

# Hunkoa



Realidad socio-  
sanitaria de la  
enfermedad mental en

# Gipuzkoa. Conclusiones

## Presentación

Hurkoa celebró una jornada, el 25 de noviembre de 2008, en la que se analizó la situación de las personas con enfermedad mental en Gipuzkoa.

La detección de las carencias referentes a la falta de recursos, tanto en el ámbito social como sanitario, la falta de coordinación entre las diferentes instituciones implicadas así como el estigma social que provoca el rechazo hacia estas personas, motivaron la organización de la jornada para lograr una mayor sensibilización y colaboración entre todos para mejorar la atención a las personas afectadas y sus familias.

## Visión general de la situación de la persona con enfermedad mental

Hace 25 años:

- La asistencia psiquiátrica no estaba incluida en la atención sanitaria general
- Los ingresos involuntarios en los hospitales psiquiátricos no estaban regulados por la autoridad competente.
- Los enfermos estaban alienados, sin información ni salvaguarda de sus derechos personales y sus bienes.



Poco a poco a través de diferentes normativas y declaraciones, se fueron regulando los derechos de estos pacientes.

- Hoy en día, contamos con la consideración de los derechos de los enfermos a través de legislaciones que regulan los diferentes ámbitos:
- Ley de internamientos involuntarios. Art 211.
- La creación de Osakidetza tras la Ley 27/1983 Territorios Históricos. Ley 9/1983. Creación del Servicio Vasco de Salud
- Ley 14/1986 General de Sanidad de servicios de psiquiatría
- Desarrollo redes de salud mental extrahospitalarias
- 1981 Uribe – Costa. Primeros C.S.M.

Con la creación de Osakidetza se propició:

- Una asistencia integral, integrada, universal y gratuita siguiendo el modelo comunitario e integrando los recursos que dedicaban sus esfuerzos a esta tarea.



- Se centró el interés en grupos de población, no solo en individuos, prestando igual atención a los factores sociales, fisiológicos y psicológicos y dedicando los esfuerzos tanto a curar como a prevenir, tratando al enfermo lo más cerca posible a su entorno.
- Se fueron remodelando y actualizando los diferentes recursos hospitalarios existentes y creando Centros de Día, Pisos Tutelados.

El futuro de la atención a estos enfermos pasa por:

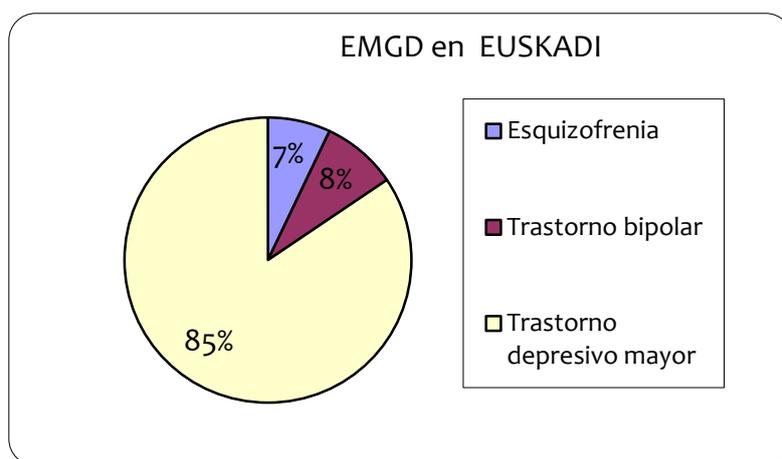
- Un avance continuado en la investigación de las neurociencias
- Desarrollo de nuevos fármacos.

## Recordar algunos datos

Se considera enfermedad mental aquella que está incluida en uno de los siguientes grupos diagnósticos:

- Trastorno esquizofrénico y grupo de trastornos psicóticos
- Trastorno bipolar y grupo de trastornos afectivos mayores
- Otros trastornos (En controversia): Trastornos graves de la personalidad
- Como consecuencia de la enfermedad existen discapacidades persistentes

Se trata de una cuestión de gran importancia y trascendencia, puesto que son miles de personas afectadas en Euskadi y en Gipuzkoa por las discapacidades derivadas de trastornos mentales graves, ( en adelante EMGD) como se muestra a continuación



Entre los enfermos diagnosticados de Esquizofrenia o Trastorno bipolar con discapacidad el 45 % de ellos tienen una prevalencia de más de dos años.

