano, ou seguir ordes automaticamente. A catatonía pode aparecer en persoas con problemas como a depresión, a esquizofrenia ou o autismo. Tamén pode ser provocada por outras enfermidades ou trastornos que non están relacionados coa saúde mental.

Os *trastornos disociativos* identifícanse por unha interrupción involuntaria en como unha persoa procesa aspectos importantes da súa experiencia, como a súa identidade, sensacións, percepcións, emocións, pensamentos, recordos ou o control sobre os seus movementos e comportamento. Esta interrupción pode ser total, pero xeralmente é parcial e pode cambiar ao longo do día ou mesmo en cuestión de horas.

Tamén pode haber trastornos disociativos con síntomas neurolóxicos. Estes maniféstanse a través de problemas motores, sensoriais ou cognitivos que non son voluntarios. Estes síntomas indican que algo non está a funcionar ben en como se integran as funcións motoras (como moverse), sensoriais (como sentir) ou cognitivas (como pensar), pero non corresponden a unha enfermidade do sistema nervioso coñecida, nin a outro trastorno mental ou físico. Estes síntomas non aparecen só como parte doutro trastorno disociativo, como o trastorno de identidade disociativa, e non son causados polo uso de substancias ou medicamentos que afecten o sistema nervioso, nin por alteracións do soño.

Algúns dos tipos de síntomas que poden aparecer son a alteración visual (ex., cegueira temporal, visión borrosa ou alucinacións visuais, onde a persoa ve cousas que non están presentes); ou alteracións auditivas (ex., perda de audición ou a percepción de sons que non existen, como voces que falan sen que ninguén estea presente). Tamén poden presentarse síntomas como vertixe ou mareos. Un tipo específico de síntoma son as crises non epilépticas, que poden parecer convulsións, pero non son o resultado dunha actividade eléctrica anormal no cerebro. A persoa pode experimentar movementos involuntarios, pero isto non está relacionado con epilepsia ou problemas médicos. Os síntomas tamén poden incluír alteracións da fala. Outra manifestación é a debilidade ou paresia, que se refire á dificultade para mover partes do corpo. Finalmente, algúns poden experimentar alteracións da marcha, que afectan como camiñan (ex., forma de camiñar inestable ou incapacidade para manterse en pé sen apoio). O trastorno disociativo con síntomas neurolóxicos pode cursar con síntomas cognitivos (ex., deterioro en funcións cognitivas específicas, como a memoria, a linguaxe e o razoamento).

A *amnesia disociativa* preséntase como unha incapacidade de lembrar información importante relacionada coa propia vida, especialmente eventos traumáticos

ou moi estresantes que ocorreron recentemente. Esta perda de memoria non é similar ao esquecemento común.

O *trastorno de transo e posesión* é unha condición na que a persoa experimenta un cambio profundo na súa conciencia, perdendo temporalmente o seu sentido habitual de identidade.

No *trastorno de identidade disociada* unha persoa presenta polo menos dous ou máis estados de personalidade distintos, coñecidos como "identidades disociativas". Estas identidades teñen os seus propios patróns de pensamento, percepción, sentimentos e comportamentos, o que afecta a forma en que a persoa interactúa co mundo e consigo mesma. Cada unha destas identidades pode tomar o control da conciencia de maneira recorrente, o que xera descontinuidades na experiencia do sentido de identidade e no control sobre as accións. Estes cambios na personalidade non son só internos; maniféstanse na vida diaria, afectando tarefas específicas como o coidado dos fillos, o traballo ou a resposta a situacións que o individuo percibe como ameazantes.

No *trastorno de despersonalización-desrealización* destaca a presenza de experiencias persistentes ou recorrentes de despersonalización, desrealización, ou ámbalas dúas. A despersonalización refírese á sensación de sentirse desconectado ou separado dun mesmo, coma se a persoa fose un observador externo dos seus propios pensamentos, emocións, corpo ou accións. A desrealización maniféstase cando a contorna, incluíndo a outras persoas e obxectos, percíbese de maneira estraña ou irreal. O mundo pode parecer coma se estivese nun soño, borroso, sen vida ou distorsionado, e a persoa séntese separada da súa contorna. A pesar destas sensacións de desconexión ou irrealidade, a persoa mantén a capacidade de distinguir o que é real, é dicir, as súas probas de realidade permanecen intactas.

Tamén se consideran os *trastornos de eliminación*, a micción ou emisión repetida de urina (*enurese*) e a evacuación repetida de feces (*encoprese*) en lugares inapropiados, como na cama ou a roupa. Só pode diagnosticarse cando o neno alcanzou a idade na que espera que xa controle estas funcións, o cal é ao redor dos 5 anos para a enurese e 4 anos para a encoprese. A incontinencia pode estar presente desde o nacemento, o que indicaría unha prolongación atípica da incontinencia infantil, ou pode comezar despois de que o neno xa adquirira control sobre a vexiga ou os intestinos. Non se pode diagnosticar este trastorno se a incontinencia se debe por completo a outra condición médica, como problemas conxénitos ou adquiridos no sistema urinario ou intestinal, ou se é causada polo uso excesivo de medicamentos como laxantes ou diuréticos.

O *trastorno de distrés corporal* implica síntomas físicos que afectan o individuo, acompañados dunha preocupación excesiva cara aos devanditos síntomas. Esta inquietude adoita levar a consultas médicas repetidas, mesmo cando existe outra enfermidade que contribúe aos síntomas. Con todo, a atención e preocupación sobrepasan o xustificado pola situación. Os exames médicos e as tranquilizacións non conseguen reducir esta preocupación persistente. Os síntomas físicos adoitan manterse ao longo do tempo, presentándose a maioría dos días durante varios meses, e o trastorno pode incluír múltiples síntomas que varían co tempo. Nalgúns casos, o único síntoma persistente é a dor ou o cansazo.

A *disforia da integridade corporal* ocorre nas persoas que teñen un forte e constante desexo de ter unha discapacidade física grave, como a amputación dunha extremidade, quedar parapléxico ou cego. Este desexo ten efectos negativos na vida da persoa, xa sexa porque pasan moito tempo finxindo ter unha discapacidade, o que afecta o seu traballo, as súas actividades recreativas ou as súas relacións sociais, ou porque tentan activamente converterse nunha persoa con discapacidade, o que pon en perigo a súa saúde ou a súa vida.

O *trastorno de control de impulsos* dáse cando unha persoa ten unha dificultade persistente para resistir impulsos ou necesidades de realizar actos que resultan gratificantes a curto prazo, pero que a longo prazo poden causar danos á persoa ou a quen a rodea. Estes trastornos causan malestar significativo e afectan áreas importantes da vida, como o ámbito persoal, familiar, social ou laboral. Entre os comportamentos máis frecuentes atópanse provocar incendios, roubar, ter condutas sexuais compulsivas ou experimentar arrebatos explosivos. Por exemplo, na *piromanía*, a persoa experimenta unha necesidade incontrolable de iniciar incendios, sentindo unha gran excitación antes e unha sensación de alivio ou pracer despois, sen unha motivación específica, como beneficios económicos ou procura de atención. Na *cleptomanía*, o impulso irresistible é roubar obxectos sen que se necesiten para uso propio ou ganancia, acompañándose dunha tensión crecente antes do acto e unha sensación de satisfacción durante e despois deste. Outro caso é o *trastorno por comportamento sexual compulsivo*, no cal o individuo non pode controlar impulsos sexuais repetitivos e intensos que afectan a súa vida diaria e persisten a pesar das consecuencias negativas, interferindo nas súas relacións e responsabilidades. Por último, no *trastorno explosivo intermitente*, a persoa ten arrebatos de agresión verbal ou física desproporcionados á situación, afectando o seu funcionamento xeral e as súas relacións, sen ser parte dun patrón crónico de irritabilidade.

Os *trastornos de comportamento disruptivo e disocial* inclúen problemas de conduta persistentes que van desde actitudes moi desafiantes, desobedientes e provocadoras (disruptivas), o trastorno desafiante e o trastorno oposicionista, ata comportamentos que violan repetidamente os dereitos doutras persoas ou normas e leis adecuadas para a idade (disociales), o trastorno de comportamento disocial. Estes trastornos, aínda que non sempre, adoitan comezar na infancia.

O *trastorno desafiante e oposicionista* presenta unhas características de comportamento desafiante, desobediente e provocador que dura polo menos seis meses. Este comportamento non se limita só a interaccións familiares disruptivas con irmáns. Pode incluír un estado de ánimo constantemente anoxado ou irritable, con frecuentes arrebatos de mal xenio ou actitudes obstinadas e discutidoras. Estes comportamentos son o suficientemente graves como para afectar significativamente a vida persoal, familiar, social, escolar, laboral ou outras áreas importantes.

Este trastorno ten dous subtipos principais, un con "irritabilidade ou anoxo crónicos", onde ademais dos síntomas xerais, a persoa mostra un estado de ánimo constantemente anoxado ou irritable sen razón aparente, acompañado de arrebatos de mal xenio máis intensos ou duradeiros do esperado en diferentes contextos. O outro subtipo, "sen irritabilidade ou anoxo crónicos", tamén cumpre con todos os criterios xerais do trastorno, pero neste caso, o comportamento céntrase en ser obstinado, argumentativo e desafiante sen un estado de ánimo predominantemente anoxado ou irritable.

No *trastorno de comportamento disocial* obsérvase un patrón persistente e repetitivo de condutas que infrinxen os dereitos fundamentais dos demais ou transgriden as normas e expectativas sociais xeralmente aceptadas para o seu nivel de desenvolvemento. Estas accións non corresponden a incidentes illados, senón que representan unha alteración no comportamento que impacta de maneira negativa tanto no individuo como na súa contorna. Estes comportamentos poden incluír agresión cara a persoas ou animais, destrución da propiedade, engano ou roubo, e outras infraccións graves de normas. Para que se considere este diagnóstico, o patrón de comportamento debe ser suficientemente grave como para afectar áreas importantes da vida persoal, familiar, social, educativa ou laboral, e debe manterse durante un tempo considerable, polo menos 12 meses. Os actos illados de conduta disocial ou delituosa non son suficientes para un diagnóstico. O trastorno pode aparecer na infancia (antes dos 10 anos)

ou na adolescencia (despois dos 10 anos), e as persoas que o presentan poden mostrar diferentes niveis de sensibilidade emocional. Mentres que algúns individuos mostran unha menor capacidade para sentir empatía ou remorso, cunha expresión emocional limitada e un baixo nivel de sensibilidade cara ao sufrimento doutros, outros a conservan en maior medida o que supón unha resposta emocional máis adecuada.

Os *trastornos parafílicos* distínguense pola presenza de patróns persistentes e intensos de excitación sexual pouco comúns, que se expresan en pensamentos, fantasías, desexos intensos ou condutas sexuais enfocadas en terceiros que, pola súa idade ou situación, non poden ou non desexan consentir. Isto pode levar a que a persoa actúe sobre eses desexos ou sinta un marcado malestar. Estes trastornos tamén inclúen patróns de excitación que implican comportamentos en solitario ou con persoas que poden consentir, pero só cando xeran un malestar notable que non se debe unicamente ao medo ou rexeitamento dos demais, ou que conlevan un risco significativo de lesión ou morte. Entre eles temos o trastorno exhibicionista, o voyeurista, o pedofílico, o trastorno por sadismo sexual coercitivo e o frotismo.

Como exemplo, o *trastorno exhibicionista* identifícase por unha excitación sexual intensa enfocada, que se manifesta en expoñer os xenitais a descoñecidos en lugares públicos, xeralmente sen intención de establecer un contacto máis próximo. Para diagnosticar este trastorno, a persoa debe actuar sobre estes pensamentos ou desexos ou sentir un malestar significativo por eles. O trastorno exhibicionista exclúe as condutas exhibicionistas consensuadas, nas que todos os involucrados están de acordo, e aquelas formas de exhibicionismo aceptadas socialmente.

Os *trastornos facticios* son condicións nas que unha persoa finxe, esaxera, falsifica ou mesmo provoca síntomas físicos, psicolóxicos ou de comportamento en si mesma ou noutra persoa, como un fillo ou alguén ao seu cargo, de maneira intencionada. Estes síntomas preséntanse coma se fosen reais, aínda que haxa un engano evidente. Nalgúns casos, pode haber unha enfermidade real, pero a persoa engade ou intensifica os síntomas de forma deliberada para parecer máis enferma ou lesionada. As persoas con este trastorno buscan atención médica ou preséntanse a si mesmas (ou a outra persoa) como enfermas ou discapacitadas baseándose en síntomas inventados ou esaxerados. Este comportamento non se realiza principalmente para obter recompensas externas, como diñeiro ou evitar problemas legais; isto diferénciao da simulación, onde o obxectivo é obter algún beneficio concreto. Podemos diferenciar dous tipos, o trastorno facticio imposto a un mesmo, onde a persoa finxe ou esaxera síntomas na súa propia saúde; e o trastorno facticio imposto a outro, no cal a persoa provoca ou esaxera síntomas noutra persoa, xeralmente alguén baixo o seu coidado, buscando atención médica para o afectado coma se realmente estivese enfermo ou ferido.

Os *trastornos neurocognitivos* son problemas ou déficits que afectan ao funcionamento mental e que xorden despois de que a persoa alcanzou un nivel de desenvolvemento cognitivo normal. Isto significa que estes trastornos non están presentes desde o nacemento nin se desenvolven durante a infancia (eses serían os trastornos do neurodesenvolvemento, como o autismo). Neles, a persoa experimenta unha diminución nas súas capacidades mentais en comparación co seu nivel previo. Aínda que noutros problemas mentais (como a esquizofrenia ou o trastorno bipolar) tamén poden aparecer problemas cognitivos, nos trastornos neurocognitivos estes problemas son o síntoma principal. Cando é posible identificar a causa e orixe dun trastorno neurocognitivo, esa información debe rexistrarse e clasificarse por separado. Entre os mesmos están o delirium, o trastorno neurocognitivo leve e o trastorno amnésico.

O *delirium* é un trastorno no que a persoa ten problemas para prestar atención e estar consciente do que está a suceder ao seu redor. Estes problemas aparecen de maneira

rápida e adoitan cambiar ao longo do día. Ademais da dificultade para concentrarse e orientarse, poden xurdir outros problemas mentais, como fallos de memoria, desorientación, problemas de linguaxe ou dificultades para entender o que ve ou percibe. É común que o delirium veña acompañado de alteracións no soño: a persoa pode durmir pouco, ou mesmo ter o soño cambiado (estar esperto de noite e durmir de día). Este cadro débese xeralmente a unha enfermidade física (ex., infeccións) ou para os efectos de substancias ou medicamentos, e non é un trastorno mental en si mesmo. Tamén é común que o delirium prodúzase por unha combinación de factores, como enfermidades físicas xunto con efectos de drogas ou fármacos.

O *trastorno neurocognitivo leve* ocorre cando unha persoa nota unha diminución na súa capacidade mental comparado co seu nivel anterior, e esta diminución confírmase con probas obxectivas. Aínda que se observan dificultades nunha ou máis áreas cognitivas (como memoria, atención ou linguaxe), estes cambios non afectan de maneira severa a súa independencia na vida cotiá. É dicir, a persoa pode seguir realizando as súas actividades diarias, aínda que cun pouco máis de esforzo. Esta diminución non se debe só ao envellecemento normal, senón que pode ser causada por factores específicos como enfermidades do cerebro, lesións, infeccións, ou o consumo prolongado de certas substancias, aínda que ás veces a causa non está clara.

O *trastorno amnésico* é unha condición na que unha persoa sofre unha perda de memoria significativa en comparación co esperado para a súa idade e nivel de capacidade mental, e esta perda é moito máis intensa que calquera outra dificultade cognitiva. Este trastorno móstrase principalmente na incapacidade de aprender nova información ou lembrar cousas que antes sabía, aínda que a persoa se atopa consciente e sen outros problemas mentais xeneralizados. Nestes casos, a memoria recente adoita verse máis afectada que os recordos afastados, e aínda pode lembrar cousas a curto prazo (de inmediato). Este problema de memoria xeralmente débese a unha causa neurolóxica como unha lesión, infección ou enfermidade en áreas específicas do cerebro, ou ao uso prolongado de certas substancias ou medicamentos.

A *demencia* é unha síndrome cerebral adquirida que se caracteriza por unha diminución con respecto a un nivel previo de funcionamento cognitivo con deterioro en dúas ou varios dominios cognitivos (como a memoria, as funcións executivas, a atención, a linguaxe, a cognición social e o xuízo, a velocidade psicomotora, as capacidades visuoperceptuales ou visuoespaciales). O deterioro cognitivo non é totalmente atribuíble ao envellecemento normal e interfire significativamente coa independencia no desempeño da persoa das actividades da vida diaria. Hai varios tipos de demencia (ex., Alzheimer, corpos de Lewy, frontotemporal, Párkinson, Huntington).

Tamén se consideran os *trastornos mentais ou do comportamento asociados co embarazo, o parto ou o período posparto (puerperio).* Inclúen síndromes que adoitan aparecer durante o embarazo ou nas primeiras seis semanas despois de dar a luz. Estes trastornos poden implicar síntomas importantes a nivel mental e condutual. Se os síntomas compren os criterios dun trastorno mental específico, como depresión ou trastorno bipolar, tamén debe engadirse ese diagnóstico. Nestes casos, os síntomas poden presentarse de dúas formas: con ou sen síntomas psicóticos.

Cando non hai síntomas psicóticos, a persoa experimenta principalmente síntomas depresivos, como tristeza intensa, perda de interese nas actividades ou falta de enerxía. Nestes casos non hai presenza de delirios nin de alucinacións. É importante distinguir esta síndrome da "tristeza posparto", unha reacción emocional leve e temporal que moitas mulleres experimentan despois do parto e que non cumpre cos criterios para un trastorno depresivo.

Cando os síntomas inclúen características psicóticas, a persoa presenta delirios, alucinacións ou outros síntomas graves deste tipo. Os delirios son crenzas firmes e infundadas que non cambian, aínda que se presenten probas na súa contra. Por exemplo, unha persoa pode crer firmemente que alguén quere facerlle dano ou que o seu bebé está en perigo, sen que haxa evidencia diso. As alucinacións, que tamén poden presentarse nesta síndrome, implican percibir estímulos que non existen, como escoitar voces. Xunto con estes síntomas psicóticos, adoitan presentarse tamén alteracións do estado de ánimo, xa sexa en forma de episodios depresivos profundos ou de fases maníacas, nas que a persoa pode experimentar unha enerxía excesiva ou unha sensación de grandeza.

Tamén se consideran *síndromes secundarios mentais ou do comportamento asociados con enfermidades ou trastornos clasificados noutra parte*. Aparecen cando certos síntomas psicolóxicos ou condutuais xorden como consecuencia directa dunha condición médica, e non como parte dun trastorno mental principal. Estes síntomas, que inclúen desde problemas do desenvolvemento e síntomas psicóticos ata alteracións no estado de ánimo, a ansiedade, o control de impulsos e a personalidade, requiren atención clínica adicional, ademais do tratamento para a enfermidade que os provoca. Entre os tipos de síndromes secundarias atópanse os relacionados co neurodesenvolvemento, os psicóticos, os de estado de ánimo (como síntomas depresivos ou maníacos), os de ansiedade, os obsesivo-compulsivos, os disociativos, e os de catatonía, entre outros.

Aínda que o CIE-11 inclúe nun capítulo independente os *trastornos do soño-vixilia*, estes teñen unha gran relevancia na clínica, ben aparezan sos, ou como síntoma doutros trastornos (ex., no trastorno depresivo). Entre os devanditos trastornos destaca o insomnio. O motivo de incluílos aparte é porque na actual versión do CIE-11 inclúen varios trastornos que antes estaban nos capítulos do sistema respiratorio, do sistema nervioso e dos trastornos mentais e do comportamento. Dentro dos trastornos do soño e vixilia inclúen os trastornos de insomnio, de hipersomnolencia, respiratorios relacionados co soño do ritmo circadiano do soño e a vixilia, do movemento relacionados co soño e a parasomnia.

Por exemplo, no insomnio distinguen entre o insomnio crónico, o insomnio de curta duración e o trastorno de soño sen especificación. En España o insomnio crónico afecta ao 14% da poboación, e un 43% ten síntomas do insomnio (Mur de Viu *et al.*, 2024). Na clínica é un trastorno amplamente asociado a varios trastornos mentais. Caracterízase porque a cantidade e/ou calidade de soño é insatisfactoria, durante polo menos 3 días á semana, que persiste 3 ou máis meses, con dificultade para conciliar o soño, manterse durmido ou con espertar final temperán. A prevalencia é maior en mulleres e aumenta coa idade, con altas prevalencias en persoas anciás.

Referencias

Agencia de Evaluación de Tecnologias Sanitarias de Andalucía [AETSA] (2018). *Guías de prácticas clínica sobre trastorno mental grave*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Druss, B. G., Chwastiak, L., Kern, J., Parks, J. J., Ward, M. C. e Raney, L. E. (2018). Psychiatry's role in improving the physical health of patients with serious mental illness: A report from the American Psychiatric Association. *Psychiatric Services, 69(3),* 254-256.

Gonzalez, A. I., Seijo, N., Díaz, J. C., Lopez, E. e Santed, M. A. (2020). Revisiting the concept of severe mental illness: severity indicators and healthcare spending in psychotic, depressive and dissociative disorders. *Journal of Mental Health, 29(6),* 670–676.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave [Grupo de Trabajo TMG] (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Mur de Viu, C., Romero, O., Olivares, J. M., Olmo, V., Agüera, L. e Poza, J. J. (2024). Abordaje clínico-práctico personalizado del paciente adulto con insomnio crónico en el contexto sanitario español. Alianza por el sueño. En: https://www.sefac.org/system/files/2024-06/P23-464_Idorsia_Alianza-por-el-sueno_Recomendaciones-Insomnio_v5.pdf

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. e Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry, 177*, 149–155.

World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization. En: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263

Capítulo 8

A atención á saúde mental en Galicia

8.1. O Sistema Sanitario Público e os seus dispositivos asistenciais
- 8.1.1. A demanda da saúde mental en Atención Primaria
  - 8.1.1.1. Equipos de atención primaria
  - 8.1.1.2. Servizos de urxencias/Puntos de Atención Continuada (PAC)
  - 8.1.1.3. Manexo dos principais problemas de saúde mental nas consultas de Atención Primaria
- 8.1.2. A atención especializada en Saúde Mental
  - 8.1.2.1. Programa de Enlace Atención Primaria-Hospitalaria
  - 8.1.2.2. Urxencias de Psiquiatría
    - 8.1.2.2.1 O programa Acougo
  - 8.1.2.3. Unidade de Saúde Mental de Adultos (USM)
  - 8.1.2.4. Unidade de Saúde Mental Infanto-xuvenil (USM IX)
    - 8.1.2.4.1. Unidade de Atención Temperá
  - 8.1.2.5. Unidade de Psicoxeriatría
  - 8.1.2.6. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos (Breve)
  - 8.1.2.7. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Xuvenil
  - 8.1.2.8. Hospital de Día de Adultos
  - 8.1.2.9. Hospital de Día Infanto-Xuvenil
  - 8.1.2.10. Unidade Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica
    - 8.1.2.10.1. Unidade de Media Estancia (Subagudos, Rehabilitación Psiquiátrica, Coidados de Rehabilitación)
    - 8.1.2.10.2. Unidade de Longa Estancia ou Unidade de Coidados Especiais de Rehabilitación
  - 8.1.2.11. Programa de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio
  - 8.1.2.12. Unidade de Continuidade de Coidados
  - 8.1.2.13. Programa de Atención Sociosanitaria
  - 8.1.2.14. Programa de Interconsulta e Enlace Hospitalario en Psiquiatría
  - 8.1.2.15. Centros de Orientación Familiar (COF)
  - 8.1.2.16. Programas específicos (autismo, primeiros episodios psicóticos, disforia de xénero)
  - 8.1.2.17. Unidade de Prevención de Condutas Suicidas
  - 8.1.2.18. Unidade de Trastornos da Conduta Alimentaria
  - 8.1.2.19. Unidade de Apoio Socio-Comunitario para a Atención ao Trastorno Mental Grave (pisos protexidos, vivendas de transición e unidades residenciais)

8.2. A Rede de Trastornos Adictivos de Galicia
8.3. A atención privada á saúde mental: desde as consultas privadas á atención hospitalaria
8.4. A atención prestada polas asociacións de saúde mental
8.5. Papel dos familiares e coidadores dos pacientes con trastornos mentais
8.6. As persoas con trastornos mentais que non buscan axuda
Referencias

8.1. O sistema público e os seus dispositivos asistenciais

En Galicia, como no resto de España, a atención sanitaria é predominantemente pública. En Galicia realízase a través de Servizo Galego de Saúde (SERGAS), dado que as competencias sanitarias están transferidas á Comunidade Autónoma. Igualmente conviven con ela servizos do ámbito privado e asociacións de pacientes ou de profesionais que teñen convenio coa administración sanitaria. Isto ocorre en todas as especialidades, incluída saúde mental, aínda que con algunhas características propias como veremos a continuación.

Para ter unha idea global da asistencia sanitaria á saúde mental en Galicia, na Figura 8.1 presentamos o esquema dos recursos e dispositivos dos que dispoñemos, tanto do campo público, como do privado e asociativo. A mesma regúlase polo Decreto 389/1994, da atención á saúde mental en Galicia, e en desenvolvementos posteriores, e como aparece en distintos documentos da Consellería de Sanidade (ex., Xunta de Galicia, 2020).

8.1. A demanda da saúde mental en atención primaria

A saúde mental representa un dos motivos de consulta máis frecuentes nas consultas de atención primaria (AP). Os profesionais de AP atenden unha demanda asistencial cada vez maior, secundaria ao malestar emocional relacionado coa realidade social, económica, familiar e xeográfica do momento que nos tocou vivir (Castelló *et al.*, 2016). Trátase do punto máis accesible ao sistema sanitario. Por iso, aos profesionais de AP corresponderalles atender a persoas con síntomas emocionais, aínda que non teñan ningún trastorno e tamén a aqueles que padezan patoloxías mentais máis severas (Revista Encuentro, 2017).

Múltiples investigacións apuntan que os pacientes con trastornos mentais ou con conflitos psicosociais crónicos adoitan consultar de forma repetida cos diversos dispositivos de AP (Buitrago *et al.*, 2018). Son moitos e variados os motivos de consulta: ansiedade, tristeza, trastornos de conduta en nenos e adultos, fobias, medos e temores a enfermidades orgánicas, solicitudes de atención psicolóxica especializada…, supoñendo un auténtico reto polo alto número de pacientes atendidos por profesional, a falta de tempo en consulta e a limitada formación específica en saúde mental.

Os datos máis fiables sobre a atención en AP para os trastornos mentais témolos no informe do Ministerio de Sanidade (2019), da base de datos BDCAP de 2017, a cal recolle os diagnósticos e tratamentos que se realizan en AP. Indican que un 27,4% das persoas tiña rexistrado nese ano un problema de saúde mental (30,2% mulleres, 24,4% homes). O problema máis frecuentemente rexistrado foi o trastorno de ansiedade (6,7%), seguido polo trastorno depresivo (4,1%) e trastornos psicóticos (1,2%). O síntoma ou trastorno do soño afecta ao 5,4%. Todo isto significa que nese ano 3 de cada 10 casos acudiron a AP por problemas de saúde mental.

A iso súmase a limitada presenza de profesionais de psicoloxía clínica nos centros de saúde, o que deixa a abordaxe de moitos problemas emocionais en mans de profesionais non especializados, e a miúdo conduce a unha medicalización innecesaria (Oliveirais *et al.*, 2021).

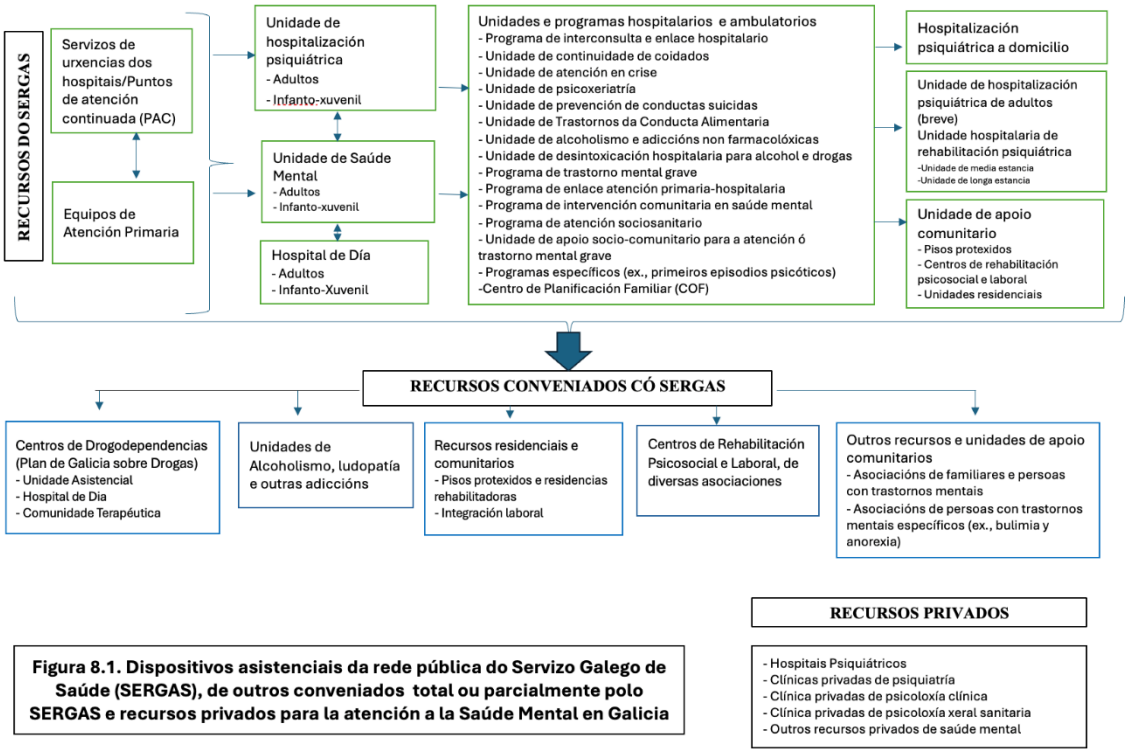


Figura 8.1. Dispositivos asistenciais da rede pública do Servizo Galego de Saúde (SERGAS), de outros conveniados total ou parcialmente polo SERGAS e recursos privados para la atención a la Saúde Mental en Galicia

8.1.1. Equipos de atención primaria

Os equipos de AP están integrados por médicos e médicas especialistas en medicina de familia e atención comunitaria ademais de enfermería, cun número crecente de especialistas en enfermería familiar e comunitaria, que se atopan presentes en todos os centros de saúde, independentemente da poboación á que ofrezan cobertura. Tamén se conta con traballadores sociais, matronas, pediatras especialistas en atención primaria, odontólogos, farmacéuticos, nutricionistas e fisioterapeutas.

É importante recalcar que todos eles poden ter un papel relevante na atención á saúde mental, xa que moitos dos motivos de consulta atribúense de forma inicial a unha causa orgánica (por exemplo, unha dor lumbar, unha cefalea ou unha dor abdominal recorrente, sendo moitas veces a manifestación da sobrecarga laboral, problemas familiares, económicos...) ou mesmo demandas de tipo administrativo, como un informe de dependencia ou discapacidade, dos cales dependen axudas económicas fundamentais para eses pacientes e que poden ser tanto causados como consecuencia dun problema de saúde mental.

Os centros de saúde distribúense de tal forma que ofrecen asistencia ao 100% da poboación en Galicia (e mesmo ofrécese asistencia a pacientes desprazados doutras comunidades ou sen cobertura sanitaria, aínda que neste caso non é posible a derivación a un segundo nivel asistencial).

Galicia, pola súa diversidade xeográfica e demográfica, presenta unha idiosincrasia moi variable entre as zonas costeiras e o interior máis rural, á parte das grandes cidades. Estas diferenzas reflíctense tamén no ámbito da saúde mental, onde factores como o acceso aos servizos, o illamento social, o desemprego ou o envellecemento poboacional son moi relevantes.

En xeral, as cidades e as zonas costeiras, ao estar máis densamente poboadas, contan con maior dispoñibilidade de recursos sanitarios. Isto facilita a detección temperá, a continuidade asistencial e o acceso a terapias farmacolóxicas e psicolóxicas. En contraste, no interior rural, os centros de saúde adoitan estar máis dispersos e son maiores os desprazamentos para acceder aos servizos. Ademais de que a poboación destas zonas está máis envellecida. Isto pode aumentar a soidade non desexada, depresión e outros trastornos afectivos especialmente en persoas maiores. Doutra banda, aínda que as comunidades rurais poden ofrecer contornas máis tranquilas, tamén poden xerar sensación de illamento.

8.1.2. Servizos de urxencias/Puntos de atención continuada (PAC)

As consultas urxentes realizadas fóra do horario ordinario en AP (de 15.00-8.00 horas, naqueles centros que só contan con quenda de mañá en días laborais, ou de 22.00-8.00 horas no caso de centros que dispoñen de consultas de tarde) son atendidos por facultativos de garda e enfermería especializados en AP.

Xeralmente as consultas máis frecuentes de saúde mental son crise de ansiedade, alteracións da conduta (axitación ou agresividade) e intentos autolíticos. Estes pacientes aténdense nos centros de saúde, nos domicilios ou na propia vía pública de así ser requirido. No caso de alteracións da conduta ou situacións de risco de suicidio cóntase co programa do 061 de emerxencias sanitarias "ACOUGO" (desenvolvido máis adiante neste mesmo capítulo).

8.1.3. Manexo dos principais problemas de saúde mental nas consultas de Atención Primaria

Os labores que se fan en relación aos problemas de saúde mental nas consultas de AP son as seguintes (Grupo de Trabajo de Saúde Mental en Atención Primaria, 2023):

1) Detección e avaliación inicial. A avaliación comeza con entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas, co obxectivo de identificar síntomas relacionados coa ansiedade, depresión, estrés, consumo de substancias e outros trastornos. Empréganse cuestionarios como o PHQ-9 (severidade do trastorno depresivo), GAD-7 (escala para a valoración de ansiedade xeneralizada) e test AUDIT (detección do consumo de alcol) para apoiar o diagnóstico inicial.

2) Intervencións psicoeducativas e consellería breve. Trátase de dar información sobre a súa clínica e posible patoloxía ao paciente, proporcionar estratexias de afrontamento e hábitos de vida saudables. Emprégase o consello breve, baseado en técnicas cognitivo-condutuais, que demostrou ser eficaz en casos leves ou moderados de ansiedade e depresión.

3*) Farmacoterapia*. Cando os síntomas son moderados ou severos, pódese iniciar tratamento farmacolóxico, principalmente con antidepresivos, e en casos de ansiedade que interfire coa funcionalidade do paciente con benzodiazepinas o menor tempo posible. Débese facer un seguimento coidadoso para avaliar posibles efectos secundarios, adherencia ao tratamento e evolución clínica.

No contexto actual existen dous grandes problemas ao enfocar unha consulta de saúde mental propiciados pola alta demanda asistencial e a consecuente falta de tempo: ben que se decida prematuramente unha derivación ao psicólogo clínico ou ao psiquiatra de referencia cun tempo medio de espera de aproximadamente 2-8 meses (difiren entre áreas sanitarias) ou inicio innecesario de medicación. Isto tamén xera iniquidade, xa que quen pode permitirse un maior sobreesforzo económico recorren a servizos privados.

4) Coordinación con Saúde Mental Especializada. Realízase unha derivación dos casos complexos: crónicos con evolución tórpida ou de alto risco (ideación suicida activa, trastornos psicóticos ou fracaso de varias liñas de tratamento).

5) Intervencións grupais e comunitarias. Algunhas unidades de atención primaria ofrecen talleres grupais sobre manexo do estrés, ansiedade, mindfulness, risoterapia, etc.

Por iso, os obxectivos da atención primaria en relación coa saúde mental son os seguintes:

- Enfoque bio-psico-social: na promoción, a prevención, a participación social, a organización de servizos de saúde, a ligazón con outros servizos e a recuperación das persoas na súa contorna.
- Avaliación e administración de medicamentos.
- Intervencións psicolóxicas de primeiro nivel: escoita empática, contención emocional, orientación básica, intervencións psicoeducativas, uso de recursos ou ferramentas de apoio psicolóxico. Aínda que por limitacións de tempo e moitas veces por falta de formación non é posible.
- Intervencións psicoeducativas. Plans de acción local e atención comunitaria.
- Intervencións en prevención e promoción da saúde (alimentación saudable, exercicio).
- Actividade burocrática crecente: existe un aumento progresivo de requirimentos ao médico de atención primaria provenientes de profesionais da educación, xustiza e de servizos sociais.

As propostas de mellora para unha mellor atención nos centros de atención primaria serían as seguintes (Grupo de Trabajo de Saúde Mental en Atención Primaria, 2023):

1) Potenciar a autonomía das persoas e achegarlles ferramentas para a xestión da súa saúde, así como a toma de decisións compartidas.

2) Favorecer a recuperación do paciente e evitar a cronicidade.

