Plan estratéxico de
SAÚDE MENTAL
2026–2030

XUNTA
DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Editado por:

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental

Santiago de Compostela, setembro de 2026

D.L. C 1730-2026

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

XUNTA DE GALICIA

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

Autoría e colaboracións

A continuación, inclúense as persoas implicadas na autoría e colaboración, por orde alfabética.

Dirección

Silva Tojo, Alfredo José.
Director xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Coordinación

Arrojo Romero, Manuel.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Díaz Pereira, Almudena.
Subdirectora xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Triñanes Pego, Yolanda.
Psicóloga. Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial e Trastorno Mental Grave. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Autoría

Arrojo Romero, Manuel.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Blanco Durán, Susana.
Administrativa. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Casas Losada, Alfonso.
Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Cores Viqueira, Paula.
Psiquiatra. Xefa do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Díaz Pereira, Almudena.
Subdirectora xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Durán Rivas, Alberto.
Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Ferrol.

Gundín Rey, Mónica.
Traballadora social. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Lijó Ayaso, Mercedes.
Xefa de Sección de Drogodependencias. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

López García, Marta.
Psiquiatra. Xefa do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Vigo.

Martínez Rodil, Sonia.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Mogo Serrano, María José.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Páramo Fernández, Mario.
Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Sánchez Casales, Antía.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Silveira Rodríguez, José Ramón.
Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Tajes Alonso, María.
Psiquiatra. Xefa do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras.

Triñanes Pego, Yolanda.
Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial e Trastorno Mental Grave. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Colaboración

Grupo de traballo de saúde mental e comunicación

Alvarez Vieito, Silvia.
Xornalista. Gabinete de Prensa. Consellería de Sanidade.

Arrojo Romero, Manuel.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Martíns Alvela, Eliana.
Xornalista. Colexio Profesional de Xornalismo.

Martínez Rodil, Sonia.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Mogo Serrano, María José.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Paniagua Pérez, Ángel.
Xornalista. La Voz de Galicia.

Pérez Santiso, Catalina.
Xornalista. Centro Integrado de Emerxencias 112 Galicia (CIAE).

Piñeiro Jato, María.
Xornalista. El Progreso.

Rodríguez López, Julio.
Xenetista clínico e divulgador científico. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Rodríguez Otero, José Eduardo.
Psicólogo clínico. Área Sanitaria de Vigo.

Silva Rodríguez, Alba. Xornalista.
Facultade de Xornalismo. Universidade de Santiago de Compostela.

Torres Iglesias, Ángela.
Psiquiatra. Facultade de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago e Barbanza.

Triñanes Pego, Yolanda.
Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial e Trastorno Mental Grave. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Grupo de traballo de saúde mental na infancia e na adolescencia

Pescozo Hormigo, Lourdes.
Psiquiatra infantil e da adolescencia. Área Sanitaria de Ourense.

Fandiño Pascual, Ricardo.
Psicólogo clínico. ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e a Adolescencia).

Guitián Rodríguez, Delia.
Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Mazaira Castro, José Alfredo.
Psiquiatra infantil e da adolescencia. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Pinal Fernández, Beatriz.
Psiquiatra infantil e da adolescencia. Área Sanitaria de Vigo.

Tajes Alonso, María.
Psiquiatra. Xefa de Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras.

Varela Bodenlle, Eva.
Psiquiatra infantil e da adolescencia. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Vigo Santamariña, Laura María.
Psiquiatra infantil e da adolescencia. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Grupo de traballo de saúde mental e atención primaria

Arrojo Romero, Manuel.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Casas Losada, Alfonso José.
Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría. Área Sanitaria de Pontevedra e Salnés.

Díaz Pereira, Almudena.
Subdirectora xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Martínez García, Mónica.
Enfermeira. Unidade de Procesos de Enfermería. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Méndez Iglesias, María del Carmen.
Traballadora social. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Pazos Crespo, Patricia.
Subdirectora xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Pérez Rodríguez, Natalia.
Médica de familia. Área Sanitaria de Vigo.

Reguillo Calero, Purificación.
Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Sánchez Casales, Antía.
Psicóloga. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Sánchez Edreira, Lidia.
Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Ferrol.

Sancho Díaz, María del Henar.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Vigo.

Sangiao Novio, Inmaculada.
Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Santos Rivas, Mónica.
Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras.

Sardiña Agra, Javier.
Psicólogo clínico. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Triñanes Pego, Yolanda.
Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial e Trastorno Mental Grave. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Integración e Innovación Asistencial.

Entidades colaboradoras

Asociación de Psicoloxía Clínica do Servizo Galego de Saúde (APCS).

Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria (AGEFEC).

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS).

Asociación Galega de Psiquiatría (AGP).

Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC).

Asociación Galega de Saúde Mental.

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia (COPG).

Colexio Oficial de Terapeutas Ocupacionais de Galicia (COTOGA).

Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia (COTSG).

Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia (FEAFES/FEAFES Galicia).

LIDEREMOS.

Rede de atención ás adiccións de Galicia (UNAD Galicia).

Sociedade Española de Médicos de Atención Primaria – Galicia (SEMERGEN Galicia).

UNICEF.

Revisores externos

(a proposta das entidades colaboradoras)

Andrade Blanco, Marta. UNICEF Comité Galicia.

Bello Pombo, Inés. APCS.

Berdullas Barreiro, José. COPG.

Bugarín González, Rosendo. SEMERGEN Galicia.

Campello García, Luz. Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS).

Carrera García, Álvaro. AGEFEC.

Cerecedo Pérez, María Jesús. AGAMFEC.

Crespo Iglesias, José Manuel. AGP.

Fernández Lema, Isabel. COTSG.

González González, Natalia. UNAD Galicia.

González Martínez, Belén. AGEFEC.

Hernández Fernández, Antonio. FEAFES Galicia.

Manchado Enseñat, Julia. AGAMFEC.

Marcos Carregal, Paula. COPG.

Navarro Bardón, Mario. LIDEREMOS.

Núñez Rey, Belén. COTOGA.

Ventosa Ruiz, Ana. AEESME.

ÍNDICE

5/ **Autoría e colaboracións**

15/ **Abreviaturas**

20/ **Introdución e xustificación**

1

26/ **Marco de referencia ético, normativo e estratéxico**

26/ 1.1. Marco ético
27/ 1.2. Marco normativo e estratéxico

2

32/ **Misión, visión e valores**

32/ 2.1. Misión
32/ 2.2. Visión
32/ 2.3. Valores

3

36/ **Metodoloxía**

4

40/ **Contexto epidemiolóxico**

40/ 4.1. Factores relacionados coa saúde mental
41/ 4.2. Impacto da pandemia na saúde mental
42/ 4.3. Epidemioloxía dos trastornos mentais en Galicia

5 54/ Liñas estratéxicas

54/ 5.1. Trastorno mental grave
56/ 5.2. Saúde mental na infancia e na adolescencia
58/ 5.3. Saúde mental en idades avanzadas
60/ 5.4. Trastorno mental común
63/ 5.5. Programas e unidades monográficas
64/ 5.6. Trastornos adictivos e condutas relacionadas

6 68/ Liñas transversais

68/ 6.1. Humanización, sensibilización e loita contra o estigma
69/ 6.2. Integración asistencial, optimización de recursos e sistemas de información
72/ 6.3. Xestión do coñecemento, investigación e innovación
73/ 6.4. Resultados en saúde e indicadores

78/ Anexos

78/ ANEXO I. Indicadores
100/ ANEXO II. Poboación por área sanitaria

104/ Referencias bibliográficas

Índice de táboas

49/ Táboa 1.
Consumo de alcol, tabaco e cánnabis na poboación de 15 a 64 anos en Galicia e España en 2024.

Índice de figuras

36/ Figura 1.
Proceso de elaboración de obxectivos e accións do Plan.

42/ Figura 2.
Prevalencia de trastornos mentais e do comportamento por comunidade autónoma.

43/ Figura 3.
Prevalencia de trastornos de ansiedade rexistrados por 1.000 habitantes segundo sexo e comunidade autónoma. Informe anual do Sistema Nacional de Saúde 2024.

44/ Figura 4.
Prevalencia de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España por comunidade autónoma 2005–2022.

46/ Figura 5.
Indicadores de saúde mental en Galicia (11–18 anos).

50/ Figura 6.
Taxa de mortalidade por suicidio en España e Galicia.

Abreviaturas

AP	Atención primaria.
AROPE	Risco de pobreza ou exclusión social.
CHUS	Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
CROM	Medidas de resultados reportadas polos clínicos (*Clinician-Reported Outcome Measures*).
CRPL	Centros de rehabilitación psicosocial e laboral.
DGOX	Dirección Xeral de Ordenación do Xogo.
DSM-5	Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais, 5.ª edición.
ECC	Equipo de continuidade de coidados.
EDADES	Enquisa sobre alcol e outras drogas en España.
ESK	Programa de esketamina.
FEGAMP	Federación Galega de Municipios e Provincias.
FSE+	Fondo Social Europeo Plus.
XECEAS-web	Programa de xestión de centros asistenciais de condutas adictivas.
HADO	Hospitalización a domicilio.
HD	Hospital de día.
IANUS-5	Historia clínica electrónica do Sergas.
INE	Instituto Nacional de Estatística.
LGTBI	Lesbianas, gais, trans, bisexuais e intersexuais.
LGTBIQ+	Lesbianas, gais, trans, bisexuais, intersexuais, queer e outras identidades.

Abreviaturas

OMS	Organización Mundial da Saúde.
PAS	Programa de atención sociosanitaria.
PEP	Primeiros episodios psicóticos.
PREM	Medidas de experiencias reportadas polos/polas pacientes (*Patient-Reported Experience Measures*).
PROM	Medidas de resultados reportadas polos/polas pacientes (*Patient-Reported Outcome Measures*).
PX	Psicoxeriatría.
SERGAS	Servizo Galego de Saúde.
SICRI	Sistema de Información sobre Condutas de Risco.
SNS	Sistema Nacional de Saúde.
TEC-M	Programa de terapia electroconvulsiva de mantemento.
TCA	Trastornos da conduta alimentaria.
TCAE	Técnico/a en coidados auxiliares de enfermería.
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividade.
TEA	Trastorno do espectro autista.
TEPT	Trastorno de estrés postraumático.
TLP	Trastorno límite da personalidade.
TMG	Trastorno mental grave.
TOC	Trastorno obsesivo-compulsivo.
TUS	Trastornos por uso de substancias.
UCER	Unidade de coidados especiais de rehabilitación.

Abreviaturas

UCR	Unidade de coidados de rehabilitación.
UCRR	Unidade de coidados residenciais de rehabilitación.
UHP	Unidade de hospitalización psiquiátrica.
UHP-IX	Unidade de hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil.
UPS	Unidade de prevención do suicidio.
USM	Unidade de saúde mental.
USM-IX	Unidade de saúde mental infanto-xuvenil.
UTA	Unidade de tratamento de alcolismo.
YAM	*Youth Aware of Mental Health*.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

INTRODUCIÓN E XUSTIFICACIÓN

INTRODUCIÓN E XUSTIFICACIÓN

A saúde mental, tal como a define a Organización Mundial da Saúde (OMS), é un estado de benestar mental que lles permite ás persoas facer fronte aos momentos de tensión da vida, desenvolver todas as súas habilidades, aprender e traballar adecuadamente e integrarse na súa contorna (1). Esta definición transcende a mera ausencia de trastornos mentais, recoñecendo a saúde mental como un dereito humano fundamental e un elemento esencial para o desenvolvemento persoal, comunitario e socioeconómico.

No contexto galego, coas súas singularidades demográficas, xeográficas e sociais, a saúde mental require dunha abordaxe específica e adaptada ás necesidades da poboación. A dispersión territorial e o envellecemento, entre outros factores, condicionan un marco de referencia específico para o desenvolvemento de políticas sanitarias nesta materia.

O presente Plan estratéxico 2026–2030 (en diante, o Plan) explicita o compromiso do Servizo Galego de Saúde cun dobre propósito: reforzar o benestar psicosocial da poboación e reducir o impacto dos trastornos mentais mediante medidas integrais que aborden a prevención, a detección temperá e a intervención precoz, a continuidade de coidados, a recuperación e a inclusión comunitaria. Este compromiso concrétase no fortalecemento dos circuítos asistenciais e na posta en marcha de mecanismos de coordinación entre os sistemas sanitario, social, educativo e comunitario, co fin de promover intervencións oportunas, adecuadas e aliñadas coas necesidades de cada persoa e da súa contorna.

O período 2020–2024 estivo marcado pola persistencia dos efectos da pandemia e por un aumento da demanda asistencial, especialmente na poboación infanto-xuvenil e nas persoas de idade avanzada. O Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid (2) impulsou liñas como a promoción da participación e da autonomía do/da paciente; o reforzo da atención comunitaria a través dos equipos de continuidade de coidados (ECC) e dos programas de atención sociosanitaria; o reforzo da atención psicoxeriátrica, a ampliación das unidades de saúde mental (USM) e dos programas de intervención precoz; o fortalecemento da gobernanza e da coordinación intersectorial; o desenvolvemento de programas preventivos e asistenciais centrados na infancia e na adolescencia; e a implementación de innovacións organizativas como a teleasistencia, a atención colaborativa en depresión e a transferencia de resultados de investigación á práctica asistencial.

Co fin de dar continuidade ás accións propostas, prorrogouse o plan anterior durante 2025. Ao longo deste ano, reforzouse a capacidade asistencial

mediante o incremento da dotación das unidades de hospitalización breve de adultos/as da Área Sanitaria da Coruña e Cee, que pasou de trinta a corenta e dúas camas, así como da Unidade Infanto-Xuvenil da Área Sanitaria de Vigo, cuxa capacidade aumentou de seis a once camas, e iniciouse a construción do Hospital de Día Infanto-Xuvenil de Ferrol.

Outras accións desenvolvidas neste ano foron a análise, por parte da comisión mixta creada coa FEGAMP, dos pasos necesarios para a integración das unidades de condutas adictivas de titularidade municipal no Servizo Galego de Saúde, así como a creación de grupos de traballo multidisciplinares en ámbitos identificados como especialmente relevantes. Entre estes, atópanse a loita contra o estigma, a atención á saúde mental en atención primaria, a atención á saúde mental infanto-xuvenil e a prestación de atención psicolóxica no ámbito universitario. Tamén se impulsaron proxectos de humanización de espazos en distintas áreas sanitarias e iniciativas de fomento do emprego dirixidas a persoas con trastorno mental grave, cofinanciadas a través do FSE+.

O Plan pretende consolidar as medidas que resultaron efectivas e reducir a variabilidade clínica e organizativa entre áreas sanitarias, reforzando a coordinación entre niveis asistenciais e cos recursos sociosanitarios.

O contexto epidemiolóxico actual reforza esta necesidade. Galicia mantense entre as comunidades con taxas de suicidio máis elevadas do ámbito estatal (3) e presenta unha alta prevalencia de patoloxías como os trastornos afectivos (4), o que supón un reto para o sistema sanitario e social. A todo iso súmanse os aspectos demográficos e territoriais antes mencionados, que fan imprescindible consolidar un modelo comunitario de proximidade capaz de garantir a continuidade asistencial.

Os trastornos mentais xorden da interacción entre factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais. As experiencias potencialmente adversas (traumas, perdas e soidade non desexada, entre outras) e as situacións de discriminación en grupos vulnerables son factores de risco relevantes. A detección e a intervención precoz, os tratamentos baseados na evidencia e a continuidade asistencial, así como unha adecuada formación específica dos e das profesionais dos sectores sanitario, educativo e social, poden contribuír a unha mellor atención integral dos trastornos mentais (4, 5).

A estratexia galega pretende aliñarse co *Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027* do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que destaca o reforzo

de recursos humanos; o desenvolvemento da atención comunitaria e de alternativas á institucionalización; un modelo baseado en dereitos; o uso seguro e de calidade de psicofármacos; a atención a colectivos vulnerables; a saúde mental perinatal, da infancia e a adolescencia; os sistemas de información; e a saúde mental no traballo (6). Tamén se aliña co *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025–2027* (7) e coas recomendacións da OMS para os sistemas de saúde mental, que subliñan o liderado e a gobernanza con financiamento suficiente e rendición de contas; a transición a redes comunitarias e a desinstitucionalización; o desenvolvemento e benestar da forza laboral; as intervencións integrais, centradas na persoa e orientadas á recuperación; e a contribución activa do sector sanitario aos determinantes sociais e á redución do estigma (8, 9).

Para facilitar a súa implementación, o Plan organízase en seis liñas estratéxicas:

1. Trastorno mental grave.
2. Saúde mental na infancia e na adolescencia.
3. Saúde mental en idades avanzadas.
4. Trastorno mental común.
5. Programas e unidades monográficas.
6. Trastornos adictivos e condutas relacionadas.

Estas complétanse con catro liñas transversais:

1. Humanización, sensibilización e loita contra o estigma.
2. Coordinación asistencial, optimización de recursos e sistemas de información.
3. Xestión do coñecemento, investigación e innovación.
4. Resultados en saúde e indicadores.

A gobernanza articularase mediante mecanismos de coordinación interdepartamental e espazos de participación profesional e cidadá encargados da dirección estratéxica, o seguimento e a avaliación.