- Expectativa de vida media 10 años más corta que la población sana
- Problemas médicos infradiagnosticados en un 50%
- Alta tasa de muerte por suicidio 10%
- Altísima tasa de desempleo (60-90%)
- Tendencia al consumo abusivo de sustancias (drogas, alcohol, tabaco, medicamentos...)
- Padecen los efectos secundarios de la medicación: sedación, obesidad, temblores... que les lleva a padecer un cierto grado de dependencia.
- En la Comunidad Autónoma Vasca viven 1800 personas en situación de exclusión social grave. ( informe del Ararteko 2005).
- En Gipuzkoa, el 50% de estas personas padece enfermedad mental, (datos de las asociaciones de ámbito social)
- Según la Recomendación nº R7 (98) del Comité de Ministros del Consejo de Europa:

*“En los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental.*

*Esto no significa que sea debido a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas sino más bien, de una parte, a la desaparición de los manicomios como espacios que durante siglos han albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas (trastornos de personalidad, oligofrenias...)*

*Y por otro lado, al considerable aumento de la población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de una manera u otra acaban con facilidad en prisión.”*



- Las cárceles españolas se han convertido, en cierto modo, en gigantescos centros psiquiátricos, hasta el punto de que más del 17% de las personas que ingresan en ellas tienen antecedentes por trastornos mentales y más del 25%, tienen uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. («Estudio sobre salud mental», realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria).
- En cuanto a los psiquiátricos penitenciarios se caracterizan por ser casi el último reducto de lo que es la vida penitenciaria, con un desencanto por parte de los profesionales intervinientes, acentuándose los aspectos de custodia y estrictamente penitenciales frente al aspecto sanitario.

## Características de este colectivo

Estamos ante un colectivo que, de algún modo viene afectado por el estigma social, “proceso de rechazo y discriminación apriorística contra la personas que padecen una EMGD”, y se articula en base a falsas creencias o mitos:

- La EMGD no puede ser tratada
- Las personas con EMGD deben ser recluidas
- Las personas con EMGD son violentas y peligrosas
- La EMGD es culpa de los padres
- Las personas con EMGD no hacen nada, viven de la sopa boba, ni pueden ni quieren trabajar
- Las personas con EMGD no saben lo que dicen. No se puede hablar con ellos
- Las personas con EMGD no pueden tomar decisiones, hay que hacerlo por ellos
- Las personas con EMGD, en su mayoría no tienen conciencia de su enfermedad
- Plantean serias dificultades a la hora de mantener regularmente el tratamiento ambulatorio
- Quedan excluidos, fácilmente, de la red de atención psiquiátrica, ya que gran parte intenta no acudir a los servicios sanitarios
- Son personas que se colocan en desventaja y con cierta tendencia a sufrir un aislamiento social
- Las familias desaparecen o dejan de tolerarlos.

En relación a la familia destacamos algunas dificultades:

- Las relaciones entre el enfermo y la familia son conflictivas.
- Los largos procesos de detección y diagnóstico de la enfermedad.
- Asumir la enfermedad con todas sus consecuencias
- Falta de información, formación y apoyo
- Soporta una importante sobrecarga, generadora de tensión.

En cuanto al riesgo delictivo de estas personas, podemos señalar algunas medidas de prevención:

- Las personas que siguen un tratamiento adecuado, no tienen mayor riesgo de delinquir que la población general
- Evitar el abandono o el inadecuado seguimiento del tratamiento, por parte de estas personas, es fundamental a la hora de prevenir la delincuencia



- El apoyo que ofrecen los recursos intermedios de cara a facilitar la continuidad del tratamiento y promover la rehabilitación e integración de la persona con enfermedad mental, supone el ineludible complemento social al tratamiento sanitario, previniendo problemas de prisión.

## Necesidades

Las necesidades de atención son amplias y variadas.

### En el ámbito sanitario:

- Atención y tratamiento individualizado en el medio comunitario y hospitalario desde la S.M.
- Tratamientos ambulatorios, que pueden ser incluso involuntarios para determinados enfermos, si se presentan como una adecuada alternativa terapéutica.
- La necesidad de intentar trabajar con el afectado, en la medida de lo posible, en su entorno, lo que puede llevar a insistir en intervenciones que no siempre se manifiestan claramente. Un ejemplo de ello es el trabajo de los equipos de calle, experiencia expuesta por el representante de Fundación Manantial.

### En el ámbito social:

- Vivienda.

Las tasas de estructuras residenciales existentes para enfermos mentales en los tres territorios históricos, son las siguientes:

16,9/100.000 habitantes en Bizkaia.  
 31,5/100.000 habitantes en Araba,  
 6,6/100.000 habitantes en Gipuzkoa.  
 (Exclusivamente pisos de baja supervisión)

(Datos de la Comisión paritaria de Gipuzkoa de 2007, integrada por técnicos de la Diputación y técnicos de Salud Mental extrahospitalaria).