3) Favorecer unha maior integración social.

4) Diminuír o consumo de psicofármacos e a automedicación.

5) Evitar a medicalización dos problemas cotiáns. Débese ter especial coidado co sobrediagnóstico e a etiquetaxe, xa que poñer un diagnóstico médico a un problema social pode ter implicacións asistenciais e epidemiolóxicas.

6) Mellorar as competencias e ferramentas dos profesionais de atención primaria en relación coa saúde mental.

7) Aumentar a incorporación de psicólogos clínicos, tal como xa se está implementando noutras comunidades. Esta medida permitiría ofrecer intervencións psicolóxicas breves, evitar a cronificación dos problemas e reducir as derivacións.

En resumo, a atención primaria é fundamental na abordaxe da saúde mental pola súa accesibilidade, a súa capacidade de intervención temperá e mantida no tempo. Investir en programas de formación de persoal e modelos de colaboración é clave para mellorar a resposta do sistema de saúde fronte aos trastornos mentais.

8.1.2. A atención especializada en Saúde Mental

No marco do sistema sanitario público de Galicia, os dispositivos de saúde mental constitúen unha rede de servizos especializados orientados á prevención, o diagnóstico, o tratamento e a rehabilitación dos trastornos mentais. Estes dispositivos, integrados no Servizo Galego de Saúde (Sergas), estrutúranse para garantir unha atención accesible, integral e coordinada, adaptada ás necesidades da poboación. A continuación, descríbense os distintos recursos dispoñibles, as súas funcións e o papel que desempeñan na abordaxe da saúde mental na comunidade galega seguindo unha orde que reflicta ou aproxime ao proceso habitual de acceso e atención dentro do sistema. Iníciase cos dispositivos aos que as persoas acceden nunha fase inicial de demanda ou necesidade de atención (excluíndo neste apartado a primeira atención a través do médico de atención primaria, xa descrito anteriormente), pasando posteriormente a aqueles que interveñen en fases intermedias e prolongadas en función da complexidade e gravidade dos casos ou das necesidades específicas dos pacientes. A intención é ofrecer unha visión estruturada e coherente do percorrido asistencial dentro do sistema de saúde mental.

8.1.2.1. Programa de Enlace Atención Primaria-Hospitalaria

O *Programa de Enlace Atención Primaria-Hospitalaria* iniciouse en Galicia en 2021 enmarcado dentro do Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19, Período 2020-2024, aínda que a súa implantación foi heteroxénea en tempo e forma nas distintas áreas sanitarias. Os obxectivos do programa son favorecer o acceso aos tratamentos e evitar a cronificación, dotar aos equipos de atención primaria das ferramentas necesarias para facer fronte á abordaxe dos trastornos mentais máis frecuentes, fomentar a coordinación cos recursos específicos en saúde mental e o desenvolvemento de programas de intervención sociocomunitaria en saúde mental.

No momento actual hai un psicólogo clínico en cada área sanitaria, excepto na área de Pontevedra onde hai dous desde o ano 2024, e na Coruña por agora non hai ningún. Na maioría dos casos, o facultativo desprázase por días ou semanas a diferentes centros de saúde (normalmente dous). Non hai psiquiatras incorporados ao programa.

Entre as funcións do psicólogo clínico están: orientación e asesoramento ao médico de atención primaria (MAP) no manexo dos casos (sen intervención directa); intervención directa individual de carácter breve e focalizada en obxectivos terapéuticos e desde un marco teórico flexible e acorde ás necesidades dos usuarios; intervención grupal; formación a persoal do centro de saúde mediante sesións clínicas; actividades comunitarias (concello, colexios…), así como coordinación con outros dispositivos.

As derivacións realízanas os MAP dos centros de saúde, polo que a poboación atendida provén da cota pertencente aos devanditos centros. Na maioría dos casos, o psicólogo clínico realiza un filtro das mesmas e selecciona os casos subsidiarios de atención no propio centro (fundamentalmente cadros de ansiedade, depresión leve-moderada e procesos adaptativos, nos que non haxa unha evolución recorrente ou crónica) e os casos que serán derivados a outros dispositivos de saúde mental: Unidade de Saúde Mental (USM), Unidade de Condutas Adictivas, Psicoxeriatría, Centro de Orientación Familiar (COF), etc.

Polo de agora só se atende a poboación maior de 16 anos. Os principais problemas clínicos que presentan os pacientes do programa pertencen ao rango de sintomatoloxía ansioso-depresiva, reaccións adaptativas, insomnio e trastornos psicosomáticos. Destaca o trastorno adaptativo como máis frecuente, estando esta sintomatoloxía relacionada normalmente con problemas de saúde, laborais e familiares. A duración do tratamento dun paciente adoita ser breve, na dirección dos obxectivos do programa, cunha media de 6 sesións.

Como puntos fortes do programa destacan a accesibilidade ao profesional de saúde mental, así como unha mellor capacidade de acollida e resposta, xa que os tempos de espera son menores que en USM previndo o agravamento e a cronificación, así como a sobrecarga das unidades de saúde mental. Esta maior accesibilidade e a intervención desde un enfoque non patoloxizador, no que o fármaco non sexa necesariamente a primeira opción terapéutica, permite reducir a medicalización de problemas da vida cotiá. Ademais, a presenza do psicólogo clínico no centro de saúde facilita a posibilidade de achegar ao equipo de atención primaria formación específica en aspectos relacionados co manexo de pacientes do ámbito da saúde mental.

Como limitación destaca a sobrecarga da cota que soporta o programa nalgunhas áreas, o que pode poñer en risco a calidade asistencial, en canto a tempos de espera (tanto para primeiras como sucesivas consultas), dispoñibilidade para coordinacións e docencia, criterios de derivación e obxectivos terapéuticos. Obsérvase a necesidade de reducir a ratio e ampliar recursos humanos para que o programa se consolide e esténdase a todos os centros de atención primaria, así como ampliarse á poboación infanto-xuvenil, procurando unha atención psicolóxica realmente accesible ao conxunto da poboación que o necesite.

8.1.2.2. Urxencias en Psiquiatría

Nos servizos de urxencias dos hospitais de terceiro nivel (que son os hospitais de referencia de cada área sanitaria) hai un psiquiatra as 24 horas do día, cuxa función é brindar atención especializada aos pacientes que o precisen, encargándose do diagnóstico e tratamento dos mesmos.

Aténdese a todas as persoas que cheguen a urxencias, tanto poboación pediátrica como adulta, independentemente da súa procedencia, aínda que, de precisar derivación a consultas externas ou un ingreso serán remitidos á súa área de referencia. En Galicia as urxencias son atendidas por psiquiatras e residentes de psiquiatría, que se apoian no persoal de urxencias (médicos de urxencias, técnicos de coidados auxiliares de enfermería

(TCAEs), celadores, enfermeiras, traballadores sociais, administrativos e demais persoal).

Os pacientes atendidos nun servizo de urxencias adoitan presentar crises de ansiedade, trastornos psicóticos ou ideación autolítica, por ser estas as causas máis frecuentes e urxentes de consultas, aínda que en ocasións pódese atender calquera tipo de trastorno mental, ou realizar unha intervención de apoio para pacientes con outras patoloxías médicas.

Os pacientes poden acceder ao servizo de urxencias directamente, derivados por outros facultativos ou traídos polo 061. Unha vez en urxencias son atendidos polo persoal do devandito servizo e, se se considera oportuna unha valoración especializada, avísase ao psiquiatra de garda. Unha vez atendidos serán derivados, segundo sexa necesario, a consultas externas de atención primaria ou especializada ou, se é preciso, realizarase un ingreso na unidade de hospitalización de psiquiatría.

O tratamento que se leva a cabo en urxencias pode incluír terapia farmacolóxica, coa prescrición e seguimento de medicación psiquiátrica, intervención psicoterapéutica breve e/ou intervencións psicoeducativas, ao paciente e á súa familia sobre o trastorno e o seu manexo. A duración da intervención é breve, cun límite xeral de 48 horas no servizo de urxencias.

Destacariamos da psiquiatría de urxencias a súa inmediatez e rapidez na atención e abordaxe do paciente. Como propostas de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos para reducir tempos de espera en urxencias, así como a carga do profesional. Tamén sería recomendable incrementar a formación en saúde mental ao persoal do propio servizo de urxencias.

8.1.2.2.1. O Programa ACOUGO

Na comunidade autónoma de Galicia existe un programa deseñado polo 061 en colaboración coas unidades de psiquiatría, que ten como instrumento básico un "*Protocolo xeral para traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental*" subscribido entre a Consellería de Sanidade, a Delegación do Goberno en Galicia e a Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza. É o programa ACOUGO. Este programa consiste no aviso ao 061 ante alteracións de conduta ou situacións de risco, por parte de persoal sanitario ou a familia do paciente, para o seu traslado a urxencias e valoración por un psiquiatra.

O programa está encamiñado a mellorar a rapidez de resposta dos distintos intervintes na resolución da crise de saúde mental, asegurando a atención as 24 horas do día. Os obxectivos deste programa son: acceso inmediato das persoas afectadas aos recursos asistenciais a través da vía telefónica; desenvolvemento dun protocolo específico de intervención dirixido aos pacientes; asegurar o traslado de pacientes en condicións de seguridade, rapidez e dignidade; asegurar a conexión interniveis: atención primaria, atención especializada ambulatoria e hospitalaria conectando cos servizos de urxencia; establecer un programa de adestramento e formación continuado específico para operadores e equipos de intervención do 061; desenvolvemento dun programa informático de rexistro; Informar, asesorar e orientar aos pacientes, familiares e cidadáns; establecer un programa de intervención con pacientes coñecidos e atendidos polos servizos asistenciais que se atopan en situación de risco ou crise; e, establecer un programa de mellora continua.

Este programa implementa a coordinación de recursos entre os distintos niveis asistenciais e, de ser precisas outras institucións, como protección civil, autoridades civís ou administración de xustiza, para asegurar a intervención inmediata, efectiva, segura e

de calidade no lugar da crise, cando un cidadán alerta dunha situación na que se sospeite descompensación dunha patoloxía psiquiátrica crónica ou o debut dun cadro agudo.

8.1.2.3. Unidade de Saúde Mental de Adultos (USM)

Unha *Unidade de Saúde Mental* (USM) é o dispositivo básico sobre o que se asentarán todas as accións de saúde mental. Ten como función principal brindar atención especializada a persoas con trastornos mentais como ansiedade, depresión, esquizofrenia, entre outros trastornos. En Galicia aténdense pacientes a partir de 16 anos, xa que a idade previa é atendida na unidade de saúde mental infanto-xuvenil.

Cada unidade deste tipo cubreatende unha área sanitaria específica cuxo obxectivo é proporcionar servizos a unha poboación determinada, asegurando que todos os individuos con necesidades de saúde mental nesa área teñan acceso a unha atención continua e coordinada. As unidades de saúde mental sitúanse, dentro da área a que pertenzan, naqueles lugares que o Servizo Galego de Saúde determine e, preferentemente, nos edificios propios dos centros de asistencia especializada extrahospitalaria e, alternativamente, nos centros de atención primaria.

O equipo de profesionais nunha USM está composto por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros especializados en saúde mental e traballadores sociais. Os psiquiatras encárganse do diagnóstico e tratamento farmacolóxico dos trastornos mentais; os psicólogos clínicos realizan avaliación, diagnóstico e tratamento mediante terapias psicolóxicas baseadas na evidencia; os enfermeiros especializados en saúde mental supervisan o seguimento de tratamentos e brindan educación para a saúde, e os traballadores sociais, ofrecen apoio e asesoramento en aspectos sociais que afectan a saúde mental.

O perfil de pacientes que se atenden son persoas que presentan sintomatoloxía de intensidade moderada a grave e con interferencia na súa vida diaria. Os trastornos máis prevalentes son: trastornos do estado de ánimo, trastornos de ansiedade, trastornos de personalidade, trastorno mental grave e trastornos do neurodesenvolvemento. Tamén acoden persoas con reaccións adaptativas a estresores psicosociais (eventos vitais estresantes, enfermidade, falecemento de persoas próximas, estrés laboral…). Unha mínima proporción de pacientes acoden para realizar valoracións psicométricas ou cognitivas como probas complementarias solicitadas por outros servizos como Neuroloxía ou Medicina Interna, por exemplo.

Os pacientes acoden á unidade tras derivación dos médicos de atención primaria, psiquiatría e, en menos ocasións doutros profesionais de atención especializada (neuroloxía, medicina interna…). Outros poden ser remitidos desde profesionais doutros dispositivos do mesmo servizo (por exemplo, hospitalización, interconsulta e enlace). Ademais, a USM pode derivar aos pacientes a outros recursos segundo as súas necesidades, como hospitais de día de saúde mental para tratamentos intensivos sen necesidade de ingreso completo, unidades de hospitalización de saúde mental (tanto para ingresos breves en situacións agudas, ou máis prolongados para procesos de rehabilitación), ou a outros programas específicos (unidade de condutas adictivas, unidade de alcoholismo, centro de orientación familiar, programa de intervención intensiva, unidade de prevención da conduta suicida…).

O tratamento que se leva a cabo nunha USM é integral e pode incluír terapia farmacolóxica, coa prescrición e seguimento de medicación psiquiátrica; terapia psicolóxica, con intervencións individuais ou grupais baseadas en diferentes enfoques terapéuticos e intervencións psicoeducativas, que ofrecen educación ao paciente e á súa familia sobre o trastorno e o seu manexo. A duración do tratamento dun paciente

promedio nunha USM varía segundo o trastorno e a súa resposta, podendo oscilar desde uns meses, nos trastornos máis reactivos ou adaptativos, ata varios anos en casos de trastornos crónicos que requiren seguimento continuo.

Destacariamos das USM a súa localización accesible, xeralmente situadas en centros urbanos sen ser necesario desprazarse ao hospital; o traballo interdisciplinario, onde a colaboración entre distintos profesionais permite unha atención integral do paciente; e o enfoque comunitario, que promove a atención na contorna do paciente, favorecendo a súa integración e reducindo estigmas.

Como propostas de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos para reducir, tanto o volume de carga asistencial de cada profesional, como as listas de agarda (tanto para unha primeira consulta como para o tempo entre consultas, que adoita ser excesivo na maioría das áreas sanitarias), poñendo en risco a calidade asistencial e a posibilidade de intervencións efectivas; incluír tempos destinados á coordinación do equipo que permita a elaboración de plans individualizados de tratamento para os casos máis complexos, así como a comunicación cos profesionais derivantes para mellorar no traballo interdisciplinar e potenciar a atención integral do paciente; ampliar ou adaptar recursos loxísticos e espazos que faciliten a implementación de terapias grupais, reunións, etc.; e ampliar a colaboración con outros servizos comunitarios para unha atención máis integrada e completa.

8.1.2.4. Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil (USM IX)

Unha *Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil* (USM IX) ten como función principal brindar atención especializada a nenos e adolescentes con trastornos mentais tales como ansiedade, depresión, trastorno de déficit de atención e hiperactividade (TDAH) e trastornos do espectro autista(TEA) entre outros. En Galicia aténdese nesta unidade a nenos e mozos ata os 16 anos. Cada unidade deste tipo cubre unha área sanitaria específica cuxo obxectivo é proporcionar servizos a unha poboación determinada, asegurando que todos os individuos con necesidades de saúde mental nesa área teñan acceso a unha atención continua e coordinada.

O equipo de profesionais nunha USM IX está composto por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros especializados en saúde mental e traballadores sociais. Os psiquiatras encárganse do diagnóstico e tratamento farmacolóxico dos trastornos mentais; os psicólogos clínicos realizan avaliación, diagnóstico e terapia psicolóxica, tanto cos rapaces como coas familias, dadas as frecuentes dinámicas disfuncionais que manteñen ou exacerban o problema; os enfermeiros especializados en saúde mental levan a cabo o seguimento de tratamentos e brindan educación para a saúde; e os traballadores sociais avalían a situación social e familiar e ofrecen asesoramento e apoio, chegando nalgúns casos á necesidade de recorrer a intervención de servizos sociais cando se ve comprometida a seguridade do menor.

Os pacientes atendidos nunha USM IX adoitan presentar trastornos mentais que requiren intervención especializada, sendo frecuentes os trastornos de conduta, TDAH, trastornos da esfera ansioso-depresiva, trastornos de aprendizaxe, de alimentación, de soño (insomnio, terrores nocturnos, pesadelos...), TEA, entre outros. Tamén se atenden trastornos psicóticos, aínda que estes son moito menos frecuentes nestas idades.

Os pacientes poden acceder á USM IX principalmente a través de derivacións desde Atención Primaria (pediatría), cando se identifica a necesidade de atención especializada en saúde mental. Tamén se aceptan derivacións desde servizos especializados. Ademais, a USM IX pode derivar aos pacientes a outros recursos segundo as súas necesidades, como hospitais de día de saúde mental infanto-xuvenil para

tratamentos intensivos sen necesidade de ingreso completo, ou unidades de hospitalización para ingresos breves en situacións agudas.

O tratamento que leva a cabo nunha USM IX é integral e pode incluír terapia farmacolóxica, coa prescrición e seguimento de medicación psiquiátrica; terapia psicolóxica, con intervencións individuais, familiares ou grupais baseadas en diferentes enfoques terapéuticos e intervencións psicoeducativas, que ofrecen educación ao paciente e á súa familia sobre o trastorno e o seu manexo.

A duración do tratamento dun paciente nunha USM IX varía segundo o trastorno e a resposta do paciente, podendo oscilar desde uns meses ata varios anos en casos de trastornos que requiren seguimento continuo. Se ao cumprir os 16 anos persiste a necesidade de seguimento, este continuará nunha unidade de saúde mental de adultos.

Destacariamos dunha USM IX a accesibilidade e o traballo interdisciplinario, onde a colaboración entre distintos profesionais permite unha atención integral do paciente; e o enfoque comunitario, que promove a atención na contorna do paciente, favorecendo a súa integración e reducindo estigmas.

Como propostas de mellora, identifícanse as mesmas que en USM de adultos.

8.1.2.4.1. Unidade de Atención Temperá

A atención temperá en Galicia é unha competencia compartida pola Consellería de Política Social, a Consellería de Sanidade e a Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria que, cos seus equipos de intervención, forman a *Rede Galega de Atención Temperá*. Esta rede dispón duns equipos interprofesionais que, dependendo do diagnóstico realizado, abordarán o caso desde unha ou outra especialidade do equipo.

É un servizo normalmente vinculado, ou relacionado, coa Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil. En tal caso enfócase na detección, diagnóstico e tratamento precoz de trastornos ou problemas de saúde mental, en idades comprendidas entre os 0 e os 6 anos. O obxectivo principal é intervir rapidamente para evitar que os síntomas empeoren e mellorar o prognóstico a longo prazo.

Na *Unidade de Atención Temperá* levase a cabo, previa petición de intervención por parte de profesionais de pediatría, neuropediatría ou rehabilitación, unha valoración de nenos que, en xeral, adoitan presentar trazos indicativos de presenza de trastorno do neurodesenvolvemento: atraso no desenvolvemento, atraso na linguaxe, trastorno específico da linguaxe, TDAH, dificultades de aprendizaxe, trastornos de eliminación, trastorno restritivo alimentario e trastorno do espectro autista principalmente (en aumento desde hai poucos anos), constituíndo estas as principais demandas. Tamén se abordan dificultades de regulación emocional e conduta, así como algúns casos de ansiedade-depresión infantil. Moita da demanda provén dos centros educativos, que remiten aos pais e nais a pediatría en Atención Primaria, sendo estes os remitentes nun segundo momento.

Conta cun equipo de profesionais como psiquiatra, psicólogo clínico, traballador social e enfermería especializada en saúde mental que traballan multidisciplinariamente. Entre as súas funcións atópanse a avaliación rápida e exhaustiva dos síntomas intervindo de maneira precoz para previr ou evitar a progresión dos síntomas. A miúdo, psicólogo clínico e psiquiatra remítense pacientes mutuamente para valoración de aspectos máis propios de cada profesión. Psiquiatría valora a adecuación de medicación psicotrópica chegado o caso e realiza o seguimento correspondente. A intervención psicolóxica adoita constituírse de catro a cinco sesións, dunha duración aproximada dun ano (no caso dun diagnóstico de TEA, o habitual é que se manteña en consulta durante uns anos, cunha revisión semestral ou mesmo anual), dentro dun contexto de terapia breve, ademais de aplicar instrumentos de avaliación psicométrica. Enfermería leva a cabo tarefas de

counselling e acompañamento, psicoeducación e pautas en trastornos de eliminación, alimentación ou trastornos de conduta principalmente. Seguen un enfoque integral atendendo tanto os síntomas emocionais e condutuais como as necesidades sociais e familiares do paciente.

8.1.2.5. Unidade de Psicoxeriatría

Unha *Unidade de Psicoxeriatría* é un servizo específico que se dedica á atención integral de persoas maiores de 65 anos que presentan trastornos mentais (sexan de orixe orgánica ou funcional), como demencias, trastornos afectivos ou psicoses, a miúdo acompañados de fraxilidade e outras patoloxías asociadas. A fronteira de idade pode moverse cara a límites mesmo menores, no caso de enfermidades como as demencias cualificadas como preseniles.

O seu obxectivo é optimizar e mellorar o tratamento, a atención e o benestar das persoas maiores que sofren trastornos mentais, establecendo plans terapéuticos individualizados que contemplen tanto a estabilización sintomática como a detección e manexo de síndromes xeriátricas, tales como polifarmacia, pluripatoloxía, deterioro cognitivo, incontinencias e caídas. Aínda que na terceira idade poden darse esencialmente os mesmos trastornos psiquiátricos que noutras idades, en comparación coa patoloxía mental do adulto, o peso específico que supón o deterioro cognitivo e as demencias outorga a este grupo de enfermidades un protagonismo indiscutible na epidemioloxía dos trastornos psicoxeriátricos. As características dos pacientes nestas unidades en canto a síntomas psíquicos son: trastornos psíquicos crónicos iniciados en idades anteriores; trastorno afectivo de inicio tardío, presenza de enfermidades somáticas crónicas e discapacitantes; cambios orgánicos asociados ao envellecemento; malestar psíquico debido á maior probabilidade de sufrir acontecementos vitais estresantes (loitos, perda de funcións, dependencia…).

O equipo multidisciplinar dunha Unidade de Psicoxeriatría adoita estar composto por psiquiatra (que se ocupa do tratamento farmacolóxico, *screening* cognitivo e asistencia in situ en centros xeriátricos, colexios especiais e residencias específicas para discapacidade física/psíquica), psicólogo clínico (que se ocupa do tratamento psicoterapéutico individual, familiar e grupal, avaliacións cognitivas, neuropsicolóxicas e de funcionamento), enfermería especializada en saúde mental (con funcións destinadas ao coidado da saúde, adherencia ao tratamento, valoración funcional e screening cognitivo) e traballador social (realizando asesoramento a pacientes e familiares sobre recursos sociais, trámites de valoración de dependencia e participación no plan de intervención terapéutica). Ofrecen unha asistencia psicoxeriátrica integral, traballando de maneira conxunta e coordinada para abordar as múltiples facetas dos trastornos mentais na poboación xeriátrica: aspectos físicos, emocionais, condutuais, sociais e espirituais.

Os pacientes poden acceder a estas unidades a través de diversas vías, como a derivación desde atención primaria, servizos de urxencias ou hospitalización, centros de saúde mental comunitarios (USM), programas de interconsulta e enlace ou desde o servizo de neuroloxía. A coordinación entre os diferentes niveis asistenciais é fundamental para garantir unha atención continua e coherente.

Como puntos fortes destacamos unha atención integral ao ancián desde un punto de vista interdisciplinar, así como un menor tempo de espera para unha primeira consulta e sucesivas en comparación coa temporalidade da USM. Destaca como área de mellora a necesidade de aumento de recursos humanos e materiais que permita manter o programa en todas as áreas sanitarias.

8.1.2.6. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos (Breve)

Unha *Unidade de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos*, tamén chamada Unidade de Hospitalización Breve (UHB) está deseñada para brindar atención intensiva e especializada a pacientes que atravesan episodios agudos de trastornos mentais. Estes episodios poden incluír descompensacións severas de trastornos mentais, risco significativo de suicidio ou condutas agresivas que non poden ser manexadas en contornas ambulatorias.

Estas unidades adoitan atender a pacientes a partir de 16 anos que requiren unha intervención hospitalaria urxente para estabilizar a súa condición. Os principais problemas clínicos que levan ao ingreso nunha unidade de agudos inclúen trastornos psicóticos, episodios maníacos ou depresivos severos, situacións de risco suicida ou condutas violentas que representan un perigo para o paciente ou a súa contorna.

A duración da estancia é xeralmente curta, cunha media dunhas 3 semanas, enfocándose na contención da crise e a estabilización do paciente para a súa pronta reintegración na súa contorna habitual.

O equipo multidisciplinar nunha unidade de agudos está composto por psiquiatras, psicólogo clínico, persoal de enfermería especializado en saúde mental, técnicos en coidados auxiliares de enfermería (TCAEs), traballador social e terapeuta ocupacional. Cada profesional desempeña un papel crucial no diagnóstico, tratamento e rehabilitación do paciente, asegurando unha atención integral que abarca desde a avaliación clínica ata o apoio na reintegración social.

Os pacientes ingresan nestas unidades xeralmente a través dos servizos de urxencias hospitalarias, cando presentan síntomas que non poden ser manexados de maneira ambulatoria; aínda que tamén poden ser derivados do resto de dispositivos da rede de saúde mental cando se considera oportuno. Tras a estabilización, e dependendo da evolución clínica, poden ser derivados a unidades de hospitalización subaguda para unha rehabilitación máis prolongada (unidades de hospitalización de media ou longa estancia ou hospital de día), ou dados de alta con seguimento en consultas externas ou dispositivos específicos.

O tratamento nestas unidades é intensivo e personalizado, combinando intervencións farmacolóxicas para estabilizar os síntomas agudos, con terapias psicolóxicas, tanto en formato individual como grupal, que permitan ao paciente comprender e manexar a súa condición, promover unha actitude proactiva no seu proceso para un mellor aproveitamento da súa estancia hospitalaria, facilitación de ferramentas dirixidas ao manexo da súa sintomatoloxía tanto dentro como fóra do hospital, ampliación de perspectiva ante os factores causantes ou influentes na crise que motivou o ingreso, psicoeducación sobre factores de risco e protección, motivación para a adherencia ao tratamento farmacolóxico ou para a continuación da intervención psicoterapéutica a nivel ambulatorio, procura de recursos comunitarios facilitadores da melloría, orientación a familiares, etc. Ademais, impleméntanse programas grupais de psicoeducación e actividades terapéuticas (a cargo de enfermería e terapeutas ocupacionais) que facilitan a recuperación e preparan ao paciente para a súa reintegración social e familiar.

Entre os aspectos destacados dunha unidade de agudos atópase a súa capacidade para ofrecer unha atención especializada e centrada no paciente, nunha contorna segura e controlada, e integrado no hospital xeral. A colaboración estreita entre os diferentes profesionais permite, mediante reunións diarias integradas por representantes de cada un dos colectivos profesionais implicados, a valoración individual de cada caso para a intervención coordinada e a abordaxe integral das necesidades do paciente. Como

proposta de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos e materiais para mellorar a calidade da atención.

8.1.2.7. Unidade de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Xuvenil

Unha *Unidade de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Xuvenil* está deseñada para brindar atención especializada e intensiva a nenos e adolescentes que atravesan episodios agudos de trastornos mentais. Estes episodios poden incluír descompensacións severas de trastornos mentais, risco significativo de autolesións ou condutas que non poden ser manexadas en contornas ambulatorias. Os principais problemas clínicos que levan ao ingreso nunha unidade de agudos infanto-xuvenil inclúen trastornos da conduta alimentaria, trastornos de conduta graves, trastornos do espectro autista, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos afectivos graves ou sintomatoloxía psicótica e situacións de risco de autolesións ou condutas que representan un perigo para o paciente ou a súa contorna.

Estas unidades adoitan atender a menores de ata 16 anos que requiren unha intervención hospitalaria urxente para estabilizar a súa condición. Os pacientes ingresan nestas unidades xeralmente a través de derivacións de servizos de saúde mental ambulatorios ou de urxencias hospitalarias, cando presentan síntomas que non poden ser manexados de maneira ambulatoria. Tras a estabilización, e dependendo da evolución clínica, poden ser derivados ao hospital de día infanto-xuvenil ou dados de alta con seguimento en consultas externas.

O equipo multidisciplinario nunha unidade de agudos infanto-xuvenil está composto por psiquiatras infantís, psicólogos clínicos, persoal de enfermería especializado en saúde mental, TCAEs, terapeuta ocupacional, traballador social e profesores. Cada profesional desempeña un papel crucial no diagnóstico, tratamento e rehabilitación do paciente, asegurando unha atención integral que abarca desde a avaliación clínica ata o apoio na reintegración social.

O tratamento nestas unidades é intensivo e personalizado, combinando intervencións farmacolóxicas para estabilizar os síntomas agudos con terapias psicolóxicas que permitan ao paciente comprender e manexar a súa condición. Ademais, impleméntanse programas de psicoeducación e actividades terapéuticas que facilitan a recuperación e preparan ao paciente para a súa reintegración social e familiar. Normalmente dispone tamén de profesorado para continuar na medida do posible a formación académica dos pacientes.

A duración do tratamento nunha unidade de agudos infanto-xuvenil adoita ser breve, con estancias que varían segundo a resposta do paciente e a natureza do seu trastorno. O obxectivo é lograr unha estabilización rápida que permita continuar o tratamento nunha contorna menos restritiva.

Entre os aspectos destacados dunha unidade de agudos infanto-xuvenil atópase a súa capacidade para ofrecer unha atención especializada e centrada no paciente, nunha contorna segura e controlada. A colaboración estreita entre os diferentes profesionais permite abordar de maneira integral as necesidades do paciente. Como proposta de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos e materiais para mellorar a calidade da atención.

8.1.2.8. Hospital de Día de Adultos

Un *Hospital de Día en Adultos en Psiquiatría* é un centro de hospitalización parcial que desenvolve funcións intermedias entre as unidades de saúde mental e as

unidades de hospitalización. Os pacientes acoden a este dispositivo un período de horas determinado (normalmente pola mañá) e, ao finalizar a atención, regresan aos seus fogares.

Estes centros adoitan atender a pacientes a partir de 16 anos con trastornos mentais que requiren un tratamento intensivo e de tempo limitado, actuando como unha alternativa á hospitalización psiquiátrica completa nos casos nos que non é preciso unha contención no medio pechado e sen separar totalmente ao paciente do seu medio social e familiar. Os principais problemas clínicos que presentan os pacientes nestes centros inclúen síntomas psicóticos, alteracións do estado de ánimo e dificultades na adaptación social e laboral. O obxectivo é involucrar activamente ao paciente no seu propio proceso de tratamento, facilitando a súa interacción social e diminuíndo o seu illamento.

No hospital de día traballan diversos profesionais especializados, incluíndo psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeiros de saúde mental, TCAEs, terapeuta ocupacional e traballador social. Cada un deles desempeña funcións específicas orientadas á avaliación, tratamento e rehabilitación dos pacientes, traballando de maneira conxunta para abordar as múltiples facetas dos trastornos mentais.

Os pacientes poden acceder ao hospital de día por diversas vías desde a rede de saúde mental, aínda que as derivacións ocorren principalmente desde consultas externas ou da unidade de agudos. O tratamento que se leva a cabo no hospital de día consiste en intervencións farmacolóxicas, terapias psicolóxicas individuais e grupais, programas de rehabilitación psicosocial e actividades de terapia ocupacional, co obxectivo de mellorar a calidade de vida e a funcionalidade do paciente. A duración do tratamento dun paciente medio adoita ser variable, abarcando desde varios meses ata anos, dependendo da evolución clínica e as necesidades individuais, cun enfoque no seguimento a longo prazo para previr recaídas e promover a estabilidade.

Destacariamos do hospital de día o seu enfoque multidisciplinar e personalizado, a coordinación efectiva entre os diferentes niveis asistenciais e a promoción da autonomía do paciente. Como puntos fortes, atópase a capacidade de adaptación ás necesidades cambiantes dos pacientes e a integración de recursos comunitarios. Como puntos débiles, poderían sinalarse a sobrecarga de traballo e a necesidade de recursos adicionais. Proponse, como mellora, o aumento de recursos, a implementación de programas de formación continua para o persoal e a ampliación da rede de apoio comunitario.

8.1.2.9. Hospital de Día Infanto-Xuvenil

Tamén existe un *Hospital de Día Infanto-Xuvenil en Psiquiatría*, de características semellantes ó de adultos, que atende a pacientes ata os 16 anos. Destacariamos como diferente o perfil do paciente, centrándose o de infanto-xuvenil en atender trastornos da conduta alimentaria, trastornos do espectro autista, inestabilidade emocional, autolesións, conduta suicida e outros problemas de conduta sendo moito menos frecuente o trastorno mental grave. Trabállase tamén a prevención do suicido independentemente do trastorno mental.

8.1.2.10. Unidade Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica

As unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica están destinadas á atención de pacientes cunha patoloxía que esixa unha actuación terapéutica activa de duración intermedia cando non estea indicado realizala noutros dispositivos de hospitalización total ou parcial.

8.1.2.10.1. Unidade de Media Estancia (Sub-Agudos, Rehabilitación Psiquiátrica; Coidados de Rehabilitación)

Unha *Unidade de Media Estancia en Psiquiatría* (UME), tamén coñecida como Unidade de Rehabilitación Psiquiátrica, é un dispositivo sanitario que proporciona atención especializada a persoas con trastornos mentais graves derivados dos distintos dispositivos da rede de saúde mental que presentan déficits e problemas funcionais que requiran programas activos de rehabilitación de duración intermedia para a súa estabilización e con previsión de externalización á súa contorna de procedencia. O perfil de pacientes atendidos nestas unidades inclúe a persoas con trastornos mentais graves (principalmente psicoses, aínda que tamén trastornos depresivos graves, trastornos de personalidade…), que requiren unha atención intensiva debido á complexidade e cronicidade da súa condición, así como unha contorna estruturada que favoreza a súa recuperación, dadas as dificultades significativas no seu funcionamento diario.

Cada UME cubre unha área sanitaria específica, atendendo a unha poboación determinada. A capacidade destas unidades varía segundo a área e as necesidades locais, co obxectivo de proporcionar atención personalizada e adaptada a cada comunidade. O equipo dunha UME está composto por profesionais de diversas disciplinas, incluíndo psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeiros especializados en saúde mental, TCAEs, terapeutas ocupacionais e traballadores sociais. Cada profesional desempeña funcións específicas orientadas á avaliación, tratamento e rehabilitación dos pacientes, traballando de maneira conxunta para abordar as múltiples facetas dos trastornos mentais.

Os pacientes poden acceder á UME a través de diversas vías, como a derivación desde unidades de hospitalización breve, servizos de urxencias ou centros de saúde mental. A coordinación entre os diferentes niveis asistenciais é fundamental para garantir unha atención continua e coherente.

O tratamento na UME céntrase na estabilización clínica, a rehabilitación psicosocial e a preparación para a reintegración na comunidade. O tratamento que se leva a cabo na UME consiste en intervencións farmacolóxicas, terapias psicolóxicas individuais e grupais, programas de rehabilitación psicosocial e actividades de terapia ocupacional. O obxectivo é a resolución e mellora significativa dos problemas que indicaron o seu ingreso, co logro da máxima autonomía e das habilidades psicosociais e relacionais necesarias para a súa integración na comunidade de referencia. A duración do tratamento nunha UME é variable e depende das necesidades individuais de cada paciente. Algúns poden requirir estancias de varios meses, mentres que outros poden necesitar hospitalizacións máis prolongadas para lograr unha recuperación óptima.

Entre os aspectos destacados dunha UME atópase o seu enfoque multidisciplinar e personalizado, a coordinación efectiva entre os diferentes niveis asistenciais e a promoción da autonomía do paciente. Como puntos fortes, atópase a capacidade de adaptación ás necesidades cambiantes dos pacientes e a integración de recursos comunitarios, destacando neste caso a importancia do traballo social no asesoramento, apoio e acompañamento en todo o necesario para tal fin. Como puntos débiles, poderían sinalarse a sobrecarga de traballo e a necesidade de recursos adicionais. Proponse, como mellora, a implementación de programas de formación continua para o persoal e a ampliación da rede de apoio comunitario.

8.1.2.10.2. Unidade de Longa Estancia ou Unidade de Coidados Especiais de Rehabilitación

Unha *Unidade de Longa Estancia en Psiquiatría*, tamén coñecida como Unidade de Coidados Especiais de Rehabilitación, é un dispositivo asistencial destinado a proporcionar tratamento e coidados continuados a persoas con trastornos mentais graves e crónicos que, debido á súa severidade e persistencia, requiren hospitalización prolongada. Estas unidades buscan estabilizar clinicamente ao paciente e promover a súa rehabilitación psicosocial, co obxectivo de mellorar a súa calidade de vida e, cando sexa posible, facilitar a súa reintegración na comunidade.

