

Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias

La salud mental y los
derechos de las
personas afectadas
en Asturias

Procuradora General
del Principado de Asturias





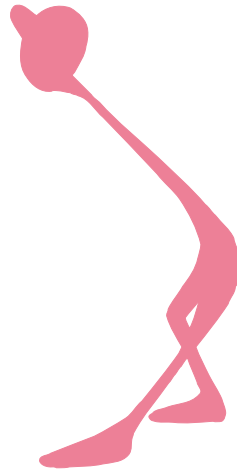
Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias 2010

La salud mental
y los derechos de
las personas afectadas
en Asturias



Procuradora General
del Principado de Asturias





EDITA
Institución de la Procuradora General
del Principado de Asturias

PROCURADORA GENERAL
María Antonia Fernández Felgueroso

POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE LA PROCURADORA GENERAL:
Ana Fernández Miguelez
Antonio Rodríguez Cuenca

COORDINADOR EDITORIAL
José Antonio García Álvarez

IMPRIME
Imprenta Narcea, S.L.

DEPÓSITO LEGAL
As-4.127-2010

1. PRESENTACIÓN.....	9
2. INTRODUCCIÓN.....	13
2.1. Contexto y estructura del informe.....	15
2.2. Objetivos, finalidad y metodología del informe.....	19
3. ÁMBITO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL.....	21
3.1. Normativa autonómica	24
3.2. Normativa estatal	26
3.3. Normativa y declaraciones de origen Internacional-Europeo....	28
4. MAPA DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ASTURIAS.....	31
4.1. Dispositivos sanitarios asistenciales	33
4.2. Cartera de servicios de salud mental del sistema nacional de salud	38
4.3. Mapa de distribución territorial de los recursos de la red de salud mental	40
4.4. Definición de servicios.....	41
4.4.1. Atención ambulatoria.....	43
4.4.2. Atención hospitalaria.....	45
4.4.3. Atención en estructuras intermedias.....	47
4.5. Recursos humanos.....	51
4.6. Dispositivos de servicios sociales	53
5. RECURSOS JUDICIALES PARA LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	57
5.1. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.....	60
5.2. Tratamiento ambulatorio no voluntario por razón de trastorno psíquico.....	65
6. LAS FAMILIAS Y LAS ASOCIACIONES FAMILIARES	67
7. SITUACIÓN ACTUAL EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DESDE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	71
7.1. Cuestionario ámbito asociativo	78
7.2. Cuestionario a personas con problema de salud mental y familiares.....	96

7.3. Cuestionario ámbito administrativo y judicial.....	100
7.4. Aspectos de especial relevancia	108
7.4.a. <i>La Salud Mental de la Infancia y Adolescencia</i>	108
7.4.b. <i>El Estigma y los Problemas de Salud Mental</i>	111
7.4.c. <i>Las personas que padecen un problema de salud mental y se encuentran en un establecimiento penitenciario</i>	114
8. DEMANDAS DE LA CIUDADANÍA. CONCLUSIONES	121
9. RECOMENDACIONES.....	129
10. ANEXOS	143
Listados de Entidades Participantes	
Bibliografía y Documentos de Trabajo	

Presentación del informe



“La Salud Mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, idea política o condición económica y social”.

(Comité de Salud Mental de la OMS).

Las personas afectadas por una enfermedad mental son miembros de pleno derecho de la comunidad a la que pertenecen, lo que obliga a los poderes públicos a garantizar las condiciones que posibiliten un efectivo ejercicio de los derechos de los que son titulares.

Las reformas estructurales y legales operadas sobre el sistema público de salud mental, así como los avances técnicos y el desarrollo de la investigación realizados en este ámbito, tienen, en todo caso, como destinatarios a las personas aquejadas de una enfermedad mental.

Ahora bien, el ser destinatario, aunque imprescindible, no es, a nuestro juicio, suficiente. Estas personas han de ser, también protagonistas. Protagonistas de su propia vida, debiendo potenciarse todas aquellas actuaciones encaminadas a garantizar la mayor autonomía posible en la toma de decisiones a las que individualmente puedan acceder. Protagonistas, junto con su entorno más inmediato, especialmente el familiar, en la valoración de las respuestas que el sistema les ofrece y en la propuesta de alternativas viables a dichas respuestas en función de sus necesidades. Protagonistas en la reivindicación, instada a través del movimiento asociativo, tendente a la consecución de una igualdad efectiva en el acceso y disfrute de los servicios y prestaciones que integran el sistema público que, en su conjunto, definen el Estado Social de Derecho. Y protagonistas, también, junto con los poderes públicos en conseguir una concienciación colectiva tendente a eliminar la estigmatización y discriminación, individual y colectiva, a la que están sometidos.

Es ese protagonismo el que inspira y define la elaboración del presente informe a través del cual no se pretende ofrecer un estudio académico o profesional del modelo o sistema a través del que se procura la obligada asistencia pública a la enfermedad mental. Lo que se ha pretendido es recabar la opinión de las personas con problemas de salud mental y de su entorno; indagar cuáles son sus necesidades; descubrir sus carencias y limitaciones; recepcionar sus propuestas de

mejora y la de los profesionales con interacción directa en la materia; concluir, en definitiva, las demandas que precisan para garantizar el disfrute de sus derechos en condiciones de igualdad, dignidad y calidad asistencial.

La valoración conjunta de todo ello, permite presentar este informe con una serie de recomendaciones dirigidas a los poderes públicos y a través de las que, en modo alguno, se instan políticas o actuaciones concretas, sino garantías de derechos que estimamos están, en la actualidad, insuficientemente protegidos.

Finalmente, quiero, en todo caso, dejar constancia expresa de mi agradecimiento institucional, hacia todas las personas que han colaborado y, en definitiva, hecho posible este informe, y especialmente a quienes, padeciendo una enfermedad mental, junto con sus familiares, han aportado sus experiencias vitales, dando cumplida muestra de ese protagonismo activo que les corresponde.

*M^a Antonia Fernández Felgueroso
Procuradora General del Principado de Asturias
Septiembre 2010*

Introducción.
Estructura del
informe, objetivos,
finalidad y
metodología



2.1. CONTEXTO Y ESTRUCTURA DEL INFORME

Las personas con problemas de salud mental, especialmente cuando se trata de procesos de enfermedad grave y duradera, han compartido con otros colectivos desfavorecidos, desgraciadamente, los avatares de la ignorancia, los prejuicios, la falta de reconocimiento de derechos y recursos y por tanto, la insolidaridad. Desde hace unos cuantos años se ha planteado el reto de darle la vuelta a esta situación y proceder a la búsqueda de modelos de atención acordes a una sociedad en la que los valores humanos y de ciudadanía deben ser el camino a seguir.

No se puede dejar de tener presente que en un entorno social como el actualmente existente en el que los niveles de exigencia y complejidad son cada vez mayores, percibimos que estas personas se hallan en una situación de mayor vulnerabilidad social, dada su situación de dependencia, por lo que sus proyectos vitales para alcanzar su libre desarrollo de la personalidad se encuentran fuertemente condicionados, precisando por tanto de un apoyo social mediante la articulación de medidas que garanticen el pleno ejercicio de sus derechos de ciudadanía. Como se recoge en el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas titulado "Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental", *"sin salud mental no hay salud. Para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social. En cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales"*.

Según diversos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas de salud mental ya representaban en el año 2001 un 12,3% del conjunto de los años vividos en discapacidad e igualmente suponían una gran proporción de los años de vida potencialmente perdidos por esa misma causa (discapacidad). Se estima que en el mundo alrededor de 450 millones de personas sufren actualmente algún tipo de enfermedad mental y que una de cada cuatro personas en el mundo se ve afectada por algún proble-

ma mental o neurológico a lo largo de su vida. La depresión es, en la actualidad, la cuarta causa global de enfermedad y se espera que en 2020 sea la segunda, situada solamente tras la cardiopatía isquémica. De las diez primeras causas que producen discapacidad, cuatro corresponden a problemas de salud mental.

Este informe especial responde claramente a la preocupación de la Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias por los colectivos especialmente vulnerables, entre los que, como ha quedado antedicho, se encuentran las personas con problemas de salud mental. Con el mismo se pretende conocer la realidad percibida por el tejido asociativo relacionado con esta cuestión, así como por los propios usuarios de los servicios de salud mental en sentido amplio considerados y sus familiares, en relación con los recursos (programas y dispositivos) existentes para hacer frente a las necesidades demandadas por todos ellos. Una vez conocida dicha situación y extraídas las oportunas conclusiones, se formulan las correspondientes recomendaciones en orden a que desde los poderes públicos se arbitren las medidas adecuadas para lograr la mayor conformidad/satisfacción posible de las personas directamente relacionadas con esta problemática y por ende, de la ciudadanía en general.

El presente informe se estructura en 9 Capítulos y un apartado reservado a Anexos al mismo. Los dos primeros Capítulos están destinados a la presentación del informe y a la introducción del mismo.

Por lo que se refiere al Capítulo Tercero, en el mismo se relaciona, de una manera no exhaustiva, la diferente normativa, de diverso rango, que de una u otra forma se considera que afectan de forma directa y específica al tema objeto de este estudio. Se reseñarán las que han sido elaboradas desde un ámbito o institución internacional, europeo o comunitario, así como estatal y autonómica. Igualmente se hace referencia a aquellos planes e informes, que sin tener la naturaleza estrictamente normativa, al no haber sido dictadas o aprobadas por órganos facultados al efecto, se entiende que constituyen declaraciones programáticas que establecen principios rectores u orientaciones de especial interés en la materia que nos ocupa.

