



Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre de 2012, por la que se recomienda a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la adopción de una serie de medidas generales relativas a la atención de las personas con trastornos graves de la personalidad y otras medidas particulares con relación a la atención de un joven afectado.

Antecedentes

1. El 10 de mayo de 2012 esta institución recibió un escrito de queja promovido por (...) en nombre y representación de su hijo (...), un joven de 22 años, con relación a la atención psiquiátrica dispensada a éste por el Hospital de Basurto.

De acuerdo con lo que nos refiere, el pasado 6 de abril (...) ingresó en Urgencias con motivo de una autolesión (corte en la muñeca) derivado por el Centro de Salud Mental (CSM) de Ajuriaguerra.

Nos indica que el día después es expulsado del hospital *“tras agresión a otro paciente y a una enfermera en ausencia de psicopatología subsidiaria de tratamiento en la unidad de agudos”*, según obra en el informe relativo al número de episodio (...).

Según señala el promotor de la queja, se procedió al alta del paciente a pesar de dar muestras de sufrir un trastorno grave con riesgo para su vida y la de otras personas. De hecho –relata-, momentos después del alta protagonizó un altercado en la vía pública con un transeúnte motivado por sus ideas paranoides (aseguraba que “se reía de él”) en el que hubo de intervenir la policía.

El interesado también denuncia que el 10 de mayo, tras una autolesión por corte en el brazo ingresa en urgencias del mismo hospital para ser curado y atendido por el psiquiatra pero según refiere “se les escapa” protagonizando pocas horas después un grave episodio (camina por la autopista con dirección a Donostia) en el que de nuevo tiene que intervenir la policía.

Nos señala que el día siguiente, 11 de mayo, es de nuevo ingresado por derivación de su CSM, finalmente con sujeción mecánica hasta su fecha de alta el 21 de mayo de 2012, fecha en la que es ingresado en la Unidad de Psicosis Refractaria del Hospital Psiquiátrico de Álava.





2. Tras ponernos en contacto con el promotor de la queja, solicitarle documentación adicional (concretamente la reclamación previa presentada ante el Servicio de Atención del Paciente y Usuario, su solicitud de Tratamiento Asertivo Comunitario y la respuesta dada por la administración sanitaria) y realizar un análisis detallado de su escrito de queja y la documentación por él aportada, el 5 de mayo dirigimos una petición de información al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza con el fin de contrastar la información facilitada por el ciudadano y poder así dar un adecuado tratamiento a esta queja.

Solicitábamos también a la Administración, a la vista de los términos del informe médico de urgencias [episodio (...)], concretamente cuando se indica “no podrá ingresar en los próximos meses”, que nos facilitara el documento en el que se plasma la reglamentación sobre la adopción de este tipo de sanciones y el procedimiento que ha de seguirse en estos casos. Esta cuestión nos resultaba de suma importancia por cuanto que podría estar afectando al derecho a recibir asistencia sanitaria.

3. El 24 de julio de 2012 el Director General de Osakidetza atendía nuestra solicitud de información y nos contestaba remitiendo un informe elaborado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto cuyo contenido transcribimos en su integridad, por resultar de extraordinaria relevancia para la intervención proyectada por esta institución del Ararteko:

“El paciente citado presenta una historia compleja, que le ha llevado a una evolución difícil, con varios ingresos psiquiátricos y una amplia variedad de problemas sociales, relacionales y legales. En nuestra opinión el (...) padece un Trastorno Grave de la Personalidad, concretamente un Trastorno Antisocial de la Personalidad, que en diversos períodos se ha acompañado de crisis relacionadas con acontecimientos de su vida, combinados con uso de tóxicos y una capacidad cognitiva limitada. Los Trastornos Antisociales se caracterizan por la falta de un sistema de normas interiorizado que guíe la conducta de la persona, unido a una capacidad muy leve para la culpa y el remordimiento. Suelen poseer una baja sintonía con los sentimientos ajenos. A nivel conductual se implican con frecuencia en actividades que ponen en peligro el bienestar ajeno, cometiendo delitos con frecuencia al no sentirse limitados por las normas que nos obligan a los demás. Es necesario precisar que si bien hay más Trastornos Antisociales entre la población reclusa,



existen numerosos delincuentes que no sufren problemas de este tipo, pues poseen una normativa interna muy clara que simplemente no coincide con la de la mayoría de la población. Es habitual que estas personas presenten problemas relacionales constantemente, precisamente por la falta de empatía y sintonía afectiva; así como por la desconsideración hacia deseos y necesidades ajenos.

