

capítulo

Capítulo 5.

Personas con enfermedad mental o trastornos mentales



Antecedentes



Las personas con enfermedad mental o trastornos mentales, por su **especial vulnerabilidad**, constituyen un colectivo al que el Ararteko dedica una atención singular.

Nuestro trabajo en esta área se fundamenta en la visión de la persona con enfermedad mental o trastorno mental como **ciudadana de derechos**. Ello nos lleva a poner el acento en su empoderamiento, inclusión social, rehabilitación psicossocial y participación real y efectiva.

Consideramos que la promoción de la autonomía personal y erradicación del estigma, la continuidad de los cuidados, la equidad, responsabilidad, coordinación, integración, eficiencia, así como el impulso de foros participativos y del asociacionismo de familiares y pacientes han de ser **principios** que inspiren el actuar de nuestras administraciones públicas, especialmente las del ámbito sanitario, social, educativo, de empleo, justicia y vivienda.

La misión del Ararteko es velar porque las actuaciones de dichas administraciones sean fiel reflejo de esos principios y contribuir a ello desde nuestra posición como defensoría.

1.

Quejas destacadas

1.1. Resolución del Ararteko, de 11 de junio de 2013, por la que concluye la actuación relativa a la queja promovida por la Asociación Módulo de Asistencia Psicossocial de Cruces y tres personas usuarias, con motivo de la no renovación del Convenio de Colaboración suscrito por la Administración sanitaria vasca con dicha asociación, lo cual podría suponer el cierre del módulo, y se recomienda al [Departamento de Salud](#) el impulso de una serie de medidas de mejora.

En esta resolución, el Ararteko concluye fundamentalmente que la no renovación del convenio referido responde a criterios de organización que son consecuencia de la asunción del servicio por parte de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

A su vez, reconoce la excelente trayectoria del Módulo en la atención de las personas con necesidades de atención psicossocial durante los más de 30 años de colaboración con la administración sanitaria, así como el compromiso y profesionalidad de su equipo, por lo que recomienda al Departamento de Salud articular alguna suerte de continuidad de aquel, con el fin de complementar la atención ofrecida desde la red pública. Para ello remite al Departamento al estudio elaborado por esta institución [Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades](#) en el que se señalan las áreas necesitadas de mejora y las lagunas en la atención que actualmente se ofrece por parte de nuestras administraciones.

La tramitación de las quejas que dieron lugar a esta resolución propició una serie de compromisos asumidos por el Departamento de Salud, entre los que destacan los relativos a la atención de personas con ludopatías y víctimas de violencia de género. Recientemente el Departamento nos ha informado que respecto a la relación de coordinación con la Asociación Ekintza-Aluviz (atención a las ludopatías) se están siguiendo las recomendaciones de coordinación y derivación emitidas por el Ararteko en dicha resolución.

En cuanto a la recomendación quinta, que versa sobre la necesidad de recuperar y habilitar cauces de participación, comunicación e información con la asociación, la ciudadanía, la comunidad de pacientes y la corporación municipal de Barakaldo, el Departamento de Salud nos ha informado que dichos cauces se han recuperado, especificándonos las diversas reuniones y comunicaciones que se han llevado a cabo.

Con relación a la sexta recomendación de la resolución, el Departamento nos indica a este respecto que se ha producido una adecuada y casi completa incorporación de la población *“con una frecuentación de más del 90% sobre la prevista para sus características poblacionales”*.

En fechas cercanas al cierre de este informe, la representación de la asociación del Módulo nos ha informado que se ha acordado incorporar una partida para el Módulo en los

presupuestos generales de la CAE de 2014 y que este ha obtenido por parte del Gobierno Vasco la financiación para llevar adelante su programa de atención a mujeres víctimas de violencia de género.

1.2. Resolución del Ararteko de fecha 16 de octubre de 2013, por la que concluye su actuación en el expediente de queja 1541/2012/39 en el que una ciudadana denunciaba la posible vulneración de sus derechos con ocasión de su ingreso no voluntario y se recomienda a la administración sanitaria la adopción de una serie de medidas.

