



ATENCIÓN EN RECURSOS COMUNITARIOS A LAS PERSONAS

QUE SUFREN TRASTORNO MENTAL GRAVE

Intervención del Ararteko, Iñigo Lamarca
III JORNADA TÉCNICA
FUNDACIÓN ARGIA
Bilbao, 11 de octubre de 2012



Desde ARGÍA me sugerían que podía resultar de su interés la valoración que la institución del Ararteko realiza sobre la evolución que ha registrado la atención dispensada a las personas con TMG desde que en el año 2000 esta institución publicara su informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental*.

De ello hemos ido dando cuenta en los informes anuales presentados ante el Parlamento Vasco así como con ocasión de diversas declaraciones institucionales, participación en foros, encuentros o seminarios.

En nuestra opinión -fundamentada en el análisis de las quejas ciudadanas, la información recabada de las administraciones concernidas y el contacto con colectivos y asociaciones que operan en este ámbito- en 12 años, la CAV ha experimentado una **notable pero insuficiente evolución** en la protección y atención de un colectivo tan especialmente vulnerable como es el de las personas que padecen problemas de salud mental.

En estos años hemos asistido a un remarcable **impulso en la creación, implantación y mejora** de centros de salud mental para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de hospitalización breve, hospitales de día para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de media estancia, unidades de rehabilitación y psicogerátricos, así como a la paulatina creación y ampliación de estructuras residenciales no hospitalarias como pisos tutelados, pisos supervisados, minirresidencias, hogares, comunidades terapéuticas, pensiones y hostales protegidos, todo ello en el marco de un inacabado proceso de desinstitucionalización.

Sin ánimo de ser exhaustivo, aludiré a una serie de cuestiones que, en opinión de esta institución a la que represento, han supuesto, en estos 12 años, otras **contribuciones de gran valor** en este camino que todos deseamos recorrer y que tiene como fin último la rehabilitación psicosocial, el empoderamiento y la efectiva integración social de este grupo de personas:

- Los avances registrados en materia de promoción de la creación de instituciones tutelares.
- La aprobación, en 2003, del Convenio de colaboración ente el Gobierno Vasco, las tres diputaciones forales y la asociación de municipios vascos EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria y la creación del Consejo Vasco de Atención sociosanitaria, como órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social de la CAPV.

- La aprobación de instrumentos de planificación como el Plan estratégico sobre Asistencia psiquiátrica y salud mental 2004-2008 y el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2005-2008).
- El Protocolo de actuación del sistema sanitario con los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección atendidos por el Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia de 19 de marzo de 2007.
- La creación en octubre de 2007 del Consejo Asesor en Salud Mental de Euskadi, como órgano consultivo para el asesoramiento técnico en materia de salud mental, que comenzó su andadura en marzo de 2008.
- La consolidación en 2008 de los centros terapéutico-educativos fruto de la colaboración entre la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil y el sistema educativo, en el marco de lo establecido por el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. Dichos centros posibilitan la atención terapéutico-educativa a menores con graves enfermedades mentales, en edad de escolarización obligatoria y que requieran una intervención específica en un período de tiempo definido.
- La regulación de los recursos de acogimiento residencial para la infancia y la adolescencia en situación de desprotección social mediante el Decreto 131/2008, de 8 de julio en el que se contemplan los programas especializados para adolescentes con problemas de conducta y con graves problemas de conducta.
- La incorporación en la Red de Salud Mental de Osakidetza, en 2009, de la Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria y la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente.
- El acuerdo entre el Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo y el Ayuntamiento de Bilbao para la puesta en marcha de un programa de atención psiquiátrica a personas sin hogar en el municipio de Bilbao, de 2010.
- La aprobación de la Estrategia en salud mental de la CAPV (ESM-2010) cuyo período de vigencia se sitúa entre 2010 y 2013.
- La aprobación por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, el 28 de febrero de 2011, del documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAPV , fruto del consenso alcanzado entre el Gobierno Vasco las tres diputaciones forales y la asociación de municipios vascos EUDEL y del documento relativo al Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- La aprobación del DECRETO 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.