En síntese, o Plan xustifícase pola magnitude e complexidade da carga de enfermidade en Galicia, pola necesidade de consolidar os avances do período 2020–2025, polo seu aliñamento coas directrices estatais e internacionais, e pola necesidade de avanzar cara a un modelo comunitario, baseado en dereitos

e centrado na persoa, que reduza as iniquidades, mellore os resultados en saúde e fortaleza a sustentabilidade do sistema.

A partir deste marco, as seccións seguintes presentan a análise da situación (factores relacionados coa saúde mental, impacto pospandémico, epidemioloxía e mapa de recursos) e, con base nesta análise, os obxectivos, as accións, os recursos e os mecanismos de avaliación previstos para o período 2026–2030.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

MARCO DE REFERENCIA ÉTICO, NORMATIVO E ESTRATÉXICO

MARCO DE REFERENCIA ÉTICO, NORMATIVO E ESTRATÉXICO

O Plan constrúese sobre un marco ético, normativo e estratéxico que orienta todas as actuacións cara á mellora da saúde mental da poboación, desde o respecto aos dereitos humanos, á equidade, á xustiza social e á dignidade das persoas. Este marco integra as recomendacións internacionais en materia de saúde mental, os compromisos asumidos polo Estado español, o desenvolvemento lexislativo autonómico e a experiencia acumulada nos plans e estratexias previas nos ámbitos internacional, estatal e autonómico.

1.1. Marco ético

O eixe fundamental do Plan baséase nunha concepción integral da saúde mental, entendida como parte inseparable da saúde xeral e do benestar social, e como un elemento clave do desenvolvemento individual e colectivo. Este enfoque é coherente co Plan de acción integral sobre saúde mental 2013–2030 da OMS (10), que orienta os Estados cara a un modelo de atención comunitaria, integrado e baseado nos dereitos humanos. Isto implica que as políticas públicas deben enfocarse en garantir a autonomía persoal, a participación activa das persoas usuarias, o respecto ás súas decisións e a protección fronte a calquera forma de discriminación.

Así mesmo, o Plan adopta os principios éticos definidos pola OMS na súa *Guidance on mental health policy and strategic action plans* de 2025 (8), entre os que se atopan o respecto á dignidade e á autonomía, o enfoque baseado en dereitos, a capacidade xurídica e as prácticas non coercitivas, a equidade e a xustiza social, a inclusión e a participación, e a loita contra o estigma e a discriminación. De acordo con estes principios, as intervencións en saúde mental deben basearse na evidencia científica, promover a participación informada das persoas, fomentar a corresponsabilidade das familias e comunidades e asegurar unha atención libre de coerción innecesaria, priorizando alternativas terapéuticas orientadas á recuperación e á vida independente na comunidade.

Recoñécese de maneira especial a necesidade de protexer os grupos máis vulnerables, incluídas a infancia e a adolescencia, a poboación maior, as persoas con discapacidade e en situación de exclusión social e aquelas con

trastornos mentais graves (TMG). Este enfoque require que as actuacións non só respecten os dereitos individuais, senón que tamén promovan a equidade no acceso aos servizos e a participación activa dos e das pacientes e das súas familias, consolidando un sistema de atención xusto, inclusivo e eticamente responsable.

1.2. Marco normativo e estratéxico

No ámbito internacional, o Plan alíñase cos compromisos en materia de saúde mental e dereitos humanos. Entre eles, destacan a Declaración de Helsinki sobre Saúde Mental (2005) (9) e o Plan de acción integral sobre saúde mental 2013–2030 (10), ambos da OMS e referentes clave, por propoñer un modelo de atención comunitaria centrado na inclusión e na participación. Na mesma liña, a Estratexia de saúde mental da Unión Europea (2023) (11) e a Estratexia europea sobre discapacidade 2021–2030 (12) subliñan a importancia de integrar a saúde mental en todas as políticas públicas, reforzando a cooperación intersectorial entre os sistemas sanitario, educativo, laboral e social.

No ámbito estatal, o marco normativo que sustenta este Plan fundaméntase na Constitución española de 1978 (13), cuxo artigo 43 recoñece o dereito á protección da saúde e encomenda aos poderes públicos a organización e tutela da saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios. O artigo 49 establece a obriga de promover políticas que garantan a plena autonomía persoal e a inclusión social das persoas con discapacidade, en contornas accesibles e sen discriminación.

A Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade (14), é o piar normativo central do sistema sanitario español, ao establecer as bases do SNS e o carácter integral, universal e equitativo da atención. A Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do SNS (15), impulsou a coordinación entre comunidades autónomas. Complementariamente, a Lei 41/2002, básica reguladora da autonomía do/da paciente e dos dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica (16), reforza o dereito á información, á toma de decisións e ao consentimento informado; a Lei 39/2006, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia (17), establece a protección das persoas con discapacidade psicosocial; e a Lei 8/2021, do 2 de xuño, pola que se reforma a lexislación civil e procesual para o apoio ás persoas con discapacidade no exercicio da súa capacidade xurídica (18), consolida un novo paradigma de apoio e respecto á vontade individual.

Respecto dos plans e estratexias relacionados coa saúde mental no ámbito estatal, destacan a Estratexia de saúde mental do SNS 2022–2026 (19), que define as liñas prioritarias para consolidar unha atención integral, comunitaria

e centrada na persoa; o Plan de acción de saúde mental 2025–2027 (6); e o Plan de acción para a prevención do suicidio 2025–2027 (7), que reforza a súa implementación mediante medidas específicas orientadas á prevención do suicidio, á atención infanto-xuvenil, á humanización da asistencia e ao fortalecemento dos recursos en todo o territorio español.

En Galicia, o marco normativo autonómico que sustenta este Plan enraíza na Lei 8/2008, de saúde de Galicia (20), que establece os principios de universalidade, equidade, participación cidadá e humanización da asistencia. A Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, de Estatuto de autonomía para Galicia (21), recoñece no seu artigo 27 a competencia exclusiva da comunidade autónoma sobre a organización e administración dos servizos sanitarios e sociais.

Xunto á lexislación sanitaria, o Plan apóiase noutros marcos autonómicos complementarios: a Lei 13/2008, de servizos sociais de Galicia (22); a Lei 7/2023, para a igualdade efectiva de homes e mulleres de Galicia (23); a Lei 10/2014, de accesibilidade (24); e a Lei 3/2011, de apoio á familia e á infancia de Galicia (25). Todas elas son coherentes cunha visión integral do benestar e coa necesidade de abordar a saúde mental desde un enfoque intersectorial que transcenda o ámbito sanitario.

Este marco ético, normativo e estratéxico reforza o compromiso de Galicia cun modelo de atención comunitaria, inclusiva e baseada na evidencia, capaz de garantir que todas as persoas, con independencia da súa idade, condición ou lugar de residencia, poidan exercer plenamente o seu dereito á saúde mental e ao benestar.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

MISIÓN, VISIÓN E VALORES

2

MISIÓN, VISIÓN E VALORES

2.1. Misión

Garantir unha atención integral, equitativa e centrada na persoa en materia de saúde mental, para o que se orienta a acción do sistema sanitario cara a un modelo comunitario, inclusivo e baseado en dereitos, que favoreza a recuperación, a autonomía persoal e a plena participación social.

2.2. Visión

Consolidar en Galicia un sistema de saúde mental accesible, humanizado, comprometido coas necesidades da poboación e innovador, capaz de combinar a excelencia clínica coa atención comunitaria, incorporar a voz de pacientes e familiares e actuar de forma coordinada cos ámbitos social e educativo.

2.3. Valores

Humanización e respecto á dignidade: recoñecemento do valor intrínseco da persoa, da súa autonomía e dos seus dereitos.

Equidade e accesibilidade: eliminación de barreiras territoriais, económicas ou sociais no acceso á atención.

Enfoque comunitario e de recuperación: apoio en contornas naturais, fomentando a inclusión e a participación activa e o acceso a recursos comunitarios e actividades orientadas á recuperación.

Intersectorialidade e coordinación: traballo conxunto entre sanidade, servizos sociais, educación, xustiza e emprego.

Prevención e promoción do benestar: intervención temperá e fomento de contornas saudables en todas as etapas vitais.

Participación e corresponsabilidade: implicación de pacientes, familias e profesionais na toma de decisións.

Innovación e mellora continua: incorporación da evidencia científica e das tecnoloxías sanitarias e avaliación sistemática de resultados.

Perspectiva de ciclo vital e de xénero: recoñecemento das necesidades específicas na infancia, na mocidade e na vellez, con perspectiva de xénero de pacientes, profesionais e persoas coidadoras.

Perspectiva transcultural: recoñecemento da vulnerabilidade nos procesos migratorios e nas persoas migrantes en relación coa saúde mental.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

METODOLOXÍA

3

METODOLOXÍA

A elaboración do Plan desenvolveuse mediante un proceso sistemático, participativo e multidisciplinar, seguindo as orientacións metodolóxicas recollidas nos marcos de referencia, especialmente as directrices da OMS para o desenvolvemento de políticas e plans de saúde mental (8). A metodoloxía adoptada buscou asegurar a transparencia do proceso, a coherencia interna do documento e a integración efectiva das achegas de profesionais, entidades sociais e persoas con experiencia en primeira persoa.

Figura 1.

Proceso de elaboración de obxectivos e accións do Plan.

1

Nunha primeira fase, designouse como responsable de cada liña estratéxica e da liña transversal de humanización e loita contra o estigma a un/unha xefe/a de servizo de psiquiatría, atendendo á súa visión estratéxica e coñecemento do ámbito específico de intervención. Cada responsable coordinou a elaboración dun borrador de obxectivos e accións da liña asignada, seguindo criterios de pertinencia, aliñación coa evidencia dispoñible e coherencia cos retos identificados na análise de situación. As outras liñas transversais foron coordinadas conxuntamente por membros da Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental e os/as sete xefes/as de servizo.

2

A continuación, configuráronse grupos de consulta de entre oito e dez participantes, seleccionados/as para garantir unha representación plural e altamente especializada en cada unha das liñas: profesionais de distintas disciplinas (psicoloxía clínica, psiquiatría, enfermería e enfermería de saúde mental, terapia ocupacional, traballo social, medicina de familia e pediatría) e representantes de asociacións de pacientes e familiares.

3

As propostas elaboradas na primeira fase foron incorporadas a un conxunto de enquisas deseñadas especificamente para facilitar un proceso de priorización e valoración estandarizada. As enquisas incluían instrucións para a avaliación de cada acción, segundo prioridade (do 1 ao 5) e factibilidade (do 1 ao 5). Ademais, para cada acción deixouse un espazo de texto libre para engadir comentarios e matizar ou ampliar accións. Ao final da enquisa incluíuse outro espazo libre para suxerir novas accións que deberían ser valoradas pola súa alta prioridade e factibilidade. A cada grupo de consulta remitíuselle a enquisa correspondente ao seu ámbito e déuselle o prazo dunha semana para completala.

4

Na seguinte fase, realizouse unha análise integrada de todas as respostas, na que se valoraron tanto as puntuacións globais como a pertinencia das achegas cualitativas. Co fin de asegurar a consistencia metodolóxica, seleccionáronse as accións que obtiveron unha puntuación de prioridade e factibilidade moi alta, alta ou media en polo menos o 75 % das respostas. Este procedemento permitiu identificar intervencións apoiadas polo consenso do grupo de expertos/as e evitar a inclusión de propostas cun grao de apoio insuficiente. De forma complementaria, revisáronse as propostas de novas accións incluídas polas persoas participantes en función da súa relevancia estratéxica, da evidencia dispoñible, da viabilidade e do axuste aos obxectivos do Plan. Finalmente, incorporáronse ao documento aquelas suxestións que se consideraron adecuadas e aliñadas coas prioridades asistenciais e de saúde pública de Galicia.

5

Este proceso participativo culminou na elaboración dos contidos do documento, incluíndo tamén as achegas dos grupos que viñan traballando xa desde o ano 2025 (Grupo de saúde mental e comunicación, na liña transversal Humanización, sensibilización e loita contra o estigma; Grupo de saúde mental na infancia e na adolescencia, na liña estratéxica Saúde mental na infancia e na adolescencia; e Grupo de saúde mental e atención primaria, na liña estratéxica Trastorno mental común).

O proceso realizado garante a coherencia interna entre o diagnóstico, os obxectivos e as accións propostas, integrando de forma temperá as achegas dos grupos de consulta e asegurando que o documento final reflicta, de maneira equilibrada, a perspectiva técnica, a realidade asistencial do Sistema Sanitario Público de Galicia e as prioridades expresadas polos axentes implicados.

A metodoloxía adoptada completouse cun proceso final de revisión técnica e edición. O resultado é un documento consensuado, participativo e aliñado cos marcos internacionais, estatais e autonómicos de planificación sanitaria, destinado a orientar as políticas públicas de saúde mental en Galicia durante o período 2026–2030.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

CONTEXTO EPIDEMIOLÓXICO

4

CONTEXTO EPIDEMIOLÓXICO

4.1. Factores relacionados coa saúde mental

A saúde mental e a aparición de trastornos mentais responden á interacción dinámica entre factores biolóxicos, psicolóxicos, ambientais e sociais, ao longo de todo o curso da vida. Este marco biopsicosocial permite entender que a vulnerabilidade non depende dunha única causa, senón da acumulación e interacción de múltiples exposicións e condicións de risco.

A vulnerabilidade relacionada co desenvolvemento de trastornos mentais xorde da interacción complexa entre factores xenéticos e ambientais. A evidencia científica mostra que os factores xenéticos contribúen de maneira substancial ao risco de aparición de trastornos mentais, cunha alta herdabilidade descrita para moitos deles (26, 27, 28). Distintos procesos biolóxicos implicados no neurodesenvolvemento, a resposta ao estrés e a comorbilidade con enfermidades físicas poden modular a vulnerabilidade individual e o curso clínico dos trastornos mentais (29).

No plano psicolóxico, diversos factores transdiagnósticos, como as dificultades na regulación emocional, a tendencia á rumiación, a maior reactividade ao estrés ou o uso de estratexias de afrontamento pouco adaptativas, poden aumentar o risco de desenvolver sintomatoloxía ansioso-depresiva e favorecer a persistencia do malestar psicolóxico (30, 31). Estes factores non actúan de forma illada, senón en interacción coa historia vital da persoa, os seus recursos persoais e o contexto relacional e social no que se desenvolve.

Entre os factores psicosociais máis relevantes destacan as experiencias adversas na infancia, que se asocian de forma consistente coa aparición de diversos trastornos mentais, incluídos os provocados polo consumo de substancias. Estas asociacións mantéñense mesmo tras o control de posibles factores de confusión (32, 33). O acoso escolar (*bullying*) constitúe outro factor de risco relevante, xa que a exposición reiterada a situacións de vitimización en etapas temperás da vida se asocia a un maior risco de depresión, ansiedade, ideación suicida e trastornos do comportamento, con efectos que poden persistir na idade adulta (34). Pola súa banda, o consumo de cánnabis, especialmente cando se inicia de forma precoz e con patróns intensivos, relaciónase cun maior risco de trastornos psicóticos, alteracións afectivas e deterioración do funcionamento psicosocial, así como cun peor prognóstico en persoas con trastornos mentais previos (35, 36).

Así mesmo, a violencia de xénero, especialmente a exercida pola parella ou exparella, vinculouse de maneira sólida coa presenza de sintomatoloxía ansioso-depresiva (37, 38), co trastorno por estrés postraumático (TEPT) e cun maior risco de conduta suicida (38).

Tamén os factores relacionais e dixitais condicionan tanto o curso como a recuperación das persoas con problemas de saúde mental. A soidade non desexada e o baixo capital social asócianse cunha maior mortalidade e cun peor estado de saúde mental, e existe evidencia causal emerxente de que a redución da soidade pode diminuír o risco de depresión (39). A tecnoloxía dixital en xeral, e o uso de redes sociais en particular, presentan tanto beneficios como riscos, polo que as intervencións deben centrarse en promover un uso seguro e saudable, máis que en prohibicións xeneralizadas (40–43).

Por último, os riscos climáticos e os incendios teñen un impacto relevante sobre a saúde mental e requiren a preparación dos servizos sanitarios e dos apoios psicosociais para unha adecuada adaptación a nivel local (44).

As persoas con trastornos mentais presentan un exceso de mortalidade, atribuíble en gran parte a causas físicas previbles e ás iniquidades no acceso e na calidade da atención sanitaria (45). España sitúase entre os países con maior consumo de ansiolíticos e hipnóticos, e Galicia é a comunidade con cifras máis elevadas (46, 47).

4.2. Impacto da pandemia na saúde mental

A pandemia da covid-19 supuxo un reto asistencial, dado o incremento (estimado ao redor dun 25 %) da carga asociada a problemas de saúde mental, cun maior impacto en grupos vulnerables como as mulleres, a xente nova, as persoas con enfermidades crónicas, as persoas que viven soas e aquelas con dificultades económicas (48–51).

Durante este período, o sistema sanitario autonómico tivo que despregar de maneira acelerada modalidades de atención non presencial, como a teleasistencia, co fin de garantir a continuidade asistencial. Estas intervencións permitiron manter o seguimento de persoas con trastorno mental grave (TMG) e contribuíron, en determinados casos, a evitar ingresos hospitalarios. A experiencia acumulada puxo de manifesto o valor da teleasistencia como recurso estratéxico para reforzar a atención de proximidade e mellorar a equidade territorial no acceso aos servizos de saúde mental, especialmente en contextos de dispersión xeográfica (52).