O perfil dos pacientes atendidos nestas unidades inclúe a persoas con trastornos mentais graves (principalmente psicoses) que non responderon a varias liñas de tratamentos anteriores, xa que normalmente pasaron antes por diferentes unidades, e seguen requirindo unha atención intensiva e prolongada debido á complexidade e cronicidade da súa condición. Estes pacientes adoitan presentar dificultades significativas no seu funcionamento diario e necesitan unha contorna estruturada para a súa recuperación. As persoas usuarias desta unidade adoitan ser pacientes con trastornos psíquicos graves e condutas disruptivas, con psicopatoloxía grave de alta intensidade e longa evolución, pacientes con alta expresividade emocional e baixa tolerancia ó estrés, asociada a condutas impulsivas, así como aquelas que requiran medidas especiais de supervisión e contención. Terán por finalidade o tratamento e estabilización dos problemas que presentan estes pacientes, a fin de obter resultados que sexan compatibles co seu traslado a outros programas de rehabilitación ou, de ser posible, a súa reintegración na comunidade en condicións suficientemente adecuadas.

O funcionamento, o equipo, a intervención e os puntos fortes e débiles, en liñas xerais, ten as mesmas características que a unidade de media estancia.

8.1.2.11. Programa de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio

O *Programa de Hospitalización a Domicilio* (PHD) é un servizo sanitario que proporciona atención médica especializada no fogar do paciente, equiparable á que recibiría nunha hospitalización convencional. Este modelo asistencial permite que pacientes con patoloxías agudas ou subagudas sexan tratados na súa contorna familiar, favorecendo a súa comodidade e reducindo riscos asociados ás estancias hospitalarias prolongadas.

Os mesmos atenden a pacientes de todas as idades que, a pesar de necesitar coidados hospitalarios, presentan unha situación clínica estable que permite o seu manexo seguro no domicilio. A indicación para este tipo de hospitalización non depende dun diagnóstico concreto, senón da situación clínica do paciente e a capacidade de contención da súa contorna domiciliaria. Os diagnósticos predominantes inclúen principalmente trastorno mental grave como esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno bipolar ou depresión grave.

O equipo multidisciplinario dun PHD está composto por médicos, enfermeiros e, en ocasións, traballadores sociais. Estes profesionais encárganse de realizar visitas domiciliarias programadas para administrar tratamentos, seguir a evolución clínica e brindar educación sanitaria tanto ao paciente como aos seus familiares.

Os pacientes adoitan ser derivados desde a unidade de hospitalización cando é posible continuar o seu tratamento e seguimento en domicilio, pero este ten que ser máis estreito do que se pode proporcionar en consultas externas ou outras unidades. O ingreso ao programa é de carácter voluntario e precisa dun consentimento informado e compromiso básico de coidados de familiar ou convivinte (coidador).

O tratamento nestes programas é intensivo e personalizado, combinando intervencións farmacolóxicas para estabilizar os síntomas agudos con intervencións

psicoterapéuticas que permitan ao paciente comprender e manexar a súa condición. Ademais, impleméntanse programas de psicoeducación e actividades terapéuticas que facilitan a recuperación e preparan ao paciente para a súa reintegración social e familiar.

A duración do tratamento nun PHD adoita ser breve (meses), que varía segundo a resposta do paciente e a natureza do seu trastorno. O obxectivo é lograr unha estabilización rápida que permita progresivamente unha menor dependencia do equipo promovendo a autonomía e funcionalidade na súa vida.

Entre os aspectos destacados dunha UHD atópase a súa capacidade para ofrecer unha atención especializada e centrada no paciente, na súa propia contorna. A colaboración estreita entre os diferentes profesionais permite abordar de maneira integral as necesidades do paciente. Como proposta de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos e materiais para reducir as listas de espera e mellorar a calidade da atención.

8.1.2.12. Unidade de Continuidade de Coidados

Unha *Unidade de Continuidade de Coidados en Psiquiatría* ten como función principal garantir a atención integral e sostida de pacientes con trastornos mentais graves e persistentes, facilitando a súa transición fluída entre os distintos niveis e dispositivos asistenciais, e asegurando a coherencia e eficacia no tratamento ao longo do tempo.

Cada equipo deste tipo cubre unha área sanitaria específica cuxo obxectivo é proporcionar servizos a unha poboación determinada, asegurando asistencia a todos os usuarios con trastorno mental grave (fundamentalmente trastornos psicóticos ou afectivos), con interferencia grave no seu funcionamento social e laboral, que presenten problemas de accesibilidade tanto pola súa patoloxía como por dificultades de desprazamento, escaso ou nulo apoio familiar ou social, baixa adherencia ao tratamento e/ou frecuentes reingresos hospitalarios, garantindo unha atención continua e coordinada.

No equipo traballan diversos profesionais especializados, incluíndo psiquiatras e enfermeiros de saúde mental. Cada un deles desempeña funcións específicas orientadas á avaliación, tratamento, rehabilitación e reintegración social dos pacientes, traballando de maneira conxunta para abordar as múltiples necesidades dos trastornos mentais graves.

Os pacientes poden ser derivados de calquera dispositivo da rede de saúde mental. Aínda que o máis frecuente é que sexan derivados tras un ingreso, tanto desde a unidade de hospitalización psiquiátrica, como desde a unidade de rehabilitación, tamén se reciben usuarios derivados desde as consultas externas, hospitalización a domicilio ou hospital de día.

O tratamento que se leva a cabo consiste en intervencións farmacolóxicas, psicoterapéuticas e de apoio na integración comunitaria, co obxectivo de mellorar a calidade de vida e a funcionalidade do paciente. A duración do tratamento dun paciente medio adoita ser variable, abarcando desde varios meses ata anos, dependendo da evolución clínica e as necesidades individuais, cun enfoque no seguimento a longo prazo para previr recaídas e promover a estabilidade.

Destacariamos deste programa o seu enfoque multidisciplinar e personalizado, a coordinación efectiva entre os diferentes niveis asistenciais e a promoción da autonomía do paciente. Como puntos fortes, atópase a capacidade de adaptación ás necesidades cambiantes dos pacientes, a asistencia domiciliaria e a integración de recursos comunitarios. Como puntos débiles, poderían sinalarse a sobrecarga de traballo e a necesidade de recursos adicionais. Proponse, como mellora, a implementación de programas de formación continua para o persoal e a ampliación da rede de apoio comunitario.

Outros aspectos relevantes inclúen a importancia da colaboración coas familias e coidadores, a sensibilización da comunidade respecto á saúde mental e a participación activa en programas de investigación e formación para manterse actualizados nas mellores prácticas asistenciais.

8.1.2.13. Programa de Atención Sociosanitaria

O *Programa de Atención Sociosanitaria en Psiquiatría* ten como función principal garantir a atención integral e sostida de pacientes con trastornos mentais graves e persistentes, que se atopen institucionalizados en dispositivos sen atención sanitaria especializada.

Cada programa deste tipo cubre unha área sanitaria específica cuxo obxectivo é proporcionar servizos directamente a aqueles centros nos que residan pacientes e non teñan na súa estrutura un psiquiatra, asegurando que todos os individuos institucionalizados con necesidades de saúde mental nesa área teñan acceso a unha atención continua e coordinada. Estes centros adoitan ser no seu maior parte residencias de maiores.

No equipo deste programa traballan xeralmente psiquiatras e enfermeiros especialistas en saúde mental, aínda que nalgunhas unidades poden contar con psicólogos clínicos e traballadores sociais. Cada un deles desempeña funcións específicas orientadas á avaliación, tratamento, rehabilitación e reintegración social dos pacientes, traballando de maneira conxunta para abordar as múltiples facetas dos trastornos mentais.

Os pacientes poden acceder á unidade derivados de calquera consulta da rede de saúde mental ou baixo demanda das propias institucións. Os principais problemas clínicos neste programa inclúen o seguimento de pacientes con trastorno mental grave e alteracións condutuais en contexto de demencia; aínda que se pode abordar calquera trastorno de saúde mental. É frecuente que os pacientes destes dispositivos teñan unha idade superior a 65 anos, pero é posible atender a pacientes máis novos se é preciso, sempre que estean institucionalizados.

O tratamento que se leva a cabo consiste principalmente en intervencións farmacolóxicas e psicoterapéuticas, co obxectivo de mellorar a calidade de vida e a funcionalidade do paciente. Tamén hai unha importante función psicoeducativa cos profesionais de cada centro. A duración do mesmo adoita ser variable, abarcando desde varios meses ata anos, dependendo da evolución clínica e as necesidades individuais, cun enfoque no seguimento a longo prazo para previr recaídas e promover a estabilidade.

Destacariamos deste programa a súa capacidade de atención no propio centro, mantendo un enfoque multidisciplinar e personalizado, a coordinación efectiva entre os diferentes niveis asistenciais e a promoción da autonomía do paciente. Como puntos fortes, atópase a capacidade de adaptación ás necesidades cambiantes dos pacientes e a integración de recursos comunitarios. Como puntos débiles, poderían sinalarse a posible sobrecarga de traballo e a necesidade de recursos adicionais. Proponse, como mellora, a implementación de programas de formación continua para o persoal e a ampliación da rede de apoio comunitario.

Outros aspectos relevantes inclúen a importancia da colaboración coas familias e coidadores, a sensibilización da comunidade respecto á saúde mental e a participación activa en programas de investigación e formación para manterse actualizados nas mellores prácticas asistenciais.

8.1.2.14. Programa de Interconsulta e Enlace Hospitalario en Psiquiatría

Un *Programa de Interconsulta e Enlace Hospitalario en Psiquiatría* é un servizo especializado dentro dos hospitais xerais que se centra na atención a pacientes ingresados noutros servizos nos que, ademais da súa patoloxía médica principal, presentan síntomas como ansiedade, depresión, delirium, trastornos de adaptación ou manifestacións psicóticas.

Estas unidades están compostas por equipos multidisciplinares que inclúen principalmente psiquiatras e psicólogos clínicos. A súa principal función é avaliar e manexar os aspectos psicolóxicos e psiquiátricos dos pacientes hospitalizados noutras especialidades, facilitando unha atención integral que aborde tanto as condicións físicas como mentais. O seu labor céntrase en responder ás consultas realizadas por outros servizos médicos ou cirúrxicos cando xorden inquietudes sobre a saúde mental dun paciente, proporcionando avaliacións diagnósticas, recomendacións terapéuticas e seguimento continuo durante a hospitalización. A intervención busca non só tratar estes síntomas psiquiátricos ou emocionais, senón tamén mellorar a adherencia ao tratamento médico, optimizar a recuperación e facilitar a comunicación entre o paciente e o equipo médico.

Ademais deste labor de interconsulta, estes profesionais levan a cabo funcións de enlace, que son estratexias ou programas deseñados para garantir a coordinación, continuidade e complemento á atención médica recibida en distintas patoloxías específicas, como, por exemplo: psicooncoloxía, dano cerebral, esclerose lateral amiotrófica (ELA), perinatal, cirurxía bariátrica, dor crónica, atención á saúde mental do profesional, entre outros. Nestes programas realizan funcións de avaliación e diagnóstico conxunto con outros médicos ou especialistas, intervención en crise, psicoeducación (tanto aos pacientes como aos equipos médicos), coordinación na elaboración de plans de tratamento integrais que inclúan tanto a intervención médica, como a psiquiátrica e psicolóxica, implantación de terapias grupais, etc.

Xunto á atención clínica directa, este programa desempeña un papel fundamental na formación e educación do persoal sanitario, promovendo unha comprensión máis ampla da interacción entre a saúde física e mental. Tamén participan en actividades de investigación orientadas a mellorar as prácticas clínicas e os resultados en pacientes con comorbilidades médicas e psiquiátricas.

Como puntos fortes do programa, están a mellora da detección temperá de trastornos mentais en pacientes que están a recibir atención médica por outros motivos, favorece un enfoque integral da saúde, diminúe as taxas de rehospitalizacións e melloran a adherencia ao tratamento. Como proposta de mellora, suxírese incrementar os recursos humanos e materiais para mellorar a calidade da atención.

8.1.2.15. Centros de Orientación Familiar (COF)

Tamén existen os *Centros de Orientación Familiar*, ou COF, en todas as áreas sanitarias, con 17 centros en total. Os COF oriéntanse a varios aspectos da sexualidade, como informar, previr e educar en temas de anticoncepción, relacións de parella, incluíndo crise e conflitos de parella. Tamén ao tratamento das disfuncións sexuais.

Outras tarefas dos COF son o asesoramento anticonceptivo, anticoncepción de urxencia, interrupción voluntaria do embarazo, prevención de enfermidades de transmisión sexual e atención psicolóxica á problemática sexual e da parella, labor que fai un psicólogo clínico en cada centro. Igualmente hai outros profesionais como médico ou xinecólogo, persoal de enfermería e outros.

8.1.2.16. Outros programas específicos (autismo, primeiros episodios psicóticos, disforia de xénero).

Á parte dos programas anteriores tamén existen outros específicos de saúde mental, como son os de autismo, os de primeiros episodios psicóticos e o de disforia de xénero.

O *programa de autismo* oriéntase ás persoas con Trastorno do Espectro Autista (TEA). A Consellería de Sanidade financia varios proxectos da Federación Autismo Galicia, como poden ser programas de apoio psicolóxico, rehabilitación cognitiva ou mellora emocional para estas persoas. Ao tempo, implantaron varias medidas para estes pacientes, uns 18.000 aproximadamente en Galicia, onde destaca que teñan a denominada tarxeta AA, específica para eles, coa que aceden máis fácil e prioritariamente ao sistema sanitario e fanlles máis rápidas as probas médicas que precisan. Un exemplo de programa específico é o Programa de atención temperá para nenos e nenas con sospeita de TEA, que se leva a cabo na Unidade de Atención Temperá.

O programa de primeiros episodios psicóticos, posto en marcha en varios hospitais, oriéntase a aquelas persoas que presentan por primeira vez un episodio psicótico. Diríxese a persoas de 18 a 40 anos que tiveron un primeiro episodio psicótico e que están nos primeiros tres anos de avaliación. O obxectivo do programa é facer un adecuado seguimento do paciente para que poida recuperarse e non teña episodios posteriores. O tratamento abarca intervencións comunitarias, intensivas, duradeiras e integrais sen limitarse á terapia farmacolóxica. Inclúe intervencións individuais, familiares, en grupo e seguimento telefónico. Este programa conta con psiquiatra, psicólogo clínico e enfermería en saúde mental.

Outro dos programas específicos que hai é o de disforia de xénero tamén se dispón do protocolo sanitario de Atención Primaria para as persoas trans.

8.1.2.17. Unidade de Prevención de Condutas Suicidas

Unha *Unidade de Prevención de Condutas Suicidas* ten como función principal desenvolver e implementar estratexias integrais destinadas a reducir a incidencia de condutas suicidas na poboación. Estas unidades enfócanse na identificación temperá de individuos en risco, a intervención oportuna e a promoción de factores protectores que contribúan ao benestar mental e emocional.

En Galicia hai unha unidade por cada área sanitaria. O obxectivo das mesmas é proporcionar recursos e apoio adecuados para a prevención do suicidio. Nestas unidades traballan profesionais de diversas disciplinas, incluíndo psiquiatra, psicólogo clínico, enfermería especializada en saúde mental e traballador social. Cada un desempeña funcións específicas orientadas á detección, intervención e seguimento de persoas en risco, así como á educación e sensibilización da comunidade sobre a prevención do suicidio.

O perfil das persoas atendidas abarca a individuos a partir de 16 anos que presentan factores de risco asociados ao suicidio, como trastornos mentais, antecedentes de intentos previos, situacións de crises ou vulnerabilidade social. Ademais, préstase especial atención a grupos específicos que poidan ter unha maior incidencia de condutas suicidas. Os principais problemas clínicos que presentan as persoas nestas unidades inclúen ideación suicida, planificación ou intentos de suicidio. Aquelas cun diagnóstico principal de adicción con consumo activo ou calquera psicopatoloxía que polas súas características non permita intervención psicoterapéutica (como poden ser o retraso mental grave ou unha demencia avanzada), non son incluídos neste programa.

As persoas poden acceder á unidade derivadas de calquera consulta da rede de saúde mental, aínda que a maior parte de derivacións chegan de urxencias, consultas externas e hospitalización. O tratamento que se leva a cabo consiste en intervencións multidisciplinais que poden incluír terapia psicolóxica individual ou grupal, manexo farmacolóxico cando é necesario, elaboración dun plan de coidados específico da man de enfermería (moitas veces con apoio/sostén telefónico) e programas de apoio social.

De maneira xeral, o tratamento ten unha duración de 6 meses e posteriormente o paciente é derivado á Unidade de Saúde Mental ou ao seu médico de atención primaria, segundo proceda en cada caso polo estado clínico no momento da alta. Realízase unha consulta de revisión (que será telefónica) ao ano de inicio do tratamento. Existe posibilidade de prórroga e repetir o programa outros 6 meses se fose necesario. Normalmente, a intervención por parte do equipo ten unha frecuencia semanal, espazando progresivamente as citas e con posibilidade do uso telefónico se se precisa (por exemplo, nunha situación de crise).

Destacariamos da unidade o seu enfoque proactivo na identificación e manexo do risco suicida, a colaboración estreita entre diferentes profesionais e servizos e a adaptabilidade para responder as necesidades cambiantes dos pacientes.

Como punto forte destacamos a rápida dispoñibilidade, practicamente sen lista de espera, así como a promoción dunha cultura de prevención na comunidade. Como puntos débiles, poderían sinalarse a limitación de recursos nalgunhas áreas que serían mellorables ampliando recursos.

8.1.2.18. Unidade de Trastornos da Conduta Alimentaria

A *Unidade de Trastornos da Conduta Alimentaria* (TCA) está situada dentro do Complexo do Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), no Hospital Provincial de Conxo, é a única que hai en Galicia. Integra consultas externas e unha planta de hospitalización que tamén funciona como hospital de día para realizar un enfoque integral e multidisciplinar para o tratamento destes trastornos. Este modelo mixto permite abordar as necesidades específicas de cada paciente en diferentes niveis de atención, facilitando unha continuidade no tratamento e unha adaptación progresiva á vida cotiá.

A este dispositivo acceden pacientes de todas as áreas de saúde, a partir dos 16 anos, derivados por un psiquiatra ou da Unidade de Saúde Mental se presentan un trastorno da conduta alimentaria (principalmente anorexia e bulimia) que non responde ó tratamento. Este servizo componse de:

- *Consultas Externas*: Destinadas á avaliación e seguimento ambulatorio de pacientes con TCA. As consultas externas permiten realizar diagnósticos iniciais, planificar tratamentos personalizados e levar a cabo intervencións terapéuticas sen necesidade de ingreso hospitalario. Ademais, facilitan o seguimento continuo da evolución do paciente e a coordinación con outros niveis asistenciais.

- *Planta de Hospitalización*: A hospitalización completa está indicada para pacientes que requiren unha intervención intensiva debido á gravidade do seu estado físico ou psicolóxico. Durante o ingreso, proporciónase atención médica constante, apoio psicolóxico e supervisión nutricional para estabilizar ao paciente e abordar complicacións asociadas ao TCA. A estancia hospitalaria permite unha intervención integral nunha contorna segura e controlada.

- *Hospital de Día*: O hospital de día ofrece unha modalidade de tratamento intensivo sen necesidade de pasala noite no centro. Os pacientes asisten durante o día a diversas actividades terapéuticas e educativas, incluíndo o uso dun comedor terapéutico

situado na mesma planta que forma parte do seu tratamento. Este comedor permite supervisar e apoiar ós pacientes durante as comidas, facilitando a reeducación alimentaria e a adquisición de hábitos saudables nunha contorna controlada.

Esta unidade funciona de maneira autónoma, dividindo ela os seus propios pacientes entre as tres modalidades de tratamento segundo precisen, en función da gravidade do trastorno. Dispoñen de psiquiatra, psicólogo clínico, enfermería especialista en saúde mental e TCAEs. Contan coa supervisión estreita por parte do servizo de endocrinoloxía do estado físico dos pacientes. Esta disposición facilita a coordinación entre os diferentes niveis de atención e asegura unha continuidade no tratamento. Ademais, permite adaptar a intensidade das intervencións segundo as necesidades individuais de cada paciente, favorecendo unha recuperación máis efectiva e personalizada.

Como áreas de mellora sería necesario ampliar recursos humanos e materiais para poder atender dunha maneira correcta a demanda crecente destas patoloxías e que puidesen existir este tipo de unidades en todas as áreas sanitarias para evitar a necesidade de desprazamento dos pacientes e as súas familias polo custo económico e loxístico que supón e, ante o cal, moitos pacientes vense obrigados a rexeitar esta opción.

8.1.2.19. Unidade de Apoio Comunitario para a Atención ao Trastorno Mental Grave (Pisos protexidos, vivendas de transición e unidades residenciais)

A *Unidade de Apoio Comunitario para a Atención ao Trastorno Mental Grave*, está destinada a prestar apoio ás persoas con trastorno mental persistente, con autonomía de conduta, pero sen posibilidades de convivencia familiar e que requiren axuda psicosocial para o seu desenvolvemento e integración social na comunidade.

Un *piso protexido* é unha unidade na que a estancia do paciente tende a ser por tempo indefinido e pasa a ser domicilio habitual deste. Unha *vivenda de transición* é unha unidade na que a estancia do paciente é por un período concreto de tempo, como paso previo a un piso protexido ou como estancia temporal no caso de ausencia do coidador principal. Ambas unidades teñen unha capacidade máxima de 5 persoas, preferentemente do mesmo sexo.

A diferenza dos anteriores, as *unidades residenciais* están destinadas a aloxar pacientes que non precisan coidados sanitarios específicos, pero que presentan carencias de autonomía que requiren unha atención social continuada de carácter tutelar. As unidades residenciais son equipamentos de pequeno ou mediano tamaño destinados a albergar, en réxime de convivencia case-familiar, a un número máximo de 25 persoas.

Estas unidades xestiónanse polos organismos competentes e reciben apoio sanitario de todos os dispositivos asistenciais da área na que están situadas. O marco de actuación encádrase dentro dun modelo de atención comunitaria das persoas con trastornos mentais persistentes que ademais teñan dificultade para a incorporación á súa vivenda habitual.

As funcións xerais destas unidades de apoio social comunitario son: o mantemento na contorna comunitaria das persoas con trastornos mentais crónicos, promovendo e apoiando a súa integración psicosocial; mellorar o funcionamento psicosocial, posibilitando a maior autonomía e independencia posible; o apoio ás familias dos pacientes con trastornos mentais crónicos, favorecendo as súas capacidades e recursos de adaptación ao trastorno e promovendo unha mellora na súa calidade de vida; e a prestación de servizos de rehabilitación psicosocial, podendo estar conectados con outros recursos que os realicen.

Estas unidades deberán servir, a través de diferentes programas levados a cabo polos responsables dos mesmos, para a adquisición de: habilidades sociais que permitan unha maior integración na sociedade; actividades da vida diaria que posibiliten unha maior autonomía funcional; educación do usuario acerca do seu trastorno e discapacidade; e habilidades que eviten as recaídas propias do trastorno.

En canto á localización, tanto os pisos protexidos como as vivendas de transición e as unidades residenciais deberán estar situados no ámbito comunitario, ben comunicadas e cunha estrutura diferenciada de calquera outro dispositivo ou centro sanitario.

Para acceder a calquera das tres unidades, é requisito imprescindible padecer un trastorno mental persistente e ser maior de 16 anos e menor de 60; presentar unha situación de discapacidade secundaria a un trastorno mental grave; estar en situación de estabilidade clínica, que non requira de tratamento hospitalario; ser derivados dos dispositivos da rede de saúde mental do Servizo Galego de Saúde e ter residencia efectiva e estar empadroado en Galicia.

O procedemento de adxudicación de praza está regulado no artigo 12 do Decreto 347/2002, do 5 de decembro, polo que se regulan os pisos protexidos, vivendas de transición e unidades residenciais para persoas con trastornos mentais persistentes. O procedemento iníciase coa solicitude formulada polo xefe de servizo de psiquiatría e acompáñase do informe social emitido polo traballador social de referencia ou, na súa falta, o traballador social dos servizos sociais municipais, e do informe médico que acredite a estabilidade do paciente e o obxectivo terapéutico a alcanzar.

Co obxecto de optimizar estas unidades de apoio comunitario a prestación da atención é cofinanciada polos usuarios. A Consellería de Sanidade publica anualmente o prezo máximo por praza para os centros con subvención pública.

8.2. A rede de trastornos adictivos de Galicia

A rede de trastornos adictivos de Galicia está formada por unha serie de dispositivos asistenciais, financiados ao 100% ou preto do 100% pola Consellería de Sanidade, cando son asociacións, e ao redor do 30% cando son Concellos os titulares das mesmas. Por tanto, aínda que non dependen administrativamente do SERGAS, si teñen unha integración funcional co resto do sistema sanitario, pero non orgánica, tal como recolle a Orde do 12 de marzo de 2007 pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no Servizo Galego de Saúde (DOGA do 28 de marzo de 2007). Unhas dependen do propio Sergas (ex., as Unidades de Alcoholismo e outras Adiccións, en dous hospitais de distintas áreas sanitarias), outras de asociacións e outras de concellos. Podemos distinguir os dispositivos centrados no tratamento das drogodependencias, que tratan as drogas legais, as ilegais e as novas adiccións, e os centrados de xeito exclusivo no alcol, xogo patolóxico e outras adiccións comportamentais (ver https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/documents/1465/20220704_recursos_trastornos_adictivos_gal.pdf).

Debido ao grave problema do consumo de heroína desde mediados dos anos 70 do s. XX, e logo en décadas posteriores o consumo de cocaína, marihuana, drogas de sínteses e outras drogas, creouse en España o Plan Nacional sobre Drogas, tendo cada comunidade autónoma un propio Plan sobre Drogas, como é aquí o *Plan de Galicia sobre Drogas*. Entre as súas funcións está a prevención do consumo de drogas, sobre todo no campo escolar, e o tratamento e rehabilitación social das persoas cun trastorno de consumo de substancias psicoactivas. Por iso, o SERGAS inclúe esta asistencia sanitaria, actualmente a través de convenios con Concellos, asociacións e con algúns recursos

propios (SERGAS, 2020), co financiamento máis atrás comentado, aínda que non están formalmente dentro do sistema sanitario galego. O mesmo ocorre para os problemas de alcol, tabaco, xogo e outros trastornos adictivos comportamentais.

Hai unha ampla rede de dispositivos asistenciais por toda Galicia, cos centros máis grandes nas cidades da Coruña e Vigo, pero tamén os hai en cidades e vilas máis pequenas. Os dispositivos céntranse basicamente na atención ás drogodependencias, fundamentalmente drogas ilegais. No noso contexto destacan as denominadas Unidades Asistenciais de Drogodependencias (máis actualmente chamadas Unidades de Atención ás Adiccións), Unidades de Día e Comunidades Terapéuticas. Nestes dispositivos desenvólvense diversos programas asistenciais como o de dispensación de derivados opiáceos, de redución de danos e riscos, programas libres de drogas ou programas de rehabilitación ou incorporación social. A participación nuns ou outros dependerá das características da persoa que demanda o tratamento. Dependendo da área sanitaria haberá todos os recursos ou parte deles, aínda que se poden derivar a eles cando é necesario (ex., a unha Comunidade Terapéutica).

Unha vez realizada a demanda na unidade asistencial, que pode ser por petición directa do interesado ou ser derivado de atención primaria, de psiquiatría ou doutros recursos sanitarios ou sociais, a persoa é avaliada e asignada ao profesional, ou profesionais, que levarán a cabo o tratamento dependendo do seu problema clínico. Mentres que na Unidade Asistencial vese á persoa unha ou dúas veces por semana, á Unidade de Día acode diariamente durante varias horas (variable en función do recurso), derivado da Unidade de Atención as Adiccións correspondente e sempre que o paciente estea abstinente, e alí realiza distintas actividades dirixidas a mellorar as súas competencias para o mantemento da abstinencia e a súa adaptación social, familiar e laboral. Na Comunidade Terapéutica o usuario está en réxime de internamento aberto (pode pedir a alta, a menos que haxa unha orde xudicial de internamento). Neste caso o obxectivo é traballar coa persoa fóra da súa contorna habitual para lograr a súa estabilización e mantemento da abstinencia. Na Comunidade Terapéutica o programa é moi completo e amplo, incluíndo áreas como o coidado da saúde física, a socioeducativa, a formativa e laboral, a psicolóxica e a médico-farmacolóxica.

Ademais destes dispositivos, existen outras accións específicas que se levan a cabo, como poden ser as desintoxicacións hospitalarias, cando son necesarias, especialmente en heroína e alcol; programas en institucións penais para consumidores de drogas, como son os programas de dispensación de metadona e de redución de danos; programas de colaboración cos centros de saúde; coordinación cos servizos sociais municipais; ou vivendas de apoio para a incorporación social.

Os profesionais dos distintos dispositivos están formados, fundamentalmente, por médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, persoal de enfermería, traballadores sociais e educadores sociais. Igualmente pode haber psicólogos xerais sanitarios, pedagogos, mestres ou avogados, dependendo dos distintos programas xa citados, sobre todo na Unidade de Día e Comunidade Terapéutica.

Actualmente en Galicia hai 17 Unidades Asistenciais de Drogodependencias, repartidas por toda a xeografía, 10 Unidades de Día e 3 Comunidades Terapéuticas, na Coruña, Ferrol e Tomiño, e outra máis de Proxecto Home en Santiago de Compostela, conveniada co SERGAS. Nos centros de drogodependencias a principal demanda en Galicia é por consumo de cánnabis nas súas distintas presentacións, ao redor do 40-50%, seguido pola cocaína, do 30-40%, e logo outras adiccións por drogas, como a heroína ou outras. As persoas dependentes da heroína, grupo fundamental de asistentes aos centros hai unhas décadas, hoxe están maioritariamente en programas de mantemento con derivados opiáceos (metadona, buprenorfina/naloxona), en programas de seguimento ou

de prevención de recaídas. Na actualidade as demandas de tratamento por heroína son poucas. Os últimos datos dos que dispoñemos para Galicia, do ano 2023, indican que nos distintos dispositivos tratáronse a nivel ambulatorio 14.977 pacientes, xunto con 527 en comunidade terapéutica, 183 en unidades de desintoxicación e 370 en unidades de día (PNSD, 2025). En toda España foron tratadas nestas unidades un total de 246.000 persoas, onde 47.000 están en programas con substitutivos opiáceos.

A atención aos pacientes con trastornos adictivos é alta en Galicia, como vén ocorrendo desde os anos 80, aínda que ten habido un cambio paulatino do predominio dunhas a outras drogas, pasándose do consumo predominante de heroína a mediados dos anos 70 e década dos 80, ao de cocaína posteriormente, nos anos 1990 e 2000 en diante. Na actualidade destaca a elevada demanda por consumo de cánnabis.

Un aspecto destacable é que os pacientes con condutas adictivas presentan unha alta incidencia de trastornos mentais asociados comórbidos (patoloxía dual) o que supón a necesidade dunha estreita colaboración coas Unidades de Saúde Mental para a correcta abordaxe do paciente.

Ao anterior hai que engadir outros dispositivos asistenciais con conveno co SERGAS ou a Consellería de Sanidade que se centran no tratamento das persoas con dependencia do alcol, do xogo patolóxico e doutras adiccións comportamentais. Hai catro centros deste tipo, na Coruña, Ferrol, Vigo e Ourense, este último integrado na Unidade de Condutas Adictivas. E, ademais, dispoñemos das Unidades de Alcoholismo nos hospitais públicos de Conxo, en Santiago de Compostela e o Hospital Lucus Augusti de Lugo.

Igualmente, teñen conveniocon outros servizos, como os recursos dependentes de Proxecto Home, que conta con varios dispositivos asistenciais para o tratamento de drogas con programas específicos para distintas adiccións clasificados en centros de acollida e reinserción social e comunidades terapéuticas. Igualmente, existen convenios con dúas asociacións para o tratamento do trastorno de xogo e adiccións comportamentais, unha en Vigo e outra na Coruña. Por último, fináncianse programas desenvolvidos por distintas asociacións como son o de atención xurídico-social (en diversas cidades de Galicia) e o de pisos de incorporación social en trastornos adictivos (na provincia de Pontevedra).

A pesar da existencia de varios informes consensuados e aprobados por unanimidade por todos os grupos políticos a nivel estatal, dentro da Comisión Mixta Congreso-Senado para o Estudo da Problemática das Drogas, onde se conclúe que a mellor atención ao paciente drogodependente debe facerse no Sistema Nacional de Saúde, non se chegou a implementar isto en case ningunha Comunidade Autónoma tal integración da Rede de Conductas Adictivas en Saúde Mental. No caso de Galicia, actualmente está en marcha un proceso de integración das unidades de dependencia municipal, representados pola Federación Galega de Municipios e Provincias (FEGAMP) e a Consellaría de Sanidade, como do resto das Unidades de Condutas Adictivas existentes, dentro do SERGAS. Prevese que esta integración sexa efectiva no ano 2026.

8.3. A atención privada á saúde mental: desde as consultas privadas á atención hospitalaria

A sanidade, na maioría dos países europeos, é fundamentalmente pública, nuns de todo gratuíta, noutros con sistemas de copagamento. Iso non impide que unha parte da atención sanitaria sexa tamén de tipo privado. A sanidade privada adoita ser complementaria á pública, ou ás veces unha parte dela conveniada co sistema público.

Con frecuencia utilízase para ter unha segunda opinión, ou para non ter que esperar pola atención sanitaria pública, polas listas de agarda.

No caso da atención á saúde mental, dada a gran demanda dos últimos anos e a carencia de suficientes profesionais no sistema público, a realidade é que unha parte da súa atención se leva a cabo a nivel privado. Neste sentido, hai múltiples centros dedicados á atención psiquiátrica dos trastornos mentais e, nun número aínda moito maior, á atención psicolóxica que proporcionan psicólogos clínicos ou psicólogos xerais sanitarios no campo privado. Normalmente adoitan ser consultas nas que está un único profesional, aínda que hai outras nas que comparten atención varios profesionais, ben sexan dunha mesma especialidade, ou de varias de saúde mental (ex., psicólogo clínico e psiquiatra).

Un dos principais motivos da actual demanda no campo privado en saúde mental é pola rapidez de obter unha cita, de poucos días ou semanas, a diferenza do que ocorre no sistema público, habitualmente de varios meses. Ademais, a nivel privado, dedícanlle máis tempo ao paciente. A iso hai que engadir que, no caso de psiquiatras e psicólogos clínicos, a calidade e experiencia profesional do campo privado en saúde mental é a mesma que no ámbito público, dado que foron formados no sistema sanitario público a través dun sistema de residencia (sistema MIR en psiquiatría ou PIR en psicoloxía clínica, ou EIR en enfermería en saúde mental) durante varios anos despois de aprobar o acceso a formación na especialidade, unha vez que xa é licenciado ou graduado (cinco anos no caso de psiquiatría, catro anos no caso de psicoloxía clínica e dous anos no caso do EIR en enfermería en saúde mental). Este é un aspecto importante que dá seguridade ao paciente cando demanda os seus servizos a nivel privado.

Ademais, existen varios hospitais psiquiátricos privados onde os pacientes adoitan estar neles en réxime de internamento pola presencia de trastornos mentais, sobre todo trastornos mentais graves, como depresións graves, psicoses, trastorno límite de personalidade, trastornos alimentarios, demencias e adiccións.

8.4. A atención prestada polas asociacións de saúde mental

Son varias as asociacións que prestan axuda a persoas con trastornos mentais ao longo de toda Galicia. Como exemplo, na web do SERGAS hai un total de 23 asociacións que levan a cabo algún tipo de programa financiado para persoas con trastorno mental grave. Estas van desde Cruz Vermella e Cáritas, a Itínera, FEAFES, Lar Pro Saúde Mental, Agalure, Agaja, Érguete, etc. Cada unha adoita desenvolver un programa específico dentro dos fins da mesma, uns para persoas especificamente con trastorno mental grave, ou para persoas que teñen problemas de xogo, de adiccións con trastornos de personalidade, etc. Tamén para coidadores de familiares con estes trastornos ou para grupos específicos, como poden ser adolescentes, mulleres, etc.

Imos exemplificar, de entre todas as existentes, unha delas, a Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental (FEAFES) de Galicia. A mesma está integrada por 12 asociacións para atender a persoas con trastornos mentais, na maioría dos casos con trastornos mentais graves, e ás súas familias. Destas asociacións dependen distintos centros de rehabilitación psicosocial e laboral, centros ocupacionais, centros de día, residencias ou pisos protexidos. A estes centros os pacientes acoden a realizar distintas actividades de rehabilitación psicosocial (programas de adestramento en habilidades sociais, rehabilitación cognitiva, actividades da vida diaria, psicoeducación e prevención de recaídas…), coidado da saúde, seguimento ou orientación laboral e xurídica. Tamén poden acudir os familiares e achegados para recibir principalmente información e asesoramento. O seu obxectivo é mellorar a adaptación das persoas con trastorno mental ao seu contexto máis próximo recuperando e construíndo as súas

capacidades. Por último, estas asociacións tamén teñen entre os seus obxectivos a loita contra o estigma social que moitas persoas con trastornos mentais sofren a día de hoxe.