El Capítulo Cuarto está destinado al mapa de los recursos sanitarios y sociales existentes en nuestra Comunidad Autónoma destinados a los

problemas de salud mental. Constituye por tanto un informe de situación o “foto fija” sobre los recursos existentes en dichos ámbitos sectoriales cuyo cometido es la atención a la problemática de la salud mental.

El Capítulo Quinto señala los recursos más habituales y controvertidos existentes en el ámbito de la Administración de Justicia para la atención a los problemas de la salud, centrándose el mismo, por el debate social abierto sobre su aplicación y suficiencia, en los internamientos y tratamientos ambulatorios no voluntarios.

Por lo que respecta al Capítulo Sexto, el mismo hace una breve referencia, pero no por ello menos importante, al trascendental papel que desempeñan las familias y las asociaciones de familiares y usuarios en la atención que actualmente reciben las personas con problemas de salud mental.

El Capítulo Séptimo está destinado al análisis de la problemática social y jurídica existente en relación a las personas con problemas de salud mental. En relación al primer aspecto (social), aún cuando en puridad no cabe entender la realidad jurídica como un fenómeno ajeno a la realidad social, si bien por razones del abordaje del estudio y el carácter más especializado del enfoque, ha parecido más conveniente establecer dicha diferenciación, se ha recogido el cuestionario y las respuestas sintetizadas al mismo que han efectuado todas aquellas asociaciones que intervienen en relación a su percepción sobre dicha problemática, así como las conclusiones derivadas del cuestionario realizado a las personas con problemas de salud mental y sus familiares.

En el citado capítulo y desde el enfoque jurídico realizado, se recoge igualmente el cuestionario y las respuestas dadas al mismo por parte de los tres Ayuntamientos más poblados de nuestra Comunidad Autónoma, la visión que pudiera aportar la Delegación del Gobierno, en cuanto responsable de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las realizadas desde el ámbito puramente judicial por parte de un Juzgado de Familia, del de Vigilancia Penitenciaria y psicólogos forenses adscritos al citado Juzgado y al Instituto de Medicina Legal.

Asimismo, se ha tratado de forma diferenciada la situación de la atención a la infancia y adolescencia afectada por dicha problemática, así

como el estigma social existente ante la enfermedad y que constituye una de las verdaderas rémoras en los procesos de integración social. Igualmente se ha abordado de una forma más detallada la situación de aquellas personas que padeciendo un problema de salud mental, se encuentran además internadas en un centro penitenciario.

El Capítulo Octavo está destinado a recoger de una manera clara y concisa cuales son las conclusiones extraídas desde esta Defensoría sobre la situación percibida por la ciudadanía participante en el informe, sobre los recursos destinados a la atención de las personas con problemas de salud mental. De esta forma se detallan lo que podríamos denominar igualmente las demandas de la ciudadanía sobre la situación de la atención a la salud mental en Asturias, al objeto de elaborar posteriormente las pertinentes recomendaciones de la Procuradora General.

Finalmente señalar que en el Apartado de Anexos se relacionan la bibliografía y las fuentes de información utilizadas, así como la relación de las asociaciones y entidades participantes en el informe.

2.2. OBJETIVOS, FINALIDAD Y METODOLOGÍA DEL INFORME

El propósito de este informe ha sido conocer la percepción que sobre la atención prestada a las personas con problemas de salud mental tienen las diferentes organizaciones (asociaciones-organismos públicos), personas usuarias receptoras de dicha atención, así como sus familiares. Una vez conocida dicha realidad, se pretende igualmente promover la mejora de dicha atención por parte de las Administraciones responsables de dicha materialización, como expresión de los derechos de la ciudadanía que le son inherentes a las personas con problemas de salud mental y el correlativo deber para los Poderes Públicos de garantizar el efectivo disfrute de los mismos.

El objetivo general por tanto de este informe se puede concretar en conocer el conjunto de percepciones, expectativas y valoraciones de necesidad que sobre la asistencia en materia de salud mental, tienen las personas que padecen algún problema de la citada naturaleza, así como sus familiares, las asociaciones que entre su ámbito de actuación tienen a dicha problemática y determinados organismos públicos (Juzgados-Ayuntamientos) que de alguna manera, en el ejercicio de sus competencias, intervienen en algún procedimiento relacionado con la cuestión. Por tanto, como objetivos específicos podemos identificar:

- La percepción de los usuarios, familiares, asociaciones y determinados organismos públicos sobre la atención prestada en salud mental.
- Las expectativas, conforme a sus derechos de ciudadanía, que tienen sobre dicha atención.
- Las necesidades cubiertas de manera deficitaria en la atención a la salud mental.

A partir de las observaciones realizadas y conclusiones alcanzadas sobre la intervención y atención que se presta desde las Administraciones implicadas, así como de los recursos disponibles en los diferentes ámbitos de actuación pública (sanitarios, servicios sociales, vivienda, empleo, educación) y como finalidad del informe,

se realizarán las recomendaciones que se consideren adecuadas, orientadas a contribuir a la mejora de la atención en materia de salud mental, que desde los Poderes Públicos deberán tratar de materializarse en los ámbitos competenciales correspondientes.

Por lo que respecta a la metodología seguida para el informe, destacar que se han efectuado análisis cuantitativos y cualitativos, a cuyo efecto se han realizado cuestionarios a las asociaciones y organismos señaladas en el anexo de este informe, así como entrevistas a personas usuarias de los servicios de salud mental y a familiares de las mismas. Igualmente se han realizado visitas a determinados centros por parte del personal de esta Defensoría, en las que, entre otras actuaciones, se mantuvieron igualmente entrevistas con personas ingresadas en los mismos, así como con algunos profesionales que prestaban servicios en ellos.

Se hace preciso destacar que el estudio no ha abordado, de forma intencionada, la atención prestada a las personas con un problema de adicción o toxicomanías. Igualmente se ha excluido de este estudio la oferta sanitaria privada por no estar los titulares de estos servicios sujetos a las facultades de supervisión de esta Institución y ser la atención sanitaria o social que en los mismos se pudiera prestar de recepción voluntaria por parte de la ciudadanía.

Igualmente señalar que se han efectuado revisiones o consultas de materiales y estudios bibliográficos existentes en la materia, disponiéndose al efecto de recursos electrónicos a tal fin.

Marco
Normativo
de la Salud
Mental



Dentro de este apartado se hará referencia, sin carácter exhaustivo, al conjunto de normas, de diverso rango, que de una u otra forma entendemos que afectan de una manera muy directa y específica al tema objeto de este estudio. Se reseñarán las que han sido elaboradas desde un ámbito o institución internacional, europeo o comunitario, así como estatal y autonómica.

Igualmente se hará referencia a aquellos planes e informes, que sin tener la naturaleza estrictamente normativa, al no haber sido dictadas o aprobadas por órganos facultados al efecto, entendemos que constituyen declaraciones programáticas que establecen principios rectores u orientaciones de especial interés en la materia que nos ocupa.

Se seguirá en su enunciado un orden cronológico y no por tanto jerárquico, desde el punto de vista normativo, así como el criterio territorial del órgano de aprobación, partiendo del ámbito autonómico de Asturias.

3.1. NORMATIVA AUTONÓMICA:

- Decreto 81/86, de 11 de junio por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.
- Resolución de 19 de agosto de 1986, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Comisión Técnica Asesora de la Dirección Regional para la Reforma de la Asistencia en Salud Mental y se regula la Composición y Funcionamiento de la misma.
- Resolución de 10 de Enero de 1992 de la Consejería de Salud y Servicios Sociales por la que se delegan determinadas atribuciones en el titular de la Gerencia para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- *Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental 2001-2003 (2000).*
- Resolución de 14 de enero de 2003 de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias por la que se estructura el Área de Salud Mental.
- Ley 1/2003, de 24 de febrero de los Servicios Sociales del Principado de Asturias.
- *Plan de Salud para Asturias 2004-2007.*
- Resolución de 2 de marzo de 2005, de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, por la que se crea el Consejo Asesor de la Discapacidad del Principado de Asturias.
- Ley 4/2005, de 28 de octubre, de Salario Social Básico.
- Decreto 2/2006, de 12 de enero por el que se regula la constitución y funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona.

- Decreto 3/2006, de 12 de enero por el que se regula la constitución y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área.
- Decreto 21/2006, de 2 de marzo, por el que se regula la constitución y el funcionamiento de la Comisión de Tutelas del Principado de Asturias.
- Decreto 40/2006, de 4 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los centros específicos para la ejecución de medidas privativas de libertad de menores y jóvenes infractores.
- Resolución de fecha 24 de mayo de 2006, de la Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores, por la que se aprueba la normativa de funcionamiento interno del Módulo de Internamiento Terapéutico de la Casa Juvenil de Sograndio.
- Decreto 256/2007, de 17 de octubre, de estructura básica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Decreto 125/2008, de 27 de noviembre, de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3.2. NORMATIVA ESTATAL:

- Constitución española de 1978, con sus diferentes grados de protección según los derechos afectados; especialmente sus artículos 14 y 43 relativos al principio de igualdad, y el derecho a la protección de la salud, respectivamente. Sin olvidar y sin carácter exhaustivo, al menos los siguientes preceptos: artículo 15, referente al derecho a la integridad física y moral, artículo 17, relativo al derecho a la libertad y seguridad, artículo 18, referente al derecho al honor, la intimidad personal y a la propia imagen; artículo 25, referente a los fines reeducadores y de reinserción social de las medidas privativas de libertad, gozando el condenado a pena de prisión de los derechos fundamentales; artículo 26, relativo al derecho a la educación; artículo 35, referente al derecho al trabajo, artículo 47, relativo al derecho a una vivienda digna, artículo 50, relativo al derecho al acceso a los servicios sociales para procurar el bienestar.
- La Ley Orgánica 1/1979 de septiembre, General Penitenciaria.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI).
- *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985).*
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- *La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, establece principios básicos, objetivos y recomendaciones, constituyendo la referencia para enmarcar las intervenciones con enfermos mentales.*
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.
- Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción.