Las necesidades mínimas para Gipuzkoa se pueden establecer en el entorno de 200- 240 plazas (entre pisos tutelados y mini- residencias), sin incluir las necesarias derivadas de los procesos de externalización de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos.



- Apoyo económico para cubrir la alimentación, la atención asistencial, y otras necesidades personales.
- Apoyo a nivel laboral/ocupacional

La tasa de desempleo de este colectivo es elevado dado que los factores sociales, prejuicios y de discriminación tienen más influencia que los factores derivados de la propia enfermedad.

Hasta la fecha se han venido impulsando plazas de empleo protegido y en menor medida las de empleo con apoyo.

### ***En el ámbito de las familias y los cuidadores:***

Desarrollo de instrumentos como las tutelas y programas de apoyo que incluyan:

- Información y orientación.
- Asesoría jurídica.
- Grupos de autoayuda.
- Actividades y Centros (plazas) de respiro.

No se puede dejar al entorno de los afectados sin los elementos suficientes para hacer esa atención, puesto que la mejor de las voluntades se puede convertir en absoluta impotencia si es que no existen medios alrededor donde se les pueda llevar y donde se les pueda hacer el seguimiento a las personas afectadas.



### ***En el ámbito de la intervención psicosocial:***

- Apoyo psicoeducativo a domicilio
- Centros de rehabilitación psico-social
- Ocio y tiempo libre
- Apoyo para su integración social
- Apoyo en la organización de su vida
- Tutelas
- Protección y defensa de sus derechos

Programas de intervención orientados a lograr una recuperación general, tanto a nivel médico como a nivel psicosocial y laboral.

### ***En el ámbito jurídico:***

Las intervenciones más frecuentes que requieren autorización Judicial:

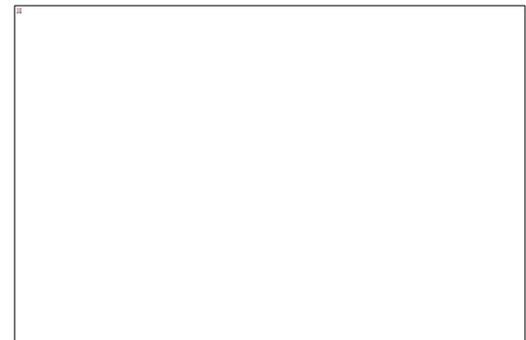
- Internamientos psiquiátricos con finalidad estrictamente terapéutica  
El juez actúa como garante de los derechos del enfermo, supervisando la existencia real del trastorno, la necesidad del tratamiento impuesto, el

respeto a sus derechos fundamentales dentro de la hospitalización y la limitación de los mismos en la medida estrictamente necesaria para el tratamiento

- Tratamientos ambulatorios involuntarios.  
Pueden ser una alternativa terapéutica para determinados enfermos graves, menos restrictiva de sus derechos que el internamiento. (si la Ley permite lo más, ha de entenderse que admite lo menos)  
Se realizan a propuesta del médico. El Juez tiene una función de control, mediante la persuasión y convicción que entraña el ejercicio de la Autoridad, generalmente aceptada por el enfermo.
- Proceso de modificación de la capacidad, de decisión exclusivamente judicial, y como salvaguarda de sus derechos y apoyo al autogobierno.

Es conveniente, que estas intervenciones judiciales no estén dispersas en distintos juzgados, con distintos jueces y por tanto, con distintos criterios a la hora de aplicar la ley, sino que se especialice de algún modo la actividad por cada partido judicial, de manera que las medidas de atención y de protección que se apliquen, sean con un criterio unitario y lo más personalizado posible.

Todas estas intervenciones debieran priorizarse teniendo en cuenta que estamos ante personas, personas que son seres humanos con todos sus derechos. La afectación que ellos sufren, no tiene porque llevarles a una disminución o una limitación de sus derechos básicos y para ello deben adoptarse estructuras, sistemas de organización y mecanismos que les permitan ejercitar adecuadamente esos derechos.



## Modelo de intervención

- Atención integral, comunitaria, desarrollada en red y en coordinación entre todos los intervinientes tanto por parte de la red social como por la red sanitaria, con objeto de asegurar la continuidad en la atención y en los cuidados que son absolutamente imprescindibles. Este modelo de atención, puede verse dificultado por la diversidad de competencias existentes al corresponder a diferentes administraciones y a distintos niveles, el área sanitaria y el área social.
- Intervención basada en los principios de integración, normalización, individualización, autonomía y participación.
- Intervención en colaboración estrecha, no solo entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, sino también con todas las demás estructuras e instrumentos que en la sociedad van surgiendo a través de fundaciones tutelares y a través de la propia administración de justicia. Esta última, además de ser el garante último de los derechos de las personas, es la instancia por la que se debe pasar en muchas

ocasiones para poder intervenir adecuadamente o legítimamente en la aplicación de medidas extraordinarias como consecuencia de la afección que estas personas sufren.