Nestas asociacións, e nos centros cos que contan, dispoñen de distintos profesionais dependendo das súas características, pero, en xeral, adoitan contar con psicólogos xerais sanitarios, traballadores sociais, educadores, terapeutas ocupacionais e profesionais responsables das áreas legal e laboral.

Pola relevancia que cobrou a saúde mental nos últimos anos, estas asociacións convertéronse nun recurso relevante para os seus usuarios polo tipo de servizos que prestan tanto a eles como ás súas familias. Nos últimos anos están tamén desenvolvendo programas de especial interese como os de intervención precoz en psicose, dirixido a persoas mozas que tiveron recentemente un episodio psicótico, e que teñen por obxectivo fomentar a recuperación e a prevención de futuros episodios.

8.5. Papel dos familiares e coidadores dos pacientes con trastornos mentais

Desde que se levou a cabo o proceso da desinstitucionalización psiquiátrica, que implicou o peche dos hospitais psiquiátricos, onde as persoas con trastornos mentais permanecían ingresadas unha parte importante da súa vida, a familia pasou a ter un papel fundamental na vida dos pacientes con trastornos mentais. Pero non sempre se lle prestou a atención necesaria para que poidan desempeñar axeitadamente esta función porque os pacientes seguen sufrindo de modo importante as consecuencias e o estigma asociados aos trastornos mentais. A pesar de que na actualidade parece desaparecer a denominación de "tolo", presente noutras épocas non tan afastadas, polo concepto ou denominación de "persoa enferma" ou "persoa cun trastorno mental", máis utilizado actualmente, a realidade é que estas persoas seguen tendo unha alta dose de estigma. E, a familia da persoa que ten un trastorno mental non dispón de moitos recursos onde acudir para poder afrontar adecuadamente esta situación. Por iso é polo que, en moitos casos, organízanse para formar asociacións como as que no punto anterior sinalamos. Nestas asociacións os familiares dispoñen de programas específicos sobre como afrontar mellor ter na casa un familiar cun trastorno mental, ou programas de respiro familiar, axuda mutua para familias ou psicoeducación para familiares.

É unha das áreas que precisa fomentarse, tanto pola prevalencia dos trastornos mentais, onde non só está afectado o paciente senón a súa contorna máis próxima, como para que os familiares teñan un papel activo na recuperación deses pacientes (ex., coa psicoeducación familiar) e igualmente evitar que se vexan afectados e desbordados pola situación que teñen co familiar con trastorno mental, e que lles pode chegar a afectar á súa propia saúde mental (ex., o esgotamento emocional de moitos familiares).

8.6. As persoas con trastornos mentais que non buscan axuda

Polo que vimos en capítulos anteriores, nos múltiples estudos epidemiolóxicos realizados, non todas as persoas cun trastorno mental solicitan axuda. Canto máis tempo transcorre sen recibir atención, o risco de cronificación é maior e, por tanto, increméntase a gravidade do trastorno se non se fai nada.

O non acudir en busca de axuda cando se teñen problemas psicolóxicos ou psiquiátricos é, fundamentalmente, por tres motivos: non busca axuda terapéutica porque considera que ninguén lle pode axudar; considera que o seu problema o pode afrontar pola súa conta e tentar resolvelo por si mesmo, aínda que poida pasar o tempo e non mellorar; ou, ten medo ao posible rexeitamento social se visibiliza que ten un problema de saúde mental ou diagnostícanlle que ten un trastorno mental.

Conforme increméntase o coñecemento e a preocupación sobre os trastornos mentais, tal e como está a suceder na actualidade, moitas persoas fanse conscientes de que teñen un problema polo que deben pedir axudar. Pero tamén estamos a atopar o extremo oposto, que é pedir axuda ante calquera circunstancia que produza un mínimo de malestar. Neste caso, impídese que entren en funcionamento os nosos mecanismos innatos de resiliencia para afrontar situacións novas, difíciles, cotiás, que son parte da vida. Unha boa educación sanitaria para a poboación é importante para que saiban diferenciar as circunstancias e reaccións normais ante as distintas dificultades que se poden presentar na vida e as que están relacionadas coa presenza dun trastorno mental. Ante isto, parte do traballo que teñen que realizar os profesionais de atención primaria (tanto os médicos de atención primaria como os psicólogos clínicos que agora están a empezar a estar presentes en primaria) son labores de tipo preventivo mediante accións orientadas a evitar intervencións médicas ou psicolóxicas innecesarias ou potencialmente iatroxénicas, centrándose na despatoloxización do malestar da vida cotiá.

Referencias

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Fernández Alonso, M. C. García Campayo, J., Montón Franco, C. e Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS. *Atención Primaria, 50 (Supl. 1*), 83-108.

Castelló, M., Fernández de Sanmamed, M. J., García, J., Mazo, M. V., Mendive, J. M., Rico, M., Rovira, A., Serrano, E. e Zapater, F. (2016*). Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud.* Fòrum Català d'Atenció Primària.

Grupo de Trabajo de Salud Mental en Atención Primaria. (2023). *Informe sobre la integración de la salud mental en atención primaria*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

López, M. (2021). Salud mental y atención primaria: una alianza pendiente. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2),* 87–94.

Ministerio de Sanidad (2019). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria.* Ministerio de Sanidad.

Olivares, J., Gutiérrez, F., e López, M. (2021). Salud mental y atención primaria: una alianza pendiente. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 14(2),* 87–94.

Plan Nacional sobre Drogas [PNSD] (2025). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2023*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Revista Encuentro (2017). *Salud mental en atención primaria: la atención en primera línea*. Revista Encuentro, 1.

SERGAS (2020). *Estratexia 2020*. Santiago de Compostela: Sergas, Consellería de Sanidade. En https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf

Xunta de Galicia (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Atención Sanitaria.

Retos actuais relevantes en saúde mental

9.1. Ética e saúde mental
9.2. Os dereitos do paciente con trastornos mentais
9.3. A estigmatización e discriminación dos pacientes de saúde mental
9.4. Mellorar o coñecemento da poboación sobre os trastornos mentais: a alfabetización en saúde mental
9.5. Uso de novas tecnoloxías en saúde mental
9.6. O desenvolvemento e acceso a novos tratamentos en saúde mental
9.7. Introducir programas innovadores para a saúde mental
9.8. A problemática das listas de agarda
9.9. O incremento do custo sanitario e social dos trastornos mentais
Referencias

9.1. Ética e saúde mental

Segundo o Dicionario da Real Academia Española da Lingua, a ética é o "conxunto de principios e normas que rexen a conduta humana, relacionados co sentido do ben e do mal". Por tanto, calquera profesional ten que basear a súa práctica en facer o maior ben posible e evitar que a súa intervención sexa inadecuada e carrexe problemas á persoa que trata. Na práctica, estudouse moito a relación entre ética e práctica profesional, especialmente nas profesións sanitarias.

No ámbito profesional da saúde mental, a ética xunto cos códigos deontolóxicos de cada profesión, teñen gran importancia. A deontoloxía profesional, ou deberes que rexen o exercicio dunha profesión, é o que guía a práctica clínica de calquera profesional sanitario e reciben adestramento na mesma, tanto no seu período de formación como posteriormente durante o exercicio profesional.

Hai consenso de que calquera intervención clínica en saúde mental ten que seguir os principios de autonomía (capacidade do paciente de tomar a súa propia decisión sobre o seu tratamento e respectar os seus valores), beneficencia (actuar en beneficio do paciente e aliviar o seu sufrimento, enfermidade ou trastorno mental que padece), non maleficencia (evitar calquera dano intencional ou por neglixencia ao paciente, non sometelo a riscos innecesarios e non omitir a axuda cando o precisa) e xustiza ou equidade (seguir os fundamentos morais, legais e culturais definidos para que unha persoa sexa tratada con equidade, consideración e respecto) (de la Cámara, 2022). O dereito á confidencialidade, o consentimento informado, o dereito á intimidade, a aplicación do mellor tratamento, entre outros, son elementos cotiáns da práctica clínica dos profesionais da saúde mental.

En saúde mental os principios éticos teñen unha especial relevancia naqueles casos nos que o paciente non é capaz de poder tomar decisións por si mesmo, entre os que destacan os menores e as persoas con discapacidade. Por iso é preciso que haxa unha regulación adecuada, con normas e leis para asegurar que os pacientes reciban a mellor asistencia profesional posible.

Hai moita documentación e exemplos sobre dilemas éticos que se poden presentar na clínica (Carmi *et al.*, 2018; González, 2016; Mejías-Licanzos e Aguilera-Serrano, 2022; Pastor e do Río, 2018; Ramos, 2018). Tamén disponse de comités éticos onde se pode expor algunha dúbida, por exemplo os Comités de Ética Asistencial que existen en todos os hospitais públicos. Igualmente, os colexios profesionais teñen unha Comisión Deontolóxica á que poden tamén acudir os pacientes.

9.2. Os dereitos do paciente con trastornos mentais

Os dereitos do paciente están regulados en España por distintas leis, destacando a Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. Outras leis que tamén hai que ter en conta, e que están en parte ou totalmente recollidas na anterior, son a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais e os distintos códigos deontolóxicos profesionais, a Lei de Cohesión e Calidade o Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003), o Real Decreto-Lei 7/2018 que regula o acceso ao Sistema Nacional de Saúde en condicións de equidade e de universalidade de todos os residentes en España, así como varios artigos do Código Civil e Código penal.

A Lei 41/2002, de autonomía do paciente, regula os dereitos e obrigacións do paciente e dos profesionais sanitarios que o atenden. Son aspectos destacados da mesma

a historia clínica, o consentimento informado e a confidencialidade. Na Táboa 9.1 indicamos os principios básicos en que se basea esta Lei.

Táboa 9.1. Principios básicos da Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica.

Artigo 2. Principios básicos. 1. A dignidade da persoa humana, o respecto á autonomía da súa vontade e á súa intimidade orientarán toda a actividade encamiñada a obter, utilizar, arquivar, custodiar e transmitir a información e a documentación clínica. 2. Toda actuación no ámbito da sanidade require, con carácter xeral, o previo consentimento dos pacientes ou usuarios. O consentimento, que debe obterse despois de que o paciente reciba unha información adecuada, farase por escrito nos supostos previstos na Lei. 3. O paciente ou usuario ten dereito a decidir libremente, despois de recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles. 4. Todo paciente ou usuario ten dereito a negarse ao tratamento, excepto nos casos determinados na Lei. A súa negativa ao tratamento constará por escrito. 5. Os pacientes ou usuarios teñen o deber de facilitar os datos sobre o seu estado físico ou sobre a súa saúde de maneira leal e verdadeira, así como o de colaborar na súa obtención, especialmente cando sexan necesarios por razóns de interese público ou con motivo da asistencia sanitaria. 6. Todo profesional que intervén na actividade asistencial está obrigado non só á correcta prestación das súas técnicas, senón ao cumprimento dos deberes de información e de documentación clínica, e ao respecto das decisións adoptadas libre e voluntariamente polo paciente. 7. A persoa que elabore ou teña acceso á información e a documentación clínica está obrigada a gardar a reserva debida.

Esta Lei dá un peso central ao paciente en canto aos seus dereitos en relación con calquera acto sanitario. Así, un aspecto relevante é o do consentimento informado, o cal se xeneralizou en todo o sistema sanitario. Consiste en que para calquera acto sanitario o paciente ten que ser informado do mesmo, da súa eficacia, posibles problemas e da existencia doutras alternativas, para logo aceptalo ou non. Igualmente, debe indicárselle que os seus datos manteranse confidenciais fóra do acto profesional polo que acode. En moitos casos, e isto é algo habitual nos hospitais, ten que asinar que consinte o tratamento que lle van a aplicar ou probas que lle van a realizar.

A lei tamén inclúe o consentimento por representación ou substitución, sexa por autorización expresa do paciente ou por representación legal.

Relacionado co consentimento informado está o dereito á confidencialidade de todo acto sanitario. Foi un gran avance para manter a confidencialidade de todos os datos, incluíndo aqueles que poden levar ao estigma ou á discriminación do paciente (ex., se ten un diagnóstico dun trastorno mental que a sociedade considera estigmatizante). O paciente tamén ten dereito a non ser informado do seu diagnóstico ou tratamento se así o desexa (isto é relevante en casos de diagnóstico de enfermidades graves).

Outro aspecto que regula a Lei é o das historias clínicas. Ás mesmas só poden acceder os profesionais sanitarios no acto profesional, tendo dereito o paciente para acceder á súa historia clínica ou para pedir informes sobre os seus diagnósticos e

tratamentos. A confidencialidade da información contida nas mesmas ten que estar en todo momento asegurada.

No caso de menores serán os pais ou o seu representante legal o encargado de tomar decisións polo mesmo, sobre todo cando teña as súas capacidades intelectuais ou emocionais diminuídas, aplicándose igualmente a normativa no caso das persoas adultas cando corre perigo a súa vida (ex., intento de suicidio) ou se é necesario un internamento obrigatorio por prescrición facultativa.

Sempre que se atende a un menor, se ten menos de 12 anos, o consentimento faino o seu representante legal (pai ou nai, ámbolos dous no caso de que estean separados, ou a persoa que o titoriza). Débese escoitar a opinión do menor para obter o seu asentimento. Se o menor está entre os 12 e 16 anos pódese avaliar a súa madurez para que poida consentir. A partir dos 16 anos ten a maioría de idade sanitaria pola que é autónomo para tomar a decisión sobre a intervención e dar ou non o seu consentimento. A única excepción é cando se atope en grave risco para a súa vida ou a súa saúde, nese caso os pais son informados e a súa opinión tense en conta para a toma de decisións.

O dereito do paciente para negarse á aplicación dun tratamento concreto está contemplado, a menos que se presenten algunhas das excepcións recollidas no noso ordenamento xurídico na Lei 41/2002 de autonomía do paciente. No caso dos internamentos non voluntarios é un xuíz o que os ten que autorizar, e contémplanse naqueles casos nos que os pacientes teñen graves alteracións de conduta, síntomas psicóticos, ideación suicida, intoxicación alcohólica ou por drogas, actos delituosos, ou outros graves onde se valora que o internamento como mellor opción, xa sexa por unhas horas ou días.

Nestas excepcións, a persoa atópase nunha situación na que a súa capacidade de autonomía atópase temporalmente diminuída e non é capaz de valorar a súa situación (a nivel psicolóxico e físico) como o faría coas súas capacidades cognitivas conservadas. Trátase, por exemplo, de persoas que presentan graves alteracións condutuais en relación a unha descompensación psicótica dun trastorno mental grave de base, por alteracións de conduta relacionadas coa intoxicación ou consumo de tóxicos (como é o caso das psicoses tóxicas) ou pola verbalización expresa de ideación suicida con elevado risco de paso ao acto. En todos estes casos, en base ao artigo 763 da Lei de Axuizamento Civil, é posible promover o seu ingreso hospitalario de carácter involuntario, isto é, en contra da preferencia ou decisión da persoa. Para iso, o facultativo, debe informar ó xuíz desta necesidade nas 24 horas seguintes á súa valoración, tendo o paciente que ser valorado pola comisión xudicial (xuíz, secretario do xulgado, médico forense), nas 72 horas posteriores como máximo. O xuíz, tras a súa valoración e lectura dos informes clínicos realizados polo facultativo, emitirá a ratificación do internamento involuntario ou non.

9.3. A estigmatización e discriminación dos pacientes de saúde mental

Un tema relevante cando falamos de persoas que teñen trastornos mentais é o do estigma que moitos deles sofren a diario por padecer un trastorno destas características. Hoxe, patoloxías comúns, como a ansiosa-depresiva, cada vez ten menos estigma asociado, así como máis facilidade para o recoñecemento das dificultades e de pedir axuda profesional. Isto contrasta co que ocorre en trastornos percibidos como máis graves, que é do que fundamentalmente se fala no resto do apartado.

No libro de Erwin Goffman (2009), *Estigma: a identidade deteriorada*, defínese o estigma como os atributos dun individuo que lle xeran profundo descrédito e desvaloración social. Actualmente, no campo da saúde mental por estigma referímonos ás actitudes negativas, crenzas e estereotipos que a xente pode ter cara a quen padece

trastornos mentais. Ademais, o estigma que sofren estas persoas, dada a súa importante presenza na sociedade, pode levalos a non buscar, ou atrasar, a procura de atención sanitaria ou, mesmo, abandonar o tratamento no caso de xa ter un trastorno mental diagnosticado, para tentar superar o estigma que iso lle provoca.

Hai distintos tipos de estigma: o persoal ou internalizado (autoestigma, o que a persoa percibe levándolle a crenzas de desvalorización e discriminación), o familiar (onde o desvalorizan, íllano ou exclúeno socialmente), o institucional (coas políticas que lles aplican por ter trastornos mentais) e o público (con prexuízos e estereotipos negativos cara aos pacientes con trastornos mentais; ex., a crenza sobre o seu perigo) (Mascayano *et al.*, 2015).

Xa Meyer (2003) expuxo hai anos a coñecida como teoría do estrés das minorías. Esta expón que determinadas persoas simplemente por pertencer a un determinado colectivo están máis expostas a situacións de estrés, estigma e marxinalidade que outras, por exemplo as persoas trans e tamén as persoas con trastornos mentais graves.

Recentemente, no ano 2022, destaca a creación por parte da importante revista médica *The Lancet* dunha comisión específica para analizar o fenómeno do estigma e da discriminación en saúde mental e o modo de acabar con ela (Thornicroft *et al.*, 2022). A mesma apunta que o estigma implica separación entre grupos, baseada na crenza de que outros son distintos. En saúde mental o estigma ten características peculiares, ademais da exclusión social, implica ver ás persoas con trastornos mentais de modo negativo e o uso dunha linguaxe despectiva cara a elas. Por tanto, o estigma leva á discriminación das persoas con trastornos mentais, véselles como persoas distintas, cunha menor valoración cara a eles, máis problemas para acceder ao mercado laboral e un rexeitamento manifesto doutras persoas da súa contorna, mesmo de familiares.

Un exemplo claro do anterior vémolo na esquizofrenia, que é un dos trastornos relacionados cunha maior estigmatización, recibindo un maior rexeitamento por parte da poboación xeral (Valery *et al.*, 2020). Con frecuencia considérase que estas persoas son perigosas, incompetentes, con pobre prognóstico e téntase manter a máxima distancia social cara a eles. Este rexeitamento contrasta coas actitudes e crenzas positivas que manteñen os profesionais da saúde mental, considerando que son menos perigosos do que pensa a poboación xeral e con confianza nos efectos positivos do tratamento farmacolóxico (Valery e Prouteau, 2020).

No caso da poboación xeral o estudo de Vigairo e Moral (2016) realizado en Asturias, mostrou que o 46% das persoas avaliadas asociaba cometer determinados delitos con ter un trastorno psicótico. Eran as mulleres as que tiñan actitudes máis positivas cara ás persoas con este trastorno, en comparación cos homes.

A pesar dos esforzos por reducir o estigma, as intervencións dispoñibles teñen unha eficacia moderada e adoitan ser máis efectivas en adolescentes que en adultos (Ma *et al.*, 2023; Song *et al.*, 2023;). No caso de adultos, moitos estudos evidencian que as reducións do estigma son modestas e, en ocasións, pouco sostidas no tempo, o cal subliña a necesidade de estratexias máis sostidas e adaptadas a diferentes contextos socioculturais. A evidencia suxire que programas con contacto directo con persoas con experiencia en saúde mental son máis efectivos que as estratexias educativas tradicionais.

A Comisión *The Lancet* propón varias accións para mellorar o estigma e a discriminación dos pacientes con trastornos mentais (Táboa 9.2): eliminar contidos estigmatizantes en medios de comunicación, incluír formación obrigatoria sobre saúde mental nos plans de estudos sanitarios, e empoderar ás persoas con experiencia vivida como axentes activos na loita contra o estigma.

Táboa 9.2. Obxectivos para acabar co estigma e a discriminación en saúde mental, segundo a *The Lancet Commission*.

- As organizacións non gobernamentais internacionais deberían emitir directrices que declaren inaceptables todas as formas de estigma e discriminación contra as persoas con trastornos mentais. - Os gobernos de todos os países deberían aplicar políticas que apoien o fin do estigma e a discriminación contra as persoas con trastornos mentais. - Garantir a erradicación do estigma e a discriminación contra as persoas con trastornos mentais no lugar de traballo. - Os plans de estudos nacionais para todos os profesionais da saúde e a asistencia social e os cursos de formación profesional deberían incluír sesións de formación obrigatorias sobre as necesidades e os dereitos das persoas con trastornos mentais. - Todos os medios de comunicación deben eliminar sistematicamente os seus contidos estigmatizantes. - As persoas con experiencia vitais de saúde mental deben recibir un forte apoio para reducir a estigmatización e a discriminación.

9.4. Mellorar o coñecemento da poboación sobre os trastornos mentais: a alfabetización en saúde mental

A pesar do gran boom da saúde mental nos últimos anos hai un claro descoñecemento por parte da poboación sobre os trastornos mentais, a súa adquisición, tratamento, evolución e prognóstico. Todos considéranse por igual, esquecendo que hai unha gran variedade de trastornos mentais, que poden afectar a nenos, adolescentes, adultos e persoas maiores ou anciás, obviándose frecuentemente o aspecto máis determinante que é o nivel de gravidade. Así, non é o mesmo ter un problema persoal que produce tristeza, que unha depresión lixeira, moderada ou grave. Isto marcará a diferenza entre o malestar, que a persoa pode manexar por si mesma, e a necesidade de demandar axuda, co fin de ter un diagnóstico preciso, que se aplique o tratamento adecuado, ver cal é o prognóstico e realizar un seguimento para obter un adecuado resultado terapéutico a curto, medio e longo prazo.

O descoñecemento acerca dos trastornos mentais adoita estudarse baixo a denominación de "alfabetización en saúde mental". Fai referencia aos coñecementos e crenzas sobre os trastornos mentais, que permitan o seu recoñecemento, xestión ou prevención (Jorn *et al.*, 1997). Por exemplo, con frecuencia equipárase o sufrimento reactivo á existencia dun trastorno mental, como cando a persoa di que "estou depre", "estou triste", etc. Unha boa alfabetización en saúde mental inclúe (Zabaleta *et al.*, 2023): a capacidade de recoñecer trastornos mentais para facilitar a procura de axuda; coñecemento da axuda profesional e os tratamentos efectivos dispoñibles; coñecemento sobre as estratexias efectivas de autoaxuda; habilidades para brindar apoio á saúde mental dos demais; e, estratexias de prevención dos trastornos mentais. Isto faise habitualmente a través de estratexias de educación para a saúde, aínda que se trata dun campo novo e adoitan ser accións puntuais en centros escolares ou institutos. Este é un campo que está a cobrar cada vez máis importancia, pero que debe seguir desenvolvéndose amplamente nos próximos anos.

Temos experiencias nacionais de alfabetización en saúde mental en institutos (ex., Amado-Rodriguez *et al.*, 2024), espazos nos que se atopa que o coñecemento que se ten sobre a saúde mental é medio-baixo, con actitudes estigmatizantes cara ás persoas con trastornos mentais e con menor probabilidade de procura de axuda se se teñen problemas

de saúde mental. Por sorte, cada vez temos máis información sobre os problemas de saúde mental e como facela chegar aos máis novos (Cheremisina *et al.*, 2024), así como distintos programas para aumentar a alfabetización en saúde mental e que mostraron funcionar adecuadamente (González-Sanguino *et al.*, 2024), sobre todo no que respecta á adquisición de coñecemento, xa que non lograron reducir o estigma (Casañas *et al.*, 2022). Por iso, queda moito traballo por facer, non só entre os mozos senón tamén nas persoas maiores.

Como exemplo no noso contexto próximo, poderíase citar que en Galicia estase traballando nos últimos anos co Programa YAM, que pretende chegar a todos os adolescentes galegos. Existe máis información ao respecto en: https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/yam?idioma=ga.

A alfabetización debe estar unida á sensibilización en saúde mental. O que hoxe dinnos, mañá esquecémolo, se non interiorizamos iso que nos dixeron. De aí o que haxa que insistir en que se debe crear a idea social de que os trastornos mentais son algo frecuente, case "normal" na vida de moitas persoas, e que os van padecer polo menos unha de cada tres persoas nalgún momento da súa vida, e que deixen de verse os trastornos mentais como "raros", "perigosos", etc.

Na actualidade, tamén resulta imprescindible desenvolver a alfabetización dixital en saúde mental. Esta inclúe a capacidade de identificar fontes fiables de información online, utilizar ferramentas de autoavaliación con criterio, recoñecer plataformas clínicas acreditadas e discernir entre contidos con base científica e aqueles que poden ser desinformación. Ademais, implica coñecer os riscos asociados ao uso indiscriminado de recursos dixitais para a saúde mental, como o autodiagnóstico erróneo ou a exposición a tratamentos non validados.

9.5. Uso de novas tecnoloxías en saúde mental

Unha das revolucións na que estamos inmersos é na consolidación das denominadas como novas tecnoloxías e a súa aplicación a todos os aspectos da vida. Especificamente facemos referencia ás tecnoloxías da información e as comunicacións (TICs) que son un conxunto de recursos tecnolóxicos (ex., computadores, Internet, telefonía) dirixidos a almacenar, crear, intercambiar e transmitir información e a todos os seus desenvolvementos (uso de Apps, videochamadas…), aos que as medidas de distanciamento social impostas pola pandemia producida polo covid-19, contribuíron a impulsar, de modo abrupto, a súa introdución en todos os ámbitos, incluída a asistencia sanitaria á saúde mental.

No obxectivo número 3 dentro dos Obxectivos de Desenvolvemento Sostible das Nacións Unidas saliéntase a importancia de promover a saúde e o benestar en persoas de todas as idades, sinalando no punto 3.8 a necesidade de alcanzar unha cobertura sanitaria universal. A saúde dixital (*Digital Health* e *eHealth* en inglés) foi identificada como unha forma de alcanzar este obxectivo xa que permitiría o acceso aos recursos sanitarios a un maior número de persoas. Nesta liña, a OMS (2021) estableceu dentro do Marco Europeo de Acción en Materia de Saúde Mental 2021-2025, a necesidade de utilizar intervencións psicolóxicas baseadas na evidencia mediante o uso de tecnoloxías dixitais.

Nos últimos anos, a utilización das TICs nas intervencións dirixidas á mellora da saúde tivo un rápido crecemento, do mesmo xeito que a investigación sobre os seus resultados. Por exemplo, Erbe *et al.* (2017) conclúen que a utilización de intervencións a través de Internet, como apoio ao tratamento presencial en adultos con algún trastorno mental, diminúe a probabilidade de abandono do tratamento, axuda a manter os cambios

obtidos na terapia e aumenta as porcentaxes de abstinencia en persoas con trastorno por consumo de substancias.

Dentro das TICs, o uso das videochamadas como tecnoloxía que facilita a comunicación entre persoas que se atopan a distancia física, foi unha das que máis creceu. O uso deste tipo de tecnoloxía permite reducir os custos económicos e de tempo asociados ao desprazamento e facilita a accesibilidade a recursos que están afastados xeograficamente. Os estudos mostran que non hai diferenzas en canto aos resultados do tratamento, cando se compara unha mesma intervención realizada en persoa co formato online a través de videochamada (Banbury *et al.*, 2018). Pero isto non nos debe levar a engano, porque as videochamadas son útiles para para incrementar a accesibilidade aos tratamentos, por exemplo as persoas que viven en zonas rurais , pero nos casos máis graves non queda clara a súa eficacia. Por iso, poden ser complementarios na clínica pero é máis difícil que a poidan ser un sustituto nos casos graves.

O uso do teléfono móbil tamén creceu exponencialmente no ámbito da saúde, recibindo a denominación en inglés de *mHealth* (*mobile health*). Dentro desta tecnoloxía, o deseño e uso de Apps orientadas á saúde converteuse nunha aproximación máis dentro do campo clínico (Marcolino *et al.*, 2018). A OMS (2016) considera que as *mHealth Apps* son ferramentas apropiadas para o seguimento de pacientes e para a práctica clínica. O uso de Apps no ámbito da saúde mostrou bos resultados non só para facilitar o contacto entre o profesional e o paciente, senón tamén para axudar ao usuario mediante recordatorios e consellos para levar a cabo as indicacións proporcionadas polo profesional sanitario. Á vez, permite a recompilación de datos acerca da adherencia ao tratamento e a execución das tarefas entre sesións, o cal contribúe a identificar os factores que facilitan ou dificultan o cambio de conduta (Lindhiem *et al.*, 2015).

No ámbito das *mHealths Apps* distínguense dous tipos. Aquelas deseñadas para a súa utilización de forma independente por parte da persoa, as denominadas como autoguiadas, e as que se utilizan de forma conxunta coas intervencións tradicionais con profesionais sanitarios, mellorando os resultados das intervencións tradicionais de forma illada. No caso das Apps autoguiadas, existen aplicacións dirixidas a diferentes problemas e trastornos mentais, para a abordaxe da ansiedade, o trastorno de pánico, a ansiedade social, o trastorno de estrés postraumático, a depresión ou o consumo de substancias.

Nesta liña, destaca o achegamento exposto polo National Health Service (NHS, 2024) do Reino Unido sobre o acceso ás intervencións psicolóxicas. É o denominado *modelo de atención graduada* (*stepped-care model*) baseado en ofrecer tratamentos de distinta intensidade adaptados ás necesidades da persoa. A WA Primary Health Alliance (WAPH, 2021) en Australia tamén suxire o establecemento de distintos niveis de intervención en función da súa intensidade, partindo de intervencións autoguiadas (como as que se expoñen desde as Apps) ata aquelas realizadas polos profesionais sanitarios especialistas en saúde mental.

Pero, independentemente de todas as posibles vantaxes atribuíbles ao uso das novas tecnoloxías no ámbito da saúde, non debemos esquecer que tamén presentan algunhas desvantaxes. Así, por exemplo, presentan maiores taxas de abandono e unha menor adherencia que as intervencións tradicionais (Taylor *et al.*, 2021), aínda que esta limitación parece ser emendable se se inclúe algún tipo de contacto cun profesional (Krieger *et al.*, 2023), como pode ser o contacto telefónico. Por tanto, quizais a perspectiva máis axeitada sexa considerar o seu uso como un recurso para ter en conta á hora de deseñar e ofrecer intervencións de distinta intensidade o que facilitaría o acceso de máis persoas ás intervencións e un primeiro paso na procura de axuda profesional para así previr o desenvolvemento de problemas máis graves, pero nunca desprazando os

tratamentos tradicionais que serían os de elección para aqueles casos que requiriría maior intensidade.

Tamén hai que recoñecer que a utilización das TICs veñen paliar, dalgunha maneira, a escaseza de recursos humanos, a falta de profesionais da saúde e en concreto da saúde mental, así como a dificultade que supón o poder acceder a unha asistencia continuada e con prazos entre consultas razoables que aseguren a eficiencia e a eficacia delas. Porén é necesario considerar os riscos éticos e regulatorios relacionados co uso de datos persoais por parte das Apps de saúde mental, a falta de supervisión profesional nalgunhas plataformas dixitais e a posible desigualdade no acceso a tecnoloxías seguras e validadas.

Consideramos que o presente e o inmediato futuro en relación á asistencia á saúde mental con novas tecnoloxías vai concretarse nos seguintes aspectos: maior uso das chamadas telefónicas e videochamadas para facilitar o contacto entre o profesional sanitario e o paciente; completa virtualización das receitas, informes e outros procesos asistenciais a través de medios electrónicos; desenvolvemento de procedementos terapéuticos de axuda e autoaxuda para complementar a asistencia sanitaria, sobre todo a través do uso de recursos como páxinas web ou Apps; e o uso de recursos automatizados para aquelas tarefas e procesos que poden facerse mecanicamente, como os recordos de toma de medicación e citas asistenciais ou o autorrexistro de determinadas condutas por parte do paciente.

Nembargantes, non debemos esquecer que, sobre todo nos casos con maior nivel de gravidade, cronicidade e con problemas múltiples, a intervención presencial seguirá sendo imprescindible. Ademais, cando o paciente fai a primeira demanda é preciso o contacto clínico-paciente. Logo poderase ou non complementar con outras abordaxes, como a online ou outras.

9.6. O desenvolvemento e acceso a novos tratamentos en saúde mental

O desenvolvemento terapéutico empezou fai miles de anos e continuará de modo ininterrompido. Este implica a aparición de novos tratamentos e tamén a posibilidade de ter acceso ós xa existentes que se desenvolveron noutros países. A ciencia é a encargada de descubrir novos tratamentos, principalmente a través do financiamento público e privado e, en menor medida a través do financiamento que existe no campo sanitario de persoas ou fundacións filántropas.

En relación co e acceso a novos tratamentos en saúde mental, debe de asegurarse o acceso a todo tratamento eficaz e que sexa custo-eficiente, xa sexa de tipo farmacolóxico, psicoterapéutico ou social. Esta é a base para asegurar unha boa atención sanitaria e que así o paciente reciba o tratamento máis adecuado para o trastorno mental que presenta. Os avances neste campo son continuos, pero a introdución de novos tratamentos implica con frecuencia un incremento dos custos. Aquí hai que balancear o que coñecemos como custo-beneficio, e a posibilidade de poder cubrir estes gastos en caso de ser elevado o tratamento, pero claramente eficiente en canto aos resultados terapéuticos obtidos (Lascorz *et al.,* 2009).

Hoxe a literatura científica, e o coñecemento directo doutros programas e dispositivos, permítennos saber de tratamentos desenvolvidos e que demostraron que funcionan axeitadamente noutros países polo que poderían implantarse no noso medio. Varios exemplos destes tratamentos verémolos no punto seguinte.

Complementando o anterior, e como cada vez é máis relevante en todo o sistema sanitario, é necesario que se avalíen de modo sistemático os tratamentos que se utilizan en función do custo-eficiencia, co obxectivo de reducir a prevalencia global dos trastornos

na poboación. É certo que o diñeiro non é ilimitado, nin os recursos sanitarios, de aí a relevancia de optimizar ao máximo os tratamentos dispoñibles, ou outros, que implantados poidan funcionar mellor que os existentes. É necesaria unha continua actualización sobre os tratamentos dispoñibles e a súa análise de custo-eficiencia no campo da saúde mental.

9.7. Introducir programas innovadores para a saúde mental

Hai programas innovadores que mostraron a súa eficacia noutras comunidades autónomas ou noutros países, e cuxa implantación aquí sería posible. A continuación, centrarémonos en tres exemplos: a medicina personalizada en psiquiatría, o programa británico de introdución de psicólogos clínicos en atención primaria e distintos programas innovadores para o tratamento da esquizofrenia.

A medicina personalizada, tamén denominada de precisión, tivo un gran desenvolvemento nos últimos anos, pola súa posible utilidade en moitas enfermidades, como tamén para distintos trastornos mentais, sobre todo para os trastornos mentais graves. Nestes non sempre funciona ben a medicación ou outras abordaxes terapéuticas, o que implica a súa cronicidade. Ademais, como vimos nas causas dos trastornos mentais, dos múltiples factores que o explican, hai unha parte xenética e biolóxica clara en varios deles, que é a onde se dirixe a medicina personalizada (Costa e Silva, 2013).

Trátase dun campo moi activo, destacando, por exemplo, en Europa o impulso desde a *Innovative Medicines Initiative* que axunta os esforzos de investimento da Unión Europea e a industria farmacéutica. Ademais, grazas ao avance dos coñecementos da xenética, e do xenotipado, é máis viable desenvolver fármacos concretos para pacientes con certos síntomas (ex., alucinacións) ou trastornos (ex., esquizofrenia) a partir do desenvolvemento de adecuados biomarcadores, sendo esta a esencia da medicina personalizada (Gilani *et al.*, 2024; Harvey *et al.*, 2021; Preskorn e Rode, 2023). En función dos parámetros de cada paciente sería posible dar un tipo ou outro de fármaco para o seu trastorno concreto (Carracedo, 2021).

En España dispoñemos da Estratexia Nacional de Medicina de Precisión, co programa IMPaCT, o cal está orientado ás enfermidades raras, o cancro e á famacoxenética e xenómica poboacional. En Galicia temos un grupo moi activo sobre medicina personalizada, onde está o Dr. Angel Carracedo, xunto cun bo número de psiquiatras e outros investigadores, centrándose en trastornos que responden mal ó tratamento (Bandín-Vilar *et al.*, 2024; Tubío-Fungueiriño *et al.*, 2025). A previsión é que este tipo de abordaxes expándanse nos próximos anos aos distintos trastornos mentais.

Outro dos programas innovadores, ben avaliados e de referencia internacional é o programa *Improving Access to Psychological Therapies Programme* (IAPT; Programa de Mellora do Acceso ás Terapias Psicolóxicas;), do Sistema Nacional de Saúde Británico. É un programa orientado fundamentalmente ao tratamento dos trastornos depresivos (sobre todo a depresión lixeira e moderada) e os trastornos de ansiedade. Púxose en marcha unha vez que o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido estableceu que existen tratamentos psicolóxicos eficaces para o tratamento da depresión e a ansiedade.