A continuación, destacamos resumidamente las medidas de carácter general recomendadas en dicha resolución, a la vista de los déficits detectados en la actuación de la administración sanitaria:

- Garantizar la concurrencia de los requisitos exigibles para la adopción de la medida de ingreso no voluntario (el Ararteko se pronuncia en esta resolución sobre cuáles deben ser esos requisitos).
- Documentar debidamente y recoger de manera inequívoca las razones de urgencia que motivan la adopción de este tipo de medidas tan restrictivas de la libertad personal.
- Garantizar un conocimiento real y efectivo por parte de las y los pacientes, de los derechos que les asisten en estas situaciones de ingreso no voluntario, así como del contenido de los autos judiciales (esta cuestión se aborda en el apartado 4.3 de este capítulo).
- Incidir en el carácter absolutamente excepcional y de *último recurso* de la medida de contención mecánica.
- Favorecer la coordinación necesaria que asegure la presencia del/a paciente en el momento de la visita de la Comisión Judicial.
- Elaborar un nuevo protocolo sobre ingreso no voluntario que aborde con detalle el marco legal de esta medida así como otra serie de contenidos de trascendencia que se detallan en la resolución.
- Documentar debidamente el consentimiento para continuar con un ingreso, en origen, de carácter no voluntario.
- Efectuar con la mayor brevedad posible la comunicación del ingreso a la autoridad judicial, una vez se disponga del diagnóstico que justifique el ingreso, sin necesidad de agotar el plazo máximo de 24 horas establecido legalmente.
- Comunicar el alta con inmediatez a la autoridad judicial.

2.

Contexto normativo y social

2.1. Las principales novedades normativas se han dado en el ámbito general de la sanidad pública ([Decreto 447/2013, de 19 de noviembre](#), por el que se regulan las ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos por personal del Sistema Sanitario de Euskadi, la [Orden de 23 de diciembre de 2013](#), del Consejero de Salud, por la que se convocan dichas ayudas para los ejercicios 2013 y 2014, y la [Orden de 4 de julio de 2013 del Consejero de Salud](#), por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión) por lo que su análisis se realiza en el apartado 3 del capítulo II.12. relativo al [área de Sanidad](#).

2.2. El [Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud](#), contempla la inclusión de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, lo que venía siendo una constante reivindicación entre los colectivos profesionales, sociedades científicas y entidades del Tercer Sector.

3.

Otras intervenciones en el marco del plan de actuación

3.1. Seguimiento de la 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

En respuesta a la [Resolución del Ararteko de 23 de noviembre de 2012](#), Osakidetza se comprometía a valorar “*las propuestas de creación de Unidades de Día para adolescentes con problemas de personalidad*” y aseguraba que “*es previsible que, en un periodo de un año, puedan ponerse en marcha*”.

El Departamento de Salud nos ha indicado recientemente que el Hospital Universitario de Basurto, en su área de investigación y desarrollo de nuevas líneas de intervención, ha

puesto en marcha una serie de programas que dan cabida total o parcialmente a los trastornos de personalidad, en su faceta de tratamiento y seguimiento, como son la unidad de día de adolescentes, la realización por parte de un grupo de 8 clínicos de dicho hospital y la Red de Salud Mental de Bizkaia, de psicoterapia focalizada en la transferencia con supervisión de O. Kemberg, y los grupos estables de habilidades en terapia dialéctica conductual. Asegura que con ello dan atención a una parte importante de los trastornos de personalidad en el área del gran Bilbao.

La Dirección de Asistencia Sanitaria estimaba que en unos meses *“todos los hospitales contarán con un folleto informativo para pacientes y familiares basado en la información del Hospital de Basurto y adaptado a cada Territorio Histórico”*.

Recientemente se nos informa que ha habido una transmisión del protocolo elaborado por el Servicio de psiquiatría de Basurto hacia los otros servicios. Según nos señala, *“este protocolo aborda las cuestiones referidas en las recomendaciones: información sobre la patología, abordaje, tratamientos disponibles, eventualidades en la presentación de conflictos relacionados con la propia patología y resolución razonada de los mismos. En los servicios consultados ha habido una incorporación y adaptación de los protocolos a las características propias. Se obtiene como impresión la mejora en los problemas de relación detectados previamente por la mejor delimitación de las cuestiones conflictivas y la implicación del paciente desde un primer momento”*.