El tratamiento fundamental de los Trastornos Graves de Personalidad no debería realizarse en unidades de hospitalización como la nuestra, teniendo estas un papel meramente auxiliar. El esfuerzo terapéutico central consiste en un trabajo ambulatorio de larga duración, basado en psicoterapia (existen diversos modelos utilizables) y un uso de psicofármacos juicioso y dirigido a síntomas. La hospitalización puede resultar necesaria para resolver una crisis puntual, pero nunca puede modificar los aspectos nucleares de la clínica del paciente y debe ser concebida siempre como elemento complementario en el tratamiento. A la hora del tratamiento, los Trastornos Graves de la Personalidad presentan dos limitaciones importantes. Por un lado la psicoterapia necesaria para tratarles correctamente exige que los pacientes entren en una relación significativa y prolongada con el terapeuta y eso es especialmente difícil para ellos. Por otro suelen presentar baja tolerancia a la frustración e impulsividad y ello les hace proclives a mal uso de los medicamentos y abuso ocasional.

El Trastorno Antisocial presenta además alguna dificultad específica que se añade a las ya citadas que son generales para todos los Trastornos Graves de la Personalidad. La dificultad para experimentar sentimientos de culpa y el manejo inadecuado de la agresión hace especialmente difícil el trabajo clínico con estos pacientes.

Un problema generalizado que afecta no solo al País Vasco es la insuficiencia de recursos para tratar a pacientes con Trastornos Graves de la Personalidad. Faltan dispositivos ambulatorios preparados para llevar a cabo esta tarea compleja y prolongada. En su momento nuestro equipo preparó un informe sobre el tema para Osteba (adjunto) proponiendo la creación de dispositivos tipo Hospital de Día que pudieran abordar este tema con la suficiente solidez. Posteriormente desarrollamos un proyecto de Hospital de Día (adjunto) para Trastorno de Personalidad, que inicialmente fue acogido muy positivamente por la Autoridad Sanitaria, diseñándose incluso las instalaciones apropiadas en unos locales de Bilbao (Txurdinaga) pertenecientes al Hospital de Basurto. Desafortunadamente todavía no ha sido posible proseguir con el proyecto





planteado, aunque se ha mencionado públicamente desde la Autoridad Sanitaria la disposición a poner en marcha dispositivos de este tipo en un futuro próximo.

Esta situación de falta de recursos ambulatorios conlleva un uso excesivo de las Unidades de Hospitalización de Hospital General para estos pacientes. Unidades que como hemos mencionado no pueden desarrollar los tratamientos adecuados para esta patología. Enfrentados a esa situación decidimos poner en marcha un protocolo de atención a los pacientes con Trastornos Graves de la Personalidad dentro de la Unidad de Hospitalización, con el fin de mejorar en lo posible nuestros cuidados y como mínimo reducir la posible yatrogenia¹ ligada al ingreso. El protocolo (adjunto) dirige la actuación de los profesionales en la Unidad, con el fin de dejar claros los objetivos del ingreso y también sus limitaciones y buscando la reducción de situaciones conflictivas. El protocolo incluye una serie de medidas a tomar en el caso de que las condiciones del ingreso no permitan el desarrollo del tratamiento. En dicho protocolo queda expresamente señalado que de ninguna manera se trata de sanciones sino de reconocer ante el paciente el hecho de que las condiciones que él aceptó al ingreso ha dejado de cumplirlas y señalarle a continuación que en consecuencia el tratamiento acordado no puede proseguir.

En el caso que nos ocupa, el incidente que da lugar a la expulsión del paciente de la sala se relaciona con agresiones por parte del mismo a otro paciente y a una profesional. En ese momento se valoró la posibilidad de que el paciente estuviera fuera del contacto con la realidad. Tras la exploración pertinente a cargo de la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos, concluimos que el paciente podía en ese momento evaluar la realidad correctamente y que al agredir a otras personas hacía imposible el tratamiento.