- Desarrollo, en los ámbitos municipal y foral, de una serie de programas en el marco de la atención y coordinación sociosanitaria, de especial incidencia en el colectivo que nos ocupa:
 - Programas de atención a consumidores problemáticos de drogas.
 - Programas de atención a personas extoxicómanas.
 - Programas de atención para personas drogodependientes en situación de grave exclusión social.
 - Programas que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con VIH-SIDA y su red familiar y social.
 - Programas de atención psiquiátrica a personas sin hogar.
 - Programas de atención a profesionales que desarrollan su tarea con determinados colectivos en situación o en riesgo de exclusión social.
 - Programas de intervención con menores en situación o riesgo de desprotección.
 - Atención a la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social.
 - Programas de intervención con colectivos de personas con mayor fragilidad social.
 - Programas de formación en envejecimiento saludable.
 - Programas de apoyo biopsicosocial de carácter comunitario.
 - Establecimiento de alianzas con las asociaciones de personas afectadas y familiares.
 - Programa de formación especializada dirigido a profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental.
- La implantación de programas de tratamiento asertivo comunitario constituidos por equipos de salud mental que atienden a las personas afectadas directamente en la comunidad, y especialmente en su domicilio, con el objetivo prioritario de mantener la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial.
- La puesta en marcha del programa ADIN TXIKIKOAK y el de episodios psicóticos *LEHENAK*.

Por otro lado, se me pedía desde la organización de estas jornadas técnicas que aludiera a los cambios y riesgos que la situación actual está suponiendo en la atención a este colectivo.

El escenario de profundos cambios en que nos encontramos inmersos, con motivo de la **grave crisis económica actual**, motiva nuestra preocupación por las posibles limitaciones en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a las administraciones públicas.

La protección de las personas con enfermedad mental debe constituir una prioridad en las políticas de los países avanzados.

En este contexto, especial mención merece el informe *“Impact of economic crises on mental health”*, publicado en el año 2011 y elaborado por la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este informe, tras resaltarse la importancia de invertir en salud mental, se detallan líneas estratégicas de acción que los países deben implantar para mitigar los efectos de la situación actual de recesión sobre la incidencia de problemas de salud mental en la población.

En el citado informe, los expertos de la OMS refieren que el **incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público**, experimentados en Europa desde el inicio de la crisis, en el año 2007, **han conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía europea**; la evidencia científica ha puesto de manifiesto, además de forma indubitada, que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de proteger la salud mental de las y los ciudadanos, principalmente en tiempos de crisis, mediante la mejora del acceso a los servicios de salud mental y de la formación de los profesionales sanitarios.

Por último, la dirección de estas jornadas nos solicitaba que identificáramos las **necesidades no atendidas, lagunas y áreas de mejora**.

Aunque se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados, sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares y los recursos disponibles, sobre todo los de apoyo social, rehabilitación e inserción sociolaboral.

Se hace necesario continuar con la labor de consensuar criterios diagnósticos y guías de práctica clínica con el fin de reducir la variabilidad clínica y mejorar la calidad de la atención. Así mismo, resulta necesario fomentar la investigación básica y aplicada en salud mental.

I. INSUFICIENTE POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y DE DESARROLLO DE RECURSOS COMUNITARIOS

La desinstitucionalización de personas con enfermedad mental ha tenido una especial relevancia en Bizkaia, con una notable disminución de camas hospitalarias; sin embargo, como indicábamos, se trata de un **proceso inacabado** que requiere del **impulso de los recursos comunitarios**, aspecto en el cual las carencias son manifiestas. Existen, según nos consta, preocupantes listas de espera en nuestros hospitales psiquiátricos para acceder a plazas en pisos tutelados u otros con diferente grado de supervisión –en ocasiones de hasta 2 años-, u hospitales de día.