Osakidetza, aseguraba, además, que en la formación a los profesionales sobre la materia *“se van a unificar, en todos los Hospitales generales con Servicios de Psiquiatría y en los Hospitales Psiquiátricos de Osakidetza, los motivos de alta médica por incumplimiento de normas, con fines terapéuticos. De este modo, quedará recogido que los pacientes mantienen todos sus derechos asistenciales a nivel ambulatorio y que podrán ser atendidos, tanto por patologías urgentes en cualquier momento, como por la patología que motivó el ingreso, en un plazo que deberá ser definido por todos los centros implicados en el tratamiento de los pacientes”*.

3.2. Seguimiento del estudio Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades

Como señalábamos el pasado año, en [este estudio](#) se reconocía el notable esfuerzo que las administraciones públicas vascas han desarrollado en los últimos años en materia de atención y protección de la salud mental de estos colectivos especialmente vulnerables, y a su vez, se ponía la atención en aquellas cuestiones que requieren de nuevas iniciativas, mayor desarrollo o mejora, emitiendo las correspondientes recomendaciones.

Dado el amplio número de recomendaciones que esta institución emitió en este estudio, hemos centrado nuestra atención en el grado de cumplimiento de la Recomendación 12.1.4, relativa a la necesidad de que se materializaran

ciertas previsiones contenidas en la [Estrategia en Salud Mental de la CAPV](#) (ESM-2010).

Así, 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 (Objetivo específico 4.14.), la administración sanitaria nos informa que esta herramienta no se ha generado por la *“falta de consenso atribuible a las distintas ubicaciones de los comités (de ética asistencial) distribuidos en el ámbito social y sanitario”*. En su opinión *“propuestas como la actualmente contemplada en las líneas estratégicas sociosanitarias del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria sobre el enfoque ético asistencial en el ámbito sociosanitario pasan por esa organización y la propuesta de un órgano asesor conjunto de todas las administraciones y ámbitos asistenciales. Esta propuesta deberá llevar consigo la redacción de este tipo de guías que ofrezcan una visión lo suficientemente consensuada de estos aspectos”*.

Con relación al resto de medidas, la administración sanitaria, en su respuesta, nos remite al contenido del documento [Informe sobre la Estrategia de Salud Mental de la CAPV](#). Podemos destacar que la materialización de aquellas acciones relacionadas con la promoción de la salud mental resulta insuficiente.

3.3. Recomendaciones generales

Como indicábamos el pasado año, la tramitación de diversos expedientes de queja en los que la persona interesada había sido internada en contra de su voluntad motivó, en febrero de 2012, la apertura de un expediente de oficio relativo al **análisis del cumplimiento de las medidas previstas en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)** para estas situaciones.

Como resultado de ese análisis el Ararteko emitió la [Recomendación General 3/2013, de 15 de febrero](#), sobre la necesidad de adoptar medidas que garanticen el conocimiento efectivo de los derechos que asisten a la persona con problemas de salud mental cuando se encuentra en situación de ingreso involuntario.

En ella se refleja que más allá del mero trámite que puede suponer una comunicación formal, la administración sanitaria ha de adoptar una serie de medidas que garanticen un conocimiento real y efectivo por parte de las y los pacientes, de los derechos que, conforme a la LEC, les asisten en estas situaciones de ingreso no voluntario, por cuanto que una falta de información completa y veraz con carácter previo a la intervención judicial sobre tales derechos puede vaciarlos de su contenido.

Así pues, se recomienda a la administración sanitaria contar con un documento escrito de información al paciente en el que se hagan constar de manera clara y sencilla, entre otros contenidos, los plazos para la comunicación al Juzgado y la ratificación judicial y los derechos que le asisten (ser oído/a y examinado/a por la autoridad judicial; solicitar a esta que una tercera persona cuya comparecencia considere necesaria sea oída por dicha autoridad; comparecer en el proceso con su propia defensa –derecho a la asistencia letrada– y representación; la posibilidad de recurrir

la decisión que el tribunal adopte con relación al ingreso, etc.), así como habilitar un cauce que permita dejar constancia de que tales derechos han sido comprendidos adecuadamente por la persona afectada.