La decisión de poner un límite al reingreso del paciente tiene que ver con mostrar al paciente que la conducta inapropiada, que pone en riesgo el bienestar de los demás y especialmente el de los demás pacientes ingresados, tiene consecuencias. Permitir la continuidad en la unidad de un paciente en ingreso voluntario y en contacto con la realidad que puede evaluar su situación adecuadamente no es beneficioso para el tratamiento de ese paciente, sino perjudicial. Un paciente de esas características precisa

¹ Producción de efectos nocivos debido a la actuación médica y del personal sanitario en general.

verse rodeado de un entorno que le aporta una estructura normativa que supla la normativa interna poco desarrollada que posee. Si una agresión no tiene consecuencias lo que estamos haciendo los profesionales es situarnos en una posición alternativa: o bien aceptar de forma masoquista las agresiones del paciente promoviendo que continúe sin tener en cuenta a los demás y a sus necesidades, o bien tomar una posición omnipotente actuando como si de verdad fuéramos capaces de tratar al paciente en cualquier situación. Ser masoquista daña al propio paciente, a los otros pacientes y al equipo. Ser omnipotente lleva a una ficción de un tratamiento que de hecho no existe.

Ese límite al ingreso se convierte en la práctica en una cuestión básicamente simbólica. Somos totalmente conscientes de la obligación de atender a nuestra población en sus necesidades sanitarias. De hecho, hemos atendido al paciente en varias ocasiones después de la expulsión de la sala y nosotros mismo somos quienes hemos gestionado el ingreso actual del paciente en la Unidad de Hospitalización (UPR) donde hoy se encuentra. La cuestión no es no atender al paciente, sino que le llegue el mensaje de que su conducta puede hacer imposible el tratamiento y si se llega a esa circunstancia hay que interrumpirlo o modificarlo. Cuando se dan esas circunstancias y le planteamos al paciente que, tal como habíamos acordado con él previamente el tratamiento no puede continuar en la modalidad actual y no va a ingresar en la sala en un tiempo, adoptamos las siguientes pautas:

- *Obviamente, si el ingreso es necesario por diferente motivo el criterio no se mantiene y el paciente ingresa en la unidad como cualquier otro paciente.*
- *Si el ingreso se hace necesario por el mismo motivo mantenemos al paciente en la unidad de observación en urgencias cuando es esperable una mejoría rápida de la crisis.*
- *Si una mejoría rápida no es esperable, gestionamos el ingreso en otra unidad de hospitalización del entorno tras valorar el tema con los responsables de la misma. Esto es algo que todas las unidades hacemos en este y otros casos por diferentes motivos y que permite continuar con la atención que Osakidetza debe prestar, manteniendo unas mínimas condiciones que hagan posible el tratamiento. En ningún caso el paciente queda sin atención sanitaria.*

Uno de los motivos fundamentales del protocolo era reducir seriamente las sujeciones mecánicas que se utilizaban en la unidad de hospitalización. Este recurso puede tener sentido, en unidades de psiquiatría, medicina



interna, infecciosos, urgencias, etc. para contener a un paciente en estado de agitación que puede causarse daño a sí mismo o a otros, que no puede controlar su conducta y cuando la medicación tranquilizante no es adecuada o no es suficiente. Sin embargo, dado que la sujeción es una experiencia penosa para el paciente y los profesionales debe reducirse al mínimo imprescindible. Desde la puesta en marcha del protocolo mencionado las sujeciones se han reducido drásticamente, prácticamente desapareciendo en los Trastornos Graves de Personalidad y quedando reducidas a un mínimo en pacientes fuera de la realidad y/o incapaces de controlar su conducta. Recientemente hemos presentado datos sobre este aspecto en el último Congreso de la Sociedad Española de Trastornos de Personalidad, donde fue acogido con gran interés. Estamos a la espera de realizar una publicación en una revista profesional con esta información.

Sintetizando esta información, se trata de un paciente con un grave Trastorno de la Personalidad que a su entrada en la unidad acuerda una serie de condiciones que permiten el tratamiento. Una de esas condiciones es no agredir a los demás pacientes y al personal. El paciente agrede a otro paciente y a una profesional y es valorado minuciosamente por la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos que considera que en ese momento el paciente es consciente y responsable de sus actos. Le explica que en esas condiciones el tratamiento no puede continuar y le invita a marcharse, advirtiéndole de que un reingreso en la misma unidad en las mismas condiciones no será posible en un tiempo. Después de esa situación le atendemos en varias ocasiones más, hasta llegar a gestionar su traslado a una unidad que permite una estancia más prolongada y una observación minuciosa en un entorno muy estructurado, que consideramos la mejor opción entre las posibles.

(...)”.