Los recursos comunitarios tales como hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos tutelados, centros ocupacionales, clubes sociales, minirresidencias, servicios de apoyo a la vida independiente, programas de seguimiento intensivo comunitario como los de “Tratamiento Asertivo Comunitario”, etc. resultan **imprescindibles y claramente insuficientes**, tanto para desarrollar procesos de desinstitucionalización como para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización y garantizar una adecuada continuidad de cuidados.

El incremento de plazas de este tipo y una mayor dotación de recursos a programas y equipos como los señalados constituye, en nuestra opinión, un objetivo de máxima prioridad.

Hemos detectado una clara **insuficiencia de plazas de alojamiento sociosanitario**, sobre todo para colectivos especiales como personas mayores con patología psicótica y valoración de dependencia severa o moderada (no grandes dependientes), cuya atención no es asumida por los servicios de mayores; personas con patología dual o con trastornos de conducta diversos, o con patología psíquica con mayor deterioro. Observamos también una carencia de salida desde la rehabilitación psicosocial comunitaria a otros dispositivos sociosanitarios de personas mayores que se encuentran estabilizadas psíquicamente pero con necesidades de apoyo en las habilidades de la vida cotidiana, de forma continuada.

II. NECESIDAD DE REFORZAR LA COORDINACIÓN INTER E INTRAINSTITUCIONAL

Resulta indispensable que las **distintas redes** que han de operar en esta materia con el fin de atender de manera integral y multidisciplinar a las personas con TMG –la red sanitaria (salud mental y drogodependencias), de servicios sociales,



educativa, de justicia, empleo, vivienda, etc.- se encuentren **debidamente coordinadas y garanticen una efectiva continuidad asistencial**. En tal sentido, se hace necesario crear **espacios de coordinación** interinstitucional estables, así como **regular y protocolizar** adecuadamente dicha coordinación interinstitucional y, en los supuestos en que ya existen tales instrumentos jurídicos, asegurar su correcto cumplimiento.

Igualmente, **en el seno de cada red ha de asegurarse la adecuada coordinación entre los distintos servicios**: atención sanitaria primaria y especializada; centros de salud mental y unidades de agudos; dispositivos de salud mental infantojuvenil y de adultos; servicios sociales de base y servicios de atención especializada – mayores, atención temprana, desprotección, dependencia, discapacidad, etc.-; atención a la salud mental y atención a la drogodependencia, etc.).

De manera especial, resulta imprescindible **impulsar el denominado espacio sociosanitario**. Se observa un diferente desarrollo del sistema de atención sociosanitaria en los tres territorios históricos. Existen diferencias muy significativas en los **convenios de colaboración** entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y las Diputaciones para regular la prestación y financiación de los servicios sociosanitarios. En nuestra opinión, resulta conveniente **impulsar** este tipo de convenios, con el fin de garantizar, entre otras, prestaciones de servicios de asistencia psiquiátrica rehabilitadora en centros de día psicosociales para personas con TMG, centros ocupacionales o en Unidades Residenciales Sociosanitarias, entre otras, así como el adecuado impulso de los recursos comunitarios a los que hacía referencia en el apartado anterior.

Hay una **población** de personas usuarias con enfermedad mental, en recursos de la red de **inserción social**, centros residenciales de **menores con problemas severos de conducta**, centros residenciales para **personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta** y en **unidades psicogerítricas** de centros gerontológicos que precisan una mejora de la coordinación de la atención entre ambas redes.

A menudo percibimos que las relaciones y acciones entre salud mental, atención primaria y servicios sociales dependen mucho de la sensibilidad individual de las y los distintos profesionales, y no de acuerdos coordinados y compartidos, cuya articulación es preciso promover, al igual que resulta imprescindible promover la **formación, la investigación y la innovación en este ámbito sociosanitario**.

III. LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS

Necesidad de que se materialice la previsión incluida en el Objetivo específico 4.14 de la Estrategia de Salud Mental 2010, en cuanto a la elaboración de una **guía general**, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la

práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad (ingreso involuntario, procedimientos de sujeción, aislamiento, etc.).