Resulta procedente también que las medidas de limitación de acceso a la información obrante en la historia clínica del/a paciente y relativa a su ingreso involuntario, adoptadas por la administración sanitaria, garanticen adecuadamente la protección de estos datos especialmente sensibles.

La falta de competencia de esta institución del Ararteko sobre las posibles demoras en la ratificación judicial del ingreso psiquiátrico no voluntario en el preceptivo plazo de 72 horas, motivó el traslado de la cuestión a la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma del País Vasco y a la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, a los efectos oportunos. La primera ha decretado que *“los fiscales procurarán que los centros de internamiento así como los juzgados y tribunales competentes para autorizar o ratificar los internamientos psiquiátricos cumplan los plazos previstos en la ley, ejercitando las acciones necesarias e interponiendo los recursos procedentes en derecho, pues afecta al derecho fundamental a la libertad personal”*; y la segunda nos ha comunicado haber procedido a la corrección de este tipo de anomalías, de modo que los plazos legales sean respetados en todos los casos.

La recomendación general ha sido aceptada por el Departamento de Salud, el cual recientemente nos ha informado de los pasos dados para alcanzar su cumplimiento:

- Traslado de la Recomendación General 3/2013 a todos los servicios de psiquiatría en los que se producen ingresos involuntarios.
- Posterior contacto con dichos servicios para evaluar el grado de implantación de la recomendación *“observándose una sistemática de comunicación verbal de las condiciones del ingreso, reflejada en los respectivos protocolos de ingreso involuntario, que contempla los puntos señalados en las recomendaciones”*.
- Se ha instado a estos servicios a que la comunicación verbal sea asistida por una documentación escrita, tal y como refleja la Recomendación General 3/2013.

Asimismo nos informa que *“en los servicios de psiquiatría más grandes, la presencia de la comisiones judiciales es frecuente (2 veces por semana) y los plazos legales y la comunicación pormenorizada de las condiciones de ingreso son hechas sistemática y correctamente por parte de las mismas”*.

3.4. Seguimiento del informe extraordinario Atención comunitaria de la enfermedad mental

3.4.1. Situación de los recursos de la red sanitaria en materia de salud mental a finales de 2013

Los datos ofrecidos por la administración sanitaria se han basado en los recogidos en el [Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa](#) y [Bizkaia](#) y las memorias del Hospital Universitario de Araba y de la Red de Salud Mental de Araba de 2012.

Son los siguientes:

2013	Nº de dispositivos	Nº de plazas
CSM (1) Centros de Salud Mental de personas adultas	42	
CSMIJ (1) Centros de Salud Mental Infanto-juvenil	15	
UHB Unidades de Hospitalización Breve, tanto de Hospital General como en Hospital Psiquiátrico	6	234
UHBIIJ Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juveniles	3	19
HD Hospitales de Día de personas adultas	23	600
HDIJ Hospitales de Día infanto-juveniles	5	50
UME (2) Unidades de Media Estancia y de Subagudos	6	296
UPR Unidad de Psicosis Refractarias	1	14
UR Unidades de Rehabilitación	7	263
UL (3) Unidades de Larga estancia	5	778
PG (4) Psicogeriátricos	1	109

Fuente: Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

- (1) **CSM** y **CSMIJ** en los que se engloban además las toxicomanías, los equipos que atienden específicamente a Trastornos de la Conducta Alimentaria y los que atienden a los Primeros Episodios Psicóticos.
- (2) En el caso de Gipuzkoa son concertadas.
- (3) Con diferentes denominaciones. En el caso de Gipuzkoa son concertadas.
- (4) En el caso de Gipuzkoa son concertadas.

El hecho de tratarse, en algunos casos, de datos del 2012 y la circunstancia de que las fuentes empleadas por la Administración no coincidan con las utilizadas en años anteriores, impide un análisis comparativo adecuado de la evolución de los dispositivos y número de plazas.

Ello revela la necesidad de que la administración sanitaria se dote de una herramienta fiable, de ámbito autonómico, que permita analizar la evolución de sus recursos (número de dispositivos y plazas) de manera rigurosa.

A pesar de ello podemos señalar que el número de plazas psicogeriatricas no ha variado y que este año el de unidades de larga estancia incluye el dato de las plazas concertadas existentes en Gipuzkoa lo que nos permite conocer la situación real del proceso de desinstitucionalización.