3.3. NORMATIVA Y DECLARACIONES DE ORIGEN INTERNACIONAL-EUROPEO:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Declaración de Hawai (1977). Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo. Asamblea General de la World Psychiatric Association 1977.
- Declaración de Hawai/II, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría (en adelante AMP), Viena, Austria, Junio 1983.
- Proposición y Puntos de Vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales, adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, Octubre de 1989.
- Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, sobre "La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a la salud mental".
- Declaración de Madrid, aprobada por la Asamblea General de la AMP, Madrid, España, Agosto de 1996.
- Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética, de 4 de abril de 1997, para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.
- Resolución del Consejo de Europa de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental (2000/C 86/01).
- Informe OMS sobre la Salud en el mundo 2001: Salud Mental nuevos conocimientos nuevos esfuerzos.
- Conclusiones del Consejo de Europa de 15 de noviembre de 2001 sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión (2002/C 6/01).

- Conclusiones del Consejo de la UE sobre “La Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa: hacer frente a los desafíos de la inclusión social y la equidad”, adoptadas en la reunión del 2 y 3 de junio de 2003.
- Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Salud Mental. (Helsinki – 2005) (Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental).
- Libro Verde de la Unión Europea sobre Salud Mental. Bruselas 14.10.2005.
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo, aprobados el 13 de diciembre de 2006 en Nueva York.

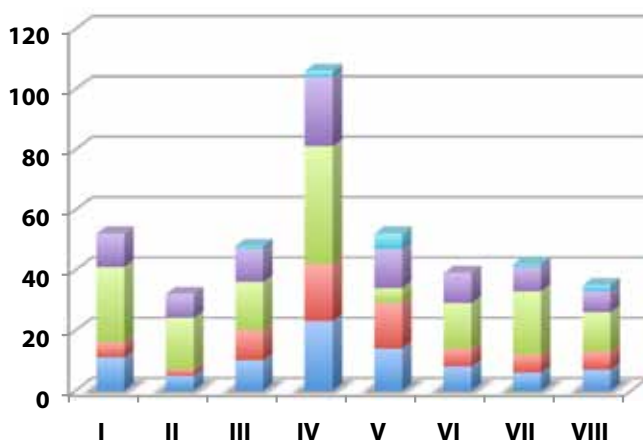
Mapa de recursos
sanitarios y sociales
para la atención a los
problemas de Salud
Mental en Asturias



4.1. DISPOSITIVOS SANITARIOS ASISTENCIALES

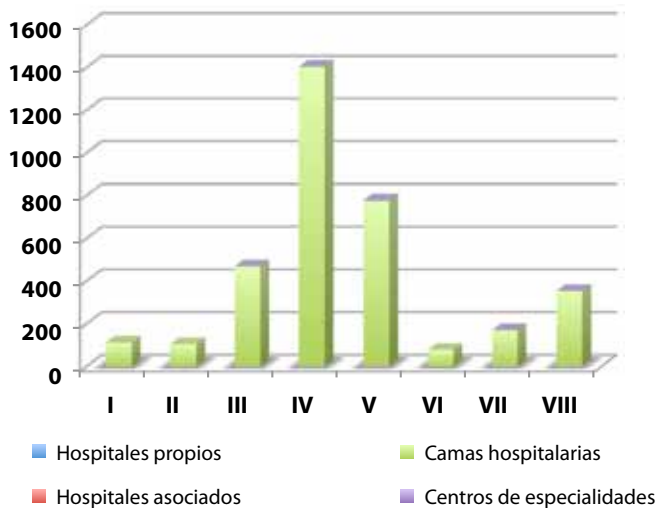
4.1.a. Dispositivos Asistenciales de Atención Primaria y Especializada. SESPA.

ATENCIÓN PRIMARIA	RECURSOS ESTRUCTURALES (Distribución Territorial)									
	Área Sanitaria	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Red Atención Primaria										
Zonas Básicas de Salud	11	5	10	23	14	8	6	7	84	
Centros de Salud	5	2	10	19	15	6	6	6	69	
Consultorios (Locales o Periféricos)	25	17	16	39	5	15	21	13	151	
Puntos de Atención Continuada	11	8	11	23	13	10	8	7	91	
Servicios Urgencia Atención Primaria	-	-	1	2	5	-	1	2	12	



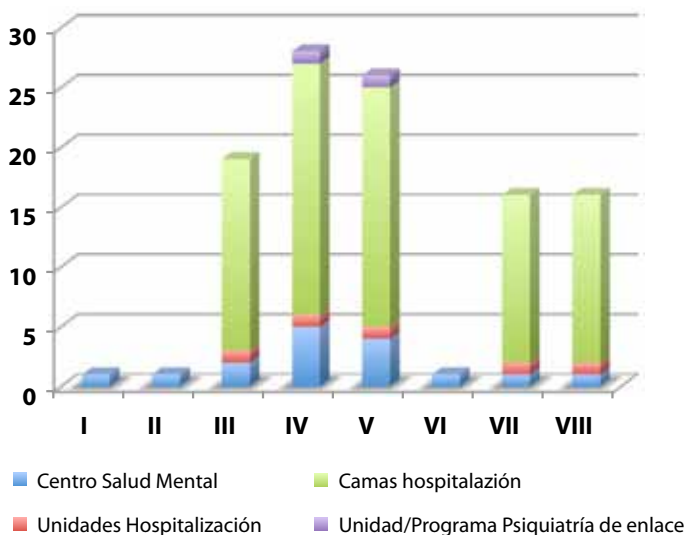
■ Zonas Básicas de Salud
 ■ Consultorios
 ■ Servicios Urgencia Atención Primaria
■ Centros de Salud
 ■ Ptos. de Atención Continuada

ATENCIÓN ESPECIALIZADA	RECURSOS ESTRUCTURALES (Distribución Territorial)									
	Área Sanitaria	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Red Hospitalaria Pública										
Hospitales propios	1	1	1	2	1	-	1	1	8	
Hospitales asociados	-	-	1	-	2	1	-	1	5	
Camas hospitalarias	111	103	466	1400	771	77	167	350	3495	
Centros de especialidades (ambulatorios)	-	-	1	1	2	-	1	1	6	



4.1.b. Dispositivos Asistenciales De Salud Mental.

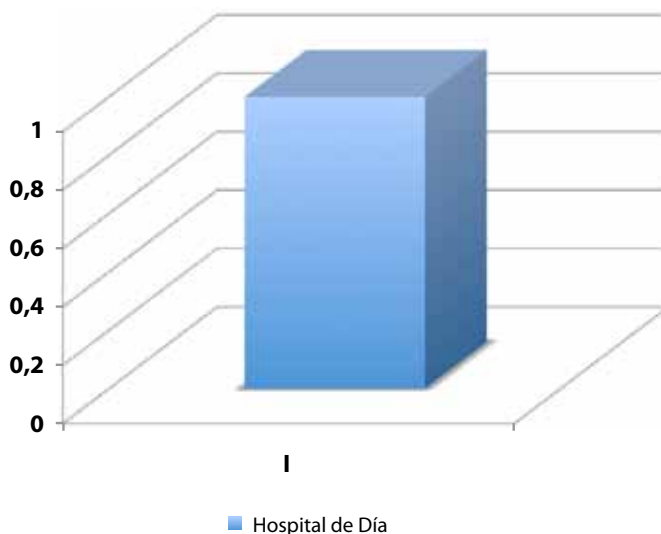
ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	RECURSOS ESTRUCTURALES (Distribución Territorial)									TIPO DE RECURSO
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total	
Atención General										
Centro Salud Mental	1	1	2	5	4	1	1	1	16	Ambulatorio
Unidades Hospitalización (agudos)	-	-	1	1	1	-	1	1	5	Hospitalario
Camas Hospitalización (agudos)	-	-	16	21	20	-	14	14	85	
Unidad/Programa Psiquiatría de Enlace	-	-	-	1	1	-	-	-	2	Hospitalario



Atención Infantil y Juvenil										
Centro Salud Mental (Infanto-Juvenil)	-	-	1	1	1	-	-	1	4	Ambulatorio
Unidad Trastorno Infantil Grave	-	-	-	-	1	-	-	-	1	Ambulatorio
Unidad Hospitalización Adolescentes (Ref. Reg.)	-	-	-	1	-	-	-	-	1	Hospitalario

Atención Trastorno Mental Severo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total	
Hospital de Día	1	-	1	1	1	1	1	1	7	Intermedio
Comunidad Terapéutica	-	-	1	2	1	1	-	-	5	Intermedio
Centro de Tratamiento Integral ⁽¹⁾	1	-	-	-	1	-	-	-	2	Intermedio
Equipo Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)	-	-	1	1	-	-	-	-	2	Ambulatorio
Unidad Residencial (Regional)	-	-	-	1	-	-	-	-	1	Intermedio
Alojamiento Protegido (Pisos)	1	-	3	2	5	-	1	-	12	Intermedio
Unidad Inserción Social y Laboral (Ref. Reg.) ⁽²⁾	-	-	-	1	-	-	-	-	1	Intermedio

(1): Incluyen camas de internamiento, consulta, área de rehabilitación, hospital de día, y programa de seguimiento ambulatorio.
 (2) Programa orgánicamente adscrito a la Unidad de Coordinación de Salud Mental de los Servicios Centrales del SESPA



Ref. Reg.: Referencia Regional: Se trata de servicios que dan cobertura a necesidades de toda Asturias, con independencia de su ubicación física en el Área Sanitaria IV.