Este programa baséase en utilizar un sistema de derivación, onde os casos menos graves son atendidos dentro do programa IAPT nos Centros de Atención Primaria e, cando é preciso, aqueles casos con maior gravidade son derivados aos centros de saúde mental. Nos centros de atención primaria as persoas con estes problemas de saúde mental son tratadas mediante tratamentos psicolóxicos, por parte de psicólogos ou outros profesionais da saúde mental, adestrados especificamente polo Sistema Nacional de

Saúde en aplicar terapias cognitivo-condutuais que mostraron ser eficaces para a ansiedade e a depresión.

O programa empezou en 2008 e actualmente hai 6.000 terapeutas psicolóxicos (nome que reciben os profesionais deste programa) contratados para a devandita función. O tratamento baséase na terapia cognitivo-condutual, de modo predominante, con intervencións breves, de poucas sesións de duración, e moitas veces en formato grupal (Radhakrishnan *et al.*, 2013). Cada ano tratan a medio millón de pacientes cun custo que oscila de 1.000 (nivel de intensidade baixo) a 3.000 libras (nivel de intensidade alto) por paciente (Wakefield *et al.*, 2021), obténdose en todas as avaliacións moi bos resultados e un bo custo-efectividade.

Este programa, ou outros semellantes, xeneralizáronse en distintos países. En España foi adaptado este modelo, no proxecto PsicAP na mesma liña, aplicado por psicólogos clínicos en centros de atención primaria. Participaron 1.061 pacientes cos que se obtiveron excelentes resultados (Cano-Vindel *et al.*, 2022). O tratamento era de tipo cognitivo-condutual transdiagnóstico, aplicado en grupo, de 7 sesións, ao longo de 12-14 semanas, para trastornos emocionais (ansiedade, depresión e somatización) (González-Blanch *et al.*, 2018).

Tamén en Galicia estanse dando pasos para implantar intervencións na mesma liña, como é a de introducir psicólogos clínicos en atención primaria. Esta é unha área que se desenvolverá moito nos próximos anos ante o alto nivel de prevalencia dos problemas de ansiedade e depresión.

Por último, o terceiro programa innovador sitúase no tratamento dos primeiros episodios psicóticos e da esquizofrenia, é o programa *Diálogo Aberto* (*Open Dialogue*), desenvolvido inicialmente os anos 80 no Hospital de Keropudas na Laponia Occidental de Finlandia, nunha pequena poboación de menos de 100.000 habitantes. Baséase na terapia familiar e concretamente no *método dialóxico* (Seikkuda e Arnkil, 2019). Cando a persoa ten un primeiro brote psicótico reúnense en grupo tanto o paciente, como os seus familiares e os terapeutas para buscar formas de abordar a crise. A linguaxe e o seu significado teñen unha gran relevancia nesta abordaxe, xunto co alto nivel de apoio social que teñen os pacientes sendo este un dos elementos fundamentais. Neste tipo de programas, habitualmente non se considera como primeira opción a medicación, e cando se dan neurolépticos, procúrase que sexa en baixas doses.

No estudo de seguimento de 19 anos obtivéronse bos resultados con este programa. Así, na comparación do grupo que recibiu o programa *Diálogo Aberto* cun grupo de control doutras partes do país, atopouse que os primeiros tiñan menor número de hospitalizacións, menor consumo de neurolépticos, menor número de readmisións, menos subsidios de invalidez e menos mortalidade (Bergström *et al.*, 2018). A utilidade deste programa levou a que se estendese por distintos países (Pocabello *et al.*, 2023). En Galicia, tanto distintas asociacións de pacientes con trastornos mentais como no SERGAS fanse abordaxes terapéuticas nesta liña, complementando as intervencións sanitarias clásicas. Así, hai experiencias realizadas en distintos Hospitais de Día e na Unidade de Saúde Mental de Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

9.8. A problemática das listas de agarda

Unha problemática importante que temos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), e que afecta a todas as comunicades autónomas, aínda que en distinto grao, son as listas de agarda. Nalgúns casos son moi longas, o que, entre outras consecuencias, fai que parte dos pacientes acudan á sanidade privada ao non atopar solución para os seus problemas de saúde ou para os seus trastornos mentais no SNS.

Para exemplificalo, na Táboa 9.3 presentamos as cifras oficiais do SERGAS (2025), publicadas na súa páxina web (https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/documents/1889/web_cex_2024-12.pdf) sobre o estado das listas de agarda en psiquiatría en Galicia, en decembro de 2024. Nesta web pódese ver a información completa. Estas cifras publícanse sistematicamente. O Ministerio de Sanidade fai tamén unha comparativa nacional por Comunidades Autónomas.

Táboa 9.3. Persoas en lista de agarda para consultas externas no Servizo de Psiquiatría en toda Galicia, datos do SERGAS, a decembro de 2024.

Tempo de espera (en meses)				Número de persoas en lista de agarda	Media de días en agarda
0-3 meses	3-6 meses	6-12 meses	+12 meses	Total	Media
6.366	1.468	1.453	103	9.390	87,2

A estes datos debe sumarse o coñecido coma fenómeno das "listas pantasmas". Fai referencia a que á persoa non sempre se lle dá cita cando a solicita, con motivos como que están nese momento as listas pechadas, que lla darán máis adiante, que xa lle avisarán, etc. Isto leva a que a persoa estea máis tempo en lista de agarda que o que indican os datos oficiais. Así, na práctica, hoxe en día, a lista de agardapara poder acceder aos servizos de saúde mental, sexan ao psiquiatra ou ao psicólogo clínico, unha vez que o médico de atención primaria derivouno, non baixa no mellor dos casos de 2-4 meses, chegando nalgunha área sanitaria, como é a de Vigo, a case os 12 meses. Como vemos, os datos coñecidos polos profesionais sanitarios, moitas veces son discrepantes das cifras oficiais das listas de agarda. E isto é aplicable non só ao Servizo de Psiquiatría senón ao resto de especialidades médicas.

Dispoñemos de normativa específica sobre o tempo máximo de agarda en canto ás listas de agarda cirúrxicas, o Decreto 105/2017, do 28 de setembro, polo que se regula o sistema de garantía de tempos máximos de acceso ás prestacións sanitarias públicas (ver Táboa 9.4), e a Orde do 13 de xullo de 2004 que normaliza o sistema de información e control da demanda de actividade programada de consultas externas médicas na rede de hospitais do SERGAS. Ademais, tamén hai información respecto diso en publicacións oficiais do SERGAS, como a de "Preguntas frecuentes no ámbito sanitario. Manual de consulta para a cidadanía" (Sergas, 2024), pero a realidade é que as listas de agarda continúan sendo longas.

Está claro que, se se quere promocionar a saúde mental, como cada vez se indica máis desde o ámbito político e social, deben achegarse máis recursos, incluíndo a formación e contratación de máis profesionais, mellorando as súas condicións económicas e persoais, crear novos dispositivos asistenciais, mellorar e financiar tratamentos innovadores e mellorar a prevención para reducir a prevalencia dos distintos trastornos mentais.

Táboa 9.4. Prazos máximos de espera segundo o Decreto 105/2017, do 28 de setembro, polo que se regula o sistema de garantía de tempos máximos de acceso ás prestacións sanitarias públicas.

Artigo 7. Prazos máximos de espera 1. De conformidade co previsto no artigo 5 da Lei 12/2013, do 9 de decembro, e no Real decreto 1039/2011, do 15 de xullo, os/as pacientes rexistrados no Rexistro de

Pacientes en Espera de Galicia teñen dereito a que se respecten os seguintes prazos máximos para a prestación da asistencia sanitaria:
a) Intervencións cirúrxicas: 60 días naturais para as intervencións cirúrxicas programadas e non urxentes correspondentes aos diagnósticos recollidos no anexo I dos/as pacientes incluídos/as no Rexistro de Pacientes en Espera de Galicia.
b) Consultas externas: 45 días naturais para primeiras consultas externas programadas e non urxentes recollidas no anexo II, por un problema de saúde novo e que non teñan a consideración de revisión.
c) Probas diagnósticas e/ou terapéuticas: 45 días naturais para primeiras probas diagnósticas e/ou terapéuticas programadas e non urxentes recollidas no anexo III, por un problema de saúde novo e que non teñan a consideración de revisión.
2. Non se computarán nos tempos de garantía previstos as situacións transitorias de espera de pacientes non programables que, segundo a normativa vixente, teñan lugar por motivos clínicos coñecidos polo/a paciente ou pola propia vontade deste/a. Estas situacións quedarán debidamente documentadas na historia clínica e nos correspondentes sistemas de información.

Outra cuestión que non se pode obviar é a xestión da calidade asistencial: non se trata só de atender, senón que a atención que se presta sexa avaliada en canto á calidade das intervencións, o grao de satisfacción dos usuarios e dos profesionais, os procesos de formación continuada e con prazos entre consultas razoables que aseguren a eficacia e a eficiencia das mesmas.

Relacionado co anterior está a cuestión da carteira de servizos e ter un claro sistema de filtro e derivación. Precísase dar pasos neste sentido, como xa empeza a facerse nalgunhas áreas en Galicia, utilizando a *e-consulta*, onde o médico de atención primaria ou o pediatra consultan directamente co profesional de saúde mental o posible caso para derivarlle, e o profesional de saúde mental toma a decisión de se debe ou non derivalo. Isto reduce as listas de agarda, aténdese de modo prioritario a patoloxía máis grave e créase unha dinámica fluída de traballo.

Unha vez máis queda claro que a contención dos trastornos mentais, por ser a principal porta de entrada ao sistema sanitario, está en atención primaria. De aí que haxa que insistir na súa relevancia, na necesidade de proporcionarlle á atención primaria maior formación específica en saúde mental, tanto ao persoal médico como de enfermería e auxiliares, así como estratexias para a abordaxe de determinado tipo de pacientes, coa necesaria implementación de psicólogos clínicos na mesma.

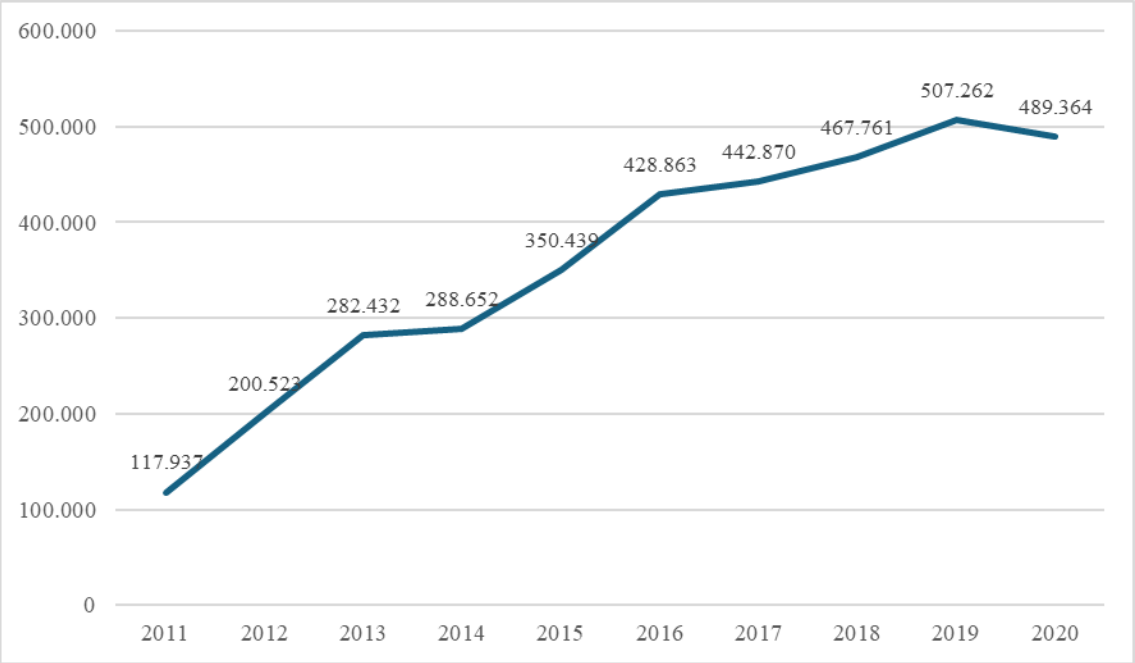
9.9. O incremento do custo sanitario e social dos trastornos mentais

Un problema actual nas sociedades desenvolvidas con sistemas nacionais de saúde universais é o seu mantemento. Sabemos que cada vez hai maior demanda de servizos sanitarios, un claro envellecemento da poboación, co correlativo incremento de enfermidades e trastornos mentais. Ademais, a tecnoloxía sanitaria e os tratamentos son, por unha banda, mellores e eficientes logrando alongar a vida das persoas, e por outra, máis caros. O problema está en como manter o sistema co continuo incremento dos custos sanitarios. Naturalmente, a clave está en achegar máis recursos económicos ao sistema, pero como facelo é un tema de continuo debate nas últimas décadas e que en España non está resolto. Non é este o obxectivo do presente Informe, pero debe quedar exposto.

Un exemplo representativo do incremento de custos debido ao envellecemento da poboacións e o producido polo efecto da xeración do *baby boom* (persoas que teñen agora entre 61 e 79 anos) que xa está a afectar na actualidade ao incremento da prestación de

servizos. Conforme pasen uns anos, dado que as persoas desta xeración son o dobre de persoas que as doutras xeracións (os máis novos ou os que pasan hoxe dos 80 anos), iranse incrementando neles as enfermidades debido ó efecto do envellecemento, pero tamén se irá incrementando a necesidade de atender á presenza de trastornos mentais xa que é un grupo poboacional maior que os previamente existentes. Teñamos en conta que, segundo os últimos datos dispoñibles, a esperanza de vida en España no ano 2023 foi de 83,8 anos (81,1 anos os homes; 86,3 anos as mulleres) (INE, 2025). Na Figura 9.1 vemos os datos oficiais dispoñibles da base de datos BDCAP, que recolle as enfermidades nas historias clínicas das persoas atendidas en Atención Primaria no Sistema Nacional de Saúde de toda España, para os casos de demencia entre 2011 e 2020. Como vese claramente, estes casos aumentaron de 117.937 no ano 2011 a 489.364 no ano 2020. E non deixarán de crecer polo motivo citado das persoas que pertencen á xeración do *baby boom* e de que temos a sorte de ter unha das maiores esperanzas de vida do mundo. Pero iso vai implicar dispoñer de máis recursos para facerlle fronte a estes novos retos.

Figura 9.1. Evolución dos casos rexistrados das persoas con demencia na base BDCAP das persoas atendidas en Atención Primaria no SNS.



Por sorte, certos trastornos mentais son menos frecuentes neste grupo de idade en comparación cos máis novos, sobre todo depresión e ansiedade. Pero hai outros problemas mentais que se poden incrementar nesta etapa da vida relacionados coas perdas que é máis probable que se sufran, destacando a soidade, maior consumo de alcol, polimedicación, entre outros.

Outro aspecto relacionado co incremento dos custos sanitarios é o denominado efecto ou *Lei de Roemer*, tamén denominado "demanda inducida polo provedor" (Bellón, 2006). Shain e Roemer (1959) afirmaron que "unha cama de hospital construída é unha cama chea", é dicir, cuantos máis servizos proporciona un hospital, maior será a súa demanda. Isto demostrouse na práctica (Delamater *et al.*, 2013). De todos os xeitos, isto oscila por décadas e vese influído por outras variables. Así, na actualidade, a rotación de camas hospitalaria é maior que hai décadas, polo menor tempo de hospitalización, ca non

hospitalización en cirurxías que se fan no mesmo día e envíase ao paciente para casa. Pero posiblemente volverá diminuír esta rotación porque, polo envellecemento da poboación ao que xa estamos a asistir, é posible que o número de hospitalizacións vaia aumentando, tal e como está a pasar en todos os países desenvolvidos (Smith *et al.*, 2014).

Ademais do impacto directo na saúde e a necesidade de tratamento, os trastornos mentais xeran un importante custo indirecto que afecta tanto á economía como ás familias. A perda de produtividade laboral é unha das principais consecuencias, dado que moitas persoas con trastornos mentais experimentan dificultades para manter unha xornada laboral completa, absentismo e menor rendemento. Este fenómeno tradúcese en custos significativos para as empresas e o sistema económico en xeral.

Por outra banda, a carga familiar aumenta considerablemente, xa que os familiares adoitan asumir responsabilidades adicionais para apoiar ao paciente, incluíndo o coidado diario, o acompañamento aos tratamentos e o manexo de crises. Este esforzo pode afectar á saúde, o benestar e a produtividade dos coidadores, xerando un círculo de impacto social que vai máis aló do paciente directo.

Recoñecer e cuantificar estes custos indirectos é fundamental para deseñar políticas integrais que inclúan non só intervencións clínicas, senón tamén apoios sociais e laborais que reduzan o impacto global dos trastornos mentais na sociedade.

O que hai que buscar é un equilibrio entre necesidades e atención sanitaria para poder prestar a atención necesaria a aqueles pacientes que o precisan. De aí a relevancia de facer unha adecuada planificación sanitaria tanto para o presente como para o inmediato futuro. Neste panorama queda claro que se precisan máis recursos para o tratamento dos distintos trastornos mentais. Aínda non se chegou ós niveis dos recursos imprescindibles, por iso, é preciso seguir concienciando á sociedade, aos xestores públicos e ao resto de profesionais sanitarios da necesidade de prestar máis atención á saúde mental e dotala dos recursos necesarios.

Referencias

Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Lalucat-Jo, L., Roldan-Merino, J. F. y Fernandez-San-Martín, M. I. (2024). Alfabetización en salud mental en adolescentes españoles y su relación con las características. *Revista Española de Salud Pública, 98*, e202403018.

Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. e Parkinson, L. (2018). Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 20(2),* e25.

Bandín-Vilar, E., Toja-Camba, F. J., Vidal-Millares, M., Durán-Maseda, M. J., Pou-Álvarez, M., … Mondelo-García, C. (2024). Towards precision medicine of long-acting aripiprazole through population pharmacokinetic modelling. *Psychiatry Research, 333*, 115721.

Bellón, J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria, 38(5),* 293-298.

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., … Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research, 270*, 168–175.

Carracedo, A. (2021). Medicine personalizada y el proyecto de un millón de genomas. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica, 12 (Supl. 2*), 6-7.

Casañas, R., Castellvi, P., Gil, J. J., Torres-Torres, M., Barón, J., … Lalucat-Jo, L. (2022). The effectiveness of a "EspaiJove.net"- a school-based intervention programme in increasing mental health knowledge, help seeking and reducing stigma attitudes in the adolescent population: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *22*(1), 2425.

Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Aguirre, E., e Muñoz-Navarro, R. (2022). Improving Access to Psychological Therapies in Spain: From IAPT to PsicAP. *Psicothema*, *34*(1), 18–24

Carmi, A., Mousssaoui, D. e Arboleda-Flórez, J. (2018). *Ética en psiquiatría y salud mental. Casos-viñetas*. Nueva Editora Universitaria.

Cheremisina, E. de la Hoz, V., Frith, A., Koort, K., Kosowka, K., … Zisimopoulou, A. (2024). *Alfabetización en salud mental de los y las informadores juveniles*. YIMinds.

Costa e Silva, J. A. (2013). Personalized medicine in psychiatry: New technologies and approaches. *Metabolism, 62*, 540-544.

de la Cámara, E. (2022). Ética y psiquitría. Una dualidad médico-filosófica. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses, 43*, 5-20.

Delamater, P. L., Messina, J. P., Grady, S. C., WinklerPrins, V. e Shortridge, A. M. (2013). Do more hospital beds lead to higher hospitalization rates? A spatial examination of Roemer's Law. *PloS One, 8*(2), e54900.

Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H. e Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and Internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 19(9),* e306.

Gilani, M., Abak, N. e Saberian, M. (2024). Genetic-epigenetic-neuropeptide associations in mood and anxiety disorders: Toward personalized medicine. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior, 245,* 173897.

Goffman, E. (2009). *La identidad deteriorada (2ª ed.).* Amorrortu Editores España.

González, G. e Mejía, S. (2016). *Ética profesional: manual deontológico para la praxis civil.* Bosch.

González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñóz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P.,… Grupo de Investigación PsicAP (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés, 24*, 1-11.

González-Sanguino, C., Rodríguez-Medina, J., Redondo-Pacheco, J., Betegón, E., Valdivieso-León, L. e Irurtia, M. J. (2024). An exploratory cross-sectional study on Mental health literacy of Spanish adolescents. *BMC Public Health*, *24*(1), 1469.

Harvey, P. D., Bigdeli, T. B., Fanous, A. H., Li, Y., Rajeevan, N.,… Aslan, M. (2021).

Cooperative Studies Program (CSP) #572: A study of serious mental illness in veterans as a pathway to personalized medicine in schizophrenia and bipolar illness. *Personalized Medicine in Psychiatry, 27-28*.

Instituto Nacional de Estadística [INE] (2025). *Anuario 2005*. INE. En https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7994&capsel=8059

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. e Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186.

Lascorz, D., Serrats, E., Pérez, V., Fábregas, J. e Vegué, J. (2009). Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*, 191-201.

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Rosen, D. e Silk, J. (2015). Mobile Technology Boosts the Effectiveness of Psychotherapy and Behavioral Interventions. *Behavior Modification, 39 (6),* 785–804.

Ma, K. K. Y., Anderson, J. K. e Burn, A. M. (2023). Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, *28*(2), 230–240.

Marcolino, M. S., Oliveira, J. A. Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B. M. e Novillo- Ortiz, D. (2018). The impact of mHealth interventions: systematic review of systematic reviews. *JMIR mHealth and uHealth, 6 (1),* e23.

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. e Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental, 38(1),* 53-58.

Mejías-Lizancos, F. e Aguilera-Serrano, C. (2022). *La ética del cuidado en salud mental.* Elsevier.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129(5),* 674-697.

National Health Service (2024). NHS Talking Therapies for anxiety and depression Manual (Formerly known as Improving Access to Psychological Therapies). En: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/NHS-talking-therapies-manual-v7-1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Global difusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2021). *WHO European framework for action on mental health 2021-2025*. OMS. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344609/WHO-EURO-2021-3147-42905-59865-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pastor, J. M. e del Río, C. (2018). *Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría*. Pirámide.

Pocobello, R., Camilli, F., Alvarez-Monjaras, M., Bergström, T., von Peter, S., … El Sehity, T. J. (2023). Open Dialogue services around the world: a scoping survey exploring organizational characteristics in the implementation of the Open Dialogue approach in mental health services. *Frontiers in Psychology, 14*, 1241936.

Preskorn, S. H. e Rode, R. (2023). Personalized medicine in the treatment of a patient with Obsessive-Compulsive Disorder with clomipramine. *Journal Psychiatric Practice, 29(6),* 469–475.

Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F. e Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: an analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *BehaviourResearch and Therapy, 51*(1), 37–45.

Ramos, J. (2018). *Ética y salud mental*. Herder.

Seikkula, J. e Arnkil, T. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el manejo presente*. Herder.

Sergas (2024). *Preguntas frecuentes en el ámbito sanitario. Manual de consulta para la*

ciudadanía. Version 6. Febrero 2024. Subdirección Xeral de Humnización e Atención á Ciudadanía, Servizo Galego de Saúde.
Sergas (2025). Listas de espera de consultas externas, a 12 de 2024. En: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1889/web_cex_2024-12.pdf
Shain, M. e Roemer, M. I. (1959). Hospital costs relate to the supply of beds. *Modern Hospital, 92*, 71-73.
Song, N., Hugh-Jones, S., West, R. M., Pickavance, J. e Mir, G. (2023). The effectiveness of anti-stigma interventions for reducing mental health stigma in young people: A systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health, 10*, e39.
Taylor, C.B., Graham, A.K., Flatt, R.E., Waldherr, K. e Fitzsimmons-Craft, E.E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health, 31(31 Suppl 1),* i3–i10.
Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., …Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet, 400*(10361), 1438–1480.
Tubío-Fungueiriño, M., Cernadas, E., Fernández-Delgado, M., Arrojo, M., Bertolin, S., ... Segalàs, C. (2025). Prediction of pharmacological response in OCD using machine learning techniques and clinical and neuropsychological variables. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, *18*(1), 51–57.
Valery, K. M. e Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research, 290*, 113068.
Vivario, A. e Moral, M. V. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentlaes y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud & Sociedad, 7(3),* 254-269.
WA Primary Health Alliance (2021). *What is mental health stepped care? WA Primary Health Alliance: Mental Health Framework.*.En: https://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2021/07/11996_WAPHA_Mental-Health-Brochure-Updates_FA-Web-Spreads.pdf
Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A. e Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, *60*(1), 1–37
Zabaleta, R., Lezcano F. e Perea, M. V. (2023). Alfabetización en salud mental: revisión sistemática de la literatura. *Psykhe, 32(1*), 1-15.

Capítulo 10
Como previr os trastornos mentais e mellorar a saúde mental

10.1. A prevención en saúde mental
10.2. A prevención da depresión
10.3. A prevención do suicidio
10.4. A prevención dos trastornos de ansiedade
10.5. A prevención en drogodependencias e adiccións comportamentais
10.6. A prevención dos trastornos da infancia e da adolescencia
10.7. A prevención da psicose
10.8. A prevención no ámbito laboral
10.9. Como potenciar a prevención en saúde mental

10.1. A prevención en saúde mental

A prevención é hoxe un campo relevante, tanto nos trastornos mentais máis prevalentes, como no consumo de drogas e outras adiccións. Pero a pesar de que todos falan de prevención a súa utilización é escasa. É dicir, hai moitos programas preventivos, varios avaliados, pero na práctica non se xeneraliza o seu uso para aqueles grupos ou persoas que os necesitan.

A nivel conceptual, foi Caplan (1980) quen propuxo hai case 50 anos a distinción de tres tipos de prevención, orientada ao campo sanitario: a primaria, a secundaria e a terciaria. Na prevención primaria intervense antes de que xurda a enfermidade e ten como misión impedir a súa aparición. É o tipo de prevención máis desexable. Na prevención secundaria o obxectivo é localizar e tratar canto antes as enfermidades cuxa xéneses non puido ser impedida polas medidas de prevención primaria; isto é, parar o progreso da enfermidade que se atopa nos primeiros estadios. Finalmente, a prevención terciaria, levase a cabo algún tempo despois de que a enfermidade se declarase e o seu obxectivo é evitar complicacións e recaídas. Céntrase nos procedementos de tratamento e rehabilitación para a enfermidade que ten xa claros síntomas clínicos. Estes tres tipos de prevención eran equivalentes, a grandes liñas, a prevención (prevención primaria), tratamento (prevención secundaria) e rehabilitación (prevención terciaria).

Co maior peso que foi adquirindo a prevención, sobre todo aplicada ao consumo de drogas, esta clasificación restrinxía moito os programas preventivos. Por iso, Gordon (1983) propuxo tres tipos de prevención: a universal, a selectiva e a indicada. A prevención universal consiste naquelas intervencións preventivas que se dirixen ao público en xeral ou ao conxunto da poboación que non foi identificada como tendo un risco individual. Por tanto, aplícase a grupos completos, como pode ser unha escola, un barrio, unha comunidade, etc., ou para mozos dunha idade concreta. A intervención é para todo o grupo. O desexable é que chegue a todos. O caso máis claro témolo na aplicación da prevención escolar para o consumo de drogas. Todos teñen probabilidade de consumir. De aí a utilidade de levar a cabo un programa preventivo universal con todos eles. Na maioría dos programas preventivos escolares universais foméntanse habilidades e clarifícanse valores, adéstraselles en habilidades para a vida, manexo emocional, etc.

As intervencións preventivas universais teñen claras vantaxes. Chegan a moitas persoas, a un grupo completo, a baixo custo, ou a custos razoables. Nela aplícase un programa preventivo estandarizado para todos os alumnos dun curso determinado. Nel adestraráselles en distintas habilidades emocionais, persoais, sociais, etc. Nos últimos anos, fundamentalmente en programas de adestramento en habilidades para a vida. Con frecuencia compleméntanse con programas universais na familia ou outros máis específicos. Non hai que facer adaptacións específicas neste tipo de prevención, como se fai coa prevención selectiva e indicada. Polo seu custo razoable é aplicable como primeira abordaxe preventiva. En moitos casos a única prevención que se fai é a universal.

A prevención selectiva é un tipo de prevención máis específico que a universal. Neste caso a prevención non se dirixe a todo un grupo senón a persoas ou subgrupos de poboación cuxo risco de desenvolver un problema é maior que a media. Por iso, céntrase en grupos de risco, que están identificados, que coñecemos que teñen maior probabilidade de desenvolver un trastorno mental. Pensemos por exemplo nos fillos de persoas alcohólicas, de pais consumidores de drogas, ou os fillos de pais con trastornos mentais graves.

Os programas preventivos máis utilizados son os universais. Estes deberían complementarse cos selectivos, sobre todo ao ter claramente identificados a distintos grupos vulnerables, ou aplicarse aos que teñen factores de risco (ex., pobreza,

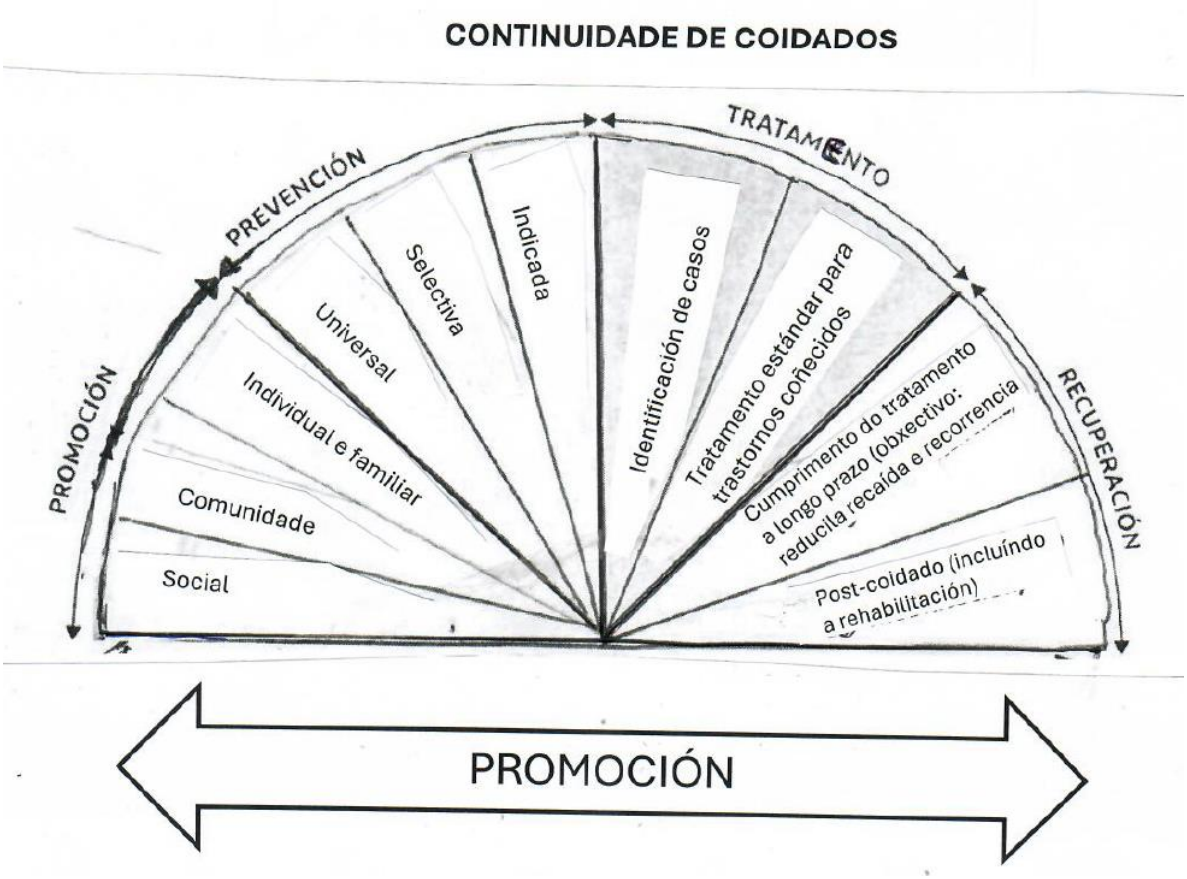
marxinalidade, paro, delincuencia). Complementar os programas universais cos selectivos aumentaría a eficacia de ambos.

Adoita indicarse que os programas selectivos son máis caros que os universais, porque son máis intensivos. De aí a necesidade de elaborar bos programas selectivos, a un custo razoable, para que se poidan implantar realmente. Iso podería facerse ao utilizar un mesmo programa preventivo para varios problemas ao mesmo tempo (ex., alto nivel de paro, delincuencia, agresividade). Sabemos que os problemas van unidos nas persoas, e que se pode optimizar un programa preventivo orientado a abordar distintos problemas mentais e do comportamento.

Como exemplo de programas selectivos pódense indicar os que se levan a cabo en nenos expostos a factores de risco, como divorcio dos pais, trastorno mental dos pais, morte dun parente próximo, ou abuso de drogas, para reducir o risco de que desenvolvan trastornos mentais, emocionais e condutuais.

A prevención indicada diríxese a persoas de alto risco que se identificaron por ter signos ou síntomas mínimos, pero detectables, que poden levar a un trastorno mental, emocional ou condutual, ou marcadores biolóxicos que indiquen predisposición ao devandito trastorno, pero que non compren cun diagnóstico na actualidade (O´Connell *et al.*, 2009). Na práctica hai moi poucos programas de prevención indicada. Isto ocorre porque se non está ben implantada a prevención universal non se fará a prevención selectiva. E, se non está ben implantada a prevención selectiva non se fará a indicada. Como a primeira non ten un nivel de implantación elevado, os outros tipos de prevención reséntense e fanse menos.

Figura 10.1. Proposta do continuo de coidados en saúde da Academia de Ciencias norteamericana, NAS (2019).



10.2. A prevención da depresión

Dado que a depresión é un dos trastornos máis prevalentes, que carrexa importante problemas e consecuencias para as persoas que a padecen, desenvolvéronse distintos programas preventivos para persoas predispostas a padecela, e para grupos vulnerables.

A prevención da depresión baséase en que coñecemos varias causas que incrementan a maior probabilidade que apareza. Se redúcense ou elimínanse, entón e menos probable que a persona teña depresión. No capítulo 4 vimos varias causas dos trastornos mentais, e na Táboa 4.1 moitos deses factores. Por iso é polo que os programas preventivos oriéntanse a adestrar ás persoas en distintas estratexias para que con elas sexan capaces de facerlle fronte a tales circunstancias e non cheguen a sufrir un episodio depresivo. Os programas preventivos da depresión céntranse tanto en reducir os seus factores de risco, como potenciar os seus factores de protección. Ademais, temos desde hai anos evidencia de que os programas preventivos para a depresión son efectivos (Buntrock *et al.*, 2024) e custo-eficientes (Batterham *et al.*, 2025). Por iso é polo que o ideal é que se xeneraliza para reducir a actual prevalencia que temos de depresión (NAS, 2019).

A prevención da depresión pódese orientar a toda a poboación, a grupos de risco ou a individuos en risco, é dicir, que podemos facer prevención universal, selectiva ou indicada (Conejo-Cerón *et al.*, 2020). O ideal é que estivese presente a prevención no sistema de saúde como unha actividade máis, xunto coa súa aplicación na escola, a nivel laboral, ou en grupos vulnerables que teñen máis probabilidade de padecela. Non esquezamos que o obxectivo de calquera programa preventivo é impedir o xurdimento de novos casos.

Varios dos grupos de especial interese na prevención da depresión son os nenos e adolescentes, de aí a necesidade de aplicar programas na escola e instituto; nas nais que acaban de ter fillos, cara a evitar a depresión posparto (Bjertrup *et al.*, 2025); en traballadores sometidos a situacións estresantes ou outros riscos psicosociais; en enfermos crónicos, polo que implica a súa enfermidade e o cambio da súa visión sobre si mesmo e o mundo; e, en persoas maiores, sobre todo nos anciáns (Cuipjers e Reynolds, 2022; Motrico *et al.*, 2023). Os programas preventivos na depresión pódense aplicar cara a cara, de modo individual ou en grupo (Jarquin e Pérez, 2014); mediante o uso de novas tecnoloxías, como é o caso da e-*health* (Muñoz *et al.*, 2021); ou mediante procedementos de autoaxuda, como vemos nos materiais de que dispón para iso a Organización Mundial da Saúde, o Ministerio de Sanidade ou diversas asociacións de saúde mental (Herrman *et al.*, 2022).

Hai dous tipos de programas preventivos para a depresión: cando aínda non se padeceu depresión, e cando a persoa a padeceu e o programa oriéntase a evitar a recaída e a recorrencia. No primeiro caso, o programa adoita ser de tipo universal, para todo un colectivo, por iso son os que habitualmente se utilizan con nenos e adolescentes (Cuipjers *et al.*, 2021; Harrer *et al.*, 2019). No segundo caso esta prevención realízase mediante tratamento adicional, con fármacos antidepresivos, ou con tratamento psicolóxico, para que eses pacientes manteñan as ganancias e non volvan recaer (US Preventive Services Task Force *et al.*, 2019).