Con relación a la atención de drogodependencias, incluida en la relación de CSM por lo que se refiere a su enfoque ambulatorio, se ha producido en 2013 la concentración en el territorio de Álava de dos centros para dar lugar a la formación de un nuevo centro de orientación y tratamiento de adicciones (COTA); se mantienen las 10 camas en la Unidad de desintoxicación del Servicios de Psiquiatría del Hospital de Galdakao.

Existen siete comunidades terapéuticas en el ámbito de la CAPV donde se producen ingresos (2 en Bizkaia, 4 en Gipuzkoa y una en Álava).

3.4.2. En cuanto al proceso de desinstitucionalización, se nos informa que en Bizkaia, en 2013, la Delegación Territorial de Salud y la Red de Salud Mental de Bizkaia han preparado *“las condiciones para la ampliación de las plazas disponibles en minirresidencias orientadas al trastorno mental grave, en colaboración con la (...) Diputación Foral de Bizkaia, así como proseguir en las plazas de transinstitucionalización”*. Se nos avanza que estas plazas –que se prevén entre las 20 y 35–, llevarán consigo la restructuración de camas de larga estancia en los hospitales psiquiátricos de Bizkaia y se ocuparán en el año 2014.

En Álava y en Gipuzkoa no ha habido aumento de plazas orientadas a la desinstitucionalización.

3.4.3. Por lo que se refiere a las estructuras residenciales no hospitalarias, de acuerdo con la información facilitada por Osakidetza en 2011, el número total de plazas en pisos tutelados y pisos supervisados se situaba en 468. En 2012 el dato ofrecido fue de 332 plazas. En 2011 se cifraba en 90 el número de plazas en minirresidencias; en 2012 se registraban 136 plazas. En 2011 se nos indicaba que el número de plazas en comunidades terapéuticas ascendía a 30. En 2012 nos aportaban el dato de 449 plazas en comunidades y hospitales de día sin desglosar.

Este año se nos ofrecen los datos desglosados por territorios, un total de 674 plazas correspondientes a pisos tutelados, minirresidencias, residencias de pequeño tamaño y pensiones.

Resulta complicado realizar una rigurosa valoración de la evolución de este tipo de estructuras residenciales no hospitalarias atendiendo al carácter incompleto y la diferente terminología con que se nos vienen ofreciendo estos datos anualmente. Sin embargo, del aproximado análisis que hemos realizado y el contraste con las asociaciones y responsables de la red podemos concluir que se observa un aumento paulatino de este tipo de recursos.

3.4.4. En cuanto a las intervenciones dirigidas a erradicar el estigma, la administración sanitaria alude a la organización de visitas guiadas al Hospital Psiquiátrico de Álava y al COTA, así como a medidas de integración de la salud mental en estructuras normalizadas que vienen siendo habituales en todas las organizaciones. Se señala también la colaboración con FEDEAFES, ASASAM, ASAFES, AVIFES y AGIFES en diversas actividades relacionadas con la erradicación del estigma; admite que por parte de las instituciones públicas no ha habido una línea planificada de intervención en el estigma.

3.4.5. Respecto a las actuaciones llevadas a cabo con el fin de favorecer la creación de un espacio verde de dimensiones óptimas y al aire libre en el Hospital Psiquiátrico de Araba/Álava, Osakidetza nos indicaba el pasado año que proyectada la obra y tramitada la solicitud de licencia de esta, se encontraba en disposición para ser comenzada.

Se nos informa que durante el año 2013 se han reacondicionado 1.400 m cuadrados en la parte trasera, con la instalación de un espacio verde de esparcimiento que cuenta con gimnasio al aire libre y huerta ecológica; esta remodelación ha supuesto la ampliación de los terrenos del hospital y la reorganización de la circulación de vehículos de modo que el espacio antes destinando a aparcamiento, sea para disfrute de las personas usuarias del Hospital.

3.5. Reuniones con asociaciones

3.5.1. Este año hemos iniciado una dinámica de colaboración con **ACABE BIZKAIA**. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia de Bizkaia.

Nos trasladan que las y los profesionales de los centros de salud mental del sistema de salud muestran una gran implicación con la problemática y que la relación y coordinación con ACABE es fluida.