Junto al informe remitido por la administración sanitaria, se nos hace llegar una copia del *Protocolo de admisión e ingreso de pacientes con trastornos graves de la personalidad*.

En dicho protocolo se alude, entre otras cuestiones, al difícil abordaje de los trastornos de la personalidad, la necesidad de evitar decisiones clínicas precipitadas motivadas por la gran complejidad que entraña atender a las personas afectadas por tales trastornos y la sensación ambivalente de amargura,



malestar y alivio que sufre el profesional tras producirse la ruptura de la relación terapéutica.

Además, en él se establecen una serie de pautas de actuación tanto con relación a la atención en urgencias como a la dispensada en la unidad de hospitalización.

Destacamos, a continuación, un fragmento de la introducción de dicho Protocolo por su relevancia en el análisis de la queja ciudadana:

“Merece la pena destacar una característica interpersonal clave a la hora de entender el funcionamiento de sujetos con Trastorno Grave de la Personalidad en entornos sanitarios. La intensidad emocional que despliegan y su dificultad para percibir de forma simultánea aspectos positivos y negativos del otro (escisión) facilitan que el interlocutor -el clínico en este caso- se identifique a veces o reaccione con gran intensidad casi siempre ante el paciente y la posición en la que este le coloca. El resultado puede ser decisiones clínicas precipitadas y extremadas que pueden reflejar el malestar del profesional y actitudes defensivas por parte de este que no favorecen la mejor evolución del caso y promueven de hecho el final prematuro del tratamiento con la consiguiente dificultad para reiniciar el proceso. Con frecuencia, tras la ruptura de la relación terapéutica, el profesional queda con una sensación de amargura y malestar, con los sentimientos ambivalentes de alivio al verse liberado de ese paciente conflictivo y malestar por el reconocimiento de la agresividad propia expresada en el encuentro con el paciente; agresividad con frecuencia inevitable pero que nunca debiera manifestarse a través de las decisiones clínicas”.

4. Trasladada esta información a la familia, esta nos hace llegar su valoración reiterando lo que, en su opinión, constituyó una desatención por parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital. Hace hincapié en las dificultades con las que se encuentra para apoyar a su hijo ante una problemática tan compleja y la necesidad de contar con el apoyo de la administración sanitaria.

Refiere también la familia que si efectivamente (...) tenía graves dificultades para vivir la realidad y el trato con los demás, debiera haberse actuado en etapas más tempranas, contribuyendo a evitar así su paso por la prisión, lo que ha supuesto graves consecuencias para su persona.





Manifiestan su plena satisfacción con la mejora que está registrando el hijo en su actual ingreso en la Unidad de Psicosis Refractaria de Álava y refieren que este ingreso debería haberse dado con anterioridad.

En cuanto a la sensación de amargura, malestar y alivio de la clase médica tras la ruptura de la relación terapéutica, sensación a la que alude en su Protocolo la administración sanitaria, la familia nos traslada su reflexión sobre el sufrimiento que la propia familia padece (pues en ningún caso se plantea abandonar a este hijo a su suerte; sufrimiento que en el caso de la madre le ha llevado a verse afectada de depresión mayor), y la soledad que sufren si desaparece el apoyo institucional.

Consideraciones

1. El artículo 43 de la Constitución Española (CE) reconoce el **derecho a la protección de la salud** y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Dicho precepto instrumenta el derecho a la protección de la salud como derecho de prestación que arrastra una **actividad asistencial frente a la enfermedad**, una actividad tendente a garantizar un régimen suficiente de prevención y protección de la salud pública, y una actividad de educación sanitaria de la población.

Este precepto constitucional informa la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los **poderes públicos**, que quedan **obligados** a realizar las actuaciones precisas para hacerlo efectivo en todos sus contenidos.

2. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su capítulo III dedicado a la salud mental (artículo 20.1), tras declarar la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, exige a las administraciones sanitarias competentes adecuar su actuación al **principio de intervención en el ámbito comunitario**, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al

máximo posible la necesidad de hospitalización y considerando de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantojuvenil.

3. De acuerdo con el artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud *“el **catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud** tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención; se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos; el catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, **atención especializada**, atención sociosanitaria, **atención de urgencias**, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”*.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la **cartera de servicios comunes** del Sistema Nacional de Salud, actualiza las prestaciones contempladas en el Real Decreto previo de 1995 y detalla las mismas, incluyendo, tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada, un apartado específico en materia de **salud mental** infanto-juvenil, cuyo tenor literal es el siguiente: *“detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas sanitarias”*.