Atención Trastorno Conducta Alimentaria	Área Sanitaria								Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Unidad de Hospitalización (Ref. Reg.)	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Hospital de Día (*Ref. Reg.)	-	-	-	1*	1	-	-	-	2

Atención a Trastornos Adictivos									
Unidad Tratamiento Toxicomanías	-	-	1	1	1	-	1	-	4
Centro Dispensación Sustitutivos	1	1	-	-	-	1	-	1	4
Unidad Desintoxicación Hospitalaria (Ref. Reg.)	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Puntos Dispensación (fijos o móviles) ⁽²⁾	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	25
Comunidad Terapéutica/Centro Día (Ref. Reg.) ⁽²⁾	-	-	3	3	1	-	-	-	7

⁽²⁾ Recursos Concertados

Atención Consecuencias de la Violencia	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Atención Psicosocial a Mujeres (Ref. Reg.)	-	-	-	1	-	-	-	-	1

Ref. Reg.: Se trata de servicios que dan cobertura a necesidades de toda Asturias, con independencia de su ubicación física en el Área Sanitaria IV.

Las áreas de salud del Principado de Asturias son las siguientes:

- **Área I.** Con cabecera en la localidad de Jarrio, del Concejo de Coaña. Integran esta área los Concejos de: *Valdés, Navia, Coaña, Villayón, El Franco, Tapia de Casariego, Castropol, Vegadeo, San Tirso de Abres, Taramundi, Villanueva de Oscos, Santa Eulalia de Oscos, San Martín de Oscos, Grandas de Salime, Pesoz, Illano y Boal.*
- **Área II.** Con cabecera de la localidad de Cangas del Narcea, del Concejo de Cangas del Narcea. Integran esta área los Concejos de: *Cangas del Narcea, Allande, Tineo, Ibias y Degaña.*

- **Área III.** Con cabecera en la localidad de Avilés, del Concejo de Avilés. Integran esta área los Concejos de: *Cudillero, Muros de Nalón, Soto del Barco, Pravia, Castrillón, Illas, Avilés, Corvera de Asturias y Gozón.*
- **Área IV.** Con cabecera en la localidad de Oviedo, del Concejo de Oviedo. Integran esta área los Concejos de: *Salas, Belmonte de Miranda, Candamo, Yernes y Tameza, Grado, Las Regueras, Santo Adriano, Proaza, Quirós, Riosa, Morcín, Ribera de Arriba, Oviedo, Llanera, Noreña, Siero, Sariego, Bimenes, Nava, Cabranes, Teverga y Somiedo.*
- **Área V.** Con cabecera en la localidad de Gijón, del Concejo de Gijón. Integran esta área los Concejos de: *Carreño, Gijón y Villaviciosa.*
- **Área VI.** Con cabecera en la localidad de Arriondas, del Concejo de Parres. Integran esta área los Concejos de: *Piloña, Colunga, Caravia, Parres, Ribadesella, Ponga, Amieva, Cangas de Onís, Cabrales, Llanes, Peñamellera Alta, Peñamellera Baja, Ribadedeva y Onís.*
- **Área VII.** Con cabecera en la localidad de Mieres, del Concejo de Mieres del Camino. Integran esta área los Concejos de: *Mieres del Camino, Aller y Lena.*
- **Área VIII.** Con cabecera en la localidad de Riaño, del Concejo de Langreo. Integran esta área los Concejos de: *Langreo, San Martín del Rey Aurelio, Laviana, Sobrescobio y Caso.*

4.2. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se relaciona a continuación la Cartera de Servicios recogida en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

4.2.1. Atención Primaria: en coordinación con los servicios de atención especializada

- Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

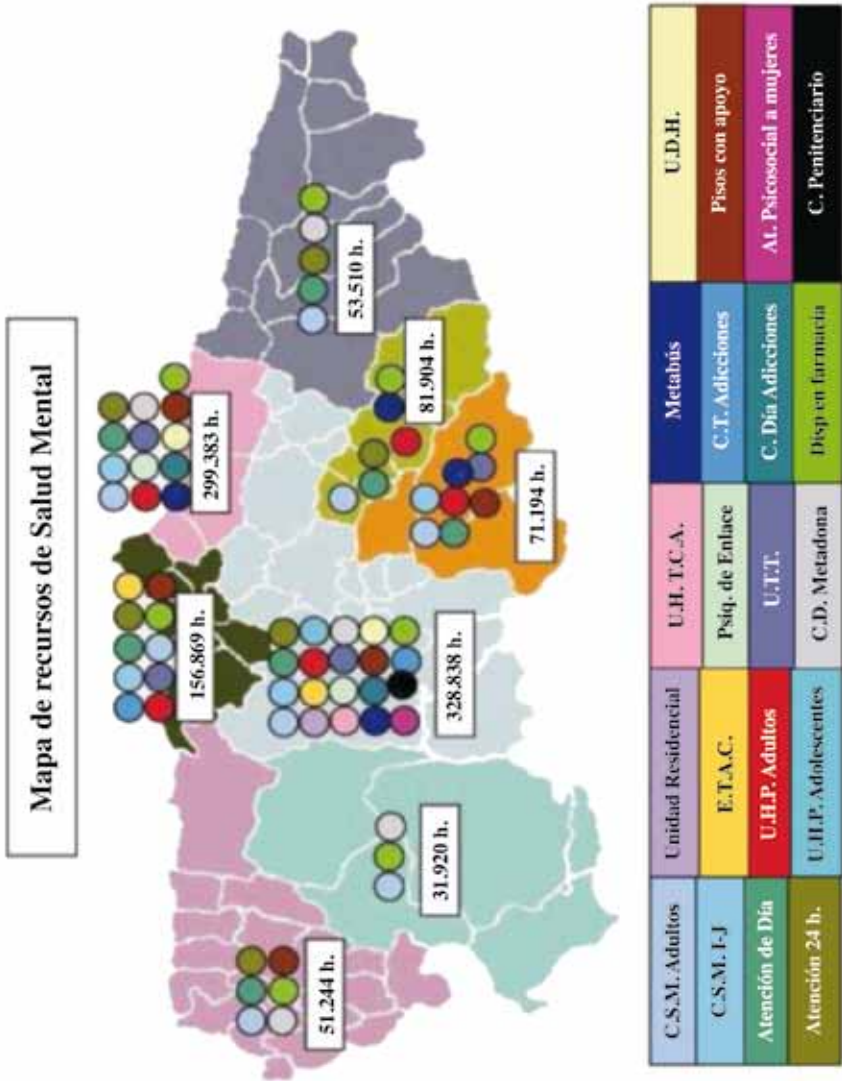
4.2.2. Atención Especializada

Atención a la salud mental. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis

y la hipnosis) y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatía.
- 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 saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

4.3. MAPA DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL



Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

4.4. DEFINICIÓN DE SERVICIOS

Recursos asistenciales de la Red de Salud Mental (SM)

La atención especializada a la SM se lleva a cabo a través de la Red de Servicios de Salud Mental que está integrada por un conjunto articulado y diversificado de servicios que realiza la atención a nivel especializado y en coordinación con Atención Primaria de Salud.

La atención especializada a la SM se lleva a cabo a través de la Red de Servicios de Salud Mental, que está integrada por un conjunto articulado y diversificado de servicios de segundo y tercer nivel, que realiza la atención en coordinación con Atención Primaria de Salud.

En general, los servicios están dotados de equipos multidisciplinares distribuidos territorialmente en función del Mapa Sanitario del Principado de Asturias.

Los servicios y/o unidades que componen la red asistencial se articulan en torno a los Centros de Salud Mental (CSM), asignados según criterios territoriales (al menos uno por área sanitaria) y de población (las áreas centrales, más pobladas, tienen de dos a cinco CSM).

Asimismo, existen cuatro Centros de Salud Mental Infantil que dan cobertura a las áreas centrales.

Para las situaciones de carácter agudo que requieren ingreso, los hospitales generales de las cinco áreas sanitarias centrales disponen de Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (con capacidad entre 12 y 20 camas).

La población en edad infantil, en el supuesto de precisar ingreso hospitalario, lo hace en las unidades de hospitalización pediátrica de los hospitales generales, si bien existe una unidad de hospitalización para adolescentes de referencia regional.