Están percibiendo que las personas con trastorno de la conducta alimentaria, fundamentalmente mujeres, cada vez responden a un perfil de menor edad.

En su opinión, la atención que se está ofreciendo desde los centros de salud mental infanto-juvenil y los centros de salud mental para población adulta resulta, en general, adecuada. Señalan, sin embargo una serie de áreas de mejora y algunos aspectos en los que la atención resulta insuficiente:

- Imposibilidad de atender adecuadamente en el sistema vasco de salud los casos de mayor gravedad mediante hospitalización.
- Ausencia de acuerdo con el Institut de Trastorns Alimentaris por parte del Departamento de Salud, cauce necesario, en su opinión, para garantizar una atención adecuada (cuentan con ingreso hospitalario y red de pisos tutelados con diferente grado de supervisión, de acuerdo con la fase en la que se encuentra la paciente). Estos acuerdos son práctica extendida en el resto de CCAA.
- Disminución de la calidad de la atención cuando se produce el paso a la edad adulta.
- Necesidad de intensificar el trabajo terapéutico con las familias.
- El servicio de comedor (para el aprendizaje de las pautas necesarias para hacer frente al trastorno) carece de profesionales psicólogos/as. Consideran que este perfil profesional para garantizar la psicoterapia es indispensable en el servicio de comedor. El horario de Gadakao, hasta las 15:00 horas, resulta escaso. En Cruces el horario finaliza a las 17:00 horas, en su opinión, más adecuado.
- El control de la medicación y el papel de los y las profesionales de la psiquiatría es, sin duda importante, y eso es lo que fundamentalmente ofrece el sistema vasco. Sin embargo, el trabajo terapéutico con el apoyo de profesionales psicólogos/as consideran que es insuficiente, sería preciso intensificarlo.
- Reciben apoyo institucional pero consideran que es insuficiente para hacer frente a las tareas que desarrollan.
- Solicitan la creación de una unidad especializada.

■ Dada la frecuente comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad consideran que la puesta en marcha del hospital de día recomendada por el Ararteko en su Resolución de 23 de noviembre sería un paso importante en el abordaje de ambos trastornos.

3.5.2. Este año también hemos iniciado una dinámica de colaboración con [AVATI- Asociación Vasca para personas afectadas de trastornos de la personalidad y sus familias](#). La función de la asociación es psicosocial, psicoeducativa y de autoapoyo. Atiende a 40 familias socias y más de 120 familias que solicitan información y asesoramiento.

■ Refieren que el sistema público vasco cuenta con excelentes profesionales que manejan los trastornos de la personalidad (TP) pero que su número es muy reducido. La falta de formación del resto de los profesionales provoca dificultades para la adecuada diagnosis.

■ Reclaman una mayor implicación de las y los profesionales en la atención de las situaciones de crisis. Alertan del peligro real de que las personas afectadas cometan actos de relevancia penal en situaciones de crisis, así como conductas autolíticas (el índice de suicidios en la población afectada es 50 veces mayor que en la población que no padece dichos trastornos; son muy numerosos también los casos de exposición a situaciones tremendamente peligrosas), por lo que demandan una atención/contención mayor en esos momentos de crisis (que no tienen, por lo general una duración superior a uno o dos días). Por lo general se trata de situaciones de despersonalización que generan extraordinaria angustia.

■ Constatan que en el entorno penitenciario el grado de sufrimiento padecido por estas personas es muy elevado como consecuencia del trato recibido por el resto de internos/as. Es por tanto un entorno nada propicio y deben ser implementadas las medidas dirigidas a impedir los ingresos (medidas de seguridad, contención adecuada en momentos de crisis, recursos de cumplimiento adecuados al perfil de las personas afectadas, etc.).

■ Detectan una insuficiencia de recursos de psicoterapia. En su opinión *"la farmacología ayuda a no ahogarse pero no a nadar"*.

■ Creen imprescindible que se adopte una decisión desde el sistema sobre el modelo o paradigma en el abordaje (dialéctica-conductual, analítica funcional, etc.) para formar a las y los profesionales, poniendo fin a las disquisiciones metodológicas.

■ Necesidad de contar con un Protocolo en la Sanidad Pública para riesgo de suicidio en trastorno límite de la personalidad.