Desde o punto de vista clínico e de saúde pública, identificáronse secuelas neuropsiquiátricas asociadas á covid-19, entre as que destacan a deterioración cognitiva persistente, así como un aumento da sintomatoloxía ansiosa e depresiva. Ademais, a evidencia dispoñible sinala un maior risco de aparición ou descompensación de trastornos psicóticos, demencia e trastornos do sono, o que subliña a necesidade de reforzar a capacidade de detección precoz, seguimento e resposta dos dispositivos de saúde mental (53–55).

4.3. Epidemioloxía dos trastornos mentais en Galicia

4.3.1. Poboación xeral

En Galicia, a prevalencia de trastornos mentais e do comportamento é lixeiramente superior á media nacional (349,5 fronte a 331 casos por cada 1.000 habitantes).

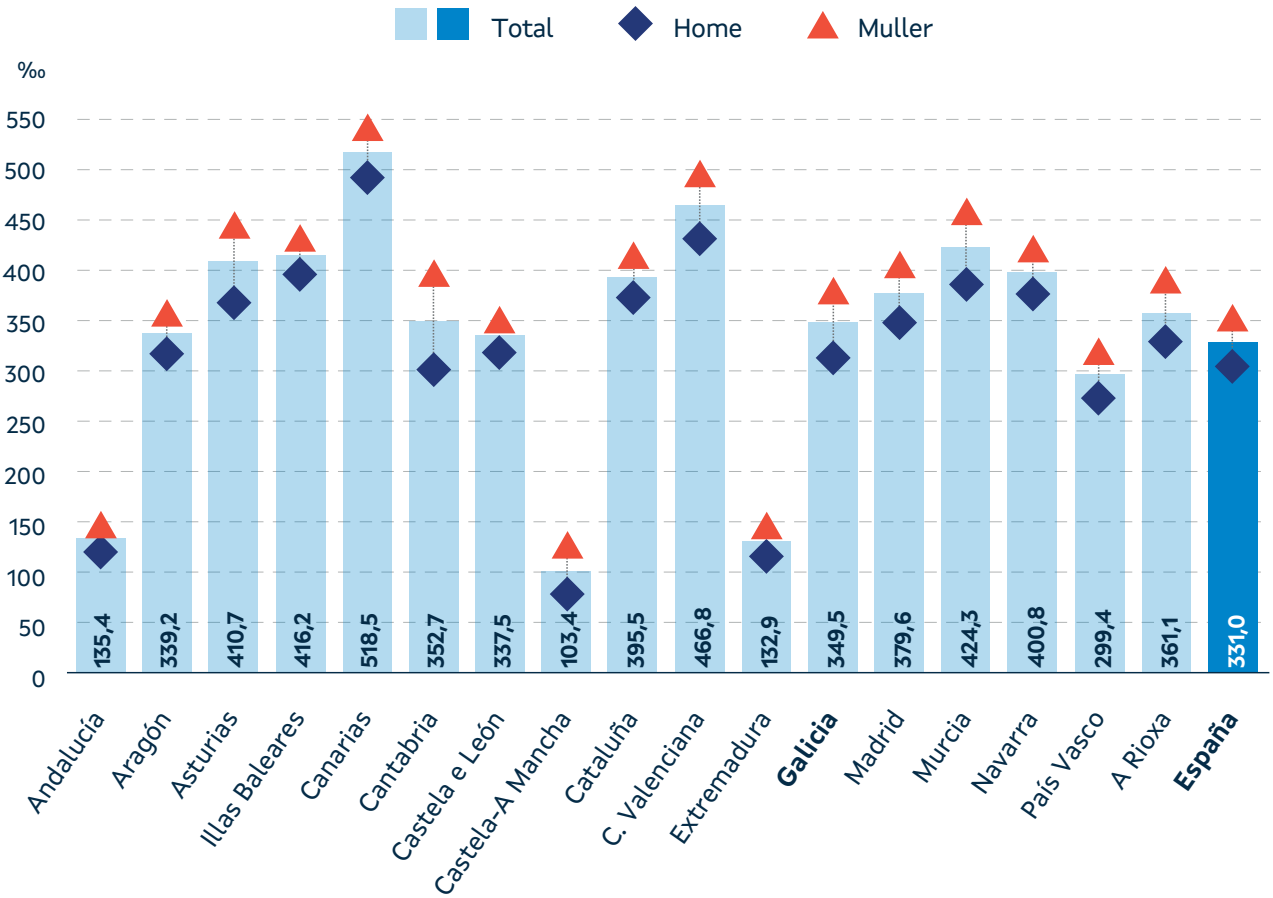

Figura 2.
Prevalencia de trastornos mentais e do comportamento por comunidade autónoma (56).

O trastorno mental máis frecuente rexistrado nas historias clínicas de AP no ámbito estatal é o de ansiedade, cunha tendencia crecente desde 2016 ata 2022. Con todo, Galicia rexistrou unha prevalencia de trastornos de ansiedade marxinalmente inferior á nacional (69,4 casos fronte a 106,5 casos por cada 1.000 habitantes). Este trastorno afféctalles máis ás mulleres que aos homes (56).

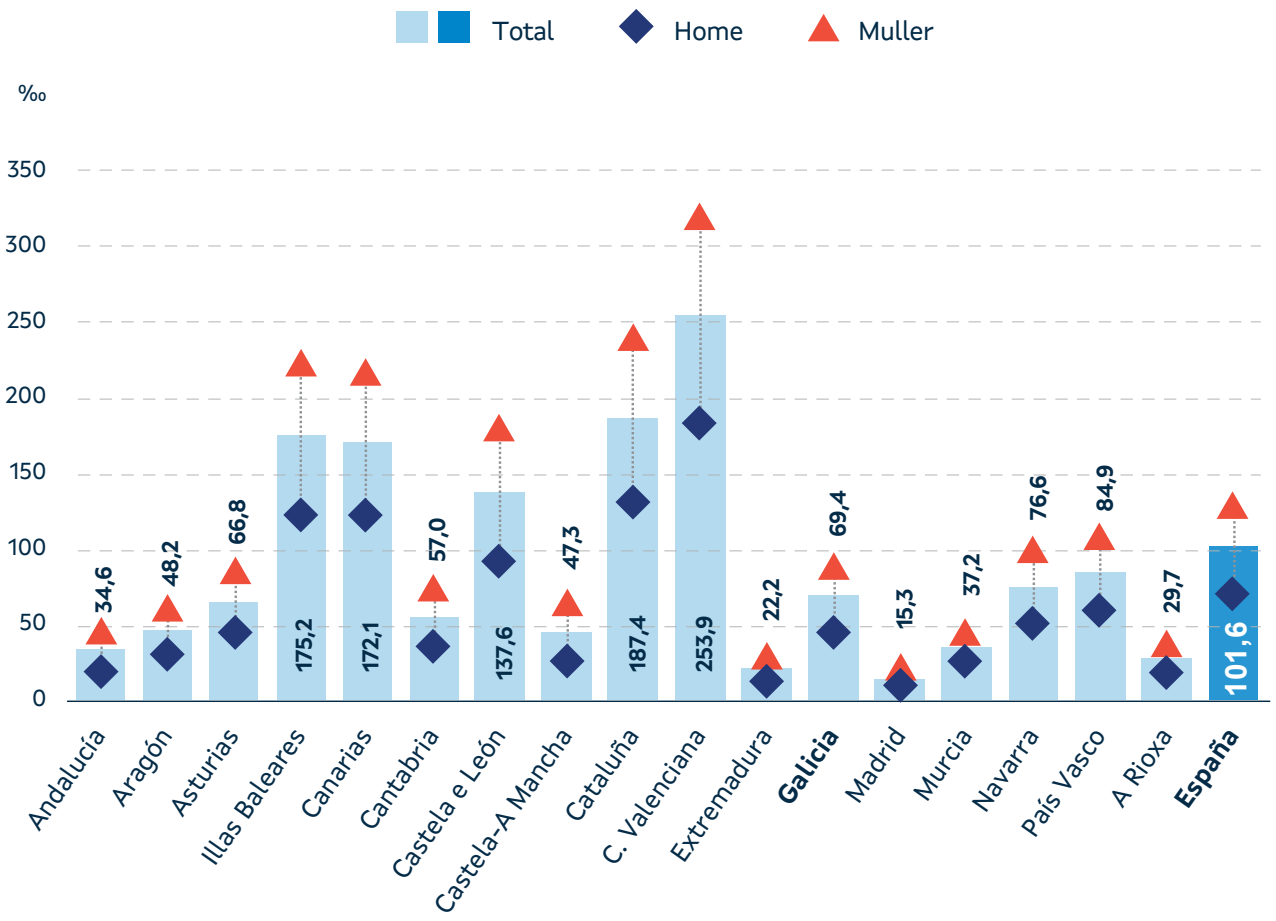

Figura 3.

Prevalencia de trastornos de ansiedade rexistrados por 1.000 habitantes segundo sexo e comunidade autónoma. Informe Anual do Sistema Nacional de Saúde 2024 (56).

A prevalencia do consumo de ansiolíticos e hipnóticos con e sen receita médica (medida nos últimos trinta días) duplicouse en dúas décadas (6,6 % en 2005 e 13,1 % en 2024) en todos os grupos de idade. As mulleres maiores son as que máis toman estes fármacos (21,4 % en 2022) (46) e Galicia é a comunidade autónoma con maior consumo (14,1 %) (46, 57).

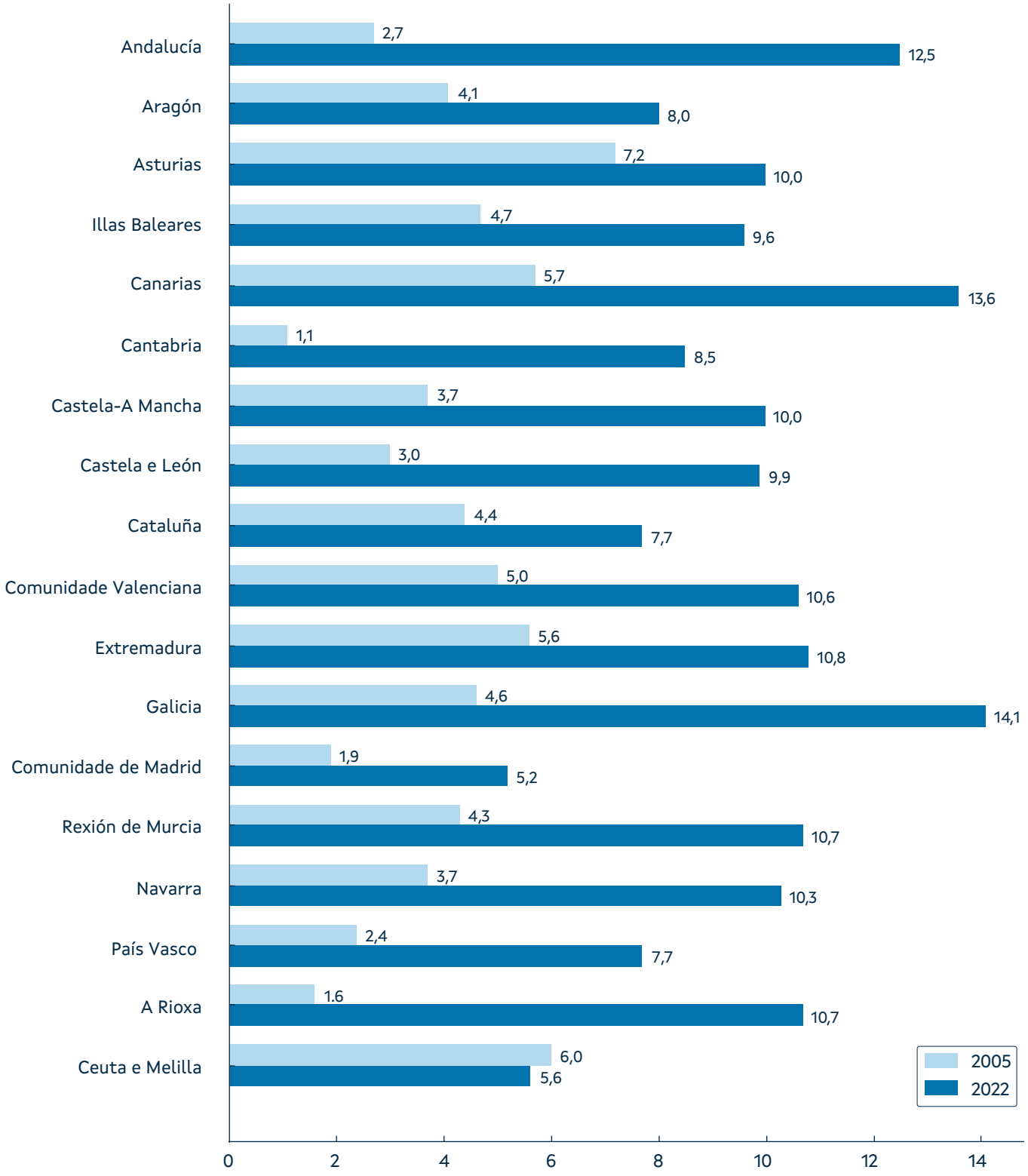

Figura 4.

Prevalencia de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España nos últimos trinta días por comunidade autónoma 2005–2022 (45, 57).

Segundo os resultados máis recentes do Sistema de Información sobre Condutas de Risco (SICRI) da Consellería de Sanidade, correspondentes a 2024 (58) e obtidos a partir de enquisas representativas da poboación galega maior de 16 anos, unha proporción relevante de persoas presenta indicadores de risco relacionados coa saúde mental (o 26 % da poboación), especialmente as mulleres (32 % fronte ao 19 % dos homes), e este risco diminúe coa idade (32 % en menores de 25 anos e 22 % en maiores de 65 anos). De acordo coa mesma enquisa, o 20,6 % da poboación refire ter recibido nalgún momento da súa vida un diagnóstico médico de depresión. A prevalencia é maior en mulleres (28,1 %) que en homes (12,3 %) e alcanza os seus valores máis elevados no grupo de 45–64 anos (24 %). Dentro deste grupo, as mulleres volven presentar a maior prevalencia (33,7 %).

4.3.2. Poboación infantil e adolescente

Do mesmo xeito que na poboación xeral, os trastornos mentais rexistrados con maior frecuencia entre menores de 25 anos na AP en España son os de ansiedade (32,8 casos por 1.000 habitantes), seguidos dos trastornos específicos da aprendizaxe (29) e dos problemas hipercinéticos (24,9) (56).

A prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en adolescentes de entre 11 e 18 anos hospitalizados en España aumentou nas últimas dúas décadas de 3,9 % no ano 2000 a 9,5 % en 2021, cun predominio no sexo feminino (55,1 %). A media de idade dos ingresos hospitalarios con diagnóstico psiquiátrico descendeu dos 17 anos no 2000 aos 15 no 2021 (59).

Por orde de frecuencia, os diagnósticos foron: trastornos por uso de substancias (TUS) (40 %), trastornos da conduta alimentaria (TCA) (15 %), trastornos de ansiedade e trastorno de estrés postraumático (TEPT) (13 %), trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) (9 %), depresión maior (8 %), esquizofrenia e psicose (6 %), trastorno do espectro autista (TEA) (6 %), trastornos do sono (3 %), conduta suicida (2 %) e trastornos sexuais (1 %) (59).

No informe sobre comportamentos de saúde en adolescentes de Galicia (58), a maioría (78,8 %) das persoas participantes declaran unha saúde «boa ou excelente». Con todo, case unha de cada catro refire ter sentido «moita/moitísima» tristeza con frecuencia durante a última semana (mozas 29,8 %; mozos 15,4 %) e aproximadamente unha de cada seis declara sentirse «moito/moitísimo» só/a (mozas 18,9 %; mozos 14,8 %). A tendencia a un maior malestar na poboación feminina observada na poboación xeral mantense, polo tanto, neste grupo de idade.