La Red de Salud Mental de Asturias se completa con una serie de recursos de carácter específico orientados, por un lado, a garantizar la calidad y la continuidad de cuidados y, por otro, a dar soporte a

programas regionales, o de área sanitaria, dirigidos a prestar atención a los problemas de mayor gravedad o impacto social:

- Trastorno Mental Grave, incluyendo recursos y actividades de rehabilitación e inserción sociolaboral
- Adicciones
- Trastornos de Conducta Alimentaria
- Atención Psicosocial a Mujeres víctimas de violencia

Entre este grupo de recursos estructurales, de finalidad más específica, se incluyen el Centro de Tratamiento Integral, la Comunidad Terapéutica, el Hospital de Día), la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, la Unidad Residencial, la Unidad para la Atención Psicosocial a la Mujer, los recursos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (incluye cinco camas de Hospitalización en un Servicio de Endocrinología en Hospital General y dos Hospitales de Día), dos servicios de Psiquiatría/Salud Mental de Enlace e Interconsulta y dos Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Esta red de servicios tiene la misión de atender las necesidades de prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de Salud Mental de la población que reside en Asturias, dando una respuesta de carácter integral, en una organización coordinada para desarrollar, además de la atención general a los trastornos mentales, diversos programas específicos que, sobre todo, se caracterizan o bien por la complejidad o bien por la intensidad de la atención requerida, como son la Atención a Personas con Trastorno Mental Severo, la atención infantil y juvenil en sus diferentes niveles de gravedad, la atención a los trastornos de conducta alimentaria, las adicciones, etc.

Esta red debe propiciar la continuidad asistencial necesaria, implicando y colaborando con los otros servicios sanitarios y demás instituciones y organizaciones relacionadas con las necesidades de las personas con trastornos mentales, especialmente las relacionadas con alojamiento e inserción sociolaboral.

A la hora de proceder a una sistematización de los recursos y dispositivos de salud mental, se ha optado por la utilización de aquel sistema que los clasifica en atención ambulatoria, en estructuras intermedias y atención hospitalaria, según el tipo y lugar en que se desarrolla la misma.

4.4.1. Atención Ambulatoria

Se realiza fundamentalmente en los Centros de Salud Mental y en la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías; en menor cantidad en algunos recursos relacionados con la atención a trastornos graves/severos desde los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, el Centro de Tratamiento Integral y algunos Hospitales de día.

4.4.1.a. Centro de Salud Mental (CSM)

Es la puerta principal de entrada al sistema especializado y asume la valoración inicial de todos los casos que se derivan, en su inmensa mayoría desde la Atención Primaria de Salud, asumiendo la asistencia directa de la mayoría de los trastornos mentales de su zona de referencia (Zonas Básicas de Salud) y derivando a los que procede a otros servicios más especializados en programas específicos. Un pequeño porcentaje de usuarios llegan a través de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve, otros servicios de la Atención Especializada o desde la atención psiquiátrica en los Servicios de Urgencias de los Hospitales.

Está dotado de un equipo multidisciplinar y sus funciones principales son:

- Desarrollo y colaboración en actuaciones de prevención primaria, de acuerdo con las especificidades de su territorio.
- Apoyo a la Atención Primaria de Salud y a la Atención Especializada.
- Coordinación con los Servicios Sociales y Socio-Comunitarios del territorio.
- Recepción y evaluación de las demandas.
- Tratamientos de carácter farmacológico y psicoterapéutico, tanto de carácter individual como grupal y familiar, incluyendo la intervención comunitaria que se precise.
- Participación en el desarrollo de Programas de Atención para colectivos específicos.
- Participación en el desarrollo de Programas de Rehabilitación y apoyo a la Reinserción Social y Laboral.
- Atención domiciliaria.
- Atención a las Urgencias.
- Coordinación con el resto de los dispositivos de Salud Mental para el seguimiento de los casos derivados o de su zona de referencia.
- Participación en el Diagnóstico de Salud del área de referencia.

- Atención específica a niños y jóvenes. En uno de los Centros se desarrolla el Programa de Atención a Trastornos Mentales Graves en Infancia y Adolescencia, dirigido especialmente a pacientes con trastornos generalizados del desarrollo y psicosis.

Existen 16 Centros de Salud Mental en todas las Áreas Sanitarias y su número varía entre uno y cinco por Área, en función de la distribución poblacional.

Asimismo, existen 4 CSM Infanto-Juvenil que solamente dan cobertura a las áreas centrales. En las Áreas I, II, VI y VIII, en las que no existen Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, la asistencia a los menores de 15 años la realizan profesionales del equipo del CSM Adultos, quienes pueden consultar o derivar los casos que consideren oportuno al CSM Infanto-Juvenil de un Área de referencia: el Área I (Jarrio) al del Área III (Avilés), las Áreas II (Cangas del Narcea) y VI (Arriendas) al del Área IV (Oviedo) y el Área VIII (Langreo) al del Área VII (Mieres).

4.4.1.b. Trastorno Mental Grave Infantil

En la actualidad existe una unidad específica en el Área Sanitaria de Gijón. En los últimos dos años, los profesionales del Centro de Salud Mental infanto-Juvenil de Avilés han puesto en marcha acciones para desarrollar este mismo programa en el Área III.

Se trata de una estructura que cuenta con un equipo multidisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, psicomotricidad) y un espacio físico adecuado para el tratamiento intensivo, en régimen ambulatorio, de los trastornos psiquiátricos graves en la población infantil.

Se coordina con el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, de quien recibe la demanda de asistencia y, asimismo, con el medio escolar, en particular, con los recursos educativos especializados en el área.

Cabe recordar que las situaciones clínicas psiquiátricas agudas, que se presentan en población infantil, son ingresadas en las unidades de hospitalización pediátrica (donde son evaluadas y tratadas por personal facultativo especializado) y las que quedan en franjas de edad que superan la edad pediátrica pero están por debajo de la edad adulta, se ingresan en la unidad de referencia regional para adolescentes.

4.4.1.c. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)

Son equipos compuestos por profesionales de psiquiatría, enfermería y trabajo social que atienden a nivel ambulatorio y domiciliario a un grupo definido de pacientes incluidos en el Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Severo. Los ETAC permiten ofrecer atención terapéutica intensiva en régimen ambulatorio y, especialmente, domiciliario, por lo que tienen un fuerte componente preventivo con relación a la aparición de crisis clínicas.

Estos equipos reciben pacientes derivados desde los Centros de Salud Mental y se hacen cargo de ellos a largo plazo, pudiendo utilizar los demás servicios del Área en función de sus necesidades en el proceso de tratamiento.

4.4.1.d. Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer

Se trata de un servicio dirigido a mujeres víctimas de violencia de género, que cuenta con un equipo especializado de referencia regional que complementa la atención recibida por estas personas en los demás servicios de la red, realizando una atención específica en las dificultades relacionadas con experiencias de maltrato. Ofrecen prestaciones de atención psicoterapéutica individual y grupal. El Servicio se sitúa en Oviedo, prestando asistencia presencial también en las Áreas de Gijón y Avilés.

4.4.1.e. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (UTT) y Centros de Dispensación de Opiáceos (No objeto de este informe)

4.4.2. Atención Hospitalaria

4.4.2.a. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital General

Es el Servicio destinado al ingreso de pacientes agudos o con agudizaciones de un proceso crónico, que requieran tratamiento especializado en régimen de hospitalización en momentos concretos de su proceso psicopatológico. Se cuenta con cinco Unidades de Hospitalización de adultos y una de adolescentes que dan cobertura a toda la población de la Comunidad Autónoma (ver cuadro de recursos). Los ingresos de los niños menores de 12 años se realizan en los Servicios de Pediatría.

El acceso a estas Unidades se realiza mediante derivación desde el resto de Servicios de la Red y/o a través del Servicio de Urgencias hospitalario.

Las funciones principales son:

- Tratamiento de cuadros clínicos agudos y agudizaciones en procesos crónicos que requieren contención en una unidad cerrada.
- Atención a las Urgencias.
- Atención a las interconsultas de otros servicios hospitalarios.

En 1989 se completó la red de Unidades de Hospitalización en Hospitales generales y se dejaron de hacer ingresos en el Hospital Psiquiátrico Regional.

4.4.2.b. Servicios de Salud Mental de Interconsulta y Enlace

Son servicios integrados por psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros especialistas en salud mental, que desarrollan dos tipos de actividad:

- La atención de las interconsultas para valoración y/o tratamiento de pacientes ingresados en otros Servicios hospitalarios y se realizan a petición de éstos o como seguimiento de estos casos mientras están ingresados.
- La función de Enlace, que se refiere a la colaboración con otros Servicios especializados y Atención Primaria en la atención a personas que son atendidas en procesos definidos, como el cáncer, la cardiopatía isquémica y otros, participando en el análisis y valoración global de los casos e implicándose en la asistencia necesaria, desde el punto de vista de la psiquiatría y psicología clínica, en aquellos que lo requieran, como consecuencia del proceso asistencial del que se trate.

4.4.2.c. Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria

La hospitalización en casos de afectación grave del estado somático en Trastornos del Comportamiento Alimentario, fundamentalmente anorexia, se realiza en una unidad situada en el Servicio de Endocrinología del HUCA, de referencia regional.

4.4.2.d. Unidad de Desintoxicación de Drogodependencias en Hospital General. (No objeto de este informe).