A prevención é un campo difícil en todos os trastornos, incluída a depresión. Como exemplo, na revisión de Salazar de Pablo *et al.* (2021) indican que o que funciona para previr a depresión, cando esta aínda non apareceu, son estratexias baseadas en intervencións psicolóxicas. En cambio, non queda clara a utilidade das intervencións farmacolóxicas. Pero tamén indican que a pesar de que se fala moito de previr a depresión, na práctica o desenvolvemento e aplicación de programas preventivos é escaso. Achacan como motivo principal para iso que a nosa sociedade non se centra no que aínda non

existe, que é ao que se orienta a prevención, senón que prioriza o tratamento cando a persoa xa padece un trastorno, o que xa é un momento tardío para aplicar un programa preventivo.

As intervencións para previr a depresión son case todas de tipo psicosocial, existindo programas preventivos universais, selectivos e indicados para a mesma. Estes programas son eficaces. Cuijpers *et al.* (2021) indican que reducen a incidencia da depresión en aproximadamente un 19%. Na revisión de Muñoz *et al.* (2012) lográbaa reducir nun 22%, de media, chegando nos programas preventivos máis eficaces a reducila dun 38 a un 50%. No meta-análise de Salazar de Pablo *et al.* (2021) obtense un tamaño do efecto medio para a prevención dos síntomas depresivos de RR = 0,54, onde o 75% das intervencións teñen un tamaño do efecto significativo. Os programas preventivos para mulleres no período prenatal/perinatal teñen un tamaño medio do efecto de RR = 0,38, onde o 83% das intervencións teñen un tamaño do efecto significativo para os síntomas depresivos e un RR = 0,55 para os trastornos depresivos, onde neste caso o 100% das intervencións teñen un tamaño do efecto significativo. Para nenos e adolescentes o tamaño medio do efecto é de RR = 0,48 para os trastornos depresivos, cun 91% das intervencións con tamaño do efecto positivo, e para persoas maiores tamén un efecto significativo para os trastornos depresivos, onde o 100% das intervencións teñen un tamaño do efecto positivos para os síntomas depresivos.

En España temos exemplos concretos de aplicación de programas preventivos para a depresión. Por exemplo, Garaigordobil *et al.* (2019) aplicaron o programa Vivir-Feliz en estudantes de 7 a 10 anos no País Vasco, que estaban a cursar 3º e 4º de primaria. Este programa ten un enfoque cognitivo-condutual con tres obxectivos: mellorar as relacións intragrupo e reducir o estrés social; identificar, entender e regular as emocións e pensamentos negativos; e, mellorar as súas habilidades para diminuír a súa ansiedade e sentimentos de incapacidade, aumentando a súa confianza. O programa consta de 18 sesións. Aplícano profesores adestrados para iso. Os resultados do programa foron positivos, diminuíndo o nivel de desaxuste clínico (ansiedade, atipicidade, locus de control externo), o índice de síntomas emocionais, os síntomas depresivos, tanto avaliados por eles como polos profesores, comportamentos problemáticos, falta de atención-hiperactividade, entre outras, respecto ao grupo de control. Na mesma liña, outros programas para adolescentes (ex., Jarquín e Pérez, 2014) obteñen bos resultados. Para reducir a depresión posparto en mulleres utilizáronse tamén Apps, aínda que neste caso é máis difícil obter datos dos resultados pola falta de contacto cara a cara (Rodríguez-Muñoz *et al.*, 2023).

En Galicia destacariamos a existencia do programa "*Supera a túa depresión*" (https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/programa-supera-a-tua-depresion?idioma=es), o cal consta de sete módulos, e oriéntase a persoas con depresión leve ou moderada, que pode servir en ocasións para previr igualmente ter un cadro depresivo, ou non pasar a un estado de maior gravidade. Oriéntase a mellorar estilos de vida saudable, ao cambio de pensamentos negativos e a que adquiran ou melloren as habilidades sociais.

10.3. A prevención do suicidio

O suicidio é un grave problema que está vinculado na maioría dos casos á presenza dun trastorno mental. De aí que se tomaron distintas medidas, tanto preventivas como terapéuticas, para reducir ao máximo a súa incidencia. Nos últimos anos creceu de modo importante o interese polo mesmo, debido ao incremento dos trastornos mentais.

Pola relevancia do tema, a OMS (WHO, 2014) vén insistindo na necesidade de ter unha estratexia nacional en todos os países para a prevención do suicidio. Ademais, indicou os compoñentes que debe ter un programa preventivo para o suicidio, que serían os seguintes: 1) vixilancia, é dicir, ter datos adecuados da prevalencia do suicidio; 2) restrinxir o acceso aos medios para cometer suicidio; 3) implementar guías axeitadas sobre como os medios de comunicación deben transmitir as noticias sobre o suicidio; 4) adestramento e educación tanto en profesionais sanitarios, como na comunidade, para recoñecer a depresión e os signos da conduta suicida; 5) tratamento para os que tentaron suicidarse ou teñen unha alta ideación suicida; 6) incrementar a conciencia do problema e reducir o estigma, dado que o suicidio pode previrse; 7) intervención ante o loito por unha morte por suicido; e, 8) intervención en crise e acceso a servizos de emerxencia en saúde mental.

Destacariamos, ademais do informe anterior da OMS (2014) sobre a prevención do suicidio, a Guía NICE (2022) inglesa sobre prevención do suicidio orientada ao campo sanitario, sobre todo para aqueles que teñen risco de suicidio ou que xa tentaron suicidarse. E, en España, a "Guía de práctica clínica de prevención e tratamento da conduta suicida" (Avalia-t, 2012), elaborada precisamente desde Galicia, e na que se recollen as accións baseadas na evidencia que se deben poñer en práctica por parte dos profesionais sanitarios para o suicidio e a conduta suicida. Alí veñen descritos distintos programas preventivos.

Recentemente, aprobouse en España, o Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 (Comisionado de Saúde Mental, 2025a), que inclúe, xunto con outras medidas do plan de acción de saúde mental sobre o suicidio, a prevención, particularmente nas persoas en situacións de vulnerabilidade, en varias das súas liñas estratéxicas como outras medidas dentro do Plan de Acción de Saúde Mental sobre o suicidio (Comisionado de Saúde Mental, 2025b)., De modo concreto, para o marco laboral, insístese en que sexa unha prioridade, cara á mellora da prevención de riscos psicosociais e promover a saúde mental. Aínda que este plan é un claro avance, non contempla a aplicación de programas preventivos para os problemas de saúde mental, ou do suicidio, no ámbito escolar.

A prevención do suicidio pódese facer en diversos niveis, a nivel social, comunitario, interpersoal e individual (WHO, 2014). Os programas preventivos para o suicidio aplicados na escola mostraron ser eficaces. Por exemplo, Walsh *et al.* (2022) indican unha redución do 13% na ideación suicida e dun 34% nos intentos de suicidio. Con todo, segue sendo un campo no que se necesita moita máis investigación e xeneralizar os programas preventivos a todas as escolas (Al-Halabí e Fonseca-Pedrero, 2024).

En varios países, sobre todo anglosaxóns e do norte de Europa, véñense aplicando sistematicamente desde hai anos programas preventivos. Como exemplo, indicaremos os programas preventivos eficaces que se utilizan en Australia e o que se vén facendo en Galicia.

No caso de Australia imos deternos nos programas preventivos para o suicidio que se levan a cabo en áreas rurais nas que teñen altas taxas de suicidios. Alí teñen un importante programa nacional para a prevención do suicidio xa que considérano un tema prioritario dentro da saúde mental. Así, o programa Bo Espazo (*Good SPACE*) oriéntase a mellorar a información sobre o suicidio en toda a comunidade, detectar ás persoas vulnerables e axudarlles na súa comunidade local. É un programa breve, de só catro horas para os participantes, complementado con formación adicional para os médicos de atención primaria e outros clínicos. O mesmo foise adaptando co paso dos anos a distintos grupos étnicos. Aplícao o Departamento Australiano de Saúde, dentro da Estratexia Nacional de Prevención do Suicidio desde o ano 2007. O programa mostra resultados

positivos. A maioría dos participantes son mulleres, case o 80%, o que é unha limitación, dado que os que máis consuman o suicidio son homes.

En España, como en Galicia, están a realizarse desde hai anos accións orientadas á formación dos profesionais na detección e prevención do suicidio. Como exemplo, en Vicente *et al.* (2024) poden verse os cursos de formación continuada realizados a nivel nacional sobre suicidio e depresión en poboación infanto-xuvenil para profesionais sanitarios de atención primaria. No ano 2023 en Galicia realizáronse cinco cursos.

En Galicia temos programas preventivos da conduta suicida e unidades específicas para o tratamento do suicidio (estas vímolas nun capítulo previo). Dentro das accións de prevención do suicidio a nivel escolar destaca o programa YAM (*Youth Aware of Mental Health;* Mocidade Consciente da Saúde Mental) (https://www.y-a-m.org/wp-content/uploads/2022/05/yam_info-sheet_general-public.pdf). É un programa preventivo escolar para mozos e mozas de 13 a 17 anos. O programa avaliouse nun ensaio clínico, no que participaron varios países europeos, e onde mostrou unha redución ao redor do 50% nos intentos de suicidio e ideación suicida, e nun 30% os casos de depresión (Kahn *et al.*, 2020).

O programa YAM analiza as emocións dos mozos e mozas, como afrontar distintas situacións da vida, e como afrontar se lles xorden problemas relacionados coa saúde mental. Dá moito peso ao apoio dos compañeiros que se senten mal e a que busquen o seu apoio cando o necesiten. Igualmente, dar a coñecer os distintos recursos existentes en saúde mental e como poden acudir a eles. Pode verse información sobre o mesmo en: https://www.sergas.es/asistencia-sanitaria/documents/1740/folletoprogenitores.pdf.

Dado que os trastornos mentais son un importante factor de risco para a conduta suicida, o seu tratamento farmacolóxico ou psicolóxico, redúceo naquelas persoas que están en situación de risco de suicidio. Por iso, a nivel terapéutico, o suicidio pódese previr, no caso da depresión, con adecuados tratamentos farmacolóxicos e psicolóxicos; no trastorno bipolar pódese previr con litio; e con clozapina en pacientes con psicoses (Zalsman *et al.*, 2016). Ademais, é importante ter en conta que cando hai risco de suicidio debe restrinxirse o posible modo de poder consumalo (Avalia-t, 2012; WHO, 2014).

Finalizamos con varias cuestións que hai que ter en conta cara ao inmediato futuro desta temática, como é reforzar a utilización de Apps para previr a conduta suicida, tanto pola súa facilidade de acceso como de uso, sobre todo para os que o precisan (Bennett-Poyter *et al.*, 2025); mellorar os programas preventivos asumindo que estamos ante unha conduta dunha gran complexidade e que nos queda aínda moito camiño por percorrer para ter un programa preventivo que chegue a todas as persoas que se queiran suicidar (Kirshnamoorthy *et al.*, 2025); e, ter moi en conta que calquera cambio positivo que logremos cun programa preventivo para a conduta suicida, por pequeno que sexa, vai implicar salvar vidas humanas (Griffin *et al.*, 2025).

10.4. A prevención dos trastornos de ansiedade

A ansiedade é a sensación de preocupación, nerviosismo ou inquietude provocada por un suceso inminente ou por unha situación que ten un resultado incerto (Brewer, 2021). A ansiedade descríbese como unha combinación de medo e incerteza. Na actualidade vivimos nunha sociedade na que temos acceso a un excesivo volume de información, difícil de manexar en moitos casos e pouco fiable noutros. Isto xera incerteza, dado que con frecuencia a información recibida é contraditoria e, ademais, ten importantes consecuencias á hora de tomar decisións, dada a sobrecarga de eleccións a realizar.

A OMS (2023) sinala que, na mesma liña que outros problemas de saúde mental, a aparición dos trastornos de ansiedade está determinada por factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais, de aí a necesidade de actuar, á hora de previr a súa aparición, desde unha perspectiva multifactorial. Previr a aparición deste tipo de trastornos é clave, non só polo propio sufrimento que estes xeran nas persoas que os sofren, senón tamén porque como consecuencia destes prodúcense cambios no individuo (incremento da presión arterial, tensión muscular, hábitos non saudables…) que poden causar enfermidades como os problemas cardiovasculares.

No ano 2004 a OMS (2004) consideraba dentro do grupo de trastornos de ansiedade a previr especificamente a ansiedade xeneralizada, fobia social e trastorno de estrés postraumático. Dentro das iniciativas recollidas nos programas preventivos baseados na evidencia destacan o incremento da fortaleza emocional e a educación anticipativa, a diminución dos eventos traumáticos ou a exposición aos mesmos e as intervencións posteriores ao trauma.

Dentro dos programas dirixidos a mellorar a fortaleza emocional e cognitiva co obxectivo de previr a aparición dos trastornos de ansiedade, a OMS destaca o programa FRIENDS (Barrett *et al.*, 2000). É un programa cognitivo-condutual que conta con versións para ser aplicado como prevención universal, selectiva ou indicada en diversos contextos (ex., escolas, centros de saúde).

En canto á diminución dos eventos traumáticos, esta acción incluiría os programas preventivos dirixidos a reducir a probabilidade de que sucedan como son os programas escolares para reducir a conduta agresiva, os programas para reducir o abuso a menores ou as accións dirixidas a reducir os conflitos armados e as consecuencias dos mesmos.

Por último, respecto ás intervencións posteriores ao trauma, recollen a utilización da entrevista sobre o estrés de incidentes críticos que facilitaría o procesamento e a ventilación emocional dos sentimentos e emocións nas 24-72 horas posteriores a sufrir un evento traumático. Aínda que non parece ser útil para a prevención da aparición do trastorno por estrés postraumático, é unha intervención que é considerada como positiva por parte das persoas que a reciben (Lizt *et al.*, 2002).

Os programas preventivos para a ansiedade desenvolvéronse, do mesmo xeito que a maioría dos programas preventivos, entre a poboación máis nova. Feiss *et al.* (2019), analizando programas preventivos de tipo universal en adolescentes de entre 11 e 18 anos, atoparon que producen unha diminución da sintomatoloxía ansiosa pero que non é duradeira. Hughe-Jones *et al.* (2021) revisaron programas de prevención indicada para a ansiedade en nenos e adolescentes e atoparon que poden producir efectos positivos, polo menos durante 12 meses. Por último, no metaanálisis levado a cabo por Rasing *et al.* (2017) conclúen, tras a revisión de 13 estudos con programas dirixidos a adolescentes de alto risco, que entre os 3 e 6 meses posteriores á aplicación do programa prodúcese unha diminución da sintomatoloxía ansiosa, aínda que cun tamaño do efecto pequeno e que non se mantén aos 12 meses.

Dentro dos programas dirixidos a mozos con risco de desenvolver trastornos de ansiedade, atópase o *Coping and Promoting Strength* (Gingsburg, 2009; Gingsburg *et al.*, 2017) dirixido a fillos cuxos pais/nais presentan problemas de ansiedade. Schwartz *et al.* (2019) concluíron que este programa preventivo baseado na terapia cognitivo-condutual destaca por reducir a probabilidade de aparición dos diagnósticos de ansiedade. Consta de oito sesións semanais de 60 minutos e tres sesións mensuais opcionais de reforzo, sendo as dúas primeiras sesións só cos pais e o resto para todos os membros da familia interesados. A intervención céntrase en abordar os factores de risco que se poden modificar nos nenos/as (síntomas elevados de ansiedade, evitación social, cognicións desadaptativas e déficits en habilidades de afrontamento e solución de problemas) e nos

seus pais (intervención sobre as condutas parentais que incrementan a ansiedade como a sobreprotección).

Respecto á poboación de maior idade, a avaliación dos programas de prevención da ansiedade é máis escasa. Moreno-Peral *et al.* (2017) realizaron unha revisión sistemática e un meta-análise de estudos que avaliaban con ensaios clínicos aleatorizados a eficacia de programas de prevención da ansiedade. Do total de 25 estudos analizados, 9 eran en nenos ou adolescentes, 4 en adultos de idade avanzada, 6 en adultos e persoas de idade avanzada e un en adultos e nenos. Conclúen que este tipo de programas reportan resultados positivos na diminución da ansiedade, polo que deberían ser desenvolvidos e implementados en maior medida. Na actualidade este grupo de investigación está a realizar un estudo para avaliar a eficacia dun programa de prevención universal da ansiedade en adultos denominado *prevANS* (Moreno-Peral *et al.*, 2023). Trátase dunha intervención online individualizada baseada nun algoritmo para predicir o risco de trastornos de ansiedade (baixo risco ou moderado-alto). No caso das persoas con risco moderado-alto a intervención baséase no uso de técnicas como a solución de problemas, as habilidades de comunicación e de toma de decisións e a abordaxe das preocupacións e pensamentos automáticos.

10.5. A prevención en drogodependencias e adiccións comportamentais

Un dos campos máis desenvolvidos na prevención é o das drogodependencias. Iso foi debido aos problemas que xurdiron nos anos 70 do século XX coa heroína, en distintos países, incluíndo España, seguido logo de altos consumos de cocaína e cannabis, xunto a outras drogas, e a necesidade de reducir tamén o consumo de alcol e tabaco pola alta mortalidade e morbilidade que producen nas persoas afectadas.

Os programas preventivos de drogas realízanse fundamentalmente na escola (prevención universal), que é onde se chega a máis persoas, e onde mostraron bos niveis de eficacia. Adoitan aplicarse a partir dos 12-14 anos, que é cando se inician os consumos. Tamén se desenvolveron programas preventivos para os pais, así como a nivel comunitario e no eido laboral, como veremos noutro apartado.

Ao longo de varias décadas fóronse perfeccionando os programas preventivos, sendo moitos deles eficaces. O coñecemento dos factores de risco e de protección relacionados co consumo facilitou o seu desenvolvemento. Os obxectivos que se pretenden conseguir na prevención das drogodependencias van desde atrasar a idade de inicio, a limitar o número e tipo de drogas utilizadas, evitar pasar do uso ao abuso e dependencia, ou modificar as condicións da contorna e proporcionar alternativas de vida saudables, entre outras (Becoña 2002).

Dispoñemos de varias fontes para coñecer os programas preventivos eficaces, como as do Observatorio Europeo das Drogas e as Toxicomanías, que ten dúas páxinas para iso, a de EDDRA, ou portal de boas prácticas, e a XChange, que é un rexistro de programas preventivos con avaliación máis estrita. Tamén a base de programas preventivos norteamericanos *Blueprint*, ou en España a web www.prevencionbasadaenlaevidencia.net, e a web do Portal de Boas Prácticas en Redución da Demanda de Drogas da Rexión de Murcia (que pode verse en: *www.buenaspracticasadicciones.es*).

Os programas preventivos para o consumo de drogas na escola mostraron ser eficaces. Tobler (2000) mostrou hai anos como os programas interactivos eran os mellores. Destacamos varios meta-análises realizados para a *Cochrane Collaboration*, sobre a prevención escolar, os de Foxcroft e Tsersvadze (2011a, 2011b) para o alcol, Thomas *et al.* (2013) sobre o tabaco, Faggiano *et al.*(2014) para as distintas drogas, e o

de MacArthur *et al.* (2019) para drogas e outras condutas problema. Neste último, as intervencións universais baseadas na escola teñen un efecto positivo no consumo de alcol e tabaco, podendo ter un efecto beneficioso no consumo de drogas ilícitas e o comportamento antisocial ata os 12 meses de seguimento, en comparación cun grupo de control.

De modo semellante, Espada *et al.* (2015), nun meta-análise sobre a efectividade dos programas preventivos escolares levados a cabo en España, atoparon un tamaño do efecto medio de 0,16. Ao analizar especificamente os compoñentes do programa os máis efectivos son os que se basean na educación para a saúde (d = 0,48); no uso conxunto de materiais orais, escritos e audiovisuais (d = 0,35); e, na administración do programa, o que o leven a cabo profesionais e profesores xuntos (d = 0,25).

Ademais, os programas preventivos de drogas mostraron ser custo-eficientes. Como exemplo, o informe do *Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)* norteamericano (Miller e Hendrie, 2008) indica para os programas preventivos de drogas na escola que por cada dólar que se inviste afórranse 18 dólares ao longo da vida. A análise específica de 10 programas preventivos eficaces realizado polo CSAP indica que de cada dólar que se inviste afórranse 15.

En España temos varios programas preventivos avaliados e eficaces, como son o Programa de Adestramento en Habilidades para a Vida, Entre Todos, Xogo de Chaves, Ti Decides, PASE, *Unplugged*, O xogo do bo comportamento, entre os máis importantes (ver Becoña, 2023). Como exemplo, o programa preventivo de referencia no campo escolar, o programa de adestramento en habilidades para a vida (*Life Skills Training, LST*) de Gilbert J. Botvin, é un programa preventivo escolar de tipo universal, que ten tres compoñentes principais: 1) competencia persoal, que ensina habilidades de automanexo, 2) competencia social, que ensina varias habilidades sociais, e 3) resistencia ao consumo de drogas, que ensina contidos relacionados coa saúde, habilidades de resistencia e actitudes e normas pro-saúde. Oriéntase á prevención do consumo de tabaco, alcol e drogas ilegais. Consta de 15 sesións o primeiro ano (11-12 anos), 10 sesións de recordo o segundo ano e outras 5 o terceiro ano (ata os 13-14 anos) do programa. Hai manual do profesor, do alumno, vídeos, e un programa moi estruturado de formación dos profesores que se fai intensivamente nun ou dous días completos. Na súa aplicación utilízanse técnicas interactivas (ex., ensino didáctico, facilitación e discusión en grupo, demostracións en clase e adestramento en habilidades cognitivo-condutuais) (Táboa 10.1). O programa logra reducir un 50% o consumo de tabaco, alcol e cannabis en relación co grupo control (Botvin *et al.*, 1995; Botvin e Griffin, 2012). Ademais, mellora o rendemento académico (Botvin e Griffin, 2015). A análise do seu custo-efectividade indica que por cada dólar investido afórranse 38 dólares (Le *et al.*, 2012).

Táboa 10.1. Compoñentes dun programa de influencia social e adestramento en habilidades para a vida.

Compoñente	*Descrición*
Habilidades de escoita e de comunicación	As habilidades de escoita e de comunicación poden mellorarse aprendendo como facer preguntas abertas-pechadas, establecer contacto visual adecuadamente e uso da linguaxe non verbal. Faise a través de demostración da conduta adecuada, modelado, ensaio condutual e feedback do realizado.
Habilidades asertivas de rexeitamento	As habilidades asertivas de rexeitamento utilízanse para rexeitar ofrecementos de drogas. Un rexeitamento asertivo é unha resposta

	simple, directa, sen ser pasiva nin agresiva. Unha habilidade asertiva de rexeitamento permite coñecer o intento de influírlle, dar a propia opinión e ofrecer unha alternativa.
Información sobre as consecuencias físicas do consumo a curto, medio e longo prazo	Discútense as consecuencias físicas que producen as drogas e como afectan ó desenvolvemento do individuo, sobre todo a idades temperás. Analízanse e discútense distintos mitos que existen sobre as drogas e corríxense.
Facendo fronte á presión dos iguais	Os mozos tenden a crer que só eles, e non os seus iguais e amigos, ven o consumo de drogas como malas ou inaceptables. Ao discutirse isto en grupo danse conta de que a maioría dos seus compañeiros pensan igual e que tamén desaproban o consumo de drogas.
Corrección da sobreestimación da prevalencia do consumo	Os mozos adoitan ter unha distorsión en relación coa prevalencia do consumo de drogas, sobreestimando o seu consumo real. A través de preguntarlles en clase os que consomen comproban tal distorsión e a súa esaxerada sobreestimación do consumo de drogas.
Coñecemento da influencia dos adultos	Os adultos inflúen aos máis novos a través do modelado. Moitos mozos teñen modelos adultos, ou algo maiores que eles, aos que imitan ou queren parecerse, para pasar por ser máis maiores. Iso discútese a través do grupo para coñecer tal proceso e a súa influencia, de modo especial en persoas famosas.
A influencia dos medios de comunicación de masas	Explícase a influencia que teñen os medios de comunicación de masas, sobre todo a través da publicidade, en levarnos a elixir unhas condutas e non outras, uns produtos no canto doutros. É a influencia social informativa. Adéstraselles en detectar a influencia dos anuncios terxiversados e o peso dos medios de comunicación en influenciar ás persoas.
Activismo	Os mozos poden facer distintas actividades cara a outros, como cos famosos na industria do tabaco, do alcol e o xogo, indicándolles que coñecen os seus efectos negativos, e de que deben preservar a súa saúde e non incitalos a realizar condutas inadecuadas coas que poden chegar a ser adictos.
Construíndo a confianza nun mesmo	A construción da confianza nun mesmo faise a través de técnicas cognitivas, como afirmacións positivas cara a un mesmo e cara a outros. Igualmente, levar a cabo unha serie de pasos que lles permiten tomar decisións por eles mesmos e así incrementar a súa auto-confianza.
Toma de decisións	A toma de decisións implica aprender a combinar racionalmente a información para tomar decisións por un mesmo en diferentes áreas problema que se lle presenten.
Facer un compromiso público	O participante no programa leva a cabo actividades por escrito que presenta logo a todo o grupo sobre as drogas. En moitos casos, a toma de decisións leva a que adquira un compromiso de que non as vai a consumir, o que se discute no grupo.
Uso de psicodrama ou entrevistas	O uso de psicodrama ou "entrevistas" axuda a asumir responsabilidade pola información da que dispoñen e asumir responsabilidades pola información da que dispón e facer cambios nas súas condutas de saúde de tipo positivas. O cambio de roles neste tipo de xogo permite coñecer mellor os puntos de vista propios e doutras persoas e, con iso, poder tomar mellor unha decisión persoal.

Fonte: Adaptado a partir de Sussman (2017).

A maioría dos programas que se desenvolveron no campo escolar foron de tipo universal. En menor medida de tipo selectivo (para grupos en risco) e indicado

(individuos en risco), pero dispoñemos de varios. Entre os existentes destacariamos o programa *Empecemos* e o programa *Alfil*.

O programa *Empecemos. Emocións, Pensamentos e Condutas para un desenvolvemento saudable* é un programa preventivo de tipo selectivo ou indicado, orientado a mozos con problemas de conduta, de 5 a 11 anos. Aplícase ao mesmo tempo aos mozos, profesores e pais. Oriéntanse tanto a previr os problemas de conduta temperáns como a aparición futura de problemas emocionais, condutuais e sociais. Pódese aplicar no contexto escolar ou, de modo ideal, en nenos con problemas de conduta, ás veces en centros especializados (Romero *et al.*, 2009).

O programa céntrase en tales problemas dando peso ao manexo das emocións, os pensamentos e a conduta. Consta de 19 sesións, centrado en habilidades socioemocionais e orientado aos seguintes obxectivos (Romero *et al.*, 2019): a) desenvolver destrezas de identificación de emocións e regulación emocional; b) potenciar a adquisición de competencias de resolución de problemas (identificación, xeración de alternativas, avaliación de consecuencias, toma de decisións responsables) e de análises de situacións conflitivas desde diferentes puntos de vista; c) promover habilidades sociais, verbais e non verbais, para unha adecuada interacción social; e, d) con todo iso, reducir os problemas de conduta dos nenos.

O programa *Alfil* é un programa preventivo de tipo selectivo para nenos e mozos de familias con problemas de alcol (Díaz, 2004), que teñen de 12 a 16 anos, cun proxenitor alcohólico en tratamento. O obxectivo do programa é reducir os factores de risco e potenciar os de protección tanto neles, que coñecen ben as consecuencias negativas do consumo de alcol nalgún dos seus pais, como en ambos.

Tamén se desenvolveron programas preventivos para as adiccións comportamentais, sobre todo para o trastorno de xogo ou o uso excesivo dos xogos de azar, adicción a videoxogos, uso problemático da Internet e uso problemático do teléfono móbil (ver Becoña, 2023). Neste caso, hai menos investigación por ser unha temática máis nova.

10.6. A prevención dos trastornos da infancia e da adolescencia

Leváronse a cabo un gran número de programas preventivos, sobre todo a nivel escolar, para distintas condutas problema en nenos e adolescentes, orientadas a previr distintos trastornos mentais. Deles, imos indicar brevemente, ademais dos xa comentados, tres exemplos, un para os trastornos da conduta alimentaria, outro para a conduta agresiva e desadaptativa, e o último para o *bullying* e *ciberbullying*.

Os trastornos da conduta alimentaria (TCA), como a anorexia nerviosa, a bulimia ou o trastorno por atracón, acostuman a empezar na nenez e a adolescencia. Por iso é polo que ao estar escolarizados a escola é un lugar idóneo para aplicar programa preventivos cara a reducir estes problemas. Os TCA afectan especialmente ás mulleres adolescentes. Carréxalles problemas físicos e malestar psicolóxico, que, se non se atalla, poden levar ao xurdimento posterior de diversas enfermidades.

Coñecemos distintos factores de risco para os TCA e oss programas preventivos oriéntanse a reducilos. Os máis coñecidos son a idade (adolescencia e adultez temperá); perfeccionismo; alta sensibilidade ao reforzo e ao castigo, sobre todo en relación coa imaxe física; e maior nivel de obsesividade. Pero tamén hai outros como experiencias traumáticas temperás, a discriminación polo sobrepeso, non comer e logo compensalo comendo moito, disforia de xénero e a súa relación coa insatisfacción corporal, autopercepción de inflexibilidade, rixidez e resistencia ao cambio, e trastornos

alimentarios orientados á masculinidade (Levine, 2024). As ideas e crenzas sobre a propia imaxe corporal son moi importante nestes trastornos.

Son moitos os programas preventivos existentes sobre TCA. Cada ano publícanse varios (ex., Levine, 2024, 2025). Por exemplo, 20 só na revista *Eating Disorders* en 2024 (Levine, 2025). O meta-análise de Le *et al.* (2017) sobre os TCA mostra que non dispoñemos de moitos programas preventivos eficaces de tipo universal. En cambio, mostraron funcionar os programas selectivos (para grupos de risco), conseguindo neste caso reducir tanto as condutas dos trastornos alimentarios como os seus síntomas, en mulleres adolescentes e novas. Para os programas preventivos indicados (individuos en risco) non atopan suficiente evidencia da súa eficacia. Outro meta-análise (Le *et al.*, 2022), en cambio, amosa que os programas preventivos teñen un efecto positivo sobre os TCA e o índice de masa corporal. Con todo, non logran reducir toda a problemática dos TCA. Iso indica que se precisa perfeccionar os programas existentes para que logren un cambio real das condutas problema cara a prevención dos TCA.

Respecto á conducta agresiva e desadaptativa, o *O xogo do bo comportamento (Good Behavior Game)* Barrish *et al.*, 1969) é un programa preventivo escolar universal orientado a reducir a conduta agresiva e desadaptativa en nenos e adolescentes. Fortalécese a socialización a través do traballo en equipo (. Dado que a conduta agresiva relaciónase co consumo de drogas, este programa incide tamén na redución do seu consumo e en mellorar o rendemento académico (Ruiz *et al.*, 2006). O programa estrutúrase a través de: 1) definir as regras (o profesor define cos alumnos as regras de comportamento), 2) establecemento dos equipos (divídese a aula de 2 a 4 equipos igualados en termos de comportamento), 3) xogar ao xogo (durante o xogo o profesor conta as infraccións das regras), 4) anúnciase aos gañadores (todos poden gañar o xogo), e 5) distribúense os premios (úsase reforzo social e recompensas materiais). O xogo empeza facéndose tres veces á semana durante dez minutos. Logo váiselle dedicando máis tempo.

Os resultados deste xogo indican a mellora en varias condutas, como acoso escolar, agresións, illamento e tamén no consumo de drogas (Furr-Holden *et al.*, 2004; Storr *et al.*, 2002). Realizáronse un gran número de estudos co programa e estase utilizando desde hai décadas nos Estados Unidos e máis recentemente en varios países europeos.

O *bullying* e o *ciber-bullying* son un grave problema. Sabemos que sufrilo leva aos acosados a distintos problemas, entre os que se atopan a depresión, a ansiedade, o illamento social, fracaso escolar e abandono dos estudos, máis consumo de alcol e drogas, e nos casos extremos intentos de suicidio ou suicidio consumado. Os estudos máis sistemáticos fixéronse no norte de Europa, e alí desenvolvéronse, aplicáronse e avaliáronse a nivel nacional distintos programas preventivos para o *bullying* (Lorenzo e Becoña, 2022), conseguindo reducilo nun 25%.

Dentro dos programas preventivos destaca o Programa de Prevención do *Bullying* de Olweus *et al.* (2007) (https://clemsonolweus.org/) en Suecia, e o programa KIVA (Salmivalli e Poskiparta, 2012) de Finlandia (https://espanaes.kivaprogram.net/). Ambos aplícanse en España. Estes programas mostraron que se pode previr a conduta de *bullying*, tanto o de Olweus (Olweus, 2019) como o KIVA (Williford *et al.*, 2013).

10.7. A prevención da psicose

Segundo a OMS (2022), 1 de cada 300 persoas no mundo padece esquizofrenia, sendo dentro dos trastornos psicóticos o máis frecuente. E Ademais, aínda non existen programas de prevención universal para reducir a probabilidade de desenvolver este tipo

de trastornos, pero destacan dous tipos de intervencións temperás (OMS, 2024). A primeira delas baséase en que, dado que a detección temperá da psicose relaciónase cun mellor prognóstico, aumentar os coñecementos sobre a saúde mental reducirá o tempo de demora en solicitar axuda no momento de aparición dos primeiros episodios psicóticos, tal e como confirmaron Johannessen *et al.* (2001) no *Scandinavian Early Treatment and Identification of Psychosis Study*. Estudos posteriores, como a revisión sistemática e o meta-análise realizados por Hutton e Taylor (2014), conclúen que intervencións baseadas na terapia cognitiva condutual reducen a probabilidade de transición a un trastorno psicótico en persoas que non estaban a recibir tratamento con antipsicóticos.

Un segundo tipo de intervencións dá un paso máis, baséanse na detección das persoas que se atopan aínda nunha fase prodrómica, previa á aparición do primeiro episodio psicótico. Fusar-Poli *et al.* (2013) definiron esta fase como estado de alto risco de psicose e considérano como un período clave para intervir na prevención do desenvolvemento dun trastorno psicótico posterior. Así, o estudo de McGorry *et al.* (2002) conclúe que é posible atrasar a aparición do primeiro episodio psicótico cun tratamento que combina a terapia cognitiva con doses baixas de antipsicóticos. Na revisión sistemática e meta-análise sobre a prevención da psicose en adolescentes, Catalan *et al.* (2021) sinalan que a prevención indicada, dirixida a persoas con alto risco clínico de psicose, creceu exponencialmente nas últimas décadas, sendo na actualidade un dos enfoques preventivos máis establecidos dentro da saúde mental. Conclúen que é posible detectar aos adolescentes que teñen maior risco de desenvolver un trastorno psicótico pero que é preciso seguir investigando respecto ás distintas posibilidades de intervención nestes casos. Fusar-Poli *et al.* (2019) sinalan a necesidade de adaptar ás características da intervención nos niveis de atención comunitaria, atención primaria e especializada, as estratexias para mellorar a detección destas persoas. Así, propoñen o uso da tecnoloxía no marco da saúde dixital para o desenvolvemento de métodos de detección e de instrumentos baseados no transdiagnóstico.

En xeral, está aceptado que é necesaria a intervención temperá en psicose para reducir o impacto que este tipo de trastorno produce porque, atrasar a intervención ata que o trastorno xa estea completamente establecido e a persoa presente un deterioro funcional dificilmente emendable, é un erro (McGorry *et al.*, 2008).

En Galicia, dentro do "*Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Período 2020-2024*" (Consellería de Sanidade, 2020) recóllese dentro do Eixo 2 de Recuperación como meta o proxecto de implantación dun programa de detección e intervención en primeiros episodios psicóticos que ten por obxectivo garantir que as persoas que tiveron un primeiro episodio psicótico reciben o tratamento adecuado en función da etapa en que se atopen. No mesmo programa tamén se contempla a atención aos familiares, a formación dos profesionais e o fomento da investigación neste campo. Nesta liña, respecto á atención á saúde mental que se ofrece desde o SERGAS, cóntase coa unidade de primeiros episodios psicóticos, en distintas áreas sanitarias, dirixida a persoas de entre 18 e 40 anos que sufriron un primeiro episodio e que desde o mesmo non transcorreron máis de tres anos. O obxectivo é que a intervención temperá mellore a resposta ao tratamento e, por tanto, o prognóstico.

Outro programa para destacar é o que a Consellería de Sanidade en colaboración coa Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia (FEAFES) desenvolve para a atención precoz a familiares ou coidadores de persoas que están a sufrir un primeiro episodio psicótico. O obxectivo é ofrecer a estas persoas apoio, formación e intervencións individualizadas para o desenvolvemento das estratexias de afrontamento necesarias nesta etapa de aparición do primeiro episodio psicótico nos seus familiares.

Por último, tamén no noso contexto, no marco das actividades que realizan as asociacións de persoas con trastorno mental grave e os seus familiares, destaca como exemplo o Programa de Intervención Precoz en Psicose (PIPPs) que leva a cabo a Asociación DOA Saúde Mental (Vigo e a súa contorna). Este programa está dirixido a persoas de entre 16 e 25 anos nos que o inicio dos problemas psicóticos foi hai menos de 5 anos. O obxectivo é mellorar a resposta ao tratamento adquirindo as habilidades e coñecementos necesarios para poder afrontar adecuadamente a súa situación. Desta forma conséguense reducir os custos persoais, económicos e sociais asociados ó deterioro que produce o trastorno psicótico.