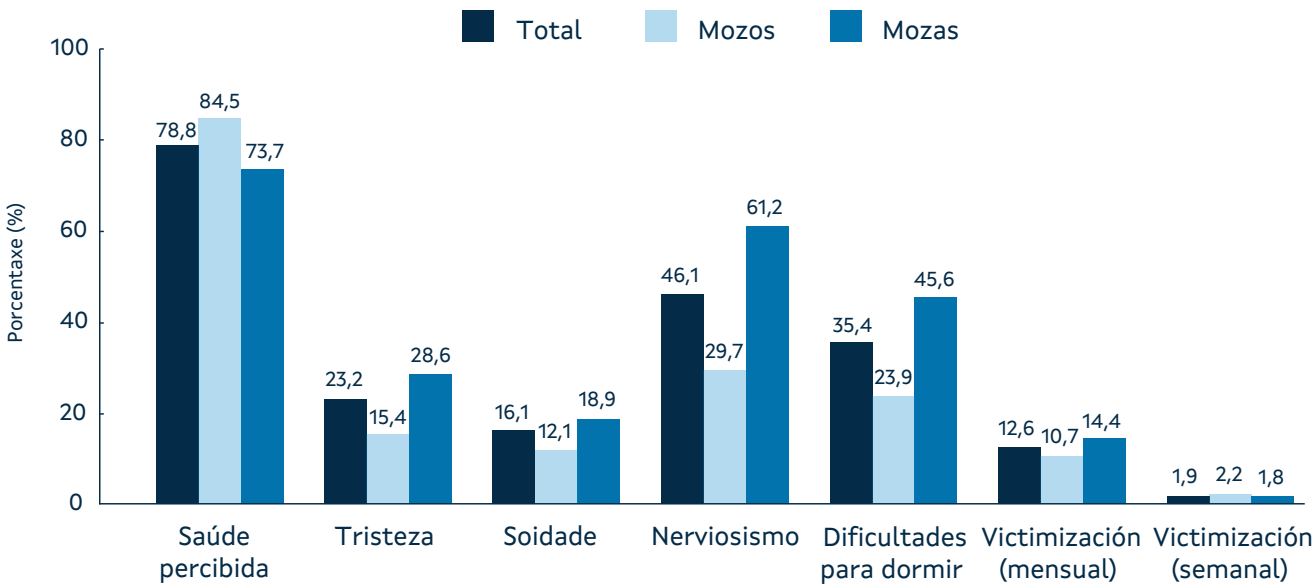

Figura 5.

Indicadores de saúde mental en Galicia (11–18 anos) segundo o informe HBSC-Galicia 2022 (60).

Saúde percibida (boa/excelente); tristeza (moito/moitísimo); soidade (moito/moitísimo); nerviosismo (≥semanal); dificultades para durmir (≥semanal); vitimización (≥1 vez/2 meses); vitimización (≥semanal).

Nos últimos anos observouse un incremento sostido da demanda asistencial en saúde mental infanto-xuvenil, con maior presión sobre os dispositivos ambulatorios especializados e un aumento das consultas por problemas emocionais e do neurodesenvolvemento. Neste contexto, un estudo epidemiolóxico mostrou que o aumento da demanda asistencial na Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil (USM-IX) do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) foi constante nos últimos anos. Observouse tamén un aumento dos diagnósticos de TDAH e dos trastornos neuróticos e afectivos, así como do consumo de psicofármacos e do número de sesións de tratamento psicolóxico (61).

Ademais, segundo o estudo de prevalencia da soidade non desexada en Galicia de 2024, o grupo de idade con maior afectación é o da mocidade: unha de cada tres persoas (35,5 %) referiu experimentar soidade non desexada. A porcentaxe de persoas que manifestan soidade é moito máis elevada entre quen se comunica principalmente a través de medios dixitais, unha realidade especialmente presente na mocidade (62). De feito, o uso problemático de redes sociais asóciase con ansiedade, depresión e estrés en adolescentes (63), xa que estas poden favorecer a comparación social e o desprazamento social, especialmente neste grupo de idade (64).

4.3.3. Persoas maiores

O progresivo envellecemento da poboación española tradúcese nun maior peso dos problemas de saúde mental en idades avanzadas, con perfís clínicos complexos asociados á multimorbilidade, á fraxilidade e á polifarmacia, así como á presenza frecuente de trastornos neurocognitivos e síntomas condutuais, depresión e ansiedade.

En 2022–2023, o informe anual do SNS xa destacaba os trastornos mentais como un dos grandes capítulos de carga e necesidade asistencial do sistema, con relevancia crecente nos grupos de idade avanzada e maior utilización de recursos en AP e no ámbito hospitalario (56). Os efectos da pandemia na saúde mental das persoas maiores foron importantes: unha revisión sistemática con metanálise mostrou que, en España, a prevalencia dos síntomas de ansiedade foi do 20 %, a dos síntomas de depresión do 22 % e a dos síntomas de insomnio do 57 % (65).

Galicia é, tras Asturias e xunto a Castela e León, a comunidade autónoma máis envellecida de España. En 2024 había 224 persoas maiores de 65 anos por cada cen menores de 16, un índice de envellecemento moi superior á media nacional, de 142 (66). Esta realidade intensifícase nas zonas rurais moi envellecidas do interior (especialmente Ourense), con implicacións directas para a carga de depresión, ansiedade e deterioración cognitiva.

A depresión e a ansiedade en persoas maiores cursan a miúdo cunha elevada comorbilidade, maior discapacidade e peor calidade de vida (67), e con frecuencia están infradiagnosticadas en AP. No ámbito estatal, o consumo de hipnosedantes duplicouse desde 2005, con taxas especialmente altas en mulleres de 55–64 anos (≈21 %) e persistencia do gradiente por idade (46), o que pon de manifesto a necesidade de optimizar a prescrición (46, 47).

A soidade non desexada asóciase a unha peor saúde mental, á depresión e á maior utilización de psicofármacos. En Galicia, unha de cada cinco persoas maiores refire soidade non desexada e a soidade crónica na poboación xeral supera a media estatal (62). Un estudo realizado nun municipio rural identificou que ser muller de máis de 65 anos e recibir pouco apoio social relaciónanse cun maior sentimento de soidade e unha peor saúde xeral (68).

Por outra banda, os síntomas neuropsiquiátricos (apatía, depresión, ansiedade, psicose, axitación e inhibición) están presentes con frecuencia na fase prodrómica da demencia e afectan o 35 %–85 % destas persoas (69). En Galicia, a demencia afecta a case un terzo (31,25 %) das persoas maiores de 85 anos e hai ao redor de 70.500 persoas con alzhéimer ou outro tipo de demencia (70).

Dada a relevancia do tema en Galicia, impulsáronse estratexias e programas específicos de envellecemento activo e prevención da soidade, con actuacións en colaboración con concellos e entidades sociais, tales como programas comunitarios de actividade física, estimulación cognitiva e promoción do benestar.

4.3.4. Grupos vulnerables

Ademais da infancia e a adolescencia ou das idades avanzadas, existen outros grupos vulnerables que afrontan un maior risco de desenvolver trastornos mentais como consecuencia da interacción entre determinantes sociais e barreiras de acceso aos servizos. O Plan de acción de saúde mental 2025–2027 do SNS recoñece a importancia de abordar de maneira coordinada e integral estes colectivos, que inclúen vítimas de violencia de xénero, persoas do colectivo LGTBIQ+ (lesbianas, gais, trans, bisexuais, intersexuais, *queer* e outras identidades), persoas con discapacidade e persoas en risco de exclusión social, entre outras (6).

A violencia de xénero contribúe ao desenvolvemento de problemas de saúde mental e ao risco de suicidio. Así mesmo, as persoas con problemas de saúde mental teñen máis posibilidades de sufrir violencia de xénero (71). Galicia rexistrou en 2024 unha taxa de violencia de xénero de 51,6 casos por cada 10.000 mulleres, inferior á media estatal (74,2 por cada 10.000 mulleres), pero cunha carga asistencial e social elevada (72).

As persoas LGTBIQ+ constitúen un grupo vulnerable debido ao estigma social, á discriminación e ás experiencias de rexeitamento familiar e social (73, 74). En España, as persoas novas que se identifican como LGTBI teñen unha maior probabilidade de sufrir trastornos alimentarios respecto ás persoas heterosexuais do mesmo tramo de idade, e presentan maior prevalencia de depresión e ansiedade social. Ademais, ser adolescente non heterosexual incrementa a probabilidade de ser vítima de acoso ou ciberacoso (75). En 2021 rexistráronse 466 delitos de odio por orientación sexual ou identidade de xénero no ámbito estatal, o que supuxo un incremento do 68 % con respecto ao ano anterior. Destes delitos, 23 foron cometidos en Galicia (76).

En total, hai 21.668 persoas rexistradas con algunha discapacidade en Galicia (77). A comunidade presenta unha taxa de persoas discapacitadas residentes en centros (8 por cada 1.000 habitantes) lixeiramente superior á de España (7,4). As discapacidades máis frecuentes son os problemas de mobilidade, as dificultades na vida doméstica e os problemas de autocoidado (78). As persoas deste colectivo presentan unha maior vulnerabilidade para desenvolver problemas de saúde mental. Con todo, a identificación, avaliación e abordaxe destes problemas, especialmente nas persoas con discapacidade

intelectual (79), continúa presentando dificultades e require, como no resto dos grupos vulnerables mencionados, medidas específicas.

A exclusión social (pobreza, precariedade laboral, inestabilidade residencial e redes de apoio limitadas) asóciase a un maior risco de depresión, ansiedade, consumo problemático de substancias e conduta suicida, ademais de maiores barreiras de acceso e continuidade asistencial. En Galicia, segundo a Enquisa de Condicións de Vida do Instituto Nacional de Estatística (INE), o indicador AROPE (risco de pobreza ou exclusión social) situouse ao redor do 22 % en 2025 (80) e reflicte un colectivo relevante de vulnerabilidade social con potencial impacto na saúde mental.

4.3.5. Adiccións

O fenómeno das adiccións en España mantén un patrón mixto, cunha alta normalización social do alcol, un descenso continuado do consumo de tabaco, unha estabilización do consumo de cánnabis e un crecemento sostido do consumo de hipnosedantes e analxésicos opioides, así como un incremento do xogo e do uso problemático de Internet.

En 2024, case dous terzos (63,5 %) da poboación de 15 a 64 anos declarou consumo de alcol no último mes e un 16 % referiu un consumo intensivo de alcol neste mesmo período. Ao redor do 12 % declarou consumir cánnabis; o 12 %, hipnosedantes (1,8 % sen receita); e o 6,6 %, analxésicos opioides (1 % sen receita) no último ano (81).

Tipo de consumo	Galicia (%)	España (%)
Nos últimos 12 meses		
Alcol	76,9	76,5
Tabaco	35,3	36,8
Cánnabis	13,0	12,6
No último mes		
Alcol	61,7	63,5
Tabaco	32,0	33,9
Cánnabis	≤10*	10,5*

Táboa 1.

Consumo de alcol, tabaco e cánnabis na poboación de 15 a 64 anos en Galicia e España en 2024. *Datos obtidos do *Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2024*. O resto de datos foron obtidos do informe da Enquisa sobre alcol e outras drogas en España EDADES 2024 (57, 81).

En adiccións comportamentais, a Enquisa de prevalencia de xogo 2022–2023 (Dirección Xeral de Ordenación do Xogo, DGOX) estima que o 49,3 % da poboación xogou con diñeiro nos últimos doce meses. Deste colectivo, o 2 % presenta síntomas compatibles con xogo problemático segundo o Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais (DSM-5), proporción máis elevada na canle en liña que no xogo presencial (82).

4.3.6. Suicidio

Os datos de 2024 do INE mostran unha tendencia descendente no número de mortes por suicidio en España, con 3.846 casos rexistrados por esta causa, un 6,6 % menos que en 2023. Aproximadamente tres de cada catro suicidios foron cometidos por homes (83).

Galicia rexistra unha das taxas de suicidio máis elevadas de España, só por detrás do Principado de Asturias (84). En 2023, a taxa de mortalidade por suicidio en Galicia foi de 11,3 mortes por cada 100.000 habitantes, cifra considerablemente superior á taxa estatal (8,5 por cada 100.000 habitantes) e en liña coa tendencia observada nos últimos anos (84).

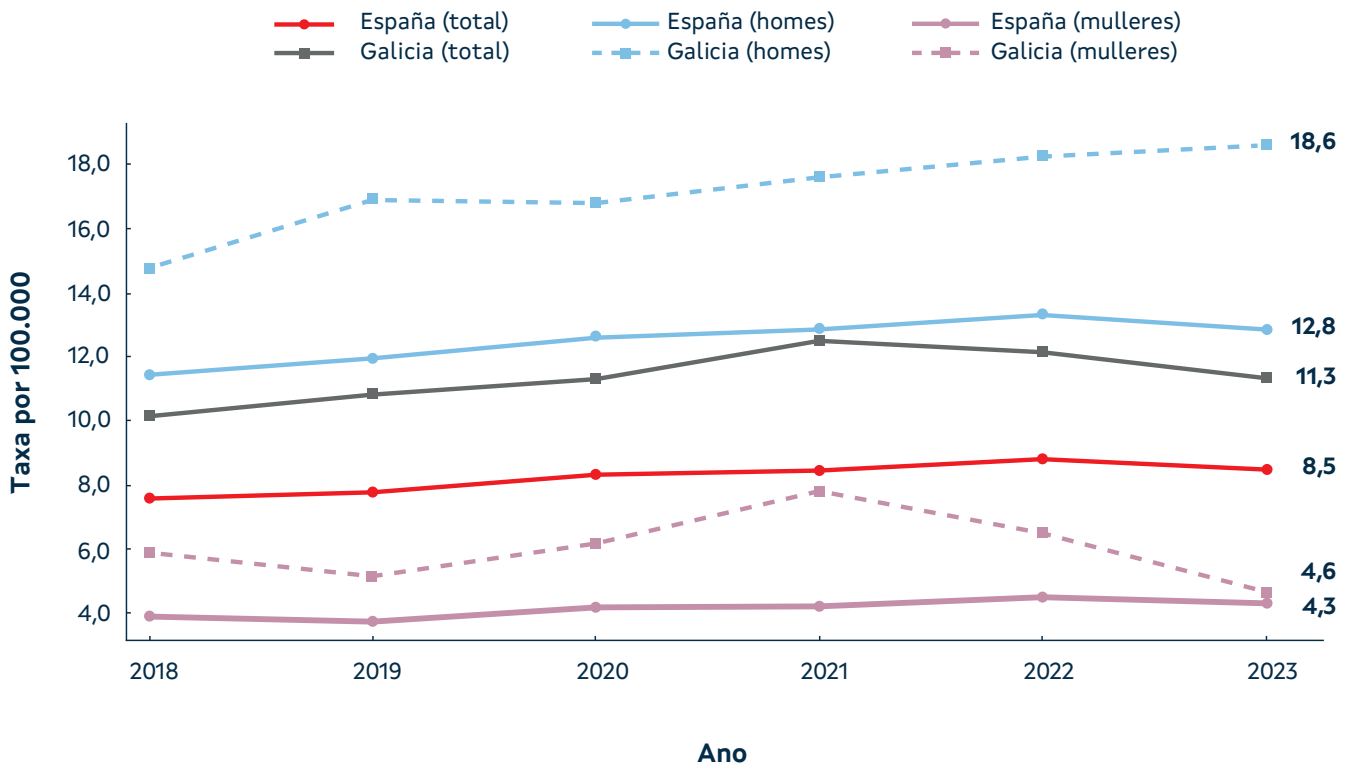

Figura 6.
Taxa de mortalidade por suicidio en España e Galicia (84).

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

LIÑAS ESTRATÉXICAS

LIÑAS ESTRATÉXICAS

5.1. Trastorno mental grave

Xustificación

Os TMG, como os trastornos psicóticos ou os trastornos afectivos graves, representan unha das principais causas de discapacidade e dependencia na poboación. O seu curso crónico e complexo xera un alto impacto na vida das persoas afectadas e nas súas familias, especialmente nas persoas coidadoras, e no sistema sanitario e social.

Os e as pacientes con TMG requiren dispositivos de atención continuada e seguimento terapéutico, con especial énfase na efectividade clínica e na seguridade, na adherencia terapéutica e na coordinación dos coidados na comunidade. A evidencia sinala que a hospitalización a domicilio, os programas de continuidade de coidados e os programas específicos para patoloxía refractaria poden mellorar os resultados clínicos e funcionais, reducindo ingresos hospitalarios e favorecendo a recuperación psicosocial.

Obxectivo 5.1.1

Mellorar a calidade da atención, a efectividade clínica e a seguridade do tratamento integral do TMG.

ACCIÓNS

- Formación para profesionais de saúde mental en psicofarmacoloxía do TMG (incluídos a clozapina e o litio) e terapias de neuromodulación.
- Formación para profesionais de saúde mental en intervencións psicoterapéuticas baseadas na evidencia dirixidas ao TMG.
- Priorización da atención ao TMG nas unidades de saúde mental mediante a reserva preferente de citas e o envío de recordatorios automáticos das datas.
- Desenvolvemento de protocolos clínicos integrados para o manexo do TMG, que incorporen un seguimento estruturado, o control da saúde física en coordinación coa AP, a detección precoz de efectos adversos e a avaliación de resultados en saúde.

Obxectivo 5.1.2

Optimizar a atención a persoas con TMG, incluídos os casos refractarios, mediante o fortalecemento dos recursos alternativos á hospitalización e dos programas intensivos e de continuidade dos coidados.

ACCIÓNS

- Extensión da hospitalización a domicilio (HADO) a novas áreas sanitarias.
- Incremento dos equipos de continuidade de coidados (ECC), garantindo o acceso dos/das pacientes de todos os distritos sanitarios galegos.
- Ampliación dos programas asistenciais de alta intensidade existentes nos hospitais de día, incluídos os programas para trastorno límite da personalidade (TLP), mediante equipos específicos.

Obxectivo 5.1.3

Reorganizar o modelo de rehabilitación psicosocial en Galicia.

ACCIÓNS

- Creación dun grupo de traballo multidisciplinar para a elaboración de protocolos asistenciais, cunha carteira de servizos común para os diferentes dispositivos de rehabilitación.
- Desenvolvemento progresivo de unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria en todas as áreas sanitarias de Galicia.
- Aumento das prazas en centros de rehabilitación psicosocial e laboral (CRPL), pisos protexidos e unidades residenciais.
- Implementación de programas de emprego para persoas con TMG, con itinerarios individualizados en colaboración con entidades sociais e co tecido empresarial, garantindo a súa integración cos recursos de rehabilitación psicosocial e laboral.