4.4.3. Atención En Estructuras Intermedias

Por Estructuras Intermedias (entre el Hospital y el domicilio) y de Rehabilitación se entienden todos aquellos servicios y/o equipos que atienden a personas, en sus fases no agudas de la enfermedad, que presentan trastornos mentales severos o graves, con afectación importante de su funcionamiento individual y con dificultades notables en su integración familiar y social. Incluyen por tanto, todos los servicios que prestan "Atención 24 horas", como las Comunidades Terapéuticas, Centros de Rehabilitación, Centros de Tratamiento Integral (Montevil y Luarca) y los que prestan "Atención de Día" como los Hospitales de Día, Centros de Día y Centros de Tratamiento y Atención Integral. La peculiaridad de estos últimos citados, es que también prestan ocasionalmente asistencia ambulatoria y domiciliaria. Otra diferencia adicional de los Centros de Tratamiento y Atención Integral de Montevil y Luarca (son los dispositivos de más reciente creación-años 2003 y 2009), con respecto a los demás dispositivos que también integran esta categoría de estructuras intermedias, es que abarcan igualmente el conjunto de funciones y prestaciones terapéuticas y de rehabilitación que de forma particular desempeñan cada uno de éstos. Asimismo, los Centros de Tratamiento y Atención Integral se caracterizan respecto a Comunidades Terapéuticas por el hecho de que los ingresos realizados en ellos son para estancias más breves, con una duración máxima de tres meses y por tanto, no tienen la función residencial de estancias más prolongadas, que comportan aquéllas. La particularidad de la Unidad Residencial respecto a las otras estructuras intermedias es su función básicamente residencial a largo plazo.

4.4.3. a. Hospital de día

Su función es ofrecer tratamiento en régimen diurno (horario de mañana) para aquellas personas que requieren un programa terapéutico de mayor intensidad y capacidad de contención que el que puede realizarse desde el Centro de Salud Mental, pero a su vez, manteniendo a la persona en su entorno sociofamiliar. Por tanto, los usuarios de estos centros son personas con trastornos graves que requieran intervenciones terapéuticas de cierta intensidad o de rehabilitación psicosocial.

La derivación a estos servicios se realiza fundamentalmente desde los Centros de Salud Mental.

Existen dos tipos de Hospitales de Día, unos para pacientes con trastornos mentales graves/severos, principalmente psicosis, y otros para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

En estos Centros se desarrollan:

- Tratamientos farmacológicos y de rehabilitación.
- Psicoterapia individual, grupal y familiar.
- Intervenciones socioterapéuticas y de tipo ocupacional.

4.4.3.b. Comunidad Terapéutica

Es un Centro para el tratamiento y la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales severos, fundamentalmente de carácter psicótico, que requieren un tratamiento de duración media o larga, en régimen de atención de 24 horas; es decir, se constituyen como un entorno terapéutico, de convivencia y residencial abierto y, a la vez, de organización de actividades de rehabilitación e inserción social en programas tanto de los propios servicios de salud mental como de otras instituciones públicas, privadas, empresas, asociaciones, etc

En la Comunidad Terapéutica se realizan programas individualizados de:

- Tratamientos farmacológicos y de rehabilitación.
- Terapia individual, de grupo y familiar.
- Psicomotricidad, relajación, habilidades para la vida cotidiana.
- Actividades ocupacionales.

En algunas Áreas Sanitarias el Hospital de Día y la Comunidad Terapéutica han experimentado un proceso de reconversión organizativa y funcional, tendente a la unificación de estos dos servicios en una única Estructura Intermedia con una cartera de servicios comunes dirigida a las personas que precisan abordajes más intensivos y /o prolongados pasando a ser denominados Centros de Rehabilitación.

El acceso a estos dispositivos se realiza mediante derivación desde los CSM y/o Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

4.4.3.c. Centro de Tratamiento Integral

Es un nuevo tipo de servicio puesto en funcionamiento en la red de salud mental (junio de 2003), cuya finalidad es la de prestar atención

integral a las personas con trastorno mental grave y cuya organización sigue las directrices del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Severo.

Se caracteriza por ofrecer todas las prestaciones básicas necesarias para el tratamiento integral de la psicosis y especialmente de la esquizofrenia, permitiendo además el tratamiento extrahospitalario con cobertura de 24 horas, mediante ingresos de media estancia (tratamiento de cuadros clínicos subagudos que precisan ingreso y cuyo tratamiento es susceptible de realizarse en régimen abierto); atención ambulatoria (en consulta, hospital de día, rehabilitación); y atención domiciliaria, ajustada en cada momento a las necesidades de pacientes y familiares, valoradas y definidas en un Plan de Tratamiento Individual, a cargo de un Terapeuta y un Tutor, asegurando así la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Estas prestaciones incluyen la atención farmacológica e intervenciones individuales, familiares y grupales de carácter psicoterapéutico, dirigidas a la recuperación de los trastornos cognitivos, a la recuperación de habilidades relacionales y de resolución de conflictos, a mejorar la adherencia terapéutica y las habilidades de la vida diaria y desenvolvimiento social, así como programas dirigidos a recuperar o desarrollar habilidades ocupacionales y laborales, en función de la capacidad y objetivos del paciente.

Uno de los objetivos de todo plan terapéutico es siempre la contribución y apoyo a la adquisición de habilidades de funcionamiento social con vistas a su integración plena y el conocimiento y defensa de sus derechos, así como, con carácter inseparable, el ejercicio de sus deberes. Permite además el tratamiento de cuadros clínicos subagudos que precisan ingreso de 24 horas cuyo tratamiento es susceptible de realizarse en régimen abierto.

4.4.3.d. Unidad Residencial

Se trata de un dispositivo, de referencia regional, destinado a pacientes con trastorno mental severo y con necesidades de atención intensiva y alojamiento a largo plazo que, por las características de su funcionamiento, no pueden ser cubiertas en residencias destinadas a población general.

4.4.3.e. Alojamientos Tutelados

Dirigidos a facilitar un medio de residencia a pacientes que no disponen de alojamiento propio o familiar y precisan de algún tipo de supervisión, según las necesidades de cada uno de ellos, para el desempeño de la vida diaria. Existen en la actualidad dos tipos de pisos tutelados:

- Aquellos cuyo apoyo se establece a través de FASAD. La inclusión en el programa se realiza a través de un procedimiento por el cual la Coordinación de Salud Mental del Área envía una serie de propuestas a una Comisión Mixta (Consejería de Bienestar Social y Vivienda / Salud Mental / FASAD), que decide, en base a unos criterios la inclusión / exclusión en el programa y la asignación de plaza. Existen en la actualidad 5 pisos en las Áreas Sanitarias I, III, IV y otro más de próxima apertura en el Área VII.
- Aquellos que se rigen por un convenio entre Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón, Servicio de Salud y Fundación Siloé, siendo ésta última quien gestiona y tutela de forma directa los pisos y a sus usuarios, por un equipo de educadores, con cobertura de 24 horas, en coordinación permanente con los Servicios de Salud Mental. La estancia es de carácter temporal, de seis meses renovables hasta un máximo de dieciocho, en función de objetivos de autonomía personal y económica que les permita una vida autónoma posterior. En la actualidad existen tres pisos en el Área Sanitaria V.

En los últimos meses se ha puesto en marcha una segunda fase de este proyecto que consiste en pisos alquilados por personas que han cumplido los objetivos de autonomía en la primera fase.

En ambos casos este tipo de alojamiento esta dirigido a cubrir la necesidad de alojamiento de forma transitoria como espacio para la recuperación o adquisición de habilidades de la vida diaria que les permitan conseguir la mayor autonomía posible en un medio normalizado, como una fase más del proceso de inserción social.

4.5. RECURSOS HUMANOS

Tabla. - Personal de Salud Mental: distribución por categorías profesionales y área sanitaria

Categoría ↓ Área Sanitaria →	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
Auxiliar Psiquiatría / Enfermería	8	1	24	80	43	12	18	16	202
Enfermero/ a	8	3	23	54	47	8	13	12	168
Psiquiatría	4	2	13	31	30	3	8	7	99
Medicina (Interna / Apoyo Psiquiat..)	-	-	0	3	2	-	1	-	6
Sicología Clínica	2	1	7	15	10	2	2	2	41
Trabajo Social	1	1	3	5	3	1	2	-	16
Diplomada / o Terapia Ocupacional	1	-	0	1	1	1	-	-	4
Monitor / a Terapia Ocupacional	-	-	2	7	-	-	-	-	9
Farmacéutico	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Personal Administrativo	2	1	4	13	10	1	3	2	36
Otro personal no sanitario	-	-	1	4	-	-	-	-	5
TOTALES	26	9	78	213	146	28	47	39	587

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Consideraciones:

- 1º En la valoración sobre el número de los recursos humanos correspondientes al Área Sanitaria IV (Oviedo), ha de tenerse en cuenta que a la misma están imputados aquéllos que se integran en los dispositivos que constituyen Unidades de Referencia Regional.
- 2º En términos comparativos absolutos es decir, sin tener en consideración otras variables como población, número de personas usuarias de salud mental..., se destaca el menor número de recursos humanos asignados al Área Sanitaria II en relación con otras Áreas Sanitarias periféricas (I y VI).
- 3º Del conjunto de recursos humanos destinados a los problemas de salud mental (587), un total de 517, es decir más 88% se corres-

ponden a categorías o profesionales de naturaleza estrictamente sanitaria, frente al resto de personal orientado a funciones de rehabilitación e integración social 29 (4,94%) y otras funciones no sanitarias y de carácter administrativo 41 (6,98%).

4º Por último, también es importante señalar el alto porcentaje de personal de cualificación media y alta, sobre el personal no especializado, lo que permite abordar acciones más complejas, tendentes a una mejor calidad con los procesos terapéuticos y de cuidados y a una mayor conformidad por parte de las personas destinatarias de los mismos.

4.6. DISPOSITIVOS DE SERVICIOS SOCIALES

(Fuente: Consejería de Bienestar Social y Vivienda)

4.6.a. Centros de Día

La red de Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia por problemas de salud mental ofrece atención a las personas con 50 o más años que se encuentren en una situación de dependencia por discapacidad física o psíquica. En este sentido, si la enfermedad mental de la persona mayor es causa de dependencia, tienen la posibilidad de acceder a estos recursos, siguiendo los cauces formales de acceso al recurso (vía valoración dependencia y asignación del centro en el PIA; vía acceso centro de día).