IV. LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA E IMPACTO EN EL COLECTIVO

Asistimos con preocupación a las consecuencias que se están derivando de la aplicación del nuevo baremo de valoración de la dependencia (BVD)¹ con relación al colectivo que nos ocupa. Registramos recientemente un notable incremento de quejas relativas a la disconformidad con el resultado de las valoraciones de dependencia y con numerosas **revisiones a la baja** que están afectando, de manera especial, a personas con problemas de salud mental. A ello se une la percepción manifestada por las y los profesionales sanitarios o del trabajo social, con los que tenemos oportunidad de contrastar nuestra información, sobre **gradaciones difícilmente comprensibles a la vista de las necesidades de apoyo y supervisión de las personas valoradas**.

Insistimos en la necesidad de **aplicar el BVD** mediante un análisis contextualizado **que tenga en cuenta, en mayor medida, la necesidad de otro tipo de apoyos a la autonomía personal** como los relacionados con la capacidad mental, el grado de iniciativa en la realización de las tareas y las dificultades cognitivas, de tipo conductual, de autodeterminación personal o de comprensión del entorno social.

Consideramos urgente que las administraciones concernidas se replanteen (de cara a la publicación del Decreto de Cartera en Servicios sociales) los **requisitos de acceso a las prestaciones y servicios de atención a las personas con problemas de salud mental**, pues la exigencia de una determinada gradación de dependencia, por los motivos que indicaba, podría arrojarnos a un escenario de desatención nada deseado. En tal sentido, resulta oportuno situar el **acceso a partir de la situación de riesgo de dependencia** para lo cual el instrumento de valoración habrá de permitir valorar adecuadamente todas las situaciones de dependencia, con especial mención de las motivadas por la enfermedad mental, incorporando nuevas dimensiones relacionadas con la autonomía personal, la participación y la comunicación.

¹ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

V. EL APOYO INSTITUCIONAL A LAS ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO Y EN GENERAL A LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES, PERSONAS USUARIAS Y DE PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DEL COLECTIVO. SU PARTICIPACIÓN

Es preciso continuar con la tarea de **incorporar el conocimiento de estas entidades** sociales en la elaboración de **planes estratégicos** de hospitales y de las organizaciones de Salud mental extrahospitalaria.

En la CAPV numerosas entidades sociales sin ánimo de lucro desarrollan un extraordinario trabajo en la promoción de los derechos de las personas con problemas de salud mental. Nos parece imprescindible el apoyo institucional a tales entidades. En algunas ocasiones detectamos que las **convocatorias anuales de ayudas y subvenciones se efectúan con el año muy avanzado**, lo que constituye una mala práctica administrativa que ha de ser superada. Ello perjudica el mantenimiento de los programas o servicios ofrecidos por las asociaciones, de indudable valor para la mejora de la calidad de vida de quienes padecen los problemas mencionados. La estabilidad y continuidad de dichos servicios y programas ha de verse garantizada por el Departamento concernido mediante la publicación y resolución de las convocatorias en los primeros meses del año, así como mediante el **impulso de vías de ayuda y colaboración que superen el reducido marco temporal del año presupuestario y ofrezcan una mayor seguridad** (créditos de compromiso plurianual, convenios a medio plazo, etc.).

VI. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS PRESAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El hecho de que aún esté pendiente la deseable transferencia competencial no debe hacernos olvidar que **las competencias de sanidad penitenciaria ya transferidas permitirían a los poderes públicos vascos**, actuando coordinadamente, apostar decididamente por un **modelo de atención comunitaria a la salud mental que tenga en cuenta** un factor fundamental: **la prisión** como contexto, como escenario conductual, solo **agrava el deterioro** de estas personas. Los síntomas se multiplican, abonando el terreno para la comorbilidad, para la aparición de nuevos síntomas y descompensaciones producto de la prisionización. Las unidades especializadas, por tanto, deben tener cabida en recursos comunitarios específicos, más que en el propio ámbito penitenciario. No obstante, aquéllas personas con problemáticas menos graves, con independencia de que en momentos puntuales (brotes psicóticos, ausencias prolongadas, etc.) deban ser excarceladas para su tratamiento, mientras permanezcan en prisión deberían contar con espacios diferenciados a los del resto de las personas presas, en los que el tratamiento médico-psiquiátrico centrara la prioridad de su cumplimiento penitenciario en