5.2. Saúde mental na infancia e na adolescencia

Xustificación

A saúde mental infanto-xuvenil constitúe un eixe prioritario, dada a elevada prevalencia de trastornos emocionais, condutuais e do neurodesenvolvemento nestas etapas. Estes problemas inciden de forma significativa no desenvolvemento persoal, académico e social, e poden condicionar a integración plena na vida adulta. O fortalecemento da prevención, a detección precoz, o diagnóstico especializado e a continuidade asistencial son claves para reducir a carga futura de enfermidade e promover unha atención integral, equitativa e centrada nos nenos, nenas e adolescentes.

Entre os problemas emerxentes destacan as condutas adictivas (con e sen substancias) e os trastornos de conduta, así como a aparición de primeiros episodios psicóticos (PEP). Resulta necesario adoptar un enfoque que teña en consideración os factores protectores e os determinantes sociais, máis aló da mera identificación dos factores de risco, para abordar de maneira integral estas etapas.

Obxectivo 5.2.1

Reforzar a prevención, a capacidade diagnóstica e a resposta temperá ante os problemas de saúde mental na infancia e na adolescencia, incluídos os trastornos do neurodesenvolvemento.

ACCIÓNS

- Posta en marcha de programas de formación continua para profesionais de pediatría, AP e saúde mental infanto-xuvenil, con énfase na prevención e no uso de ferramentas diagnósticas específicas e intervencións terapéuticas eficaces.
- Facilitación do acceso ao diagnóstico xenético en casos de discapacidade intelectual e trastornos do neurodesenvolvemento, garantindo a equidade territorial.
- Establecemento de equipos multidisciplinares de prevención, detección precoz, avaliación e intervención temperá en cada área sanitaria, integrados na rede de saúde mental.
- Deseño e aplicación de protocolos de coordinación eficaces con AP e pediatría, incluíndo a creación de vías rápidas para a atención de casos urxentes e graves.

Obxectivo 5.2.2

Mellorar a accesibilidade, a coordinación e a continuidade asistencial, asegurando itinerarios de transición adecuados á vida adulta.

ACCIÓNS

- Ampliación progresiva da idade de atención en saúde mental infanto-xuvenil ata os 18 anos, incorporando unha carteira de servizos común en todas as áreas sanitarias.
- Deseño de programas de transición á vida adulta, transdiagnósticos e coordinados, para adolescentes con alta complexidade clínica.
- Desenvolvemento e consolidación de hospitais de día e unidades de hospitalización infanto-xuvenil.
- Extensión de programas de ligazón entre AP e atención hospitalaria, mediante modalidades presenciais e telemáticas.
- Promoción de programas de HADO en saúde mental infanto-xuvenil como alternativa terapéutica flexible á hospitalización convencional e centrada na contorna familiar.

Obxectivo 5.2.3

Fortalecer a coordinación co ámbito educativo e social para a prevención, a detección precoz, a intervención e a promoción da saúde mental.

ACCIÓNS

- Consolidación da implantación do programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*) nos centros educativos, como ferramenta preventiva e de sensibilización en saúde mental.
- Establecemento de mecanismos de coordinación entre os servizos de orientación educativa e os equipos de saúde mental, mediante protocolos operativos, reunións periódicas e canles de comunicación estables, co obxectivo de garantir unha resposta educativa e sociosanitaria integrada.
- Deseño de protocolos de derivación entre o ámbito educativo e o sanitario para situacións de urxencia, conduta suicida e TMG, garantindo unha resposta rápida e eficaz.

- Desenvolvemento de programas de formación dirixidos ao profesorado, a departamentos de orientación e á comunidade educativa, orientados á prevención e promoción da saúde mental.
- Garantía da continuidade educativa dos e das menores con trastornos mentais durante o seu proceso de asistencia.
- Optimización dos procedementos de coordinación entre o ámbito sanitario e o sistema de protección de menores.
- Desenvolvemento de programas de formación dirixidos aos/ás profesionais sanitarios/as sobre o sistema de protección de menores.

Obxectivo 5.2.4

Atender as condutas adictivas con e sen substancias na poboación infanto-xuvenil.

ACCIÓNS

- Desenvolvemento de campañas de sensibilización sobre os riscos asociados ao consumo de substancias e ás adiccións comportamentais, en coordinación coa Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Implementación de programas de capacitación en detección precoz dirixidos a centros educativos, persoal do sistema de protección de menores e familias.
- Fomento da coordinación con asociacións de pacientes, servizos sociais e redes comunitarias para unha resposta integral ás condutas adictivas.
- Capacitación dos/das profesionais sanitarios para a protección de nenos, nenas e adolescentes fronte aos riscos das contornas dixitais.

5.3. Saúde mental en idades avanzadas

Xustificación

O envellecemento progresivo da poboación fai que a saúde mental das persoas maiores sexa un reto prioritario. Os trastornos neuropsiquiátricos, depresivos e de ansiedade son condicións frecuentes que repercuten negativamente na autonomía e na calidade de vida das persoas de idade avanzada e na carga de coidados das familias. Actualmente existen programas de psicoxeriatría

e de atención sociosanitaria nas residencias, pero a súa cobertura é desigual e require un desenvolvemento homoxéneo. Ademais, resulta fundamental a coordinación sociosanitaria e o impulso de estratexias de prevención e promoción do envellecemento activo.

Obxectivo 5.3.1

Fortalecer as competencias en psicoxeriatría en todos os niveis asistenciais para mellorar a detección, o manexo clínico e a coordinación sociosanitaria dos trastornos mentais en persoas maiores.

ACCIÓNS

- Capacitación en psicoxeriatría para profesionais sanitarios no manexo non farmacolóxico e farmacolóxico dos trastornos mentais, no uso adecuado de benzodiacepinas/anticolinérxicos e na prevención e tratamento do delírium.

Obxectivo 5.3.2

Garantir unha cobertura psicoxeriátrica homoxénea en todas as áreas sanitarias de Galicia.

ACCIÓNS

- Creación dun grupo de traballo multidisciplinar para elaborar documentos que definan o modelo de atención das unidades e programas de psicoxeriatría.
- Extensión das unidades e programas de psicoxeriatría a aquelas áreas sanitarias onde actualmente non existen.
- Implantación de programas de rehabilitación cognitiva por parte de profesionais cualificados/as para pacientes susceptibles de beneficiarse deles nas unidades/programas de psicoxeriatría.

Obxectivo 5.3.3

Reforzar os programas sanitarios nas residencias, mellorando a coordinación e incorporando a teleasistencia para complementar a asistencia presencial.

ACCIÓNS

- Formación en saúde mental aos/ás profesionais das residencias.
- Incremento de profesionais nos programas de atención sociosanitaria.
- Mellora da coordinación e da asistencia mediante a implementación de tecnoloxías como a videoconferencia e a teleasistencia como complementos da atención presencial.

Obxectivo 5.3.4

Mellorar o apoio comunitario e a participación social das persoas en idades avanzadas, con especial atención á prevención, á detección e á atención das situacións de soidade non desexada.

ACCIÓNS

- Colaboración co movemento asociativo e cos recursos comunitarios para facilitar a participación de persoas maiores en redes comunitarias, incluídos programas de voluntariado e actividades de lecer e tempo libre inclusivo.
- Incremento da prescrición social e da derivación cara a recursos comunitarios, como talleres de lecer e programas de exercicio físico e voluntariado, adaptados ás necesidades e preferencias individuais.
- Prestación de asesoramento, psicoeducación e apoio social a familias e persoas coidadoras para fortalecer as súas habilidades de afrontamento e a súa capacidade de acompañamento.

5.4. Trastorno mental común

Xustificación

Os trastornos mentais comúns, principalmente a depresión, os trastornos de ansiedade leves ou moderados e os trastornos adaptativos, constitúen algúns dos motivos máis frecuentes de consulta en AP, así como unha das principais causas de incapacidade laboral. A súa elevada prevalencia e o impacto na calidade de vida requiren reforzar a capacidade de detección, abordaxe e seguimento desde o primeiro nivel asistencial, a porta de entrada ao sistema sanitario e o garante da continuidade asistencial.

Actualmente, obsérvase un elevado uso de psicofármacos, especialmente benzodiacepinas, o que fai necesario implementar programas de optimización terapéutica e favorecer o acceso a tratamentos psicolóxicos breves, eficaces e accesibles. Unha atención máis integrada e coordinada permitirá dar unha resposta adecuada á crecente demanda asistencial e mellorar a eficiencia do sistema.

Obxectivo 5.4.1

Fortalecer a capacidade diagnóstica e resolutiva dos/das profesionais da AP na abordaxe de trastornos mentais comúns.

ACCIÓNS

- Formación sobre atención ao trastorno mental común para profesionais de AP, que considere intervencións psicoeducativas, intervencións psicolóxicas breves e prescrición social.
- Formación complementaria para profesionais da psicoloxía clínica en intervencións psicolóxicas breves transdiagnósticas de cara á súa implementación na AP.
- Formación específica para profesionais da AP no uso racional de psicofármacos, con especial énfase nas benzodiacepinas.
- Elaboración e implementación de procedementos de optimización terapéutica.

Obxectivo 5.4.2

Despregar unha rede de atención psicolóxica en AP cun modelo organizativo común que optimice a atención ao trastorno mental común e reduza a variabilidade entre áreas sanitarias.

ACCIÓNS

- Desenvolvemento e implementación dun modelo colaborativo de atención en AP, coa implicación de medicina de familia, enfermería, traballo social e psicoloxía clínica.
- Creación dun grupo de traballo multidisciplinar entre saúde mental e AP para definir funcións e establecer un modelo colaborativo de atención.

- Definición e posta en marcha dun modelo de atención psicolóxica en AP, baseado nun enfoque escalonado e en intervencións breves transdiagnósticas, con criterios homoxéneos de derivación, tempos de resposta e carteira de servizos.

Obxectivo 5.4.3

Homoxeneizar a atención nas unidades de saúde mental das distintas áreas sanitarias, evitando a cronificación dos trastornos mentais comúns.

ACCIÓNS

- Deseño estrutural de axendas asistenciais con orientacións estándar de tempo de atención e criterios clínicos homoxéneos que lles dean soporte aos/ás facultativos/as na súa actividade.

Obxectivo 5.4.4

Mellorar a coordinación entre os niveis asistenciais, impulsando a acción comunitaria en saúde mental.

ACCIÓNS

- Priorización do uso de ferramentas como a e-consulta en AP e atención hospitalaria.
- Identificación, actualización e difusión dos activos comunitarios en saúde mental de cada zona, favorecendo a súa integración na práctica clínica habitual.
- Desenvolvemento de actividades e materiais para a cidadanía sobre malestar emocional e trastorno mental común, en colaboración coa Escola Galega de Saúde para Cidadáns.

5.5. Programas e unidades monográficas

Xustificación

Algúns trastornos mentais requiren da posta en marcha de programas ou unidades monográficas debido á súa elevada complexidade e gravidade. Entre eles, destacan a conduta suicida, o TLP, os PEP, os TCA e a patoloxía grave e refractaria.

Galicia conta con experiencias previas neste campo, aínda que o seu desenvolvemento foi desigual. Para poder avanzar, resulta imprescindible consolidar equipos especializados, estandarizar protocolos de actuación e promover unha formación avanzada en abordaxes terapéuticas, todo iso desde un enfoque multidisciplinar. Estas medidas permitirán mellorar os resultados clínicos e a calidade de vida, ademais de promover unha atención centrada na persoa e nas súas necesidades.

Obxectivo 5.5.1

Desenvolver programas monográficos en todas as áreas sanitarias para patoloxías graves e prevalentes.

ACCIÓNS

- Constitución de grupos de traballo multidisciplinares para a elaboración de protocolos e procedementos comúns.
- Creación de programas específicos para o TLP (preferentemente en hospitais de día).
- Ampliación e fortalecemento dos programas de PEP.
- Creación dunha segunda unidade de referencia para TCA no sur de Galicia, coa extensión de programas a outras áreas sanitarias.
- Impulso de programas para patoloxías graves e refractarias (trastornos afectivos, esquizofrenia, TOC) en todas as áreas sanitarias, establecendo prioridades segundo as necesidades específicas de cada área.
- Mellora do acceso dos e das pacientes a tratamentos de neuromodulación (terapia electroconvulsiva), esketamina e estimulación cerebral profunda (para casos seleccionados).
- Ampliación da oferta de programas hospitalarios de ligazón en función das necesidades detectadas en cada área sanitaria (entre outros, psicooncoloxía, dano cerebral, rehabilitación cardíaca, transplantes, coidados paliativos e diálises).

Obxectivo 5.5.2

Deseñar actividades formativas específicas para os/as profesionais dos programas monográficos.

ACCIÓNS

- Formación avanzada en psicofarmacoloxía, neuromodulación e psicoterapia para profesionais que se incorporen a programas que así o requiran.

5.6. Trastornos adictivos e condutas relacionadas

Xustificación

Os trastornos adictivos, tanto por consumo de substancias como por condutas sen substancias, constitúen un problema de saúde pública de primeira magnitude. Nas últimas décadas, a atención ás adiccións en Galicia estruturouse nun modelo mixto, baseado na intervención de servizos municipais, asociacións e servizos de psiquiatría, cunha dependencia funcional destes últimos. Garantir a equidade territorial, a homoxeneidade da carteira de servizos e a coordinación sociosanitaria é clave para avanzar cara a un modelo máis eficaz.

A integración das unidades municipais e o desenvolvemento de programas monográficos nas sete áreas sanitarias, xunto con intervencións preventivas nos ámbitos sanitario, educativo e comunitario, poden contribuír a reducir a morbimortalidade asociada, mellorar os resultados en saúde e favorecer a recuperación e a inclusión social das persoas afectadas.

Obxectivo 5.6.1

Actualizar competencias e boas prácticas en TUS (con ou sen trastornos mentais comórbidos) para homoxeneizar criterios clínicos e de coordinación en todos os dispositivos asistenciais de Galicia.

ACCIÓNS

- Formación en TUS e procedementos de detección precoz, avaliación e intervención breve para profesionais de AP e saúde mental.
- Actualización en terapias de substitución de opioides e manexo de estimulantes.

Obxectivo 5.6.2

Integrar a rede municipal de adiccións e despregar programas monográficos nos servizos de psiquiatría, mantendo modelos flexibles para asegurar a continuidade e a equidade territorial.

ACCIÓNS

- Integración no Servizo Galego de Saúde das trece unidades de atención ás drogodependencias municipais, con dependencia orgánica e funcional dos servizos de psiquiatría.
- Desenvolvemento e implementación de programas monográficos de adiccións na contorna das unidades de saúde mental.
- Promoción da flexibilidade asistencial dos e das profesionais para favorecer unha atención integral, tanto ás adiccións como a outros trastornos mentais.

Obxectivo 5.6.3

Fortalecer a coordinación entre AP, saúde mental e urxencias para facilitar unha atención integrada e continuada, así como unha mellor coordinación sociosanitaria.

ACCIÓNS

- Creación dun grupo multidisciplinar de adiccións con profesionais dos diferentes niveis de atención no eido sanitario e sociosanitario para a elaboración de documentos e circuítos asistenciais.
- Consolidación de circuítos de comunicación e derivación definidos entre niveis asistenciais.
- Designación de referentes de ligazón en cada área sanitaria para facilitar a continuidade dos coidados.
- Impulso de espazos de coordinación e formación compartida entre equipos con reunións periódicas.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

LIÑAS TRANSVERSAIS

LIÑAS TRANSVERSAIS

As liñas transversais constitúen os eixes estruturais que garanten a coherencia, a sustentabilidade e a calidade do conxunto do Plan. En conxunto, as liñas transversais abordan catro ámbitos clave e interrelacionados:

- A humanización, a sensibilización e a loita contra o estigma.
- A integración asistencial, a optimización de recursos e os sistemas de información.
- A xestión do coñecemento, a investigación e a innovación.
- A medición a través de resultados en saúde e indicadores.

6.1. Humanización, sensibilización e loita contra o estigma

Xustificación

A humanización e a loita contra o estigma son principios centrais das estratexias internacionais de saúde mental, enmarcados nos dereitos humanos e no modelo de recuperación centrado na persoa. De maneira global, persisten estereotipos na concepción da enfermidade mental por parte da cidadanía, o que repercute negativamente na vivencia do trastorno e na calidade de vida das persoas afectadas, na integración comunitaria e no acceso ao emprego.

Obxectivo 6.1.1

Fomentar o coñecemento sobre a enfermidade mental e os dereitos fundamentais e deberes da cidadanía para reducir o estigma e promover a participación comunitaria.

ACCIÓNS

- Desenvolvemento de programas de sensibilización como Psiquiatría e Cinema (en colaboración coa Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental) e promoción de documentais (*Expedición Mental*) e outros proxectos artísticos (como Art Spida, Arte no Hospital e Barraca XXI).