El referido Real Decreto en su ANEXO III dedicado a la *Cartera de servicios comunes de atención especializada* comprende la indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de **procedimientos diagnósticos y terapéuticos para la atención de los trastornos de la personalidad**, entre otros (apartado 5.5.1.5).

4. En ese contexto normativo, damos por sentado que la administración sanitaria comparte nuestra opinión de que el problema no se sitúa en una falta de respuesta normativa, sino de insuficiencia de recursos. Por ello es necesario que el diseño de la política sanitaria atienda a las necesidades que nos ocupan,



siguiendo las recomendaciones ya recogidas en diversos instrumentos de planificación.

El Informe realizado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985, el cual propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental, ya reconocía la Salud Mental Infanto-juvenil como una parte importante de los programas de carácter permanente integrados en el marco asistencial, permitiendo a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de estos programas según sus necesidades y prioridades.

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, aprobada en 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, extrae algunas conclusiones que guardan conexión con la atención a la salud mental infanto-juvenil y que nos acercan a la situación en la que nos encontrábamos en aquella fecha:

- Insuficiente dotación de recursos humanos y estructuras para una rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Escasa presencia, y en algunos lugares inexistencia, de dispositivos intermedios específicos, tales como hospitales de día o unidades comunitarias de intervención en crisis.
- Derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, a los profesionales del sector privado y, sobre todo, a las iniciativas de los familiares.
- Importante medicalización y tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia e implicación de los profesionales, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas.
- Variabilidad de la práctica clínica, mayor en salud mental que en otros ámbitos.

El informe de evaluación sobre el nivel de cumplimiento de las líneas estratégicas, realizado dos años más tarde y publicado en el año 2011, se plasmó en el documento ***Nueva Estrategia para el periodo 2009-2013***. En este documento se detalla que se habían cumplido algunos de los retos marcados, quedando no pocos temas pendientes, entre los cuales se destacaba la insuficiente dotación de profesionales especializados y de recursos de rehabilitación y de reinserción social de calidad.



Este informe de evaluación recoge, además, los recursos de cada comunidad autónoma en materia de salud mental, cuyo análisis proyecta, por una parte, una extraordinaria heterogeneidad y, a su través, disparidad de enfoques e intensidad en los respectivos modelos de atención y, por otra, la persistencia de acusadas diferencias, si bien en menor medida que en los últimos años, en la oferta de servicios.

En dicho informe se alude a la existencia en la Comunidad Autónoma de Aragón de una Unidad de trastornos de la personalidad donde se ingresan pacientes remitidos por psiquiatras de zona. Se aplica, en régimen de ingreso cerrado durante aproximadamente dos meses, un protocolo de “inmersión terapéutica” de carácter dinámico, cognitivo, farmacológico, reeducacional, social y de apoyo familiar. Una vez superada la etapa de ingreso, el paciente pasa a régimen abierto en un dispositivo - centro de rehabilitación psicosocial- durante un periodo de 2 años, donde se continúa el seguimiento familiar, social y rehabilitador. También se alude a la existencia de una unidad específica de este tipo en la Comunidad de Madrid.

5. En el preámbulo de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública se alude a la emergencia de *“nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios ya no puedan dar respuestas”*. Se señala también en dicho preámbulo que tales realidades *“conviven con otras que no por más antiguas están del todo resueltas”*, entre las cuales se menciona la salud mental.

De acuerdo con los datos epidemiológicos con que contamos, fundamentalmente obtenidos a partir del informe de evaluación *Abordajes de los trastornos de la personalidad en la Red de Salud Mental del País Vasco*, publicado por OSTEBA en 2007, la **prevalencia** de los trastornos de la personalidad puede ser mucho mayor de lo que recogen las estadísticas oficiales disponibles. Se trata de una problemática que está adquiriendo una **gran repercusión social** y que **afecta especialmente a nuestros y nuestras jóvenes**.

Ello, unido a la fundamentación jurídica aludida en las consideraciones anteriores **exige el desarrollo**, por parte de la administración sanitaria vasca, de **programas de atención específicos**, basados en el abordaje terapéutico intersectorial y con eficacia probada, de cara a aumentar la calidad asistencial



y, por consiguiente, la calidad de vida de quienes padecen dichos trastornos y sus familias.