combinación con aquellos otros factores que los expertos/as en salud mental consideraran prioritario para cada caso (farmacoterapia, psicoterapia, terapias laborales y/o artísticas, etc.).

Por lo tanto, **deberían considerarse tres espacios diferenciados:**

- Un espacio penitenciario estándar en el que no debería haber ninguna persona con enfermedades mentales.
- Un espacio penitenciario en el que se priorice el tratamiento sanitario de aquellas personas con problemáticas psico-sanitarias leves (personas diagnosticadas y controladas con las terapias prescritas que puedan aplicarse en prisión sin que esto suponga un agravamiento de su estado).
- Un tercer espacio, fuera de prisión, para aquellas personas con afecciones más graves o que se puedan agravar con la estancia en prisión, bien porque ésta dificulte el tratamiento o porque el tratamiento y/o la enfermedad sean incompatibles con una privación de libertad.

En tanto no se materialicen tales propuestas, la atención que recibe de los poderes públicos una persona con problemas de salud mental dentro de la prisión debe ser equiparable a la que recibiría en libertad. No podrá hablarse de tal igualdad, por tanto, sin una **coordinación efectiva**, que en este momento **no existe**, entre las **autoridades penitenciarias, las judiciales y las forales y autonómicas encargadas de los servicios sanitarios y sociales**. Con ello se trataría de responder a tres objetivos:

- **Paliar el deterioro** de la enfermedad durante el cumplimiento.
- Permitir que la persona presa con TMG pueda acceder en condiciones de igualdad a la **progresión de grado** con el fin de alcanzar mayores cotas de autonomía, para lo cual, en su caso, se hace preciso contar con recursos de atención y apoyo específico, en la actualidad, del todo insuficientes.
- **Prevenir la exclusión social tras la salida de la prisión**, teniendo en cuenta la importancia que reviste la continuidad del tratamiento médico para su futura reinserción social.

Por otro lado, consideramos conveniente seguir impulsando medidas de coordinación entre la Dirección de Ejecución Penal y el área de salud mental de Osakidetza para el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en centros hospitalarios de la CAPV.

VII. LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LAS Y LOS MENORES INFRACTORES

El convenio de colaboración entre el Departamento de Justicia y el de Sanidad cubre las necesidades de internamiento en situaciones de urgencia –en las unidades de agudos de los hospitales generales- cuya duración sea inferior a 3 ó 4 semanas. Las **necesidades de internamiento más prolongadas no parecen encontrar respuesta en Osakidetza**, donde no existe una red de recursos de media o larga estancia para adolescentes. Tampoco existe dicho recurso en la red privada y apenas se da fuera de la CAPV.

La atención ambulatoria de estas y estos menores en los centros de salud mental es la dispensada para la ciudadanía en general. En algunos casos se ha tenido que **acudir a la contratación de terapeutas privados, al ser la cobertura del sistema público insuficiente**. También se indica la ausencia de respuesta pública desde el ámbito de los servicios sociales o el sanitario en los casos en los que se hace necesaria una intervención que abarque al **sistema familiar en su conjunto**.

La atención sanitaria en toxicomanías a este grupo de población resulta insuficiente y, en ocasiones, se hace necesario complementarla con la asistencia a servicios de la red privada.