- Mellora do tratamento informativo mediante a creación dun grupo de traballo multidisciplinar sobre saúde mental e comunicación, co fin de elaborar materiais de apoio e actividades formativas para xornalistas nos propios medios de comunicación.
- Formación para a cidadanía en colaboración coa Escola Galega de Saúde para Cidadáns, mediante a incorporación de pacientes expertos/as e/ou familiares como coformadores/as.

Obxectivo 6.1.2

Adecuar os espazos asistenciais e reducir o uso de prácticas restritivas.

ACCIÓNS

- Humanización dos espazos destinados á atención dos trastornos mentais, especialmente os destinados á atención e á hospitalización psiquiátrica, mediante estándares de contorna terapéutica (espazos específicos en servizos de urxencias, salas sensoriais, áreas de desconfinamento, habitacións de contención) para mellorar a confortabilidade, a seguridade e a privacidade.
- Mellora do rexistro centralizado de contencións mecánicas, co obxectivo da súa avaliación e redución.
- Formación aos/ás profesionais sanitarios/as nos modelos Contención Zero, Safewards e outros avalados pola evidencia científica.

6.2. Integración asistencial, optimización de recursos e sistemas de información

Xustificación

A atención en saúde mental require circuítos asistenciais homoxéneos entre niveis, dispoñibilidade de recursos axustados ás necesidades e sistemas de información interoperables. A variabilidade territorial e a dispersión xeográfica fan necesario un modelo organizativo coordinado e baseado en datos. A creación dun cadro de mando común permitirá estandarizar indicadores para apoiar as decisións clínicas e de xestión.

Obxectivo 6.2.1

Mellorar a equidade territorial e a accesibilidade aos recursos de saúde mental.

ACCIÓNS

- Incremento dos recursos materiais e humanos, especialmente os dirixidos á poboación infanto-xuvenil e á atención ao TMG, contemplando as necesidades e o desenvolvemento previo nestes ámbitos.
- Implantación dun modelo colaborativo de atención ao trastorno mental común, coa consolidación da Rede de Psicoloxía Clínica en AP mediante a incorporación de novos/as profesionais.
- Activación de vías rápidas para casos complexos ou refractarios con criterios homoxéneos en todos os servizos de psiquiatría.
- Desenvolvemento de mecanismos de coordinación cos servizos universitarios de atención psicolóxica.
- Elaboración e actualización continua dun mapa de recursos sanitarios, sociosanitarios e comunitarios por área sanitaria.
- Incorporación da videoconsulta como recurso estruturado para complementar a atención presencial e mellorar a accesibilidade en zonas dispersas.

Obxectivo 6.2.2

Asegurar unha planificación progresiva e sostible de recursos humanos.

ACCIÓNS

- Definición de ratios profesionais baseados en estándares clínicos e necesidades asistenciais.
- Axuste progresivo da dotación profesional priorizando as áreas sanitarias con maior carga e complexidade asistencial.

Obxectivo 6.2.3

Optimizar os sistemas de información para a planificación, a práctica clínica e a xestión.

ACCIÓNS

- Realización de estudos periódicos sobre prevalencia e carga de enfermidade mental.
- Desenvolvemento dun sistema de vixilancia epidemiolóxica en saúde mental no marco da rede estatal, comezando, nunha primeira fase, pola conduta suicida e os trastornos adictivos, en colaboración coa Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Actualización e mellora das plataformas corporativas existentes (por exemplo, XECEAS-web) para optimizar a súa usabilidade e eficiencia.
- Impulso da codificación de situacións de soidade non desexada como factor determinante de saúde na historia clínica.
- Mellora do sistema de rexistro de procedementos de contención mecánica.

Obxectivo 6.2.4

Desenvolver un cadro de mandos corporativo único para o seguimento integral da saúde mental.

ACCIÓNS

- Deseño dun cadro de mando con indicadores unificados para todas as áreas sanitarias.
- Integración de fontes de datos clínicas e organizativas (IANUS-5, Vixia, XECEAS-web, actividade asistencial).
- Desenvolvemento de actualizacións automáticas, paneis comparativos e alertas de variabilidade.
- Garantía de interoperabilidade cos indicadores de resultados en saúde definidos na liña 6.4.

6.3. Xestión do coñecemento, investigación e innovación

Xustificación

A mellora da atención en saúde mental esixe un fortalecemento continuo das competencias profesionais, o uso sistemático da información dispoñible, a incorporación da innovación e a capacidade de xerar e transferir evidencia científica aplicable á práctica asistencial. A formación transversal e a investigación colaborativa constitúen ferramentas clave para avanzar cara á estandarización das prácticas clínicas, reducir a variabilidade non xustificada e favorecer a innovación organizativa e a mellora continua dos servizos.

Obxectivo 6.3.1

Fortalecer as competencias dos/das profesionais e mellorar o coñecemento sobre a saúde mental da cidadanía.

ACCIÓNS

- Desenvolvemento de itinerarios formativos estruturados para profesionais de saúde mental e AP (as formacións específicas detállanse en cada unha das liñas).
- Implementación de programas de formación, sensibilización e concienciación dirixidos á cidadanía, a pacientes e a familias (as formacións específicas detállanse en cada unha das liñas), coa súa participación activa.
- Organización de xornadas de actualización clínica e divulgación científica, así como xornadas de concienciación e sensibilización.

Obxectivo 6.3.2

Impulsar proxectos de investigación e innovación asistencial aplicada en saúde mental.

ACCIÓNS

- Extensión dos proxectos piloto de medicina personalizada (farmacoxenética, farmacocinética) e biomarcadores (no contexto de proxectos de innovación como Precisaúde).

- Favorecemento da participación de profesionais en proxectos multicéntricos autonómicos, estatais e internacionais.
- Impulso da participación en programas transfronteirizos (por exemplo, Interreg).
- Fomento da transferencia sistemática de boas prácticas e innovacións clínicas e organizativas entre áreas sanitarias.
- Promoción do intercambio de experiencias de programas realizados polo terceiro sector e as asociacións de pacientes.

6.4. Resultados en saúde e indicadores

Xustificación

A medición estruturada de resultados en saúde e doutros indicadores permite avaliar a efectividade real das intervencións e orientar o sistema cara a un modelo asistencial baseado no valor. A estandarización dos indicadores e a súa integración nun cadro de mando común poden facilitar un seguimento adecuado e favorecer a toma de decisións fundamentada en datos.

Obxectivo 6.4.1

Desenvolver un sistema corporativo de medición de resultados en saúde.

ACCIÓNS

- Priorización e validación dos instrumentos de medición CROM (*Clinician-Reported Outcome Measures*), PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) e PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) para patoloxías seleccionadas no contexto da estratexia de resultados en saúde, comezando pola depresión, a ansiedade e as demencias.
- Integración de instrumentos de medición e protocolos de rexistro na historia clínica electrónica.
- Incorporación dos paneis de resultados no cadro de mando corporativo.

Obxectivo 6.4.2

Estandarizar unha serie de indicadores asociados a cada liña estratéxica.

ACCIÓNS

- Definición de indicadores comúns e específicos para cada proceso asistencial con mecanismos de revisión e mellora.
- Análise da variabilidade asistencial non xustificada e proposta de intervencións de mellora.
- Realización de informes de resultados con periodicidade definida.

Obxectivo 6.4.3

Integrar de forma sistemática os resultados en saúde, orientando o sistema cara a un modelo baseado no valor e na redución da variabilidade clínica.

ACCIÓNS

- Avance na integración sistemática dos resultados en saúde nos cadros de mando corporativos.
- Creación de módulos específicos por patoloxía prioritaria no cadro de mando (por exemplo, depresión, ansiedade e demencias).
- Formación dos/das profesionais na análise e interpretación de resultados en saúde, cun enfoque aplicado á práctica clínica, á mellora continua e á toma de decisións baseada en datos.
- Establecemento de mecanismos de retroalimentación entre os niveis micro, meso e macro de xestión.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

ANEXOS

ANEXO I. INDICADORES

A información entre parénteses na columna de indicadores especifica a meta mínima, o limiar de cumprimento ou o tipo de resultado esperado para cada indicador. Por exemplo, ≥1 ao ano indica a frecuencia mínima esperada, >75 % sinala a porcentaxe obxectiva e Si/Non mostra que o indicador mide unicamente se a acción ou ferramenta está desenvolvida ou non.

Trastorno mental grave

OBXECTIVO 5.1.1

Mellorar a calidade da atención, a efectividade clínica e a seguridade do tratamento integral do TMG.

ACCIÓNS	INDICADORES
Formación para profesionais da saúde mental en psicofarmacoloxía do TMG (incluídos a clozapina e o litio) e terapias de neuromodulación.	N.º de formacións impartidas (≥1 ao ano).
Formación para profesionais da saúde mental en intervencións psicoterapéuticas baseadas na evidencia dirixidas ao TMG.	N.º de formacións impartidas (≥1 ao ano).
Priorización da atención ao TMG nas unidades de saúde mental mediante a reserva preferente de citas e o envío de recordatorios automáticos das datas.	% de unidades de saúde mental co sistema activo (>75 %).
Desenvolvemento de protocolos clínicos integrados para o manexo do TMG que incorporen un seguimento estruturado, o control da saúde física en coordinación coa AP, a detección precoz de efectos adversos e a avaliación de resultados en saúde.	Protocolo clínico integrado para o manexo do TMG desenvolvido (Si/Non).

OBXECTIVO 5.1.2

Optimizar a atención a persoas con TMG, incluídos os casos refractarios, mediante o fortalecemento dos recursos alternativos á hospitalización e dos programas intensivos e de continuidade dos coidados.

ACCIÓNS	INDICADORES
Extensión da hospitalización a domicilio (HADO) a novas áreas sanitarias.	N.º de áreas sanitarias con hospitalización a domicilio operativa (5/7).
Incremento dos ECC garantindo o acceso aos mesmos por parte dos/as pacientes de todos os distritos sanitarios galegos.	% de distritos sanitarios que teñen ECC (100 %).
Ampliación dos programas asistenciais de alta intensidade existentes nos hospitais de día, incluídos os programas para TLP, mediante equipos específicos.	N.º de áreas sanitarias con programas asistenciais de alta intensidade para TLP nos hospitais de día (5/7).

OBXECTIVO 5.1.3

Reorganizar o modelo de rehabilitación psicosocial en Galicia.

ACCIÓNS	INDICADORES
Creación dun grupo de traballo multidisciplinar para o desenvolvemento de protocolos asistenciais cunha carteira de servizos común para os diferentes dispositivos de rehabilitación.	Grupo de traballo constituído (Si/Non).
Desenvolvemento progresivo de unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria en todas as áreas sanitarias de Galicia.	N.º de áreas sanitarias con unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria (7/7).
Aumento das prazas en CRPL, pisos protexidos e unidades residenciais.	% de novas prazas creadas (incremento ≥20 %).
Implementación de programas de emprego para persoas con TMG, con itinerarios individualizados en colaboración con entidades sociais e co tecido empresarial, garantindo a súa integración cos recursos de rehabilitación psicosocial e laboral.	N.º de programas de emprego para persoas con TMG implementados.

Saúde mental na infancia e na adolescencia

OBXECTIVO 5.2.1

Reforzar a prevención, a capacidade diagnóstica e a resposta temperá ante os problemas de saúde mental na infancia e na adolescencia, incluídos os trastornos do neurodesenvolvemento.

ACCIÓNS	INDICADORES
Posta en marcha de programas de formación continua para profesionais de pediatría, AP e saúde mental infanto-xuvenil, con énfase na prevención e no uso de ferramentas diagnósticas específicas e intervencións terapéuticas eficaces.	N.º de cursos impartidos (≥1/ano).
Facilitación do acceso ao diagnóstico xenético en casos de discapacidade intelectual e trastornos do neurodesenvolvemento, garantindo a equidade territorial.	N.º de áreas sanitarias con acceso operativo a diagnóstico xenético (7/7).
Establecemento de equipos multidisciplinares de prevención, detección precoz, avaliación e intervención temperá en cada área sanitaria, integrados na rede de saúde mental.	N.º de áreas sanitarias con equipo multidisciplinar de avaliación e intervención temperá (7/7).
Deseño e aplicación de protocolos de coordinación eficaces con AP e pediatría, incluíndo a creación de vías rápidas para a atención de casos urxentes e graves.	Protocolo de coordinación AP e pediatría elaborado (Si/Non). Vía rápida implantada (Si/Non).

OBXECTIVO 5.2.2

Mellorar a accesibilidade, a coordinación e a continuidade asistencial, asegurando itinerarios de transición adecuados á vida adulta.

ACCIÓNS	INDICADORES
Ampliación progresiva da idade de atención en saúde mental infanto-xuvenil ata os 18 anos, incorporando unha carteira de servizos común en todas as áreas sanitarias.	N.º de áreas sanitarias que amplían a cobertura ata os 18 anos (7/7).
Deseño de programas de transición á vida adulta, transdiagnósticos e coordinados, para adolescentes con alta complexidade clínica.	N.º de áreas sanitarias con programas de transición á vida adulta (7/7).
Desenvolvemento e consolidación de hospitais de día e unidades de hospitalización infanto-xuvenil.	N.º de áreas sanitarias cos dous dispositivos (4/7).
Extensión de programas de ligazón entre AP e atención hospitalaria, mediante modalidades presenciais e telemáticas.	N.º de áreas sanitarias con programa de ligazón AP–hospitalaria operativo (7/7).
Promoción de programas de HADO en saúde mental infanto-xuvenil como alternativa terapéutica flexible á hospitalización convencional e centrada na contorna familiar.	N.º de áreas sanitarias con programas HADO (3/7).

OBXECTIVO 5.2.3

Fortalecer a coordinación co ámbito educativo e social para a prevención, a detección precoz, a intervención e a promoción da saúde mental.

ACCIÓNS	INDICADORES
Consolidación da implantación do programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*) nos centros educativos como ferramenta preventiva e de sensibilización en saúde mental.	% de centros educativos de Galicia con YAM implementado en 2030 (≥80 %).
Establecemento de mecanismos de coordinación entre os servizos de orientación educativa e os equipos de saúde mental, mediante protocolos operativos, reunións periódicas e canles de comunicación estables, co obxectivo de garantir unha resposta educativa e sociosanitaria integrada.	N.º de reunións de coordinación intersectorial celebradas (≥1/ano).
Deseño de protocolos de derivación entre o ámbito educativo e o sanitario para situacións de urxencia, conduta suicida e TMG, garantindo unha resposta rápida e eficaz.	Protocolo de derivación para situacións de urxencia, risco suicida e TMG creado (Si/Non).
Desenvolvemento de programas de formación dirixidos ao profesorado, a departamentos de orientación e á comunidade educativa, orientados á prevención e promoción da saúde mental.	N.º de accións formativas dirixidas ao profesorado, a departamentos de orientación e á comunidade educativa impartidas (≥1/ano).
Garantía da continuidade educativa dos/das menores con trastornos mentais durante o seu proceso de asistencia.	Porcentaxe de dispositivos de hospitalización infanto-xuvenil con continuidade educativa (100 %).
Optimización dos procedementos de coordinación entre o ámbito sanitario e o sistema de protección de menores.	Protocolo de coordinación elaborado.
Desenvolvemento de programas de formación dirixidos aos/ás profesionais sanitarios/as sobre o sistema de protección de menores.	N.º de formacións dirixidas a profesionais sanitarios (≥ 2 ao longo da execución do Plan).

OBXECTIVO 5.2.4

Atender as condutas adictivas con e sen substancias na poboación infanto-xuvenil.

ACCIÓNS	INDICADORES
Desenvolvemento de campañas de sensibilización sobre os riscos asociados ao consumo de substancias e ás adiccións comportamentais, en coordinación coa Dirección Xeral de Saúde Pública.	Campañas de sensibilización sobre riscos do consumo de substancias e adiccións comportamentais desenvolvidas (Si/Non).
Implementación de programas de capacitación en detección precoz dirixidos a centros educativos, persoal do sistema de protección de menores e familias.	Programas de capacitación en detección precoz levados a cabo (Si/Non).
Fomento da coordinación con asociacións de pacientes, servizos sociais e redes comunitarias para unha resposta integral ás condutas adictivas.	Circuíto e/ou protocolo comunitario de coordinación establecido (Si/Non).
Capacitación dos/das profesionais sanitarios para a protección de nenos, nenas e adolescentes fronte aos riscos das contornas dixitais.	N.º de formacións dirixidas a profesionais sanitarios (≥ 2 ao longo da execución do Plan).

Saúde mental en idades avanzadas

OBXECTIVO 5.3.1

Fortalecer as competencias en psicoxeriatría en todos os niveis asistenciais para mellorar a detección, o manexo clínico e a coordinación sociosanitaria dos trastornos mentais en persoas maiores.

ACCIÓNS	INDICADORES
Capacitación en psicoxeriatría para profesionais sanitarios/as no manexo non farmacolóxico e farmacolóxico dos trastornos mentais, no uso adecuado de benzodiacepinas/anticolinérxicos e na prevención e tratamento do delírium.	N.º de cursos impartidos (≥1/ano).

OBXECTIVO 5.3.2

Garantir unha cobertura psicoxeriátrica homoxénea en todas as áreas sanitarias de Galicia.