Esta colaboración ha de estar basada en el conocimiento recíproco, la información, y el respeto de los ámbitos y funciones propios de cada uno.

- Intervención a través de Centros de Día, Centros de Rehabilitación psicosocial, pisos tutelados y centros residenciales, que requiere la creación de estas estructuras allí donde todavía no las hay.  
Favorecer la creación de propuestas comunitarias y de integración: Trabajo, ocio, participación, vivienda...
- La intervención con reclusos debe asegurar la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios dentro y fuera de la prisión.
- Intervención judicial apoyando tratamientos ambulatorios que puedan evitar, en lo posible, los ingresos hospitalarios.

## REtos

- Trabajar de verdad sobre el estigma.
- Diseño del plan de recursos y potenciación de la coordinación socio-sanitaria, que permita el abordaje conjunto en todo el proceso desde el diagnóstico, abarcando todas las etapas de la vida del enfermo psíquico desde la infancia a la vejez.

Potenciación de los recursos de alojamiento, de trabajo, de inserción de integración social, de participación.

Reubicación de las personas que tienen necesidades más específicas y que se encuentran en la red de inserción social.

Ampliación de la capacidad de las Fundaciones tutelares.

Coordinación en la continuidad de cuidados de manera que los servicios del plan individualizado de atención sean consensuados, compatibles y coherentes con el Programa individualizado de rehabilitación.

- Apoyo a los familiares y cuidadores a través de intervenciones adecuadas de información, orientación, asesoría y creación de grupos de autoayuda para permitir la continuidad en la ilusión y en el esfuerzo.

Desarrollo de Centros y actividades que permitan ese respiro en la actividad de los cuidadores.

Todo esto requiere unos recursos y medidas económicas muy importantes que las instituciones se esfuercen en asegurar aunque todos sabemos que aún resultan insuficientes. Se reconoce y agradece los esfuerzos desarrollados por las instituciones en esta línea.

Por parte de la Diputación se presenta la red servicios para este colectivo en el que se contemplan nuevos recursos.

<b>Salud Mental</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2012</b>	<b>NUEVAS PLAZAS 2007-2012</b>
<b>Pisos baja intensidad</b>	44	48	80	36
<b>Pisos media intensidad</b>	0	10	30	30
<b>Unidad residencial alta intensidad</b>	0	20	68	68
<b>Centros de día RPS</b>	180	196	227	47

- Un reto de carácter judicial es la necesidad de establecer formulas flexibles, ágiles, por procedimientos sencillos que respetando al máximo la autonomía de los enfermos cubran los aspectos de su vida que necesitan apoyo. Se necesitan formulas temporales de ayuda, medidas puntuales y provisionales que puedan adaptarse a los cambios que estos enfermos experimentan. Estas medidas aunque no son fáciles de articular deben tener cabida en nuestro Ordenamiento judicial por ser menos restrictivas de los derechos de las personas y más respetuosas con el ideal de autogobierno que los textos legales fundamentales, contemplan como objetivo.

Para llevar a cabo estas medidas los jueces pueden y deben participar en los equipos multidisciplinarios que abordan la salud mental.

Implantación de Juzgados especializados, de tal forma que en cada Partido Judicial haya un solo Juez responsable en esta área. La especialización ayudará a adquirir la sensibilidad que requiere su tratamiento y facilitará las resoluciones individualizadas que mejor se acomoden a los derechos de las personas.

El expediente judicial único es un instrumento que facilitaría el seguimiento, la evolución, la comunicación, el diálogo Juez-paciente que resulta beneficioso para el tratamiento del enfermo. Ello supone dotar a estos juzgados de instalaciones adecuadas y medios humanos cualificados para el seguimiento de las medidas establecidas, del ejercicio

de las funciones de guarda, control de tutelas y tratamientos involuntarios.

## Ponentes

- Imanol Querejeta, Jefe Unidad de Psiquiatría del Hospital Donostia
- Iñaki Madariaga, Director Médico del Hospital Aita Menni
- Lourdes Blanco, Coordinadora de Salud Mental de Plataforma Sargi y directora de Agifes
- Aurora Elósegui, Titular Juzgado 1º Instancia nº 6 de Donostia
- Rosalía Sánchez, Representante de Familias de Agifes
- Jose Antonio de la Rica, Jefe Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza.
- Juan Ramón Larrañaga, Director General de Política Social de Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Raúl Gómez, Subdirector Departamento Recursos de Atención Social de Fundación Manantial.