Cabe destacar que algunos de estos centros son específicos para personas mayores con deterioro cognitivo. El perfil de usuario es de un deterioro cognitivo moderado-grave. Las personas que allí acuden presentan síndromes demenciales, como la Enfermedad de Alzheimer, entre otras.

En todos los centros, los equipos multidisciplinares, trabajan desde la definición de planes personalizados de atención y se pautan actividades, servicios y apoyos en función de las necesidades de las personas y de sus intereses.

Servicios:

- Servicio de transporte adaptado
- Servicio de comedor (comida y merienda)
- Asistencia en las actividades de la vida diaria
- Atención social
- Atención psicológica
- Terapia ocupacional
- Cuidados de salud
- Otros complementarios en función del centro: peluquería, podología, cafetería...

Actividades estimulativas y terapéuticas:

- Actividades estimulación física (gerontogimnasia, rehabilitación funcional...).
- Actividades de estimulación cognitiva (orientación a la realidad, reminiscencias, psicoestimulación).

- Actividades lúdicas y socializadoras.
- Terapia asistida por perros (centros específicos Alzheimer y otras demencias).
- Musicoterapia (centros específicos Alzheimer y otras demencias).

A continuación se recoge el listado de centros, su tipología (genérico/específico Alzheimer) y el número de plazas.

CENTRO DE DÍA	Nº PLAZAS	TIPO DE CENTRO
CD LUARCA	28	GENÉRICO
CD VEGADEO	28	GENÉRICO
CD CANGAS DEL NARCEA	28	GENÉRICO
CD RÍA DE AVILÉS	28	ESPECÍFICO ALZHEIMER
CD CANTOS (AVILÉS)	28	GENÉRICO
CD LA LUZ (AVILÉS)	28	GENÉRICO
CD CUDILLERO	28	GENÉRICO
CD LUANCO (GOZÓN)	21	GENÉRICO
CD GRADO	28	GENÉRICO
CD LUGONES (SIERO)	40	GENÉRICO
CD NAVA	28	GENÉRICO
CD PUMARÍN (OVIEDO)	28	GENÉRICO
CD COVADONGA (OVIEDO)	44	GENÉRICO
CD PROAZA	17	GENÉRICO
CD EL LLANO (GIJÓN)	28	GENÉRICO
CD LA CAMOCHA (GIJÓN)	15	GENÉRICO
CD EL ARBEYAL (GIJÓN)	28	GENÉRICO
CD GIJÓN CENTRO (GIJÓN)	28	GENÉRICO
CD CABRALES	21	GENÉRICO
CD MOREDA (ALLER)	28	GENÉRICO
CD POLA LENA	21	GENÉRICO
CD TURÓN (MIERES)	28	ESPECÍFICO ALZHEIMER
CD LA FELGUERA (LANGREO)	28	GENÉRICO
CD SAMA (LANGREO)	28	GENÉRICO
CD LADA (LANGREO)	28	ESPECÍFICO ALZHEIMER

4.6.b. Residencias de Mayores

El organismo Autónomo “Establecimientos residenciales para ancianos de Asturias (ERA)” dispone dentro de su **oferta residencial, de 90 plazas psicogeriatricas** para personas mayores dependientes, dichas plazas han sido concertadas con tres establecimientos de la comunidad autónoma. Los centros con los que se han concertado plazas son:

CENTRO RESIDENCIAL	Nº PLAZAS	LOCALIDAD
RESIDENCIA BALLE SOL	30	GIJÓN
RESIDENCIA OVIDA	30	OVIEDO
CASTA ASTURIAS	30	LANGREO

4.6.c. Centros de Apoyo a la Integración

Los Centros de Apoyo a la Integración son recursos especializados de atención y formación para las personas adultas con discapacidades, cuyo objetivo es favorecer su integración sociolaboral y promover su independencia y desarrollo personal mediante la elaboración de planes personalizados de apoyo.

Recientemente se ha puesto en funcionamiento un centro de estas características, ubicado en Oviedo y destinado a las personas con problemas de salud mental, que es gestionado por la Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Asturias (AFESA) y contará con programas formativo-ocupacionales, de promoción de la autonomía personal en la vida cotidiana, de estimulación cognitiva y apoyo psicológico.

Recursos
judiciales para
la atención a los
problemas de
Salud Mental



Dentro de este apartado se van a considerar dos figuras, por la especial relevancia y distintos posicionamientos que ante los mismos se producen, sobre su idoneidad y procedencia, dejando por tanto de lado otros instrumentos comúnmente utilizados como la incapacidad judicial. Así podemos referir:

5.1. INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

En el tratamiento de los problemas de salud mental graves, en ocasiones se observa la necesidad de la hospitalización de la persona aquejada de dicha problemática sin contar con su consentimiento. El objetivo principal de su internamiento hospitalario no voluntario es la recuperación del estado de salud previo a su ingreso. En estos casos, la normativa prevé la participación de la autoridad judicial para velar por los derechos de la persona.

El artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil señala:

“1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

(...)

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él

designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa (...)

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

(...)

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.

Cabe señalar en primer lugar que el internamiento involuntario conlleva consecuencias más allá de lo estrictamente asistencial, desde un punto de vista sanitario, pues afecta al derecho fundamental reconocido en el artículo 17 de la Constitución Española (C.E), que establece que *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con observación de lo establecido en este artículo y en la forma previstos en la Ley”*, derecho que, como es sabido, vincula a todos los poderes públicos y es susceptible además de una especial protección jurisdiccional ante los Tribunales de Justicia por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad (artículo 53 C.E).

Es preciso destacar que sobre la constitucionalidad de la medida se ha pronunciado el Tribunal Constitucional en las Sentencias de fecha 04/06/1990 (104/1990) y 01/07/1999 (129/1999). En las mismas se determina la absoluta constitucionalidad de la medida y su adecuación a los Convenios y Tratados suscritos por el Estado español. Se concluye igualmente que para la autorización de dicha medida, dado el carácter restrictivo de libertades que conlleva, ha de probarse de manera convincente la existencia de un problema de salud mental y que el mismo sea de tal naturaleza que aconseje dicho internamiento, debiendo garantizarse que la citada medida no se prolongue en el tiempo cuando no subsista la causa/problema de salud que ha determinado el citado internamiento.

Su extensión alcanza obviamente la autorización para la aplicación forzosa del tratamiento médico adecuado a su estado de salud y con

la clara finalidad de recuperar la misma o hacer desaparecer las causas que motivaron dicho internamiento.

En cuanto al procedimiento a seguir cabe señalar lo siguiente:

- 1º Corresponde al Juzgado de Primera Instancia donde resida la persona afectada por el internamiento la competencia para autorizar dicha medida.
- 2º La misma puede ser instada por aquellas personas que están legitimadas para promover la incapacitación o por el Ministerio Fiscal.
- 3º Se hace necesario un examen de la persona afectada por parte del Juez que va a resolver sobre la autorización o no de la medida. Si el internamiento ha sido urgente, sin contar con la autorización previa del Juzgado, se practicará dicho examen antes de ratificarse la medida por el mismo.
- 4º Sin perjuicio de que el Juzgado acuerde la práctica de cualquier otra prueba que considere de interés, se hace necesaria la aportación de un dictamen facultativo por un profesional por el mismo designado (habitualmente Médico Forense).
- 5º Será oído el Ministerio Fiscal.
- 6º Podrá acordar igualmente el Juzgado la audiencia de otras personas interesadas en la cuestión.
- 7º La persona afectada por la medida podrá disponer de representación procesal y defensa letrada.

Señalar que el propio precepto faculta al internamiento no voluntario sin contar con la autorización judicial, por razones de urgencia. En este caso se hace obligado que el responsable del centro en el que hubiera tenido lugar el ingreso deberá comunicarlo al Juzgado de Primera Instancia lo antes posible y en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas, debiendo acordar la ratificación de la medida o el levantamiento de la misma en el plazo máximo de 72 horas, una vez realizados los mismos trámites de examen y audiencia señalados en el párrafo anterior.

Es importante destacar también que la decisión del Juzgado que acuerde la medida deberá expresar la obligación para los profesionales médicos que atienden a la persona internada de informarle sobre la necesidad de mantenimiento de la medida, sin perjuicio de los informes que en cualquier momento pudiera recabar el Juzgado, cuando así lo considere pertinente. No obstante lo anterior, si acontece la desaparición del motivo de salud que originó el ingreso hospitalario, los facultativos procederán a otorgar el correspondiente alta hospitalaria, comunicando dicha circunstancia al Juzgado.

Las decisiones adoptadas por el Juzgado son susceptibles de recurso.

Por último y muy relevante a los efectos de los derechos adicionales reconocidos para los menores en esta situación, su ingreso involuntario se realizará siempre en establecimiento adecuado a su edad y previo informe de los servicios de asistencia al menor

Por lo que respecta a las **medidas restrictivas** que se pueden adoptar por los profesionales sanitarios en el curso de un ingreso involuntario y que de una manera temporal limitan la autonomía y libertad de los pacientes cabe señalar lo siguiente, siguiendo las explicaciones efectuadas por el Comité de Bioética de Cataluña:

- 1º Han de responder a un plan terapéutico y acordadas por el profesional competente (médico psiquiatra o psicólogo clínico). No pueden responder nunca a razones extraclínicas, como pudiera ser la falta de personal.
- 2º Han de ser limitadas en el tiempo y adoptadas como un recurso excepcional.
- 3º Han de ser seguras/efectivas, aportando con carácter general más beneficios que riesgos o efectos adversos.
- 4º No existen formas alternativas menos restrictivas.
- 5º Bajo ningún concepto se pueden utilizar como formas de castigo o de control.
- 6º Deben llevarse a cabo por profesionales sanitarios.