ACCIÓNS	INDICADORES
Creación dun grupo de traballo multidisciplinar para elaborar documentos que definan o modelo de atención das unidades e programas de psicoxeriatría.	Grupo de traballo constituído (Si/Non).
Extensión das unidades e programas de psicoxeriatría a aquelas áreas sanitarias onde actualmente non existen.	N.º de áreas sanitarias con unidades/programas de psicoxeriatría (7/7).
Implantación de programas de rehabilitación cognitiva por parte de profesionais cualificados/as para pacientes susceptibles de beneficiarse deles nas unidades/programas de psicoxeriatría.	Áreas sanitarias con programas de rehabilitación cognitiva implantados (7/7).

OBXECTIVO 5.3.3

Reforzar os programas sanitarios nas residencias, mellorando a coordinación e incorporando a teleasistencia para complementar a asistencia presencial.

ACCIÓNS	INDICADORES
Formación en saúde mental aos/ás profesionais das residencias.	N.º de accións formativas impartidas ao persoal de residencias (≥1/ano).
Incremento de profesionais nos programas de atención sociosanitaria.	N.º de profesionais incorporados aos programas de atención sociosanitaria (incremento do 30 % con respecto a 2024).
Mellora da coordinación e da asistencia mediante a implementación de tecnoloxías como a videoconferencia e a teleasistencia como complementos da atención presencial.	% de residencias públicas que usan algún sistema de teleasistencia (≥80 %).

OBXECTIVO 5.3.4

Mellorar o apoio comunitario e a participación social das persoas en idades avanzadas, con especial atención á prevención, á detección e á atención das situacións de soidade non desexada.

ACCIÓNS	INDICADORES
Colaboración co movemento asociativo e cos recursos comunitarios para facilitar a participación de persoas maiores en redes comunitarias, incluíndo programas de voluntariado e actividades de lecer e tempo libre inclusivo.	N.º de actividades comunitarias ofertadas para persoas maiores por asociacións (≥1/ano).
Incremento da prescrición social e da derivación cara a recursos comunitarios, como talleres de lecer e programas de exercicio físico e voluntariado, adaptados ás necesidades e preferencias individuais.	N.º de áreas sanitarias con implantación da medida (7/7).
Prestación de asesoramento, psicoeducación e apoio social a familias e persoas coidadoras para fortalecer as súas habilidades de afrontamento e a súa capacidade de acompañamento.	N.º de actividades de asesoramento, psicoeducación e apoio social a familias e persoas coidadoras realizadas (≥1/ano).

Trastorno mental común

OBXECTIVO 5.4.1

Fortalecer a capacidade diagnóstica e resolutiva dos/das profesionais da AP na abordaxe de trastornos mentais comúns.

ACCIÓNS	INDICADORES
Formación sobre atención ao trastorno mental común para profesionais de AP, que considere intervencións psicoeducativas, intervencións psicolóxicas breves e prescrición social.	N.º de formacións impartidas (≥1/ano).
Formación complementaria para profesionais de psicoloxía clínica en intervencións grupais breves transdiagnósticas de cara á súa implementación na AP.	N.º de formacións impartidas a profesionais de psicoloxía clínica en intervencións grupais breves transdiagnósticas (≥1/ano).
Formación específica para profesionais da AP no uso racional de psicofármacos, con especial énfase nas benzodiacepinas.	N.º de formacións impartidas a profesionais de AP (≥1/ano).
Elaboración e implementación de procedementos de optimización terapéutica.	N.º de procedementos implementados.

OBXECTIVO 5.4.2

Despregar unha rede de atención psicolóxica en AP cun modelo organizativo común que optimice a atención ao trastorno mental común e reduza a variabilidade entre áreas sanitarias.

ACCIÓNS	INDICADORES
Desenvolvemento e implementación dun modelo colaborativo de atención en AP, coa implicación de medicina de familia, enfermería, traballo social e psicoloxía clínica.	Implantación do modelo colaborativo de atención en AP (Si/Non).
Creación dun grupo de traballo multidisciplinar entre saúde mental e AP para definir funcións e establecer un modelo colaborativo de atención.	Grupo de traballo multidisciplinar constituído (Si/Non).
Definición e posta en marcha dun modelo de atención psicolóxica en AP, baseado nun enfoque graduado e en intervencións breves transdiagnósticas, con criterios homoxéneos de derivación, tempos de resposta e carteira de servizos.	N.º de áreas sanitarias con protocolo de atención psicolóxica en AP implantado (7/7).

OBXECTIVO 5.4.3

Homoxeneizar a atención nas unidades de saúde mental das distintas áreas sanitarias, evitando a cronificación dos trastornos mentais comúns.

ACCIÓNS	INDICADORES
Deseño estrutural de axendas asistenciais con orientacións estándar de tempo de atención e criterios clínicos homoxéneos que dean soporte aos/ás facultativos/as na súa actividade.	Documento de orientacións estándar de axendas asistenciais e criterios clínicos homoxéneos elaborado (Si/Non).

OBXECTIVO 5.4.4

Mellorar a coordinación entre os niveis asistenciais, impulsando a acción comunitaria en saúde mental.

ACCIÓNS	INDICADORES
Priorización do uso de ferramentas como a e-consulta en AP e atención hospitalaria.	Protocolo de uso de e-consulta entre AP e atención hospitalaria definido (Si/Non).
Identificación, actualización e difusión dos activos comunitarios en saúde mental de cada zona, favorecendo a súa integración na práctica clínica habitual.	Listaxe de recursos comunitarios por área sanitaria elaborado e actualizado (Si/Non).
Desenvolvemento de actividades e materiais para a cidadanía sobre malestar emocional e trastorno mental común, en colaboración coa Escola Galega de Saúde para Cidadáns.	Actividades e materiais para a cidadanía sobre malestar emocional e trastorno mental común desenvolvidos (Si/Non).

Programas e unidades monográficas

OBXECTIVO 5.5.1

Desenvolver programas monográficos en todas as áreas sanitarias para patoloxías graves e prevalentes.

ACCIÓNS	INDICADORES
Constitución de grupos de traballo multidisciplinares para a elaboración de protocolos e procedementos comúns.	Grupos de traballo multidisciplinares para a elaboración de protocolos e procedementos comúns constituídos (Si/Non).
Creación de programas específicos para o TLP (preferentemente en hospitais de día).	N.º de áreas sanitarias con programa específico de TLP operativo (5/7).
Ampliación e fortalecemento dos programas de PEP.	N.º de áreas sanitarias con programa de PEP activo (7/7).
Creación dunha segunda unidade de referencia para TCA no sur de Galicia, coa extensión de programas a outras áreas sanitarias.	Unidade de referencia para TCA no sur de Galicia creada e operativa (Si/Non). N.º de áreas sanitarias con programa de atención a TCA activo (7/7).
Impulso de programas para patoloxías graves e refractarias (trastornos afectivos, esquizofrenia, TOC) en todas as áreas sanitarias, establecendo prioridades segundo as necesidades específicas de cada área.	N.º de áreas sanitarias con polo menos un programa específico para patoloxía refractaria grave (7/7).
Mellorar o acceso dos e das pacientes a tratamentos de neuromodulación (terapia electroconvulsiva), esketamina e estimulación cerebral profunda (para casos seleccionados).	N.º de áreas sanitarias con accesibilidade (7/7).
Ampliación da oferta de programas hospitalarios de ligazón en función das necesidades detectadas en cada área sanitaria (entre outros, psicooncoloxía, dano cerebral, rehabilitación cardíaca, transplantes, coidados paliativos e diálises).	Número de áreas sanitarias con incremento de programas de ligazón (5/7).

OBXECTIVO 5.5.2

Deseñar actividades formativas específicas para os/as profesionais dos programas monográficos.

ACCIÓNS	INDICADORES
Formación avanzada en psicofarmacoloxía, neuromodulación e psicoterapia para profesionais que se incorporen a programas que así o requiran.	N.º de formacións avanzadas en psicofarmacoloxía, neuromodulación e psicoterapias impartidas (≥1).

Trastornos adictivos e condutas relacionadas

OBXECTIVO 5.6.1

Actualizar competencias e boas prácticas en TUS (con ou sen trastornos mentais comórbidos) para homoxeneizar criterios clínicos e de coordinación en todos os dispositivos asistenciais de Galicia.

ACCIÓNS	INDICADORES
Formación en TUS e procedementos de detección precoz, avaliación e intervención breve para profesionais de AP e saúde mental.	N.º de formacións en TUS e procedementos de detección precoz, avaliación e intervención breve para profesionais de AP e saúde mental (≥1/anual).
Actualización en terapias de substitución opioides e manexo de estimulantes.	N.º de formacións en terapias de substitución de opioides e manexo de estimulantes impartidas (≥1/bianual).

OBXECTIVO 5.6.2

Integrar a rede municipal de adiccións e despregar programas monográficos nos servizos de psiquiatría, mantendo modelos flexibles para asegurar a continuidade e a equidade territorial.

ACCIÓNS	INDICADORES
Integración no Servizo Galego de Saúde das trece unidades de atención ás drogodependencias municipais, con dependencia orgánica e funcional dos servizos de psiquiatría.	N.º de unidades municipais integradas (=13).
Desenvolvemento e implementación de programas monográficos de adiccións na contorna das unidades de saúde mental.	N.º de áreas sanitarias con programas monográficos propios de adiccións (5/7).
Promoción da flexibilidade asistencial dos e das profesionais para favorecer unha atención integral, tanto ás adiccións como a outros trastornos mentais.	N.º de áreas sanitarias con profesionais que combinan funcións (>50 %).

OBXECTIVO 5.6.3

Fortalecer a coordinación entre AP, saúde mental e urxencias para facilitar unha atención integrada e continuada, así como unha mellor coordinación sociosanitaria.

ACCIÓNS	INDICADORES
Creación dun grupo multidisciplinar de adiccións con profesionais dos diferentes niveis de atención no eido sanitario e sociosanitario para a elaboración de documentos e circuítos asistenciais.	Grupo multidisciplinar de adiccións constituído (Si/Non).
Consolidación de circuítos de comunicación e derivación definidos entre niveis asistenciais.	N.º de circuítos revisados ou actualizados durante o período de vixencia do plan (7/7).
Designación de referentes de ligazón en cada área sanitaria para facilitar a continuidade dos coidados.	N.º de áreas sanitarias con referente de ligazón designado/a (7/7).
Impulso de espazos de coordinación e formación compartida entre equipos con reunións periódicas.	N.º de reunións de coordinación e formación compartidas (≥1 por área sanitaria/ano).

Humanización, sensibilización e loita contra o estigma

OBXECTIVO 6.1.1

Fomentar o coñecemento sobre a enfermidade mental e os dereitos fundamentais e deberes da cidadanía para reducir o estigma e promover a participación comunitaria.

ACCIÓNS	INDICADORES
Desenvolvemento de programas de sensibilización como Psiquiatría e Cinema (en colaboración coa Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental) e promoción de documentais (*Expedición Mental*) e outros proxectos artísticos (como Art Spida, Arte no Hospital, Barraca XXI).	N.º de programas de sensibilización desenvolvidos no ámbito da saúde mental (≥1/ano).
Mellora do tratamento informativo mediante creación dun grupo de traballo multidisciplinar sobre saúde mental e comunicación, co fin de elaborar materiais de apoio e actividades formativas para xornalistas nos medios de comunicación.	Grupo de traballo multidisciplinar sobre saúde mental e comunicación creado (Si/Non). N.º de formacións nos medios de comunicación (≥1/ano).
Formación para a cidadanía en colaboración coa Escola Galega de Saúde para Cidadáns, mediante a incorporación de pacientes expertos/as e/ou familiares como coformadores/as.	Existencia de programas formativos con participación de pacientes expertos/as e/ou familiares (Si/Non).

OBXECTIVO 6.1.2

Adecuar os espazos asistenciais e reducir o uso de prácticas restritivas.

ACCIÓNS	INDICADORES
Humanización dos espazos destinados á atención dos trastornos mentais, especialmente os destinados á atención e á hospitalización psiquiátrica mediante estándares de contorna terapéutica (espazos específicos en servizos de urxencias, salas sensoriais, áreas de desconfinamento, habitacións de contención) para mellorar a confortabilidade, a seguridade e a privacidade.	N.º de áreas sanitarias que desenvolven actuacións de mellora dos espazos (7/7).
Mellora do rexistro centralizado de contencións mecánicas para a súa avaliación e redución.	Melloras implementadas no sistema centralizado de rexistro de contencións (Si/Non). Análise da redución de contencións (Si/Non).
Formación aos/ás profesionais sanitarios/as nos modelos Contención Zero, Safewards e outros avalados pola evidencia científica.	N.º de accións formativas realizadas (≥1 por ano).

Integración asistencial, optimización de recursos e sistemas de información

OBXECTIVO 6.2.1

Mellorar a equidade territorial e a accesibilidade aos recursos de saúde mental.

ACCIÓNS	INDICADORES
Incremento dos recursos materiais e humanos, especialmente os dirixidos á poboación infanto-xuvenil e á atención ao TMG, considerando as necesidades e o desenvolvemento previo nestes ámbitos.	Ratio de profesionais por 100.000 habitantes (e por 100.000 <18 anos) desagregado por categorías.
Implantación dun modelo colaborativo de atención ao trastorno mental común, coa consolidación da Rede de Psicoloxía Clínica en AP mediante a incorporación de novos/as profesionais.	Modelo colaborativo aprobado (Si/Non) e data de aprobación/actualización.
Activación de vías rápidas para casos complexos ou refractarios con criterios homoxéneos en todos os servizos de psiquiatría.	% de áreas sanitarias con vía rápida implantada.
Desenvolvemento de mecanismos de coordinación cos servizos universitarios de atención psicolóxica.	Desenvolvemento mecanismos de coordinación (Si/Non).
Elaboración e actualización continua dun mapa de recursos sanitarios, sociosanitarios e comunitarios por área sanitaria.	Mapa de recursos dispoñibles por área sanitaria (Si/Non).
Incorporación da videoconsulta como recurso estruturado para complementar a atención presencial e mellorar a accesibilidade en zonas dispersas.	N.º de áreas sanitarias con videoconsulta incorporada (7/7).

OBXECTIVO 6.2.2

Asegurar unha planificación progresiva e sostible de recursos humanos.

ACCIÓNS	INDICADORES
Definición de ratios profesionais baseados en estándares clínicos e necesidades asistenciais.	% de categorías profesionais con cociente definido.
Axuste progresivo da dotación profesional, priorizando áreas sanitarias con maior carga e complexidade asistencial.	% do incremento anual de prazas asignado a áreas sanitarias priorizadas.

OBXECTIVO 6.2.3

Optimizar os sistemas de información para a planificación, a práctica clínica e a xestión.

ACCIÓNS	INDICADORES
Realización de estudos periódicos sobre prevalencia e carga de enfermidade mental.	Estudos sobre prevalencia e carga de enfermidade mental realizados ata 2030 (Si/Non).
Desenvolvemento dun sistema de vixilancia epidemiolóxica en saúde mental no marco da rede estatal, comezando, nunha primeira fase, pola conduta suicida e os trastornos adictivos, en colaboración coa Dirección Xeral de Saúde Pública.	Sistema de vixilancia operativo (Si/Non).
Actualización e mellora das plataformas corporativas específicas (por exemplo, XECEAS-web) para optimizar a súa usabilidade e eficiencia.	Plataformas corporativas actualizadas (Si/Non).
Impulso da codificación de situacións de soidade non desexada como factor determinante de saúde na historia clínica.	Sistema de rexistro específico na historia clínica (Si/Non).
Mellora do sistema de rexistro de contencións mecánicas.	Cambios no rexistro implementados (Si/Non).

OBXECTIVO 6.2.4

Desenvolver un cadro de mando corporativo único para o seguimento integral da saúde mental.

ACCIÓNS	INDICADORES
Deseño dun cadro de mando con indicadores unificados para todas as áreas sanitarias.	Existencia de cadro de mando unificado (Si/Non).
Integración de fontes de datos clínicas e organizativas (IANUS-5, Vixia, XECEAS-web, actividade asistencial).	Integración de fontes (Si/Non).
Desenvolvemento de actualizacións automáticas, paneis comparativos e alertas de variabilidade.	Existencia de actualizacións automáticas (Si/Non) e alertas (Si/Non).
Garantía de interoperabilidade cos indicadores de resultados en saúde definidos na liña 6.4.	% de indicadores de resultados enlazados no cadro de mando.

Xestión do coñecemento, investigación e innovación

OBXECTIVO 6.3.1

Fortalecer as competencias dos/das profesionais e mellorar o coñecemento sobre a saúde mental da cidadanía.

ACCIÓNS	INDICADORES
Desenvolvemento de itinerarios formativos estruturados para profesionais de saúde mental e AP.	Existencia de itinerarios formativos estruturados aprobados (Si/Non).
Implementación de programas de formación, sensibilización e concienciación dirixidos á cidadanía, a pacientes e a familias, coa súa participación activa.	N.º de programas/accións de sensibilización implementados.
Organización de xornadas de actualización clínica e divulgación científica, así como xornadas de concienciación e sensibilización.	N.º de xornadas realizadas (> 1/ano).

OBXECTIVO 6.3.2

Impulsar proxectos de investigación e innovación asistencial aplicada en saúde mental.