Así pues la administración sanitaria vasca se encuentra obligada a atender adecuadamente al colectivo de personas con trastorno de la personalidad, en su mayoría jóvenes, dotándose para ello de los dispositivos específicos oportunos, a los que haremos referencia en la consideración novena.

6. Por lo que se refiere al caso concreto del **joven afectado**, a la vista de la respuesta de la administración sanitaria a nuestra petición de información, la cual transcribíamos en el antecedente tercero de esta resolución, se infiere que, en opinión del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, la **expulsión** del joven afectado por un trastorno de la personalidad, registrada el día 7 de abril, fue efectuada con **finés terapéuticos** y se produjo **en el marco de su propio tratamiento**.

Así pues, la Administración indicaba que *"de ninguna manera se trata de sanciones sino de reconocer ante el paciente el hecho de que las condiciones que él aceptó al ingreso ha dejado de cumplirlas y señalarle a continuación que en consecuencia el tratamiento acordado no puede proseguir"*.

La **valoración técnico-médica** realizada por la psiquiatra **no aconsejaba** la permanencia en la unidad –permanencia a la que el afectado se mostraba dispuesto y la cual era reclamada por sus padres- por entender que *"tras la exploración pertinente a cargo de la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos, concluimos que el paciente podía en ese momento evaluar la realidad correctamente y que al agredir a otras personas hacía imposible el tratamiento"*.

Si bien dicho dictamen responde a criterios técnico-médicos que, dada su naturaleza, **no corresponde valorar a esta institución**, cabe pensar que de haber existido un recurso adecuado se hubiera actuado en función de su disponibilidad y, posiblemente, su tratamiento hubiera podido continuar, en lugar de quedar suspendido.

Carecemos de herramientas para poder determinar si en aquella ocasión el joven podía evaluar la realidad correctamente o si la posible existencia, en su caso, de un brote psicótico debería haber aconsejado su permanencia en la unidad. Tampoco podemos valorar la idoneidad de la expulsión pues esta,





como se nos ha trasladado, fue realizada en el contexto de un determinado tratamiento y responde, como se nos afirma, a fines terapéuticos.

Sin duda el hecho de que un mes más tarde fuera atendido en el mismo Servicio, se le aplicara sujeción mecánica y finalmente se le trasladara, 10 días después, desde dicho Servicio a la Unidad de Psicosis Refractaria (UPR) de Vitoria- Gasteiz donde permanece ingresado, nos da una idea de la **gravedad del trastorno** que padece, nos permite comprender y justificar la **razonable preocupación de sus padres** con relación a los sucesos anteriores al reciente ingreso en la UPR, así como advertir que la **administración sanitaria ha dado una respuesta a la problemática planteada en esa última ocasión.**

Ahora bien, todo ello no obsta para manifestar la conveniencia de **mejorar la gestión del centro sanitario ante situaciones de expulsión** como la que nos ocupa.

Así, hubiera sido deseable precisar con mayor concreción el carácter (terapéutico) de la expulsión al interesado y su familia, y la duración efectiva de dicha expulsión. La alusión en el informe de alta a que *“no podrá volver a ingresar en los próximos meses”* resulta vaga y confusa, máxime si tenemos en cuenta que pudiera afectar al derecho a recibir asistencia sanitaria. En tal sentido hubiera sido conveniente también delimitar el ámbito de la expulsión indicando a qué servicios en concreto se circunscribiría.

En nuestra opinión, los efectos de medidas de este tipo no deberían prolongarse más allá de lo que resulte indispensable para cumplir los objetivos cautelares y en todo caso han de responder al criterio de proporcionalidad.

Este tipo de medidas no pueden causar perjuicios de difícil o imposible reparación a los interesados ni suponer una conculcación de derechos amparados por las leyes, como el derecho a recibir una asistencia sanitaria, debiéndose garantizar, en todo caso, la continuidad de la asistencia.

7. Lo anteriormente manifestado es plenamente compatible con la **reprobación clara y expresa** de esta institución con relación a los **actos de violencia** registrados en el servicio de psiquiatría mencionado.

Las y los profesionales sanitarios, de acuerdo con las indicaciones de la Organización Internacional del Trabajo, son quienes presentan un mayor riesgo



de sufrir agresiones o actos de violencia en el ámbito de las organizaciones públicas del sector servicios.