■ Quieren manifestar su enorme preocupación por una realidad emergente de jóvenes con TP que permanecen aislados en sus casas ante el ordenador y que de pronto sorpresivamente salen al exterior y generan situaciones dramáticas. Subrayan la importancia de la implicación de los servicios sociales de base y educadores/as de calle como instrumentos fundamentales de alerta.

■ Necesidad de fomentar la atención temprana y la formación en el ámbito educativo mediante la actuación de los *bertitzegunes*.

■ Consideran imprescindible que el Protocolo de crisis incorpore una serie de medidas:

– Durante la crisis, contención. Dependiendo de la calidad humana del residente el grado de sufrimiento de la persona afectada varía. Es preciso incidir en este aspecto.

– En los casos en los que sea precisa la intervención de la policía, personación de los agentes no uniformados. Contar con enfermeros/as para acompañar en estas intervenciones.

■ Valoran de manera muy positiva la Resolución del Ararteko de 23 de noviembre y coinciden con la institución en las consideraciones y recomendaciones vertidas en ella, especialmente por lo que se refiere a la necesidad del hospital de día. Incluso consideran que sería precisa la puesta en marcha de una unidad de estas características en cada uno de los tres territorios.

A la vista de estas cuestiones, planteadas con anterioridad a los pasos iniciados por el Departamento de Salud y Osakidetza en cumplimiento de la Resolución referida, será preciso realizar un nuevo contraste con la asociación.

3.6. Reuniones con administraciones e instituciones

3.6.1. Viceconsejería de Salud y Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud (Gobierno Vasco)

Los asuntos que se abordaron tuvieron que ver con la valoración de las recomendaciones incluidas en el estudio referido en el apartado 4.2 y en las últimas resoluciones emitidas por el Ararteko; la problemática que surge en el encuentro clínico con personas pertenecientes a culturas diferentes a la propia; la insuficiencia de hospitales de día en el ámbito infantojuvenil, especialmente en Araba y la necesidad de impulsar más recursos intermedios de carácter sociosanitario.

Sobre este último punto, entienden que la reciente creación y puesta en marcha de la comisión sociosanitaria (equipo de cinco personas que representan al ámbito social foral y al sanitario autonómico) favorecerá dicho impulso.

Hemos de destacar la receptividad y total disponibilidad para el impulso de las cuestiones planteadas por esta institución.

3.6.2. Gerencia de la Red de Salud Mental de Araba y Dirección del Hospital Psiquiátrico de Araba

Entre las diversas cuestiones abordadas hemos de destacar la relativa a la insuficiencia de recursos de día en el ámbito infanto-juvenil en Araba. Compartían nuestra apreciación y nos indicaban que se estaba reflexionando sobre el tema para buscar una solución.

3.7. Otras actuaciones

3.7.1. El Ararteko participó, el 18 de junio, en el curso de verano *Atención a personas con enfermedad mental en riesgo de desamparo*, organizado por la Fundación HURKOA y celebrado en el palacio Miramar de Donostia con la ponencia *La atención de la salud mental en la CAPV: retos y oportunidades*.

3.7.2. El ararteko, junto al presidente de la Sociedad Española de Patología Dual, clausuró el 5 de diciembre, en Bilbao, las *IV Jornadas sobre Patología Dual de Euskadi*.

En su *ponencia*, tras realizar una descripción de las actuaciones de la institución con relación al tema objeto de las jornadas, subraya la dificultad de abordaje de la patología dual y la necesidad de programar abordajes terapéuticos integrados y favorecer la formación de profesionales sanitarios/as expertos/as en la atención de esta patología. Señala también que dicha patología se presenta como un reto para el sistema sanitario que habrá de ofrecer una adecuada atención a pacientes complejos, con patologías médicas, psiquiátricas y adictivas, que transitan diferentes recursos sanitarios; para el sistema de servicios sociales, el de vivienda y el de empleo que habrán de garantizar la integración real y efectiva de las personas que padecen dicha patología y para la coordinación sociosanitaria, imprescindible en su abordaje.

con enfermedad mental, exigen medidas positivas que deberán reflejarse en el Decreto de Cartera de Servicios Sociales, cuya aprobación se prevé para 2014.