ACCIÓNS	INDICADORES
Extensión dos proxectos piloto de medicina personalizada (farmacoxenética, farmacocinética) e biomarcadores (no contexto de proxectos de innovación como Precisaúde).	N.º de proxectos piloto de medicina personalizada activos.
Favorecemento da participación de profesionais en proxectos multicéntricos autonómicos, estatais e internacionais.	N.º de proxectos multicéntricos nos que participan profesionais de saúde mental.
Impulso da participación en programas transfronteirizos (por exemplo, Interreg).	N.º de proxectos transfronteirizos presentados.
Fomento da transferencia sistemática de boas prácticas e innovacións clínicas e organizativas entre áreas sanitarias.	N.º de xornadas de boas prácticas e innovación ao longo da vixencia do Plan (≥2).
Promoción do intercambio de experiencias de programas realizados polo terceiro sector e as asociacións de pacientes.	N.º de foros de intercambio de experiencias de programas ao longo da vixencia do Plan (≥2) .

Resultados en saúde e indicadores

OBXECTIVO 6.4.1

Desenvolver un sistema corporativo de medición de resultados en saúde.

ACCIÓNS	INDICADORES
Priorización e validación dos instrumentos de medición CROM, PROM e PREM para patoloxías seleccionadas no contexto da estratexia de resultados en saúde, comezando pola depresión, a ansiedade e as demencias.	Listaxe priorizada e validada de CROM, PROM e PREM en uso (Si/Non).
Integración de instrumentos de medición e protocolos de rexistro na historia clínica electrónica.	N.º de instrumentos de medida e protocolos de rexistro integrados na historia clínica electrónica para as patoloxías priorizadas (≥1 por patoloxía).
Incorporarción dos paneis de resultados no cadro de mando corporativo.	Paneis de resultados en saúde incorporados ao cadro de mando corporativo (Si/Non).

OBXECTIVO 6.4.2

Estandarizar unha serie de indicadores asociados a cada liña estratéxica.

ACCIÓNS	INDICADORES
Definición de indicadores comúns e específicos para cada proceso asistencial con mecanismos de revisión e mellora.	Documento marco de indicadores comúns e específicos por proceso asistencial elaborado (Si/Non).
Análise da variabilidade asistencial non xustificada e proposta de intervencións de mellora.	N.º de análises de variabilidade asistencial realizados (≥1/ano).
Realización de informes de resultados con periodicidade definida.	N.º de informes de resultados elaborados (≥1/ano).

OBXECTIVO 6.4.3

Integrar de forma sistemática os resultados en saúde, orientando o sistema cara a un modelo baseado no valor e na redución da variabilidade clínica.

ACCIÓNS	INDICADORES
Avance na integración sistemática dos resultados en saúde nos cadros de mando corporativos.	Resultados en saúde incorporados ao cadro de mando corporativo (Si/Non).
Creación de módulos específicos por patoloxía prioritaria no cadro de mando (por exemplo, depresión, ansiedade e demencias).	N.º de módulos específicos por patoloxía prioritaria creados no cadro de mando (≥1).
Formación dos/das profesionais na análise e interpretación de resultados en saúde, cun enfoque aplicado á práctica clínica, á mellora continua e á toma de decisións baseada en datos.	N.º de formacións impartidas (≥1/ano).
Establecemento de mecanismos de retroalimentación entre os niveis micro, meso e macro de xestión.	Mecanismo de retroalimentación entre niveis de xestión definido e implantado (Si/Non).

ANEXO II. POBOACIÓN POR ÁREA SANITARIA (2026)

ÁREA SANITARIA	0 – 14 ANOS	> 64 ANOS	TOTAL
A Coruña e Cee	60.277	140.498	552.355
Ferrol	16.890	50.194	172.907
Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos	31.133	93.379	312.030
Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	27.225	94.943	294.133
Pontevedra e O Salnés	31.592	71.285	288.200
Santiago de Compostela e Barbanza	48.259	115.210	441.229
Vigo	62.585	136.855	564.790

Fonte: elaboración propia con datos de tarxeta sanitaria de xaneiro de 2026.

Plan estratéxico de SAÚDE MENTAL 2026–2030

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Consultado: 5 de septiembre de 2025; Dispoñible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1.

2. Xunta de Galicia. Plan de saúde mental de Galicia poscovid-19. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1204/PSMG%20poscovid-19.pdf.

3. Instituto Nacional de Estatística. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo 2023. Consultado: 11 de febreiro de 2026; Dispoñible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688.

4. Consello Económico Social de Galicia. Informe saúde mental en Galicia. Santiago de Compostela; 2025.

5. Organización Mundial da Saúde. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Dispoñible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

6. Ministerio de Sanidade: Comisionado de Salud Mental. Plan de acción de salud mental 2025-2027. 2025. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf.

7. Ministerio de Sanidade: Comisionado de Salud Mental. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025–2027. 2025. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf.

8. Organización Mundial da Saúde. Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans. Geneva; 2025. Dispoñible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819.

9. Organización Mundial da Saúde. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki (Finland): WHO Regional Office for Europe; 2005. EUR/04/5047810/6. Dispoñible en: https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf.

10. Organización Mundial da Saúde. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2022. Dispoñible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029.

11. Comisión Europea. Communication from the Commission 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. Bruselas: Comisión Europea; 2023. COM(2023) 298 final. Dispoñible en: https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?utm.

12. Comisión Europea. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030. Bruselas; 2021. COM(2021) 101 final. Dispoñible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52021DC0101&utm_source.

13. España. Constitución Española. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 1978. Dispoñible en: https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con.

14. Goberno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 1986. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499.

15. Goberno de España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2003. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715.

16. Goberno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2002. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188.

17. Goberno de España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2006. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990.

18. Goberno de España. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se Reforma la Legislación Civil y Procesal para el Apoyo a las Personas con Discapacidad en el Ejercicio de su Capacidad Jurídica. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2021. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233.

19. Ministerio de Sanidade (España). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidade GdE; 2022. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

20. Galicia. Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. Santiago de Compostela: Diario Oficial de Galicia (DOG); 2008. Dispoñible en: https://www.boe.es/eli/es-ga/l/2008/07/10/8/con.

21. Goberno de España. Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 1981. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1981-9564.

22. Xunta de Galicia. Lei 13/2008, de 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. Santiago de Compostela: Diario Oficial de Galicia (DOG); 2008. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-807.

23. Xunta de Galicia. Lei 7/2023 de 30 de novembro, para a igualdade efectiva de mulleres e homes de Galicia. Santiago de Compostela: Diario Oficial de Galicia (DOG); 2023. Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2023/20231211/AnuncioC3B0-301123-0001_gl.html.

24. Xunta de Galicia. Lei 10/2014, de 3 de decembro, de accesibilidade. Santiago de Compostela: Diario Oficial de Galicia (DOG); 2014. Dispoñible en: https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-2604&tn=2&p=20141217.

25. Xunta de Galicia. Lei 3/2011, de 30 de xuño, de apoio á familia e á convivenza de Galicia. Santiago de Compostela: (DOG); 2011. Dispoñible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13120.

26. Bourque VR, Poulain C, Proulx C, Moreau CA, Joober R, Forgeot d'Arc B, et al. Genetic and phenotypic similarity across major psychiatric disorders: a systematic review and quantitative assessment. Transl Psychiatry. 2024;14:171. doi:10.1038/s41398-024-02866-3.

27. Polderman TJC, Benyamin B, de Leeuw CA, Sullivan PF, van Bochoven A, Visscher PM, et al. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. Nature Genetics 2015; 47: 702-9.

28. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Genomic Relationships, Novel Loci, and Pleiotropic Mechanisms across Eight Psychiatric Disorders. Cell 2019; 179: 1469-82.e11.

29. Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. Front Psychiatry 2019; 10: 118.

30. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behav Res Ther 2011; 49: 186-93.

31. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. Clin Psychol Rev 2017; 57: 141-63.

32. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health 2017; 2: e356-e66.

33. Daníelsdóttir HB, Aspelund T, Shen Q, Halldorsdottir T, Jakobsdóttir J, Song H, et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. JAMA Psychiatry 2024; 81: 586-94.

34. Ye Z, Wu D, He X, Ma Q, Peng J, Mao G, et al. Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. BMC Psychiatry 2023; 23: 215.

35. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. Schizophr Bull 2016; 42: 1262-9.

36. Groening JM, Denton E, Parvaiz R, Brunet DL, Von Daniken A, Shi Y, et al. A systematic evidence map of the association between cannabis use and psychosis-related outcomes across the psychosis continuum: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatry Res 2024; 331: 115626.

37. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. Am J Prev Med 2019; 57: 262-72.

38. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse 2024; 25: 494-511.

39. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med 2010; 7: e1000316.

40. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. Curr Opin Psychol 2022; 44: 58-68.

41. Boniel-Nissim M, Marino C, Galeotti T, Blinka L, Ozoliņa K, Craig W, et al. A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2024 2024-09-25.

42. Boniel-Nissim M, van den Eijnden RJJM, Furstova J, Marino C, Lahti H, Inchley J, et al. International perspectives on social media use among adolescents: Implications for mental and social well-being and substance use. Computers in Human Behavior 2022; 129: 107144.

43. Burnell K, Fox KA, Maheux AJ, Prinstein MJ. Social Media Use and Mental Health: A Review of the Experimental Literature and Implications for Clinicians. Current Treatment Options in Psychiatry 2024; 11: 1-16.

44. To P, Eboreime E, Agyapong VIO. The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. Behavioral Sciences 2021; 11: 126.

45. López-Cuadrado T, Ortiz C, Ayuso-Álvarez A, Galán I. Impact of psychological distress on mortality in Spain. The importance of early detection and treatment of mental disorders. J Psychiatr Res 2024; 169: 292-7.

46. Mourino N, Teijeiro A, Guerra-Tort C, Rey-Brandariz J, Candal-Pedreira C, Martín-Gisbert L, et al. Consumption of hypnosedatives in Spain: characterization and time trends, 2005-2022. Gaceta Sanitaria 2024; 38: 102433.

47. Roncero C, Armenteros L, Bellido-Cambrón C, Bonilla-Guijarro A, Gómez-Cibeira E. Benzodiazepine use in Spain: risks and perspectives on the current situation and proposals for their rational use. Frontiers in Pharmacology 2025; Volume 16 - 2025.

48. Organización Mundial da Saúde. Covid-19 pandemic triggers 25 % increase in prevalence of anxiety and depression worldwide 2022. Accessed on: 8 de setembre de 2025; Dispoñible en: https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide?.

49. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet 2021; 398: 1700-12.

50. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. JAMA Pediatrics 2021; 175: 1142-50.

51. Diogo Gonçalves S, Santos AL, Ramos C, Valente F, Jesus L, Pereira Alexandre J, et al. Mental Health in Europe After COVID-19: A Systematic Review of Depression, Anxiety, and Stress Among Adult Primary Health Care Users. Psychiatry International 2025; 6: 109.

52. Sánchez-Guarnido AJ, Urquiza BM, Sánchez MdMS, Masferrer C, Perles F, Petkari E. Teletherapy and hospitalizations in patients with serious mental illness during the COVID-19 pandemic: A retrospective multicenter study. PLOS ONE 2022; 17: e0267209.

53. Taquet M, Sillett R, Zhu L, Mendel J, Camplisson I, Dercon Q, et al. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. Lancet Psychiatry 2022; 9: 815-27.

54. Chinvararak C, Chalder T. Prevalence of sleep disturbances in patients with long COVID assessed by standardised questionnaires and diagnostic criteria: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2023; 175: 111535.

55. Taquet M, Skorniewska Z, De Deyn T, Hampshire A, Trender WR, Hellyer PJ, et al. Cognitive and psychiatric symptom trajectories 2–3 years after hospital admission for COVID-19: a longitudinal, prospective cohort study in the UK. The Lancet Psychiatry 2024; 11: 696-708.

56. Ministerio de Sanidade. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. 2025. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf.

57. Universidade de Santiago de Compostela e Ministerio de Sanidade. Conductas adictivas en España. Variaciones temporales y geográficas. 2025. Dispoñible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2025/2025_Conductas_adictivas_Espanna_ac.pdf

58. Saúde SGd. Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo 2024. Accessed on; Dispoñible en: https://www.sergas.gal/Saude-publica/SICRI-2024.

59. Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, et al. Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades: a mental health crisis? European Child & Adolescent Psychiatry 2025; 34: 1125-34.

60. Moreno C, Rivera F, Sánchez-Queija, I, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2022 en Galicia. Ministerio de Sanidad; 2025.

61. Mondragón Vicente MR, Varela Reboiras L, Sánchez Mayo MJ, Domínguez Santos MD. Estudio epidemiológico de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área sanitaria de Santiago de Compostela: análisis evolutivo. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2025; 42: 12-27.

62. Observatorio estatal de soledad no deseada. Barómetro de la soledad no deseada en Galicia 2024. 2024. Dispoñible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Barometro%20Soledad%20Galicia%202024.pdf.

63. Shannon H, Bush K, Villeneuve PJ, Hellemans KG, Guimond S. Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis. JMIR Ment Health 2022; 9: e33450.

64. Perlmutter E, Dwyer B, Torous J. Social Media and Youth Mental Health: Assessing the Impact Through Current and Novel Digital Phenotyping Methods. Current Treatment Options in Psychiatry 2024; 11: 34-51.

65. Zhang SX, Chen RZ, Xu W, Yin A, Dong RK, Chen BZ, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Symptoms of Anxiety, Depression, and Insomnia in Spain in the COVID-19 Crisis. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19: 1018.

66. Instituto Nacional de Estatística. Índice de envejecimiento por comunidad autónoma. Consultado: 8 de septiembre de 2025; Dispoñible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452.

67. Li W, Zhao N, Yan X, Zou S, Wang H, Li Y, et al. The prevalence of depressive and anxiety symptoms and their associations with quality of life among clinically stable older patients with psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic. Translational Psychiatry 2021; 11: 75.

68. Alonso-González A, Martínez-Qués ÁA, Salgado-Babarro L, Vázquez-Domínguez C, Ramos-Cid Á, López-Pérez MdC. Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia. Gerokomos 2023; 34: 222-8.

69. Gallagher D, Fischer CE, Iaboni A. Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment:An Update on Prevalence, Mechanisms, and Clinical Significance. The Canadian Journal of Psychiatry 2017; 62: 161-9.

70. Federación Alzheimer Galicia. Demencia en cifras. Consultado: 16 de septiembre de 2025; Dispoñible en: FAGAL | Federación Alzhéimer Galicia.

71. Oram S, Fisher HL, Minnis H, Seedat S, Walby S, Hegarty K, et al. The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. The Lancet Psychiatry 2022; 9: 487-524.

72. Consello Xeral do Poder Xudicial. Galicia rexistrou 21 denuncias ao día por violencia de xénero en 2024, 2025. Consultado: 16 de setembro de 2025; Dispoñible en: https://www.poderjudicial.es/portal/site/cgpj/menuitem.65d2c4456b6ddb628e635fc1dc432ea0/?vgnextchannel=157ea8dc69e7d210VgnVCM100000cb34e20aRCRD&vgnextfmt=default&vgnextlocale=es_ES&vgnextoid=25aa2f31cdbe5910VgnVCM1000004648ac0aRCRD&.

73. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, Beltrán Pd, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. Gaceta Sanitaria 2017; 31: 175-7.

74. Servizo Galego de Saúde. LGTBI y salud. Consultado: 16 de setembro de 2025; Dispoñible en: LGTBI e saúde - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde.

75. Garaigordobil M, Larrain E. Bullying and cyberbullying in LGBT adolescents: Prevalence and effects on mental health. Comunicar: Media Education Research Journal 2020; 28: 77-87.

76. Informe sobre a evolución des delitos de odio en España. Ministerio do Interior: Goberno de España. 2021. Dispoñible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/delitos-de-odio/estadisticas/INFORME-EVOLUCION-DELITOS-DE-ODIO-VDEF.pdf.

77. Instituto Nacional de Estatística. Población con alguna discapacidad según Comunidad Autónoma por sexo y grupo de edad 2023. Consultado: 16 de setembro de 2025; Dispoñible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=66861&L=0.

78. Instituto Nacional de Estatística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia. Población residente en centros (EDAD centros). 2023. Dispoñible en: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EDAD2023.htm.

79. Pinals DA, Hovermale L, Mauch D, Anacker L. Persons With Intellectual and Developmental Disabilities in the Mental Health System: Part 1. Clinical Considerations. Psychiatr Serv 2022; 73: 313-20.

80. Instituto Nacional de Estatística. Riesgo de pobreza o exclusión social y de sus componentes por comunidades autónomas 2025. Consultado: 11 de febreiro de 2026; Dispoñible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=29288.

81. Ministerio de Sanidade Goberno de España. EDADES 2024. 2024. Dispoñible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf.

82. Ministerio de Sanidade Goberno de España. Estudio de Prevalencia del juego en la población general en España 2022-2023. 2023. Dispoñible en: https://www.ordenacionjuego.es/novedades/estudio-prevalencia-juego-poblacion-general-espana-2022-2023.

83. Instituto Nacional de Estatística. Estadística de Defuncións según la Causa de Muerte Año 2024 Datos provisionales, 2025. Consultado: 17 de setembro de 2025; Dispoñible en: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2024.htm.

84. Instituto Nacional de Estatística. Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo 2025. Consultado: 17 de setembro de 2025; Dispoñible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=46688#_tabs-tabla.