Dichas agresiones y actos de violencia, atentan gravemente contra la dignidad y los derechos de quienes los sufren y constituyen una amenaza a la eficiencia y el éxito de las organizaciones sanitarias. Sin duda, se hace preciso profundizar, por parte de nuestras administraciones públicas, en las medidas preventivas y de apoyo y protección a quienes con su trabajo contribuyen al cuidado de nuestra salud.

Debemos incidir en el **respeto al ejercicio por la ciudadanía de los derechos que tiene reconocidos en todos los ámbitos y recíprocamente, instar a aquella al cumplimiento de sus deberes**, entre los que se encuentra hacer un **uso adecuado de los servicios sanitarios y relacionarse con el personal sanitario con el debido respeto**.

Por esa doble perspectiva con la que se han de abordar los casos de violencia ejercida por pacientes –la **protección de quienes la padecen y la continuidad de la asistencia sanitaria de quienes la ejercen**–, las medidas que se adopten serán no sólo en beneficio del personal sanitario, reduciendo los riesgos laborales, sino también del paciente agresor, que ha de conocer que ha sido trasgresor de un límite infranqueable.

8. El **Protocolo de admisión e Ingreso de Pacientes con Trastornos Graves de la Personalidad** del que se ha dotado el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto constituye una **herramienta de gran utilidad** dirigida a unificar criterios de asistencia, mejorar la calidad de la atención, favorecer una buena práctica clínica y facilitar la labor de los profesionales sanitarios. Así, en nuestra opinión, su elaboración y aplicación suponen una buena práctica en el ámbito de la atención a la salud mental de la población.

Además, su aplicación parece estar contribuyendo a la **reducción del uso de sujeciones mecánicas²**.

² La libertad de rechazar tratamientos terapéuticos, como manifestación de la libre autodeterminación de la persona tiene su cobertura en el artículo 1.1 de la CE, que consagra la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico, lo que implica el reconocimiento, como principio inspirador del mismo, de la autonomía del individuo (paciente) para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias.

El internamiento no voluntario y el uso de sujeciones mecánicas consiguiente afecta al derecho fundamental a la libertad (artículo 17.1 de la CE) por lo cual su adopción, y por tanto la consiguiente restricción de tal derecho,

En el caso que nos ocupa, sin embargo, **no contamos con datos suficientes para poder afirmar que dicho protocolo fuera aplicado de manera efectiva**, pues no parece que se dieran las condiciones que dicho protocolo establece en lo referente a la información clara al paciente sobre los límites y las consecuencias de la ruptura de estos (introducción del Protocolo); en lo relativo a las intervenciones denominadas como de “educación” dirigidas a devolver al paciente y sus allegados la información sobre su situación clínica, evolución previa, tratamientos, etc. (apartado 1.b.ii.1 del Protocolo); sobre las intervenciones recogidas bajo el epígrafe de “consejo” tendentes a explicar al paciente cuáles son los pasos que debe dar, los trámites que ha de realizar y cuándo debe hacerlos (apartado 1.b.ii.3 del Protocolo); sobre el grado de conocimiento de los objetivos de la atención en la unidad de hospitalización por parte del paciente y personas allegadas (2.d) o sobre la relación con la familia (2.f) y el grado de conocimiento por esta de los motivos del alta y los pasos terapéuticos a seguir (2.h).

9. Con motivo de la tramitación de esta queja, la **necesidad de un recurso específico para abordar los trastornos graves de la personalidad** desde la sanidad pública vasca queda patente una vez más.

El contenido de la respuesta a nuestra petición de información elaborada por el Servicio de Psiquiatría de Basurto permite afirmar que la atención hospitalaria al trastorno grave de la personalidad no es más que un elemento auxiliar dentro del proceso terapéutico de este tipo de pacientes y que la parte fundamental de dicho proceso es una atención ambulatoria larga e intensiva que contenga intervenciones psicoterapéuticas junto a un uso juicioso y puntual de psicofármacos dirigidos a síntomas concretos.

debe realizarse de manera tasada, como último recurso y mediante la correspondiente autorización judicial (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil², Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina de 1997, conocido como Convenio de Oviedo y Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de las Naciones Unidas, por la que se adoptan los principios para la protección de las personas con enfermedad mental y la mejora de la atención de la salud mental, así como recomendación del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad a España con relación al artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006).

El artículo 9.2 de la Ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica se refiere a los límites del consentimiento informado *“cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”*.