VIII. LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA, EN SU MAYORÍA JÓVENES Y ADOLESCENTES

En 2010 Osakidetza publicó una investigación bajo el título Osakidetza [Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia](#) en la que se propone un **“Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta que incluye un abordaje coordinado tanto intra como extrahospitalario. Esta diseñado en módulos de tratamiento en función de las necesidades de cada caso. Incluye los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad. Los módulos que lo componen son los siguientes: (1) modulo de hospitalización psiquiátrica completa, (2) modulo de hospitalización psiquiátrica parcial, (3) modulo de tratamiento individual (psicoterapéutico y psicofarmacológico), (4) modulo de entrenamiento grupal en habilidades psicosociales, (5) modulo de intervención con padres y madres, (6) modulo de psicoterapia familiar sistémica”**.

A fecha de hoy, no tenemos noticia de que esta propuesta se haya puesto en marcha o tenga visos de hacerlo, a pesar de los problemas existentes con relación al abordaje de estos trastornos y la ausencia de programas específicos intra y extrahospitalarios para adolescentes con esta problemática.

IX. LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, EN SU MAYORÍA JÓVENES Y ADOLESCENTES

En el informe de evaluación *Abordajes de los trastornos de la personalidad en la Red de Salud Mental del País Vasco* publicado por OSTEBA en 2007, se recomendaba la creación de una Unidad Piloto de Asistencia, Formación e Investigación de Trastornos de Personalidad como herramienta indispensable para la mejora de la atención de este tipo de trastornos. En sede parlamentaria fue manifestada por el Consejero la voluntad de poner en marcha este proyecto y las dificultades económicas que impedian su inmediata materialización.

A la vista de las demandas ciudadanas recibidas, el contraste realizado con profesionales sanitarios y la información ofrecida por diversas asociaciones, esta institución del Ararteko viene insistiendo desde 2009 en la necesidad de dicho recurso sin que por parte de la administración sanitaria se hayan dado pasos reseñables.

La Estrategia en Salud Mental de la CAPV señala propuestas de acción concretas (objetivo específico 4.1., prioridad 1; objetivo específico 4.4, prioridad 2; objetivo específico 4.5 prioridad 2) en el ámbito de la atención de los trastornos de la personalidad con relación a las cuales tampoco se han registrado avances significativos.

Sin duda, la creación de esta Unidad asistencial piloto (a modo de centro comunitario extrahospitalario) resulta urgente e indispensable, al igual que la formación de las y los profesionales en esta problemática específica.

X. OTROS RECURSOS Y PROGRAMAS QUE SE CONSIDERA PRECISAN DE IMPLANTACIÓN O DE UN MAYOR GRADO DE DESARROLLO

- Reforzar la intervención en medio abierto, que se ha venido realizando con educadores de calle desde el ámbito de lo social, con profesionales del ámbito de la psiquiatría, capaces de atender a las **personas con enfermedad mental en situación de exclusión social extrema** que no acuden a los centros de salud mental (personas sin hogar, toxicómanos refractarios al tratamiento, etc.).
- Desarrollar la prevención selectiva, dirigida específicamente a determinados sectores de la **población adolescente en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad** (población adolescente con consumos problemáticos y problemas con la justicia y menores extranjeros no acompañados).



- Recursos específicos de atención sociosanitaria de personas con **patología dual, discapacidades y trastorno mental o de conducta severo**.
- Dentro de la red pública sanitaria existen recursos limitados para la **atención psicológica a la infancia y adolescencia**. Los servicios sociales costean la intervención de gabinetes psicológicos privados para la atención de menores en situaciones de desprotección o riesgo de desprotección. Este colectivo requiere, en clara relación con el daño generado por la exposición a situaciones desestructuradas y desestructurantes en edades tempranas, atención más intensiva, mayor trabajo comunitario y de coordinación interinstitucional (Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, recursos sociales forales y municipales y equipos especializados concertados), teniendo generalmente trastornos mentales más severos y cuyo tratamiento requiere de mayor duración.
- Impulso de las **políticas activas de empleo** para el colectivo, así como programas de apoyo al **empleo protegido**.
- Programas de **apoyo a la persona cuidadora**.