4.3. En situaciones de ingreso no voluntario en el ámbito psiquiátrico, la protección del derecho fundamental a la libertad personal y a la tutela judicial efectiva (artículos 17 y 24.1 de la CE, artículos 5.1 e) y 5.4 del Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales y artículo 14 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) exige de nuestra administración sanitaria, junto a un escrupuloso cumplimiento de la legalidad vigente, la adopción de medidas tendentes a garantizar la concurrencia de los requisitos exigibles para la adopción de la medida restrictiva, el conocimiento efectivo de los derechos que asisten al/a paciente en dichas situaciones y la materialización de los principios de proporcionalidad y documentación.

4.4. A pesar de los avances registrados, seguimos observando una insuficiencia de estructuras intermedias de rehabilitación en el ámbito de la salud mental (hospitales/centros de día, recursos de alojamiento con distinto grado de supervisión, centros ocupacionales, comunidades terapéuticas, clubes sociales y recursos de rehabilitación psicossocial).

Estas estructuras son indispensables para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia; para garantizar la correcta implementación de programas de atención psiquiátrica (como los dirigidos a personas sin hogar, por ejemplo) o para el desarrollo de procesos de desinstitucionalización que permitan hacer realidad el modelo comunitario de atención.

No se observan avances en los procesos de desinstitucionalización correspondientes a los territorios de Álava y Gipuzkoa.

Resulta necesario reforzar la puesta en marcha de iniciativas que favorezcan los acuerdos entre las diferentes administraciones concernidas (administración sanitaria, de servicios sociales y de vivienda) con la consiguiente implicación de los niveles autonómico, foral y municipal para favorecer el acceso de personas con trastorno mental grave a vivienda normalizada de alquiler social.

Se observa una insuficiencia de hospitales de día en el ámbito infanto-juvenil, especialmente en el territorio alavés.

4.5. Se observan ciertos avances en el cumplimiento de la *Estrategia de Salud Mental de 2010*. Sin embargo, hemos de insistir en los siguientes aspectos:

- La necesidad de que los comités de ética asistencial del ámbito social y sanitario confluyan para generar 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 (objetivo específico 4.14.).

4.

Valoración del estado de los derechos ciudadanos

4.1. La especial vulnerabilidad y mayor dificultad para el acceso a los recursos públicos que presentan las personas con enfermedad mental y su carácter de miembros de pleno derecho de la comunidad a la que pertenecen, obliga a los poderes públicos a garantizar las condiciones que permitan un efectivo ejercicio de los derechos de los que son titulares. Esto exige impulsar todas aquellas actuaciones que permitan su efectiva integración en la comunidad: alojamiento, educación, empleo, suficiencia económica, eliminación del estigma, participación, etc.

La actual situación de grave crisis y su repercusión en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a las administraciones públicas, exigen priorizar en las políticas públicas vascas la protección de las personas con enfermedad mental.

4.2. Los problemas de acceso a servicios y prestaciones de carácter social y sociosanitario, motivados por cuestiones relativas a la valoración de dependencia de las personas

- Es preciso poner en marcha una efectiva política pública dirigida a la erradicación del estigma, liderada por la administración sanitaria, más allá del apoyo ya existente a las iniciativas impulsadas por el tejido social (línea estratégica tercera).
- Necesidad de favorecer los programas de tratamiento asertivo comunitario e incrementar la dotación de sus equipos (línea estratégica cuarta).
- La materialización de las acciones relacionadas con la promoción de la salud mental resulta insuficiente (línea estratégica primera).

4.6. En cuanto a la atención de las personas con trastornos de la personalidad, a pesar de que efectivamente se han adoptado medidas y se han dado pasos importantes (creación de la unidad de adolescentes, programas especiales, etc.), continuamos mostrando preocupación por las limitaciones de nuestro sistema sanitario para el abordaje de estos trastornos en el ámbito autonómico. Por ello, insistimos en la necesidad de la puesta en marcha de un hospital de día con las características del que se encontraba ya proyectado desde 2009, tal y como indicábamos en la [Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre de 2012](#).

En tanto ello no se materialice resulta imprescindible contemplar y aplicar vías como la derivación, concertación y reintegro de gastos.