Como señalábamos en nuestra consideración cuarta, existen experiencias en el ámbito estatal referidas a la atención específica de este tipo de trastornos.

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, al que hacíamos referencia, 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 2011, en sede parlamentaria, fue manifestada por el Consejero de Sanidad y Consumo la voluntad de poner en marcha este proyecto y las dificultades económicas que impedían su inmediata materialización.

A la vista de las demandas ciudadanas recibidas, el contraste realizado con profesionales sanitarios y la información ofrecida por diversas asociaciones (entre ellas FEDEAFES y OME), esta institución del Ararteko puso de manifiesto en el informe anual de 2009 al Parlamento Vasco la necesidad de dicho recurso y, desde entonces, ha seguido interesándose anualmente ante el Departamento de Sanidad y Consumo sobre si efectivamente el proyecto comenzaba a plasmarse en la práctica, sin que por parte de la administración sanitaria se hayan dado pasos reseñables.

En diciembre de 2011 el Departamento respondió a nuestra correspondiente pregunta indicándonos que *“este proyecto continúa en fase de análisis para determinar su viabilidad”*.

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. Sobre ellas también pedimos información y por la ausencia de respuesta sobre el particular deducimos que no se han registrado, hasta el momento, 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.





10. Por otro lado, en marzo de este año las **Defensorías del Estado** celebraron su encuentro anual, esta vez dedicado a las personas con problemas de salud mental. El Ararteko coordinó el taller relativo a la salud mental de los colectivos de jóvenes y mayores. Transcribimos, por su interés en el tema que nos ocupa, el apartado referido a los **trastornos de la personalidad** del documento de consenso aprobado por unanimidad:

“II.10.- Especial mención a los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad (con clara incidencia en la infancia y la adolescencia) constituyen un problema de salud de no fácil abordaje, por la propia dificultad en el diagnóstico y por la falta de vinculación al tratamiento que presentan las y los pacientes.

A estas dificultades se une la falta de circuitos reales de atención a este tipo de pacientes y la práctica ausencia de centros comunitarios extrahospitalarios de atención específica, lo que permite afirmar que la atención actual que se dispensa a la población infanto-juvenil que padece estos trastornos resulta del todo deficitaria.

Esta situación exige la urgente adopción de las siguientes medidas:

- *Dispensa de una adecuada asistencia a este tipo de trastornos, mediante la implantación en la sanidad pública de programas y recursos para diagnosticar, tratar y rehabilitar psíquica y socialmente a las personas afectadas.*
- *Implantación en la red pública sanitaria de unidades específicas para el tratamiento multidisciplinar e integral de los trastornos de la personalidad, especialmente de los trastornos límite, garantizando la hospitalización en los casos que sea preciso.*
- *Puesta en marcha de protocolos de actuación que orienten adecuadamente los procesos terapéuticos.*
- *Elaboración de guías integradas de práctica clínica que permitan evitar la variabilidad no justificada.*
- *Formación adecuada de las y los profesionales implicados en el manejo de estos trastornos”.*

Por todo ello, en conformidad con lo preceptuado en el artículo 11 b) de la Ley 3/85, de 27 de febrero, por la que se crea y regula esta institución, se eleva la siguiente



RECOMENDACIÓN 86/2012, de 23 de noviembre, a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para que:

1. Pongan en marcha la ya proyectada unidad especializada en trastornos de la personalidad en su modalidad de centro/hospital de día, en el ámbito de la CAPV.
2. Intensifiquen la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento del Protocolo de Admisión e Ingreso de Pacientes con Trastornos Graves de la Personalidad del que se ha dotado el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, en especial en aquellos aspectos relacionados con la información al paciente y su familia.
3. Contemplan la posibilidad de extender este tipo de protocolos a la práctica clínica del resto de Hospitales de la CAPV en los que se ubican unidades de hospitalización psiquiátrica, con la consiguiente dotación de recursos y formación de profesionales.
4. Adopten aquellas medidas que conduzcan a una gestión más garantista en el marco de los procedimientos de expulsión con fines terapéuticos.
5. Impulsen los mecanismos oportunos para garantizar una completa información sobre cómo han de proceder las familias con hijos con trastornos de la personalidad.
6. Contemplan la posibilidad de iniciar con la persona afectada, una vez haya sido esta dada de alta en la Unidad de Psicosis Refractaria, un tratamiento asertivo comunitario vinculado a una adecuada red de apoyos para aquella y su entorno familiar.