10.8. A prevención no ámbito laboral

A prevención dos trastornos mentais no medio laboral conta con escasos programas, ou con programas que se fan, pero non se difunden. A gran maioría diríxense á redución do estrés ou á redución dos trastornos de ansiedade (Wagner *et al.*, 2016), e obtéñense adecuados resultados. Un aspecto diferencial destes programas é que é frecuente, se así adoita contemplarse, derivar ás persoas a que reciban tratamento en caso de ser necesario.

Como xa vimos, moitos programas preventivos oriéntanse á prevención de riscos psicosociais. Aínda que estes programas aplícanse, dispoñemos de pouca información pública sobre os mesmos, ben porque o levan a cabo mutuas ou empresas externas á propia empresa, ou a que a estas non lles interesa que se coñeza que se están aplicando tales programas, pola crenza de que lles pode prexudicar á súa imaxe.

Debe sinalarse que no recente Plan de Acción de Saúde Mental 2025-2027 (Comisionado de Saúde Mental, 2025a), e Plan de Acción de Saúde Mental sobre o Suicidio 2025-27 (Comisionado de Saúde Mental, 2025b), unha das liñas estratéxicas que se inclúe oriéntase especificamente a dar prioridade no eido laboral á mellora da prevención de riscos psicosociais e a promover a saúde mental e a prevención do suicidio. Isto vai implicar o desenvolvemento de novos programas preventivos para o campo laboral nos próximos anos.

A continuación, describimos algúns programas, que van na liña do exposto anteriormente. Dispoñemos de programas preventivos no eido laboral para a prevención do estrés, da depresión, do suicidio, do trastorno de consumo de sustancias, entre os principais. Así, para persoas sen alto risco previo de depresión, leváronse a cabo varios programas cos que se obtiveron resultados na liña de que evitan novos casos de depresión (Bellón *et al.*, 2019). A continuación, preséntanse varios exemplos tanto sobre os programas de prevención do estrés, como sobre os orientados á prevención do consumo de alcol e drogas no marco de distintas empresas de transporte nas que se levan a cabo distintos programas para os seus traballadores. En concreto, en empresas de ferrocarril existe un programa americano,posto en marcha na empresa Amtrak, e outro español,en Adif.

O programa que se aplica na empresa norteamericana de trens Amtrak denomínase PREVENT (*Persoal Responsability and Values: Education and Training*) e aplícase ao seu persoal de 18 a 29 anos (Spicer e Miller, 2016), nun taller a o longo de tres días. Os módulos nos que adestran ás persoas son os de responsabilidade e valores interpersoais; consumo de alcol, tabaco e outras drogas; finanzas persoais; prevención do suicidio; e, manexo do estrés. Faise en grupos de 8-15 persoas e a discusión en grupo é un aspecto central da intervención. Os resultados amosaron que esta intervención funciona ben. Por exemplo, reduciu un 56% o consumo de bebidas alcohólicas mensualmente e cun 32%

menos de consumo de alcol diario. Non houbo cambio no consumo das drogas ilegais. Os resultados son relevantes neste grupo profesional cara á seguridade e na prevención de accidentes.

O programa de Renfe/Adif é ben coñecido no campo preventivo, orientado predominantemente a reducir o consumo de alcol e drogas a nivel laboral. Leva en funcionamento varias décadas. Formalmente comeza en 1990, cando a empresa contaba con 80.000 traballadores. En 2005, ao separarse en Adif e Renfe, seguíronse aplicando programas en ambas empresas. Inicialmente o plan denominábase "*Plan de acción contra as drogodependencias e o alcoholismo*"; máis actualmente recibe o nome de "*Plan de drogodependencias e alcoholismo*". O programa consta de accións informativas, accións formativas para mandos e representantes do persoal, accións participativas (marchas, sendeirismo, excursións culturais, concursos, etc.), un programa asistencial (un de detección de problemas de alcol e drogas e outro de tratamento de desintoxicación e deshabituación) e un programa de reinserción ao posto de traballo ou adaptación ao posto de traballo. Foi seguido por moitos miles de traballadores ao longo dos anos (Redondo, 2009).

O programa está descrito na web de Adif e no actual *Manual de Benvida* de Adif (2020). A valoración dos profesionais que o levan nas distintas delegacións, e avaliacións internas do mesmo, indican un alto nivel de satisfacción e unha boa prevención, detección e intervención nos problemas de alcol e drogas.

O estrés é un tema de gran relevancia no campo laboral. Hoxe sabemos que aumenta os custos laborais e reduce o rendemento, de aí a relevancia da súa prevención. Segundo os resultados da *EU Labour Force Survey* 2020 (Eurostat, 2021), o estrés, a depresión e a ansiedade son o segundo problema de saúde dentro do ámbito laboral. A Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA, 2014) nunha revisión sobre os custos producidos polo estrés e outros riscos psicosociais relacionados co traballo, sinala nas súas conclusións a relevancia de previr o estrés dada a importante carga económica que produce nas organizacións. Apuntan que as intervencións dentro dos centros de traballo centradas na prevención do estrés, a mellora da saúde mental e da contorna de traballo, sempre que sexan planificadas e levadas a cabo adecuadamente, son rendibles. Ademais, desde esta axencia, sinalan dous aspectos sobre os que é preciso seguir investigando O primeiro deles, é a estreita relación existente entre o estrés laboral e os riscos psicosociais e os problemas de saúde mental, como a depresión, e física, de tipo cardiovascular, musculoesquelética ou a diabetes, por exemplo. O segundo aspecto, é a necesidade de analizar en que medida a recuperación dos problemas de saúde física e mental vense influídos polos riscos psicosociais que existen no traballo.

Recentemente, a EU-OSHA (2024) realizou unha revisión acerca das iniciativas que se están levando a cabo no ámbito laboral para a prevención, entre outros aspectos, dos riscos psicosociais e o estrés no ámbito laboral. Especificamente, dentro das iniciativas promovidas desde a Unión Europea recollen catro, dúas promovidas pola EU-OSHA (2018), unha pola Comisión Europea (2011) e a última pola *European Employment Service* (EURES) (2023). Na devandita revisión tamén se recollen iniciativas de países específicos, pero ningunha delas é de España.

Dada a relevancia da área da prevención do estrés, deben promocionarse este tipo de programas no campo laboral.

A pesar de que todos recoñecen o valor da prevención no lugar de traballo, incluíndo a prevención dos trastornos mentais, isto non se ve reflectido na implementación sistemática de accións e programas preventivos (Lecours *et al.*, 2021), a pesar de que unha e outra vez os programas preventivos aplicados a nivel laboral para a prevención dos trastornos mentais mostran que son custo-eficientes (Le *et al.*, 2021).

10.9. Como potenciar a prevención en saúde mental

Sen ningunha dúbida a prevención é un medio idóneo para conseguir que se reduzan os trastornos mentais. Vénse facendo unha importante tarefa neste campo desde hai décadas, pero precísase incrementar as accións preventivas dos distintos trastornos mentais. A mellora da prevención poderíase concretar en cinco áreas.

A primeira é concienciar tanto á administración sanitaria e laboral, como aos empresarios, traballadores e sindicatos, da relevancia dunha adecuada prevención no campo laboral para reducir os riscos psicosociais no traballo e os trastornos mentais que se poden producir nel.

A segunda é a necesidade de xeneralizar os programas preventivos naquelas áreas en que son necesarias e onde mostraron adecuados resultados, desde o contexto escolar ao laboral. Neste hai que facer un maior desenvolvemento destes programas porque as persoas botan no mesmo unha parte importante da súa vida, moitas horas cada día.

A terceira é elaborar programas preventivos amplos, en formato de prevención universal, selectiva e indicada, para que as persoas coñezan os problemas de saúde mental, fáganse conscientes se os teñen, tanto eles como as persoas que os rodean, e que haxa un sistema rápido e axeitado de derivación cando sexa necesario.

A cuarta é dispoñer dun catálogo de programas preventivos eficaces e que se poidan aplicar cun adestramento adecuado cara á súa fácil implantación e difusión.

E, a quinta, é realizar estudos de custo-eficiencia para que se comprobe claramente que vale a pena aplicar programas preventivos, e onde o investimento recuperase amplamente tanto nunha mellor saúde, nun mellor rendemento laboral e con menos baixas laborais.

Referencias

ADIF (2020). *Manual de bienvenida. Dirección General de Gestión de Personas*. Adif.En: https://cfv.adif.es/inicia/bienvenida/

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2014). *La estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo- Revisión bibliográfica.* En: https://osha.europa.eu/sites/default/files/597%20calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks%20-%20ES.pdf

Al-Halabí, S. e Fonseca-Pedrero, E. (2024). Humanizing care and integrating social determinants. *Psicothema, 36(4),* 309-318.

Avalia-t (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (revisada en 2020).* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Barrish, H. H., Saunder, M. e Wolf, M. M. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behaviors in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *2*, 119-124.

Batterham, P. J., Birrell, L., Werner-Seidler, A., Teesson, M., Cuijpers, P., …, Christensen, H. (2025). Future directions in depression prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *93*(4), 328–339.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2023). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Cortés-Abela, C., Pena-Andreu, J. M., García-Rodríguez, A. e Moreno-Peral, P. (2019). Effectiveness of psychological and educational interventions for the prevention of depression in the workplace: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & health*, *45*(4), 324–332.

Bennett-Poynter, L., Groves, S., Kemp, J., Shin, H. D., Sequeira, L., Lascelles, K. e Strudwick, G. (2025). Characteristics of suicide prevention apps: a content analysis of apps available in Canada and the UK. *BMJ Open*, *15*(1), e087468.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. e Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population, *JAMA, 273,* 1106-1112.

Botvin, G.J. e Griffin, K.W. (2012). Long-term outcomes from Blueprints model programs: Life Skills Training. *Presented at 2012 Blueprints for Violence Prevention conference*. San Antonio, TX.

Botvin, G. J. e Griffin, K. W. (2015). Life skills training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescence drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 177-196). American Psychological Association.

Bjertrup, A. J., Rasmussen, K. H. E. e Miskowiak, K. W. (2025). Psychological prevention of postpartum depression for expectant parents. *Journal of Affective Disorders*, *378*, 58–73.

Brewer, J. (2022). *Deshacer la ansiedad*. Paidós.

Buntrock, C., Harrer, M., Sprenger, A. A., Illing, S., Sakata, M., … IPD-PrevDep Consortium (2024). Psychological interventions to prevent the onset of major depression in adults: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, *11*(12), 990–1001.

Comisionado de Salud Mental (2025a). *Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027.* Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf

Comisionado de Salud Menta (2025b) *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-*

2027. Ministerio de Sanidad. En: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Caplan G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books.

Catalan, A., Salazar de Pablo, G., Vaquerizo Serrano, J., Mosillo, P., Baldwin, H., … Fusar-Poli, P. (2021). Annual Research Review: Prevention of psychosis in adolescents - systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62(5),* 657–673.

Conejo-Cerón, S., Bellón, J. Á., Motrico, E., Campos-Paíno, H., Martín-Gómez, C., …, Peral, P. (2020). Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *79*, 101859.

Consellería de Sanidade (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. En: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf

Cuijpers, P. e Reynolds, C. F. (2022). Increasing the Impact of Prevention of Depression-New Opportunities. *JAMA Psychiatry*, *79*(1), 11–12.

Cuijpers, P., Pineda, B. S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S. Y., …, Furukawa, T. A., & Muñoz, R. F. (2021). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101955.

Dabkowski, E., Porter, J. E., Barbagallo, M. S., Prokopiv, V. e Jackson, M. R. (2022). A Scoping Review of Community-Based Adult Suicide Prevention Initiatives in Rural and Regional Australia. *InternationalJjournal of Environmental Research and Public Health*, *19*(12), 7007.

Díaz, R. (2004). *Programa Alfil. Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol*. Martín.

Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. e Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema, 27*, 5-12.

European Agency for Safety and Health at Work (2013). *Healthy workplaces manage stress: campaign guide: managing stress and psychosocial risks at work*. Publications Office. En: https://data.europa.eu/doi/10.2802/16611

European Agency for Safety and Health at Work (2024). A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems. *En:* https://osha.europa.eu/sites/default/files/documents/Good-workplace-practice-support-individuals-experiencing-mental-health-problems_EN.pdf

European Agency for Safety and Health at Work (s.f.). *Managing stress and psychosocial risks E-guide*. En: https://osha.europa.eu/sites/default/files/Eguide_stress_ENGLISH.pdf

European Agency for Safety and Health at Work (2018). *Healthy workers, thriving companies – a practical guide to wellbeing at work*. En: https://osha.europa.eu/sites/default/files/EC_GUIDE_STRESS_MSD_WEB.pdf

European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2011). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector*. Publications Office. En: https://data.europa.eu/doi/10.2767/27263

EURopean Employment Service (EURES) (2023). *How to reduce employee stress and prevent burnout. En:* https://eures.europa.eu/how-reduce-employee-stress-and-prevent-burnout-2023-06-12_en

Eurostat (2021). *EU labour force survey 2020 module on accidents at work and other work-related health problems*. En: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-reports/-/ks-ft-21-007

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. e Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use (Review). *Cochrane Database Systematic Review, 2014, Issue 12.* Art No. CD003020.

Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., … Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 48(9),* 1668–1685.

Foxcroft D. R. e Tsertsvadze, A. (2011a). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9*. Art. No.: CD009307.

Foxcroft, D. R. e Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5*. Art. No.: CD009113.

Furr-Holden, C. D. M., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., Petras, H. e Kellam, S. G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: Middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence, 73*, 149-158.

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., … Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry, 70(1),* 107–120.

Fusar-Poli, P., Sullivan, S. A., Shah, J. L. e Uhlhaas, P. J. (2019). Improving the Detection of Individuals at Clinical Risk for Psychosis in the Community, Primary and Secondary Care: An Integrated Evidence-Based Approach. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 774.

Garaigordobil, M., Bernarás, E. e Jauregizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación, 14(2),* 87.

Gillham, J. E. e Brunwasser, S. M. (2024). Psychological interventions to prevent depression: a cause for hope. *Lancet. Psychiatry, 11*(12), 947–948.

Ginsburg, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(3),* 580–587.

Ginsburg, G. S., Drake, K. L., Tein, J. Y., Teetsel, R. e Riddle, M. A. (2015). Preventing Onset of Anxiety Disorders in Offspring of Anxious Parents: A Randomized Controlled Trial of a Family-Based Intervention. *American Journal of Psychiatry, 172(12),* 1207–1214.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98,* 107-109.

Griffin, B. A., W Hassler, G., Sheftall, A. H., Ohana, E. e Ayer, L. (2025). Rethinking Suicide Prevention Research - Moving Beyond Traditional Statistical ignificance. *Crisis, 46*(2), 72–77

Handley, T. E., Davies, K., Booth, A., Dalton, H. e Perkins, D. (2021). Lessons from the development and delivery of a rural suicide prevention program. *The Australian Journal of Rural Health, 29*(6), 993–998.

Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., …, Ebert, D. D. (2019). Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28*(2), e1759.

Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., … Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet, 399*(10328), 957–1022.

Hugh-Jones, S., Beckett, S., Tumelty, E. e Mallikarjun, P. (2021). Indicated prevention interventions for anxiety in children and adolescents: a review and meta-analysis of school-based programs. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30(6*), 849–860.

Hutton, P. e Taylor, P.J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 44 (3*), 449-468.

Institute of Medicine [IOM](1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavorial Sciences and Mental Disorders* National Academy Press

Jarquín, V. e Pérez, C. (2014). Programa preventivo de la depresión en estudiantes de bachillerato. *Revista Electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades, 3(1),* 86.94.

Johannessen, J. O., McGlashan, T. H., Larsen, T. K., Horneland, M., Joa, I., … Vaglum, P.

(2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 51(1),* 39–46.
Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., …Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(12), 1671–1681
Krishnamoorthy, S., Armstrong, G., Ross, V., Mathieu, S. e Kõlves, K. (2025). The Role of Contextual Determinants in Implementation of Complex Suicide Prevention Interventions: An Application of the Exploration, Preparation, Implementation and Sustainment (EPIS) Framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 10.1002/hpm.3911. Advance online publication.
Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P. e Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *53*, 46–58
Le, L. K., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholc, J., … Engel, L. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *Plos Medicine*, *18*(5), e1003606.
Le, L. K., Tan, E. J., Perez, J. K., Chiotelis, O., Hay, P., … Mihalopoulos, C. (2022). Prevention of high body mass index and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders, 27*(8), 2989–3003.
Lecours, A., St-Hilaire, F. e Daneau, P. (2021). Moving toward an integrated prevention approach for mental health at work: Promoting workers' involvement through concrete actions. *Work*, *69*(1), 295–306
Levine M. P. (2024). Prevention of eating disorders: 2023 in review. *Eating Disorders*, *32*(3), 223–246.
Levine M. P. (2025). Prevention of eating disorders: 2024 in review. *Eating Disorders*, 1–30. Advance online publication.
Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A. e Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9(2*), 112–134.
Lorenzo, M. C. e Becoña, E. (2022). *Bullying y ciberbullying*. Pirámide.
McGorry, P. D., Killackey, E. e Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry, 7(3),* 148–156.
McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., … Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry, 59(10),* 921–928.
Miller, T. R. e Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis.* U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., Fernández, A., Navas-Campaña, D., … (2017). Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry, 74(10),* 1021–1029.
Moreno-Peral, P., Rodríguez-Morejón, A., Bellón, J. A., García-Huércano, C., Martínez-Vispo, C., …Conejo-Cerón, S. (2023). Effectiveness of a universal personalized intervention for the prevention of anxiety disorders: Protocol of a randomized controlled trial (the prevANS project). *Internet Interventions, 34*, 100640.
Motrico, E., Bina, R., Kassianos, A. P., Le, H. N., Mateus, V., …, Conejo-Cerón, S. (2023). Effectiveness of interventions to prevent perinatal depression: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 82*, 47–61.
Muñoz, R. F., Beardslee, W. R. e Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, *67*(4), 285–295.
Muñoz, R.F., Pineda, B.S., Barrera, A.Z., Bunge, E. e Leykin, Y. (2021). Digital tolos for

prevention and treatment of depresssion: Lessons from the Institute for International Internet Interventions for Health. *Clínica y Salud, 32(1*), 37-40.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth [NAS]. (2019). *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda*. National Academies Press.

National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. National Institute for Health and Care Excellence.

O´Connell, M. E., Boat, T. e Warner, K E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*.The National Academic Press.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Esquizofrenia.* En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Organización Mundial de la Salud (2023). *Trastornos de ansiedad*. En: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

Organización Mundial de la Salud (2024). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado.* En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Olweus, D., Limber, S. P. e Breivik, K. (2019). Addressing specific forms of bullying: A large-scale evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program. *International Journal of Bullying Prevention, 1*, 70-84.

Olweus, D., Limber, S. P., Flerx, V., Mullin, N., Riese, J. e Snyder, M. (2007). *Olweus Bullying Prevention Program: schoolwide guide.* Center City: Hazelden.

Organización Mundial de la Salud (2024). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. En: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Janssens, J. M. A. M. e Scholte, R. H. J. (2017). Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychology, 8*, 1066.

Redondo, F. (2009). El plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo celebra su 20 aniversario. Líneas. *La revista de Adif, 7*, 1-2.

Rodriguez-Muñoz, M. F., Kovacheva, K., García-López, H. S., Le, H. N., Ruiz, N., …., Coronado, P. (2023). The healthy moms and babies app to prevent postpartum depression: analysis of user-profiles and dropout cases. *Frontiers in Public Health, 11*, 1186963.

Ruiz, R., Pino, M. J. e Herruzo, J. (2006). Revisión de la técnica “el juego del buen comportamiento”. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 553-574.

Salazar de Pablo, G., Solmi, M., Vaquerizo-Serrano, J., Radua, J., Passina, A., …,Fusar-Poli, P. (2021). Primary prevention of depression: An umbrella review of controlled interventions. *Journal of Affective Disorders, 294*, 957–970.

Salmivalli, C. e Poskiparta, E. (2012). Making bullying prevention a priority in Finnish s chools: The KiVa antibullying program. *New Directions for Youth Development, 133*, 41–53.

Schwartz, C., Barican, J. L., Yung, D., Zheng, Y. e Waddell, C. (2019). Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform olicy and practice. *Evidence-based Mental Health, 22(3),* 103–110.

Spicer, R. e Miller, T. R. (2016). The evaluation of a workplace program to prevent substance abuse: Challenges and findings. *Journal of Primary Prevention, 37*, 329-343.

Storr, C. L., Ialongo, N. S., Kellam, S. G. e Anthony, J. C. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and Alcohol Dependence, 66*, 61-60.

US Preventive Services Task Force, Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., …, Wong, J. B. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA, 321*(6), 580–587.

Vicente, M. J., Abt, A. e Isern, S. (2024). *Análisis de los programas de formación continuada para profesionales de atención primaria en la prevención del suicidio y depresión en población infantil y adolescente*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Ministerio de Sanidad, Red Nacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Wagner, S. L., Koehn, C., White, M. I., Harder, H. G., Schultz, I. Z., …Wright, M. D. (2016). Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine, 7(1),* 1–14.

Walsh, E. H., McMahon, J. e Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63*(8), 836–845

Williford, A., Elledge, L. C., Boulton, A. J., DePaolis, K. J., Little, T. D. e Salmivalli, C. (2013). Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among Finnish youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42(6),* 820-833.

World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. World Health Organization.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., … Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet. Psychiatry*, *3*(7), 646–659.

Capítulo 11
Como mellorar a accesibilidade e o tratamento dos trastornos mentais e do comportamento

11.1. A accesibilidade aos servizos de saúde mental
11.2. O necesario incremento dos profesionais e servizos de saúde mental
11.3. Os tratamentos en saúde mental son eficaces e custo-efectivos
11.4. A multidisciplinariedade, interdisciplinariedade e coordinación en saúde mental
11.5. Perspectiva de futuro desde a situación actual
Referencias

11.1. A accesibilidade aos servizos de saúde mental

Un aspecto central na atención sanitaria é que exista unha canle de acceso fácil á mesma. Hoxe isto non ocorre cando unha persoa ten un trastorno mental por todo o que levamos comentado anteriormente. Nembargantes, o dereito a unha atención accesible, adecuada e oportuna en saúde mental está recoñecido tanto na lexislación nacional como nas normas internacionais de dereitos humanos.

Ata o de agora, debido ás limitacións que ten o Sistema Nacional de Saúde (SNS) nos recursos que dedica á saúde mental, parte da problemática abórdase en atención primaria, de modo insuficiente, a pesar do enorme esforzo dos profesionais dese nivel asistencial. Así mesmo, moitas persoas recorren á sanidade privada, o que introduce desigualdades significativas en función da capacidade económica. Como exemplo, o informe do Instituto para o Desenvolvemento e Integración da Sanidade (IDIS, 2023) afirma que a sanidade privada en España cubre o 70% dos tratamentos dos problemas de saúde mental e da dependencia de drogas en hospitais privados, en contraposición ao 30% na pública; e no caso dos tratamentos en centros de saúde mental sen internamento, o 49% está en mans privadas fronte ao 51% en centros públicos. O informe tamén sinala que en 2020 rexistráronse 19.539 consultas de psiquiatría, das cales o 82% realizáronse en centros privados. Indican que hai rexistradas 593 unidades de psicoloxía clínica e psiquiatría en 832 hospitais do sistema sanitario, dos cales 311 pertencen a hospitais privados.

Si que se aprecia un cambio de paradigma no acceso aos servizo de saúde mental, que ten que operativizarse e non quedar só na teoría. Como exemplo, a Lei 6/2023 das persoas con problemas de saúde mental e os seus familiares da Rexión da Rioxa, indica no seu artigo 6, dedicado aos dereitos dos pacientes, que "todas as persoas con problemas de saúde mental teñen dereito a recibir unha atención integral e tratamento de calidade a través duns servizos adecuados de saúde mental ao longo de todo o proceso. O Goberno da Rioxa asegurará a dispoñibilidade, accesibilidade e aceptabilidade", ou o que indica no seu artigo 12, "o Goberno da Rioxa, no exercicio das súas competencias, velará pola garantía da igualdade no acceso ás prestacións e servizos de saúde mental", así como que "garantirá todos os recursos necesarios dispoñibles no ámbito comunitario para levar a cabo as funcións de prevención, promoción, rehabilitación e atención ás persoas con problemas de saúde mental a través dos equipos profesionais de saúde mental".

En Galicia, como no resto das Comunidades Autónomas, hai unha alta demanda de tratamento para os trastornos mentais e os profesionais son claramente insuficientes, o que se traduce en listas de sagarda prolongadas, queixas dos pacientes e unha frustración xeneralizada ao non recibir moitos a atención que necesitan. A realidade indícanos que a accesibilidade a un centro de saúde mental, e aos seus profesionais, non é fácil. Esta situación agrávase en zonas rurais e illadas, onde o acceso pode verse dificultado pola falta de transporte público, maiores distancias ou a ausencia de recursos especializados. Nestes contextos, a saúde mental dixital (telepsiquiatría, plataformas virtuais, atención telefónica) podería ser unha ferramenta complementaria importante, aínda que coa advertencia de non xerar unha nova fenda dixital que exclúa a persoas maiores ou sen competencias dixitais.

Como indica o informe do Consello de Contas de Galicia (2025) sobre a auditoría acerca da implantación do Plan de Saúde Mental Poscovid, para os exercicios 2020-2022, cuxas recomendacións indicamos na Táboa 11.1, existen dous aspectos nos que hai desigualdade no acceso aos servizos de saúde mental. O primeiro é a dificultade de acceso que teñen as persoas da terceira idade, recomendando que sexan máis accesibles as consultas para eles. O segundo, as desigualdades de recursos que se observan por

provincias, así como a mellor dotación de recursos nas áreas urbanas. Tamén recomendan desenvolver máis programas específicos para grupos vulnerables, sobre todo orientados ás persoas maiores, nenos e adolescentes. E contratar máis persoal dadas as limitacións existentes.

Táboa 11.1. Recomendacións do Consello de Contas de Galicia na avaliación do Programa de Saúde Mental Poscovid 2020-2022.

1. Ampliar a contratación de persoal especializado, especialmente naquelas áreas nas que se detectaron desequilibrios territoriais, para garantir que toda a cidadanía teña acceso a servizos adecuados. 2. Seguir impulsando cambios no modelo de atención, dando continuidade ás actuacións de implantación da psicoloxía clínica en atención primaria, así como impulsar aquelas medidas que, a pesar de estar cualificadas como prioritarias, aínda non foron implantadas como a hospitalización a domicilio en todas as áreas sanitarias. 3. Reducir a desigualdade no acceso aos servizos, promovendo a accesibilidade ás consultas, especialmente para o grupo de idade máis avanzada. 4. Ter en conta no deseño do PSMG as desigualdades que xeran iniquidade entre as áreas sanitarias e tamén nas zonas rurais, tanto na dotación de medios como nos programas implantados. 5. Integrar a perspectiva de xénero no deseño e execución dos proxectos. 6. Priorizar o desenvolvemento de programas específicos para os colectivos máis vulnerables, como persoas maiores, nenos e adolescentes, nos que se teña en conta as súas necesidades particulares e baixo un enfoque socioeconómico. 7. Seguir avanzando na cooperación interadministrativa entre o ámbito sanitario, educativo e social para lograr unha atención integral. 8. Incorporar na próxima elaboración do PSMG indicadores medibles en todos os programas. Estes indicadores deben avaliarse periodicamente para axustar as estratexias ás necesidades emerxentes. 9. Adoptar as medidas necesarias para garantir que os recursos económicos para a implantación do PSMG sexan suficientes e estean dispoñibles de maneira oportuna. 10. Establecer un sistema de seguimento forte a través da elaboración de informes periódicos de avaliación que permitan facer axustes baseados nos resultados conseguidos. 11. Publicar estes informes, para garantir a transparencia e permitir que a cidadanía coñeza o seu grao de execución.

Fonte: Consello de Contas de Galicia (2025, páx. 15-16).
PSMG = Plan de Saúde Mental de Galicia.

11.2. O necesario incremento dos profesionais e servizos de saúde mental

É evidente que o noso sistema sanitario pode mellorarse, incrementando o número de profesionais, o acceso aos tratamentos máis modernos e eficaces, e reducindo as listas de agarda actualmente existentes. Destes aspectos, o incremento do número de profesionais non só en saúde mental, senón en todas as especialidades da saúde, é un dos que máis se vén insistindo nos últimos anos ., Aquí ímonos a centrar na saúde mental, con algunhas notas sobre a atención primaria vinculada á atención aos trastornos mentais.

Os datos de que dispoñemos indícannos que tanto o número de psiquiatras, de psicólogos clínicos e de enfermería especialista en saúde mental son escasos, en comparación con países da nosa contorna. Nisto coinciden todos os informes, tanto

europeos, que analizan o conxunto da asistencia en varios países (ex., IDIS, 2023), como en distintos informes de profesionais ou asociacións que elaboraron informes sobre saúde mental (ex., SEPSM, 2024).

En España, o dato máis fiable que dispoñemos, indica que hai 7.732 psiquiatras, dos cales dous terzos traballan no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (4.393) e o resto na sanidade privada. En Galicia habería 314 psiquiatras, dos cales 235 traballarían no SERGAS (SEPSM, 2024). A ratio para España sería de 9,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, que en Galicia sería de 8,72, un pouco menos que a media nacional (ver Táboas 11.2 e 11.3).

Se facemos unha comparación internacional do número de psiquiatras, na estimación do IDIS (2023), utilizando os datos de Eurostats, é de 11,76 por 100.000 habitantes para España en 2019, mentres que para os países do norte de Europa está entre 20 e 25, en Francia 23 e en Alemaña chega a 28,2 e co nivel máis alto Suíza con 53.

Facemos notar que estes datos respecto ao número de psiquiatras no SNS son un pouco máis baixos que o indicado anteriormente, porque non todos traballan nel. Así, os datos indican que traballa no SNS un 9,6 por cada 100.000 habitantes, que en Galicia é dun 9,2 no devandito informe (IDIS, 2023).

En relación ao número de psicólogos clínicos, a pesar de que no ano 2020 había un total de 8.713, só unha pequena parte traballa no SNS. Así, no ano 2020 había 2.615 psicólogos clínicos traballando no SNS, cunha ratio de 3,54 por cada 100.000 habitantes, que en Galicia eran 95 (ratio de 3,52) (Duro, 2021). Isto significa que a gran maioría dos psicólogos clínicos fan o seu traballo na sanidade privada (ao redor do 70%) (ver Táboa 11.4). Ao anterior habería que engadir os psicólogos clínicos que traballan nos centros da rede de drogodependencias, e que na maioría dos casos non están computados porque non se lles considera do SNS aínda que os seus centros poden estar financiados ata o 100% polo Servizo de Saúde da súa Comunidade Autónoma. O mesmo ocorre cunha porcentaxe de psiquiatras que traballan na rede de drogas. En xeral, obsérvanse diferenzas en cantoao lugar preferente de traballo en psiquiatría e psicoloxía clínica, xa que psiquiatría chega ao 65% no SNS e psicoloxía clínica só ao 30%.

Datos máis actuais indican a maior introdución de psicólogos clínicos no SNS, como ocorre igualmente en Galicia, tal e como veremos posteriormente.

O incremento de psiquiatras e de psicólogos clínicos debe comportar un incremento en paralelo dos enfermeiros especialistas en saúde mental. E, igualmente, dado o papel do médico de atención primaria, é necesario que este dispoña de máis tempo para seguir a unha parte dos pacientes que teñen trastornos mentais. De aí tamén a necesidade de ir introducindo paulatinamente a psicólogos clínicos en atención primaria para descargar tanto aos médicos de atención primaria como para non taponar os servizos de saúde mental ante o incremento de demandas por problemas de saúde mental.

No campo da saúde mental hai relativo consenso de que débese incrementar o número de profesionais de saúde mental. Así, no Libro Branco da Saúde Mental da Sociedade Española de Psiquiatría e Saúde Mental (SEPSM, 2024) calcularon que o número ideal en España estaría de 13 a 15 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Actualmente hai 9,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Pasaría a 11,5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes se se consideran os psiquiatras en formación (SEPSM, 2024). Apuntan, que hai que ter en conta as próximas xubilacións que se van a producir nos seguintes anos, no ano 2026 espérase a xubilación en España de 913 psiquiatras. Por comunidades autónomas, indican que en Galicia hai 8,72 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, o que é baixo. As ratios máis altas están no País Vasco (15) Cataluña (13,5), Baleares (11,9), Principado de Asturias (11,6) e Navarra (11,3).

Desde a psicoloxía clínica levase anos insistindo na necesidade de chegar á 18 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes no SNS. Actualmente, polas ratios existentes, a cifra aínda é baixa.

Debido á pandemia do covid-19, ás súas consecuencias e o claro aumento dos trastornos mentais, incrementouse o consenso de que o número de profesionais en saúde mental debe ampliarse. Isto está a ser considerado cada vez máis como necesario non só entre os profesionais, senón tamén entre os xestores sanitarios. Como exemplo, no Libro Branco da Psiquiatría en España faise eco nas súas páxinas da proposta da lei Xeral de Saúde Mental, que foi presentada no Congreso dos deputados o 12 de xaneiro de 2024, pero que segue en tramitación, a pesar do tempo que pasou. Nela indícase que se debía garantir unha ratio mínima de profesionais de Saúde Mental no sistema sanitario público de 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos e 23 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes.

Tamén, a Lei 6/2023, das persoas con problemas de saúde mental e as súas familias, da Comunidade da Rioxa, indica no seu artigo 14, dentro das ratios mínimas de profesionais da saúde mental que a consellería competente debe asegurar un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogos clínicos e 23 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes, ademais dun terapeuta ocupacional e un traballador social por cada unidade de saúde mental.

Por tanto, hai amplo consenso por parte dos profesionais da psiquiatría, da psicoloxía clínica e doutras profesións do campo da saúde mental, da necesidade de aumentar a ratio dos distintos profesionais da saúde mental. Un obxectivo a curto prazo é incrementar as ratios a un mínimo de 13-15 psiquiatras e psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, co obxectivo de chegar, a medio ou a longo prazo, á ratio dos 18 por cada 100.000 habitantes. Igualmente, hai consenso, de que é necesario incrementar os profesionais de enfermería especialistas en saúde mental a unha ratio algo maior que a anterior, e introducir outros profesionais nos centros de saúde mental.

Nesta liña, en Galicia, dentro Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid-19, 2020-2024 (Xunta de Galicia, 2020), contratouse a distintos profesionais da saúde mental en todas as áreas sanitarias (ver Táboa 11.5). Isto axuda a mellorar os cocientes e, o máis importante, a mellorar a asistencia ás persoas que teñen trastornos mentais. Claramente, queda camiño por percorrer, pero vanse dando pasos neste senso. Ademais, en Galicia, creouse dentro da Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, por primeira vez a Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental, o que indica a maior priorización actual da saúde mental en Galicia. Ademais, dentro desta Subdirección, existe o Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial en Trastorno Mental Grave.

Datos máis actuais, de 2025, a conta da contestación do SERGAS ao informe do Consello de Contas de Galicia (2025), indican que se fixeron case todas as contratacións previstas no Plan Poscovid. Así, pasouse de 187 a 240 psiquiatras, de 87 a 166 psicólogos clínicos, habendo tamén 182 enfermeiros especialistas en saúde mental. Ademais, indican como na Rede de Drogodependencias hai tamén psiquiatras, psicólogos clínicos, persoal de enfermería e outros profesionais, que non están computados nos anteriores. Por iso, pasando isto a ratios, estariamos actualmente en Galicia (onde somos 2,7 millóns de persoas) na rede do SERGAS cunha ratio de 8,9 psiquiatras, 6,1 psicólogos clínicos e 6,7 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes. É destacable que na devandita contestación se indica que para o período 2025-2028 crearase a Rede de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria, para incorporar psicólogos clínicos en todas as áreas sanitarias, sobre todo nos centros sanitarios máis grandes e con máis pacientes. Isto facilitará mellorar a ratio de psicólogos clínicos, así como mellorar a atención dos psicólogos clínicos en atención primaria.

Se se computa tamén aos profesionais da Rede de Drogodependencias de Galicia, a cal está financiada ao 100% pola Consellería de Sanidade cando se trata de Asociacións, e dun 30% no caso dos dependentes dos Concellos, entón a ratio en Galicia é de 9,7 psiquiatras, 7,4 psicólogos clínicos e 6,7 enfermeiros especialistas en saúde mental por cada 100.000 habitantes. A iso hai que engadir a previsión de contratar para a Rede de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria de entre 35 e 50 psicólogos clínicos no período 2025-2028, co que a cifra de psicólogos clínicos achegarase a uns 9 por cada 100.000 habitantes (Táboa 11.6). Por tanto, avanzouse, vaise na dirección correcta, pero precísase avanzar máis a nivel de recursos profesionais.

En paralelo ao incremento dos profesionais de saúde mental deben incrementarse os dispositivos asistenciais, e crear novas unidades e programas que faciliten a mellora da asistencia. Realmente, o cumprimento dos plans aprobados para a saúde mental, tanto a nivel nacional como autonómico, son pasos importantes para lograr unha clara melloría na asistencia aos pacientes con trastornos mentais. Só falta que o que está no papel se pase á práctica.

Táboa 11.2. Emprego público de médicos especialistas en Psiquiatría e en Medicina Familiar e Comunitaria en España e Galicia, no Sistema Nacional de Saúde.

	Número de profesionais		*Ratio por 100.000 habitantes*	
Especialidade	España	Galicia	España	Galicia
Psiquiatría	4.516	248	9,59	9,20
Psiquiatría Infantil	91	0	1,32	0
Medicina Familiar e Comunitaria (Atención Primaria)	34.830	2.461	73,99	91,2
Medicina Familiar e Comunitaria (Atención Especializada)	6.831	50	14,51	1,9

Fonte: Barber e González (2024).

Táboa 11.3. Número de psiquiatras e ratio en España e Galicia segundo o Libro Branco da Psiquiatría en España (SEPSM, 2024).

	Sanidade pública	*Ratio por 100.000 habitantes*	*Sanidade privada*	*Número total de Psiquiatras*
España	4.393 (65% do total)	9,40	2.339 (35% do total)	6.732
Galicia	235 (75% do total)	8,72	79 (25% do total)	314

Nota: datos baseados no Informe do SEPSM (2024) e da Organización Médica Colexial e Asociación Española de Psiquiatría Privada.

Táboa 11.4. Número de Psicólogos especialistas en Psicoloxía Clínica en España e emprego público dos mesmos no Sistema Nacional de Saúde en España e en Galicia, ano 2020.

	Traballando no Sistema Nacional de Saúde			
Total Psicólogos Clínicos	*Número de profesionais*		*Ratio por 100.000 habitantes*	
España	España	Galicia	España	Galicia
8.713	2.615	95	3,54	3,52

Fonte: Duro (2021) e Fernández-García (2021).

Nota: Habería que engadir á cifra total anterior outros 200 psicólogos que traballaban no Sistema Nacional de Saúde sen titulación oficial de especialistas (os "PESTOS"). Igualmente, habería que considerar que a maioría dos psicólogos clínicos e psiquiatras da rede de drogodependencias non computan como traballadores do Sistema Nacional de Saúde, pero os seus centros están financiados ao 100%, ou preto do 100%, polos servizos de saúde das Comunidades Autónomas, e o 30% no caso dos Concellos.

Actualmente (2025), a ratio real de psicólogos clínicos no SNS é maior que a indicada neste estudo.

Táboa 11.5. Previsión de incorporación de profesionais de saúde mental en Galicia no Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid-19, 2020-2024 (Xunta de Galicia, 2020).

Profesional	*Total*
Psiquiatría	54
Psicoloxía Clínica	45
Enfermeiro especialista en Saúde Mental	66
Terapeuta Ocupacional	5
Técnicos en coidados auxiliares de enfermería	42
Traballador Social	29
TOTAL	241

Nota: Tamén está previsto que entre o ano 2025 e 2027 se incorporen á rede de saúde mental entre 35 e 50 psicólogos clínicos para os centros de atención primaria.

Táboa 11.6. Ratios de psiquiatras, psicólogos clínicos e enfermeiros especialistas en saúde mental en Galicia na rede do SERGAS por 100.000 habitantes e profesionais sanitarios da Rede de Drogodependencias de Galicia(PGSD) na actualidade (ano 2025).

	Servizo Galego de Saúde, SERGAS		*Rede de Drogodependencias de Galicia (PGSD)*		*Total (SERGAS + PGSD)*	
Profesional sanitario	*Número de profesionais*	*Ratio de profesionais por cada 100.000 habitantes*	*Número de profesionais*	*Ratio de profesionais por cada 100.000 habitantes*	*Número de profesionais*	*Ratio de profesionais por cada 100.000 habitantes*
Psiquiatra	240 (1)	8,9	21	0,8	261	9,7
Psicólogo Clínico	166	6,1	33	1,2	199	7,4
Enfermeiro en Saúde Mental	182	6,7			182	6,7
Médico			5		5	
Psicólogo			17		17	
DUE/Enfermeiro			30		30	
TOTAL	588		106		694	

(1) Dos 240 psiquiatras do SERGAS unha parte traballan con nenos e adolescentes, en psiquiatría infanto-xuvenil. Por iso, actualmente, despois da creación da especialidade de Psiquiatría Infanto-Xuvenil (Real Decreto 689/2021, do 3 de agosto), en Galicia existen uns 40 psiquiatras infanto-xuvenís. Isto indica que da cifra de 240 psiquiatras uns 200 son psiquiatras de adultos e ao redor de 40 son psiquiatras infanto-xuvenís.
PGSD = Plan de Galicia sobre Drogas.

Outra cuestión relevante é o tempo que se lle dedica a un paciente cun trastorno mental, sexa por parte do psiquiatra ou do psicólogo clínico, cando acode a un centro de saúde mental. O tempo de consulta é insuficiente, xa que adoita estar para a primeira sesión de un psiquiatra en 30 minutos e 15 minutos para as revisións (seguintes consultas), e en 45 minutos para as primeiras dun psicólogo clínico e 30 minutos para as revisións. O tempo entre a primeira consulta e as seguintes ten unha gran variabilidade e depende tanto do nivel de gravidade, como da axenda dispoñible e da área sanitaria. O incremento de recursos tamén debe comportar incrementar eses tempos, tanto de consulta, como de que estas sexan máis frecuentes.

No caso dos médicos de atención primaria, veñen reclamando desde hai décadas, a nivel nacional, que poidan dedicar 10 minutos por cada paciente. Iso permitiríalles cumprir as funcións propias da súa especialidade, tanto de tratamento, como de prevención e de promoción da saúde. Aínda que a situación mellorou hai uns anos, tras a pandemia do covid-19, a situación actual volveu empeorar. Entre os motivos diso están o menor número de médicos de atención primaria, as xubilacións de profesionais, que en moitos casos non se cubren, o incremento da poboación española, a maior esperanza de vida e, con iso, as patoloxías subxacentes (tanto de tipo orgánico como de saúde mental), como é claro en Galicia, o que implica maior frecuentación ao médico de atención primaria por ser a primeira barreira de contención e tratamento.

11.3. Os tratamentos en saúde mental son eficaces e custo-efectivos

Aínda que se dá por descontado, os tratamentos en saúde mental son eficaces, é dicir, que conseguen nun gran número de casos que as persoas melloren diminuíndo os seus padecementos e trastornos (Bernal *et al.*, 2025; Crespo-Facorro *et al.*, 2017; Cuijpers *et al.*, 2025) . Ao tempo, demostrouse unha e outra vez que os tratamentos ademais de ser

eficaces son custo-efectivos (ex., Catarino *et al.*, 2023). A *efectividade* é o resultado terapéutico que se obtén dun tratamento na práctica clínica habitual. En cambio, a *eficacia* é o resultado que se obtén dentro dun ensaio clínico nunha investigación que adoita levarse a cabo para comprobar que un tratamento é superior que outro ou dun grupo de control ou placebo. Os estudos de eficacia son claves, pero unha vez que se comproba que un tratamento funciona nun ensaio clínico hai que comprobar que funciona por igual na práctica clínica habitual. O custo é o que custa o tratamento dunha persoa. E, o custo-eficiencia analiza o custo que ten unha intervención, nun contexto onde se analizan varias, coa idea de seleccionar aquela na que os custos son menores en función do resultado obtido entre elas (ex., en mellora, alta terapéutica).

En relación coa eficacia e coa efectividade, dispoñemos de tratamentos farmacolóxicos, psicolóxicos ou combinados, para tratar a maioría dos trastornos mentais, como podemos exemplificar no tratamento da depresión (Grupo de Trabajo Depresión Adultos, 2018), a prevención do suicidio (Grupo de Traballo Suicidio, 2010, 2020), os trastornos de ansiedade (Bernal-Arenas *et al.* 2025; Visser *et al.*, 2025), os trastornos alimentarios (Costa *et al.*, 2025), o trastorno bipolar (Grande *et al.*, 2016) , os distintos trastornos adictivos (Vigo *et al.*, 2025), tanto de drogas legais como ilegais, ou adicións comportamentales, os trastornos infanto-xuvenís (Grupo de Traballo Depresión Infanto-Xuvenil, 2013) e os trastornos mentais máis frecuentes na vellez (Fischer *et al.*, 2022), ademais de cando a persoa ten máis dun trastorno. Polo que, dispoñemos de tratamentos farmacolóxicos eficaces (Brandt *et al.*, 2025), tratamentos psicolóxicos eficaces (Cuijpers *et al.*, 2025), da combinación de ambos (Pike *et al.*, 2025), ou cando compleméntanse con outras intervencións (Everhart *et al.*, 2025). Ademais, nos trastornos mentais graves, como as psicoses, a esquizofrenia, o trastorno límite da personalidade ou as depresións máis graves e resistentes, dispoñemos de tratamentos que conseguen estabilizar ao paciente, o que leva a que unha porcentaxe deles poidan facer unha vida normal, ou o máis normal posible (McCutcheon *et al.*, 2020).

Outra cuestión de gran relevancia, e que moitas veces óbviase, é que os tratamentos en saúde mental non son só eficaces senón tamén custo-eficientes e custo-efectivos. Así, a nivel laboral, é claro que se unha persoa está de baixa durante un longo período temporal por un trastorno mental (ex., unha depresión, un trastorno de ansiedade, un trastorno adaptativo, ou outros), iso vai ter un alto custo para á empresa, a seguridade social, toda a sociedade e, de modo moi importante, para o propio individuo. De aí a necesidade de acurtar as listas de agarda, aplicarlle un tratamento adecuado, o máis eficaz posible e, con todo iso, conseguir que a persoa mellore no menor tempo posible. Por iso, investir en saúde mental é custo-eficiente, tanto polo retorno dos custos laborais e sociais que se evitan, como pola mellora do individuo e para evitar a cronicidade do trastorno (Smith *et al.*, 2025).

Nas guías clínicas do Sistema Nacional de Saúde español poden verse as que se elaboraron para os principais trastornos mentais, participando no devandito consorcio Avalia.t da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, a cal liderou a elaboración de varias das guías máis relevantes (ex., sobre o tratamento da depresión, tanto para adultos como para nenos, ou a prevención do suicidio, entre outras) (https://acis.sergas.gal/cartafol/que-facemos?idioma=es).

11.4. A multidisciplinariedade, interdisciplinariedade e coordinación en saúde mental

Adoita falarse dun equipo multidisciplinar cando diferentes profesionais que traballan nunha área común, de forma independente, valoran ao paciente por separado e

interactúan entre eles de maneira informal. En cambio, un equipo interdisciplinario é aquel que está composto de varios profesionais que traballan nunha área común de forma interdependente e interactúan entre eles de maneira formal e informal.

Aínda que en moitas ocasións o ideal sería a interdisciplinariedade, isto é difícil de lograr na maioría dos casos, polo menos nas consultas habituais de saúde mental, aínda que si que se logra nos dispositivos de internamento. No noso sistema sanitario, para os problemas de saúde mental, o máis habitual é a multidisciplinariedade. O obxectivo é que ao paciente se lle faga o diagnóstico, se lle aplique o tratamento adecuado, e se utilicen os medios necesarios para que mellore o máis rapidamente posible. Iso levou a que interveñan varios profesionais sanitarios para a súa abordaxe terapéutica.

No caso dunha persoa que ten un problema de saúde mental o habitual é que a primeira demanda empece polo seu médico de atención primaria. Este decidirá se lle prescribe unha medicación e/ou remíteo ao dispositivo de saúde mental que lle corresponda, segundo o seu nivel de gravidade. Tamén pode ocorrer que a persoa, nos casos máis agudos ou graves, acuda directamente a un servizo de urxencias hospitalario.

Unha vez que a persoa acode ao centro de saúde mental, na súa cita programada, verao o psiquiatra ou o psicólogo clínico, en función do diagnóstico previo ou dos datos que se teñan dese paciente. O máis habitual é que, en función do profesional asignado, se lle aplique tratamento farmacolóxico ou psicolóxico. Así, o psiquiatra pode remitir ao paciente ao psicólogo clínico para que aplique un tratamento psicolóxico, só ou combinado con medicación; ou o psicólogo clínico remite o paciente ao psiquiatra para que valore se precisa unha prescripción de medicamento. Non sempre é posible facer unha coordinación axeitada, por falta de tempo, presión asistencial, ou dinámica dos equipos. Si é máis fácil ter unha coordinación cando os casos están cronificados.

Onde está máis clara a interdisciplinariedade en saúde mental é cando a persoa está nunha unidade de hospitalización, sexa de media ou longa estancia. Aquí interveñen distintos profesionais de saúde mental, adóitase comentar e revisar o caso entre eles, e planificarlle o tratamento ou tratamentos ao longo da súa estancia.

Pola complexidade dos trastornos mentais, e polas súas múltiples causas, en moitas ocasións é preciso dispoñer dunha visión ampla, que complementan outros profesionais. Tamén é certo que co paso dos anos os profesionais habitúanse a unha forma de traballar máis aberta e integradora onde a persoa cun trastorno mental faise máis presente (Schultz *et al.* 2014). Sabemos que os trastornos mentais non teñen unha única causa, é distinto a unha enfermidade causada por un virus, unha bacteria ou o fallo dun órgano. Con frecuencia, a causa dun trastorno mental débese ao contexto social, familiar ou laboral no que a persoa vive ou á interpretación ou expectativas que ten de si mesmo ou por causas biolóxicas que lle veñen dadas. Por iso é polo que hai acordo en que os trastornos mentais poden ter causas biolóxicas, psicolóxicas, sociais, familiares, económicas e culturais, entre as principais. Os casos complexos esixen varios puntos de vista, un equipo multidisciplinar, sendo aquí frecuente a interconsulta.

O traballo multidisciplinar, ou o interdisciplinar, non sempre vai ser fácil. Poden xurdir tensións, sobre todo cando hai distintas concepcións teóricas, ou varias formulacións terapéuticas. De aí a necesidade de coñecer como funcionan estas dinámicas, como funcionan os equipos, e ser adestrado en participar de modo produtivo neles, tendo sempre como obxectivo o paciente, a súa mellora e o seu benestar. Por iso, na interdisciplinariedade, o paciente é o centro da intervención.

Cando falamos de multidisciplinariedade ou de interdisciplinariedade estamos a recoñecer a complexidade dos pacientes que padecen trastornos mentais. Implica que participan varios profesionais, que aínda que teñan puntos de vista distintos, deben ter a idea común de buscar solución ao que se lles expón. De aí a necesidade e obrigación de

colaboración e de complementarse uns con outros, achegando cada un deles o mellor coñecemento e a mellor práctica clínica.

Os profesionais mínimos en saúde mental adoitan ser o psiquiatra, o psicólogo clínico e o enfermeiro especialista en saúde mental. Nos dispositivos máis amplos compleméntase co terapeuta ocupacional e co traballador social, principalmente. Por iso é polo que o traballo colaborativo convértese en moitos casos na abordaxe terapéutica máis adecuada. Con iso, a toma de decisións non é unidireccional, senón compartida en función das necesidades do paciente e de lograr a súa melloría e benestar. Igualmente, hai que recoñecer que para lograr todo o anterior requírese tempo.

Para que todo iso vaia ben, é necesario ser adestrado na interdisciplinariedade, asumir a súa relevancia e estar aberto a outras achegas. Con todo, os roles de cada profesional sempre están presentes, o que é bo, porque cada un está especializado nun aspecto da solución do trastorno. O traballo interdisciplinar tamén facilita incluír á parella, a familia ou outras persoas no proceso terapéutico, cando iso é necesario.

A cultura da interdisciplinariedade créase cando é necesaria. No grupo interdisciplinar é clave combinar o nivel de "experto" de cada profesional, coñecer o contexto do paciente, e súa contorna, sendo capaz de levar a cabo unha efectiva comunicación, manexo das emocións, mantemento do respecto, solucionar os conflitos de modo construtivo e facilitar o crecemento e construción do grupo

O traballo interdisciplinario en saúde mental tería que ser máis relevante, pero hai toda unha serie de limitacións para facelo. O ideal é unha colaboración estreita entre os profesionais, que como dixemos pode facerse nunha unidade de internamento, pero non sempre é eficiente nun centro de saúde mental. De aí a necesidade de buscar o equilibrio, mellorar a eficiencia e obter o mellor resultado con cada paciente.

As reunións de equipo facilitan a interdisciplinariedade, e fan o traballo clínico cotián máis eficiente. Permiten coñecer distintos puntos de vista, ver a evolución do tratamento dos pacientes, a través do seu seguimento, que tratamentos funcionan mellor, que abordaxes terapéuticas son máis eficientes, e coñecerse mellor os membros do equipo e, con todo iso, desenvolver un modelo colaborativo.

É moi clarificador o traballo de Bemme e Kirmayer (2020) no que indican que lograr unha mellora da saúde mental pasa por abrir novas perspectivas, tendo en conta os factores culturais e o contexto, xunto os outros factores máis clásicos que coñecemos das causas dos trastornos mentais, e ter sempre presente os continuos cambios que se producen cada década, en cada país, en cada rexión, os cales con frecuencia relaciónanse cunha maior ou menor prevalencia de trastornos mentais nese momento concreto.

Todo o anterior leva, como corolario, á necesidade de ter unha boa coordinación. Correspóndelle facela aos responsables sanitarios, sexa en servizos centrais ou en cada área sanitaria. E tamén en cada dispositivo segundo a súa carteira de servizos. Sen coordinación as unidades, servizos e dispositivos non funcionarán adecuadamente. Esta coordinación esixe tamén que vaia acompañada de medios suficientes para que os profesionais poidan ofrecer unha boa asistencia sanitaria aos seus pacientes con trastornos mentais.

11.5. Perspectiva de futuro desde a situación actual

A partir da análise desenvolvida neste informe, é evidente que a prevalencia dos trastornos mentais manterase estable nos niveis actuais ou, de maneira máis probable, experimentará un aumento progresivo nos próximos anos. Por iso, consideramos que hai varios aspectos aos que haberá que prestar unha especial atención, na liña do que fomos

expoñendo nas páxinas anteriores, e que presentamos a continuación en forma de decálogo:

1. *Monitoraxe epidemiolóxica e etiolóxica continua*. É fundamental establecer sistemas fortes de vixilancia epidemiolóxica para cuantificar a incidencia e prevalencia dos trastornos mentais, así como identificar os seus factores etiolóxicos e de risco (ex., o incremento do estrés, o cambio na dinámica laboral, a nova soidade, distorsións cognitivas e crenzas erróneas, expectativas inadecuadas, problemas das persoas que non saben como resolver, a incidencia da bioloxía e da xenética, padecer enfermidades, etc.). Este coñecemento permitirá desenvolver estratexias preventivas eficaces, orientadas tanto á promoción da saúde mental como ao manexo temperán de síntomas e signos incipientes, potenciando a autoeficacia e o acceso oportuno ás intervencións terapéuticas.
2. *Incremento da conciencia e alfabetización en saúde mental*. Nos últimos anos, vénselle prestando máis atención, sobre todo a partir da pandemia do covid-19, polos problemas de malestar e posteriores trastornos mentais que afloraron despois do confinamento. Esta conciencia debe servir parar mellorar a asistencia e previr a aparición de novos trastornos.
3. *Focalización nos trastornos de maior carga epidemiolóxica*. Débese priorizar a atención e recursos cara aos trastornos máis prevalentes, como os trastornos de ansiedade, depresivos, adaptativos e por uso de substancias, dada a súa alta incidencia, impacto socioeconómico, e carga sobre o benestar individual e colectivo. Con todo, débese garantir tamén unha cobertura integral para outros trastornos menos frecuentes, pero igualmente relevantes.
4. *Abordaxe estratificado segundo grupos etarios e características sociodemográficas*. A heteroxeneidade na presentación e evolución dos trastornos mentais require unha diferenciación clara na atención á infancia e adolescencia, idade adulta e terceira idade. Ademais, hai que considerar a especial prevalencia en mulleres de certos trastornos (ex., depresión) e grupos vulnerables (ex., fillos de pacientes con trastornos mentais). Na práctica, a asistencia adoita organizarse en función deses grupos. Igualmente, debe terse en conta as diferenzas claras que hai por sexo e por xénero, sobre todo desenvolvendo tratamentos máis adaptados.
5. *Especial atención aos trastornos mentais graves*. Os trastornos mentais graves, pola súa complexidade clínica, esixen máis recursos, máis atención asistencial, máis hospitalizacións e con frecuencia teñen máis problemas no seu manexo terapéutico. Aquí débese primar buscar novos tratamentos, introducir abordaxes innovadoras, facer seguimentos sistemáticos dos pacientes, etc.
6. *Fortalecemento e ampliación de recursos humanos e materiais*. Fóronse incrementando nos últimos anos, fíxose un esforzo neste sentido, pero aínda é insuficiente. Sobre todo, precísase incrementar a dotación profesional, a capacitación continua e a incorporación de novas terapias e modelos asistenciais baseados na evidencia. É necesario garantir que os profesionais dispoñan do tempo e os medios adecuados para ofrecer unha atención de calidade, dada a complexidade e cronicidade frecuente dos trastornos mentais.
7. *Optimización e equidade na implementación de tratamentos*. A mellora constante das intervencións terapéuticas, a incorporación de tecnoloxías innovadoras e a avaliación rigorosa do custo-efectividade son cruciais para maximizar o impacto clínico e social. Débese asegurar que os tratamentos estean accesibles de maneira equitativa en todas as áreas xeográficas e grupos demográficos, especialmente naqueles con maior prevalencia ou necesidade. Hai tratamentos eficaces para os

distintos trastornos mentais e hai bos profesionais formados para aplicalos eficientemente. Só falta que se poida facer de modo sistemático e con eficiencia.

8. *Desenvolvemento e implementación de programas de prevención*. A prevención primaria, secundaria e terciaria dos trastornos mentais debe consolidarse mediante programas universais, selectivos (para grupos de risco, ex., fillos de pacientes con trastornos mentais) e indicados (para individuos con alto risco; ex., que as persoas con problemas psicóticos non comecen a consumir cannabis), dirixidos á poboación xeral e a grupos de risco específicos. A evidencia suxire que tales intervencións poden reducir a incidencia e mellorar o prognóstico a longo prazo, polo que o seu desenvolvemento e expansión deben considerarse prioritarios.
9. *Erradicación do estigma e discriminación asociados aos trastornos mentais*. A persistencia do estigma constitúe unha barreira crítica para a procura de axuda e a inclusión social. Requírese un esforzo multidimensional para promover a aceptación social, a sensibilización comunitaria e a protección dos dereitos humanos das persoas con trastornos mentais, con especial énfase naqueles con trastornos mentais graves.
10. *Sostemento do compromiso político e social cara á saúde mental*. Finalmente, é imprescindible manter un interese continuo e un compromiso sostido por parte dos sistemas sanitarios, institucións públicas e sociedade civil para garantir que as persoas afectadas por trastornos mentais reciban atención adecuada e oportuna, apoiada por recursos suficientes e estratexias actualizadas.

Referencias

Barber, P. e González, B. (2024). *Actualización: Informe de necesidades de médicos especialistas en España 2023-2035*. Ministerio de Sanidad.

Bemme, D. e Kirmayer, L. J. (2020). Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*, *57*(1), 3–18.

Bernal-Arenas, M., Arroyo-Sánchez, A., Torres Parejo, Ú. e Muñoz-Negro, J. E. (2025). A systematic review and meta-analysis on gender differences in the treatment of anxiety and depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 207640251331898.

Brandt, L., Efthimiou, O., Siafis, S., Schneider-Thoma, J., Stuke, H., … Leucht, S. (2025). Antipsychotic acute-phase treatment in individuals with and without recent treatment: An individual participant data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, e250587

Catarino, A., Harper, S., Malcolm, R, Stainthorpe, A., Warren, G, … Welchman, A. E. (2023). Economic evaluation of 27,540 patients with mood and anxiety disorders and the importance of waiting time and clinical effectiveness in mental healthcare. *Nature Mental Health, 1*, 667-678.

Consello de Contas de Galicia (2025). *Informe de auditoría operativa de las actuaciones, planes, proyectos y programas no ámbito da saúde mental. Ejercicios 2020-2023*. Consello de Contas. En: https://www.ccontasgalicia.es/sites/consello_de_contas/files/contents/documents/2025/IF_Auditoria_Operativa_Actuacions_Plans_Proxectos_Programas_Ambito_Saude_Mental_C.pdf

Costa, G. P. A., Assunção, B. R., Belfort-DeAguiar, R. e Nunes, J. C. (2025). Pharmacotherapies for binge eating disorder: Systematic review and network meta-analysis. *Obesity Reviews*, e13936.

Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, … Arango, C. (2017). Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking project. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *10*(1), 4–20.

Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M. e Karyotaki, E. (2025). Five decades of research on psychological treatments of depression: A historical and meta-analytic overview. *American Psychologist, 80*(3), 297-310.

Duro, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud español? *Papeles del Psicólogo, 42(2),* 81-93.

Everhart, S. A., Han, S. C. e Durazo-Arvizu, R. (2025). Family-based treatment in higher levels of care: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 10.1002/erv.3208.

Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés, 27*, 31-40.

Fischer, C. E., Namasivayam, A., Crawford-Holland, L., Hakobyan, N., Schweizer, T. A., Munoz, D. G. e Pollock, B. G. (2022). Psychotic disorders in the elderly: Diagnosis, epidemiology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, *45*(4), 691–705.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. e Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet*, *387*(10027), 1561–1572.

Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia [Grupo Trabajo Depresión Adultos] (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización en 2021*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Grupo Trabajo Depresión Infanto-Juvenil] (2013). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Tratamiento de la Conducta

suicida [Grupo Trabajo Suicidio] (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Tratamiento de la conducta suicida. Actualizada en 2020*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).

IDIS (2023). *Aproximación a la salud mental en España*. IDIS, Asociación para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. En: https://www.fundacionidis.com/informes/otros-informes/aproximacion-a-la-salud-mental-en-espana

McCutcheon, R. A., Reis Marques, T. e Howes, O. D. (2020). Schizophrenia-an overview. *JAMA Psychiatry*, *77*(2), 201–210.

Pike, B., Ambrosio, L. e Ellett, L. (2025). Brief psychological interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *55*, e146.

SEPSM (2024). *Libro blanco de la psiquiatría en España*. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Shultz, C., Walker, R., Bessarab, D., McMillan, F., JacLeod, J. e Marriott, R. (2014). Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice (2nd ed.). En P. Dudgeon, H. Milroy e R. Walker (Eds.), *Interdisciplinary Care to Enhance Mental Health and Social and Emotional Wellbeing*. Commonwealth of Australia.

Smith, O. R. F., Clark, D. M., Hensing, G., Layard, R. e Knapsta, M. (2025). Cost-benefit of IAPT Norway and effects on work-related outcomes and health care utilization: results from a randomized controlled trial using registry-based data. *Psychological Medicine, 55,* 286.

Vigo, D. V., Stein, D. J., Harris, M. G., Kazdin, A. E., Viana, M. C., … World Mental Health Survey Collaborators (2025). Effective treatment for mental and substance use disorders in 21 countries. *JAMA Psychiatry*, *82*(4), 347–357.

Visser, I., van der Mheen, M., Dorsman, H., Knipschild, R., Staaks, J., … Lindauer, R. J. L. (2025). Post-traumatic stress disorder rates in trauma-exposed children and adolescents: updated three-level meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1–9.

Xunta de Galicia (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Atención Sanitaria.

Capítulo 12
Recomendacións

1. A nivel social
2. A nivel sanitario
    - 2.1. En atención primaria
    - 2.2. En atención especializada á saúde mental
    - 2.3. Noutros recursos asistenciais
3. A nivel laboral

Recomendacións

Como resultado de todo o Informe, fanse as seguintes recomendacións para a procura dunha mellora da saúde mental en Galicia.

1) No eido social

1) Fortalecer a atención á saúde mental mediante campañas de información e concienciación dirixidas a toda a poboación, incluídos os medios de comunicación para maximizar a difusión. É fundamental visibilizar os problemas de saúde mental, o elevado número de persoas afectadas, a necesidade de que sexan apoiadas e facilitar o seu acceso aos servizos sanitarios.

2) Potenciar a realización de estudos para ter datos fiables e obxectivos sobre a problemática da saúde mental na poboación galega, tanto en nenos como en adolescentes, adultos e persoas maiores.

3) Introducir e potenciar programas eficaces para a prevención dos trastornos mentais en toda a sociedade, pero especialmente no contexto escolar e universitario, no campo laboral e nos colectivos que teñen maior risco de desenvolvelos.

4) Transmitir aos responsables políticos e lexislativos que a saúde mental é un problema importante de saúde, que precisa maior atención e dispoñer dos recursos materiais e humanos suficientes para prestar unha boa asistencia sanitaria. Así, poderase reducir a incidencia dos trastornos mentais, axudar a mellorar a calidade de vida das persoas que os sofren e ter unha mellor saúde toda a sociedade.

5) Os problemas de saúde mental están influídos por múltiples factores, que poden presentarse separadamente ou varios á vez nunha persoa, como son os biolóxicos e xenéticos, os ambientais e sociais (culturais, familiares, crianza, ecolóxicos, escolares, socioeconómicos, laborais) e psicolóxicos. Xa que algúns se poden reducir ou cambiar (ex., o estrés laboral, a pobreza, o acoso, a discriminación, os nesgos cognitivos), deben priorizarse aqueles que favorecen que as persoas teñan unha mellor saúde mental.

6) Dado que temos identificados os principais factores que se relacionan co incremento actual dos trastornos mentais, deben tomarse medidas de tipo social, educativas e sanitarias para reducir o seu impacto, como son, entre outros, a soidade, sobre todo nos anciáns, os novos tipos de convivencia e de familias, a priorización do traballo, a mobilidade laboral, o alto nivel de competitividade e estrés, os novos valores sociais, a frecuente frustración nunha sociedade consumista, o uso problemático que fai sobre toda a mocidade das redes sociais en Internet, etc.

7) Pola relevancia que cobraron os problemas de saúde mental nos últimos anos, debería introducirse no currículum escolar, xa desde idades temperás, programas para mellorar a saúde mental e desenvolver adecuadas habilidades sociais, emocionais e de afrontamento para a vida cotiá.

8) Como se evidenciou na pandemia do covid-19, e pospandemia, os profesionais sanitarios víronse sometidos a un enorme esforzo e presión asistencial, que tamén incidiu na súa saúde mental. Esta presión asistencial continúa, como é claro en atención primaria e en saúde mental. Por iso, debe implantarse unha adecuada organización do traballo, medidas preventivas para reducir o estrés e o *burnout* dos profesionais sanitarios e que dispoñan do tempo necesario para a adecuada atención aos pacientes.

2) No eido sanitario

2.1) En atención primaria

9) Aumentar os recursos para unha mellor atención á saúde mental (tanto materiais como humanos) nos equipos de atención primaria, por ser a porta de entrada da maioría dos pacientes que teñen trastornos mentais.

10) Manter unha formación continua para todos os profesionais do equipo de atención primaria en cuestións de saúde mental, polo alto nivel de pacientes que ven diariamente nas súas consultas, en aspectos como a detección precoz dos trastornos, a abordaxe básica do malestar, a actualización no manexo de psicofármacos, non abusar da prescrición, a adecuada derivación, etc.

11) Introducir paulatinamente profesionais da Psicoloxía Clínica nos centros de Atención Primaria para a atención áxil aos pacientes con trastornos mentais, no seu propio contexto cando non esixan derivación ás Unidades de Saúde Mental, con intervencións breves e/ou grupais para o seu tratamento ou para previr o agravamento e/ou cronificación dos seus trastornos.

12) Potenciar a creación de novos programas asistenciais en saúde mental nos centros de Atención Primaria para as persoas con trastornos mentais que permitan unha mellor atención ás demandas que presentan os pacientes.

13) Poñer en marcha programas de prevención dos trastornos mentais, sobre todo para os trastornos de ansiedade e trastornos depresivos, así como potenciar outros existentes. Estes deben implantarse tanto nos centros de Atención Primaria como noutros contextos comunitarios aos que se poida chegar.

14) Promover a dispoñibilidade de teleconsultas co equipo de saúde mental como unha ferramenta complementaria á atención presencial, permitindo tanto unha maior accesibilidade e continuidade de coidados como un maior apoio aos profesionais de atención primaria.

15) Ofrecer atención con axuda de intérpretes e contemplar a ampliación do tempo de consulta a pacientes que falen outras linguas e que teñen trastornos mentais.

16) Elaborar guías clínicas/protocolos estandarizados dos trastornos mentais específicos para aplicar na consulta de atención primaria.

2.2) En atención especializada á saúde mental

17) Poñer en marcha programas e tratamentos innovadores, así como unidades específicas e potenciar as existentes (ex., Unidades de Prevención da Conducta Suicida) para mellorar a asistencia á saúde mental.

18) Asegurar a atención á saúde mental ao longo de todo o ciclo vital, nenez, adolescencia, idade adulta e senectude, con unidades específicas, dado que os problemas de saúde mental varían en función das distintas etapas da vida.

19) Incrementar o número de profesionais de Psiquiatría, Psicoloxía Clínica e Enfermería especialista en saúde mental, nos distintos dispositivos de saúde mental, para asegurar unha atención de calidade e chegar ás ratios recomendadas deses profesionais.

20) Mellorar os tratamentos dispoñibles para os trastornos mentais (psiquiátricos, psicolóxicos e outros) tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, xunto á continua actualización dos profesionais.

21) Potenciar os espazos de coordinación tanto entre o equipo de atención primaria como cos demais profesionais das unidades de Saúde Mental ou outros

dispositivos hospitalarios. Neles débese facilitar o traballo multidisciplinar poñendo ao paciente no centro da abordaxe terapéutica.

22) Favorecer a atención, para aqueles pacientes que o precisan, fóra do hospital, coa participación activa de pacientes e familias.

23) Reducir as listas de agarda a través da mellora e optimización de recursos, profesionais e adecuados sistemas de derivación.

2.3) Noutros recursos asistenciais

24) Aplicar os mesmos criterios anteriores a outros recursos conveniados, como son a rede do Plan de Galicia sobre Drogas, as asociacións de ex-alcohólicos ou os centros de rehabilitación psicosocial para persoas con trastorno mental grave, entre outras.

25) Optimizar a colaboración cos recursos sociais existentes de saúde mental, como son as asociacións de pacientes, familiares, etc., que axudan ás persoas con trastornos mentais, para complementar os dispositivos públicos existentes.

3) No eido laboral

26) Aumentar a conciencia dos traballadores, empresarios, organizacións sindicais, organizacións empresariais, responsables políticos e lexislativos, sobre a presenza dos trastornos mentais no eido laboral e a súa incidencia negativa no rendemento laboral, absentismo e baixas laborais.

27) Dada a relevancia dos trastornos mentais no eido laboral, é necesario aumentar o coñecemento existente sobre eles, establecer intervencións de tipo preventivo, fomentar a detección temperá, facilitar o acceso á asistencia e facer unha adecuada incorporación laboral ao posto de traballo no caso de haber unha incapacidade laboral transitoria para evitar as recaídas.

28) Prestar unha especial atención aos riscos psicosociais no eido laboral que incrementan o risco de poder desenvolver trastornos mentais, así como levar a cabo accións para reducilos.

29) Dado que traballar é un factor protector para non padecer a maioría dos trastornos mentais máis prevalentes (ex., trastornos de ansiedade e depresión), en relación aos que están desempregados ou que teñen unha incapacidade, todas as medidas encamiñadas a reducir o paro, mellorar o ambiente laboral, previr os trastornos mentais e facilitar o acceso aos tratamentos adecuados para os que padecen trastornos mentais, leva a unha mellora da saúde mental global.

30) Seguir mellorando a lexislación laboral, incidindo na protección das persoas que teñen trastornos mentais, sobre todo para evitar o estigma e a marxinación, e para que reciban o mellor tratamento posible para a súa pronta recuperación e a súa incorporación ao posto de traballo.

31) Potenciar políticas laborais saudables que incidan positivamente nunha mellor saúde mental, como son impulsar medidas que favorezan a conciliación, a redución do estrés laboral, a prevención do burnout, a flexibilidade horaria, o adestramento en resolución de conflitos, a participación activa nas tarefas e decisións da empresa, etc.

32) Mellorar o atraso existente na revisión das baixas laborais por parte da inspección médica sanitaria, xa sexa por continxencia común ou profesional. A prestación económica do traballador depende dos devanditos informes. A actual carencia de suficientes profesionais na inspección médica está a levar a estes atrasos, que van mais alá dos que están fixados pola lei.

33) Garantir a reintegración dos traballadores tras unha baixa por un trastorno mental evitando calquera forma de estigmatización ou discriminación por medio de normas legais apropiadas, un funcionamento eficaz da inspección de traballo, o seguimento desde o servizo de vixilancia da saúde, así como a responsabilidade activa dos empregadores e da contorna laboral. A reincorporación debe desenvolverse en igualdade de condicións que calquera outra baixa por enfermidade.