- 7º Se facilitará al paciente, a ser posible, la información suficiente sobre las razones que fundamentan dicha decisión y a sus familiares/acompañantes.
- 8º Las acciones se realizarán siempre tratando a la persona con la máxima dignidad y respeto.
- 9º Las medidas restrictivas indicadas tienen que constar siempre en la historia clínica. Así se refieren las siguientes:
- Sujeción o contenciones mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de la persona, con el fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo a él o terceras personas de conductas de riesgo que impliquen un daño.
 - Aislamiento en sala de hospitalización u observación.
 - Restricciones en la comunicación con el exterior del hospital y en las visitas.

En todas estas situaciones, con el ánimo de garantizar los derechos de las personas afectadas y evitar abusos o arbitrariedades, se hace necesario que los protocolos escritos de estas medidas restrictivas estén a disposición de los pacientes, familiares/acompañantes.

5.2. TRATAMIENTO AMBULATORIO NO VOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

El tratamiento no voluntario extrahospitalario consistiría en cumplir, mediante la autorización judicial, un plan individualizado de rehabilitación, que abarca tratamiento sanitario y acceso a los servicios sociales y sociosanitarios en el entorno comunitario, con el objeto de prevenir el deterioro a que previsiblemente conduciría su falta de aplicación. Se ha justificado como una medida para conseguir la adherencia al tratamiento sin la necesidad del ingreso hospitalario, pudiéndose producir como prolongación del mismo o incluso antes, para su prevención.

No existe una regulación expresa sobre dicha figura, si bien se constata la experiencia de tratamientos obligatorios basados en la analogía con el procedimiento de incapacidad y la aplicación del principio de que, "quien puede lo más, puede lo menos".

La postura citada se funda en el argumento de que si el artículo 763 de la LEC permite autorizar un internamiento, es decir, la privación total de libertad del enfermo, debe entenderse que es posible autorizar una medida que restrinja en menor medida los derechos de la persona. (El tratamiento ambulatorio, cuestiones legales y prácticas, Carlos Eloy Ferreiros Marcos).

Existen 2 posturas diferenciadas en relación con este aspecto; una que valora las posibles modificaciones legales de dicho precepto para dar mayor certeza y seguridad jurídica a dicha medida y en definitiva garantizar que los especialistas médicos, con la autorización judicial correspondiente, dispongan de un instrumento de protección y atención sociosanitaria menos restrictivo que los internamientos involuntarios, si bien todas las partes interesadas coinciden en la necesidad de que esta medida vaya acompañada, para coadyuvar en sus resultados, de un buen nivel de servicios socio-sanitarios y terapéuticos

Otra postura invoca el derecho al consentimiento informado, a la confidencialidad, a la libre elección, entendiéndose que provoca la

reafirmación del estigma y marginación del paciente; asimismo, los conflictos que pudieran surgir en caso de contraposición con las denominadas voluntades previas o anticipadas (testamento vital) ante los procesos de salud, la manifestada inexistencia de evidencias científicas irrefutables sobre la idoneidad de la medida, son argumentos en contra de la regulación legal y expresa de esta medida.

Las familias
y las
asociaciones
familiares



Tener un familiar con un problema de salud mental no es de libre elección, sino que es un suceso circunstancial, con consecuencias sanitarias, sociales y económicas. Las familias, cuando existen, desempeñan un soporte básico de las personas con problemas de salud mental, tanto en los primeros episodios o estadios de la enfermedad, como en aquellos otros caracterizados por su orientación a la rehabilitación sanitaria y social. Por ello, resulta imprescindible que dispongan de información y formación sobre esta problemática, especialmente en los supuestos de salud mental grave y prolongada, de tal forma que las familias puedan aprender y desarrollar habilidades de aceptación del problema de salud, de afrontamiento de las situaciones difíciles en la convivencia con su familiar y contribuir a mejorar la situación y calidad de vida del mismo y por ende, de la propia familia. Con ello, las familias se convierten en un elemento coadyuvante de gran relevancia en la atención y cuidados de estas personas, por lo que, teniendo en cuenta que tras la reforma psiquiátrica la estancia en el hogar constituye una realidad y un objetivo a conseguir, se hace obligado que dicho entorno familiar disponga de los conocimientos más adecuados a su alcance para que, en colaboración con los restantes recursos públicos, se trabaje a favor de la integración/normalización de la persona que ha sufrido dicho problema.

Una constante en el pensamiento de las familias cuidadoras es ¿que ocurrirá con nuestros hijos cuando “faltemos” nosotros (los padres)?

Las asociaciones de familiares y de personas con problemas de salud mental tienen como objetivo fundamental el de impulsar y desarrollar aquellas actividades que promuevan la salud y el bienestar de sus asociados.

A tal fin llevan a cabo, sin carácter exhaustivo, las siguientes actividades:

- La creación y mantenimiento de grupos de ayuda mutua para el intercambio de información y experiencias.
- La realización de programas y campañas de concienciación de los problemas que afectan a las personas con este problema de salud, al objeto de provocar la reducción del estigma y fomentar la generación de recursos públicos que favorezcan una vida normalizada de estas personas.

- Organizar, en clara suplencia de los poderes públicos, actividades socioculturales, ocupacionales y de ocio y tiempo libre, que contribuyan al apoyo socio-afectivo de sus asociados. Esta acción desarrollada puede estar en ocasiones pactada y subvencionada con las Administraciones Públicas interesadas en su ejecución y en otras ocasiones responden a una mera y clara necesidad detectada por las asociaciones, que consideran inaplazable su implantación.
- Constituyen un elemento de participación y de presión en la consecución de nuevos y mayores recursos.

Sin perjuicio de lo anteriormente manifestado, se hace preciso destacar que los intereses de las personas con problemas de salud mental no siempre han de coincidir con los previstos por los familiares para los mismos y en ocasiones, hasta difieren claramente, reivindicando por tanto aquéllos (las personas con problemas de salud mental) su autonomía y capacidad de decisión en todo aquello que no se encuentre restringido o limitado.

Situación actual
en relación con
la atención desde
las administraciones
públicas a las
personas con
problemas de
salud mental



Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (TMG) presentan problemas muy complejos que no se reducen obviamente a aspectos relacionados con su salud, sino que afectan asimismo a otros aspectos relativos a sus relaciones sociales entendidas en un sentido amplio y en definitiva a su integración en la comunidad. Ciertamente por ello, tanto las cuestiones de salud, como las socio-económicas, jurídicas u otras, forman parte de un todo complejo, si bien por razones del abordaje de su análisis se ha considerado oportuno proceder a una diferenciación de las mismas.

De la misma forma, se hace preciso tener en consideración que, aún cuando estas personas comparten problemas más o menos comunes, sin embargo se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado, en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la vida de cada persona e igualmente se ven condicionados por la atención y servicios que reciben.

No obstante todo lo anterior, sí se aprecia, de forma inequívoca, una serie de cuestiones o aspectos fundamentales que afectan o pueden afectar, de una manera más o menos extensa, a dichas personas, a lo largo de su proceso existencial. Centrándonos en las personas con un Trastorno Mental Grave (TGM) podríamos señalar que los elementos comunes que afectan a las mismas podrían resumirse en:

- Dificultades para acceder y/o mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social, dando lugar a una situación de grave riesgo de exclusión.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente que derivan en dificultades o deficiencias para relacionarse socialmente, con la consiguiente pérdida de redes sociales de apoyo, que en muchos casos se limitan sólo a su familia, generando por tanto situaciones de aislamiento social.
- Consiguiente dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.

Sin perjuicio de los elementos comunes anteriormente manifestado, lo cierto es que las necesidades y problemas de las personas con TMG son

múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo. Se utilizan diversos instrumentos para evaluar dichas necesidades, como el *Camberwell Assessment of Needs (CAN)* (Phelan, 1995), que está validada para la población española (Rosales Varo, Torres Gonzalez, 2002) y que recoge 22 áreas de necesidades cubiertas y no cubiertas (alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información sobre el tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales), tanto desde la perspectiva del usuario, como de sus cuidadores o de los profesionales.

Entre las necesidades más importantes de las personas con TMG se podrían indicar las siguientes según el estudio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría titulado "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo" del que es coordinadora la doctora Cristina Gisbert Aguilar.

1. Atención y tratamiento de la salud mental y de otros problemas de salud: Los pacientes con TMG necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

Por otra parte, tanto por los efectos secundarios de determinada medicación específica como por circunstancias derivadas de los efectos de la enfermedad mental sobre el funcionamiento personal pero, asimismo, como una consecuencia más del estigma, es excesivamente frecuente el abandono de aspectos de la salud general, asociados o no a la enfermedad mental, que limitan la calidad de vida de las personas con enfermedad mental innecesariamente y, a su vez, constituyen una expresión más de la discriminación asociada a la patología psiquiátrica.

2. Atención en situaciones de crisis de su estado de salud: Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiá-

trico experimentan con frecuencia recaídas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento.

3. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren TMG mantienen déficits y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

4. Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con TMG están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. Son también necesarias, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del empleo protegido (empresas de inserción), como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo).

5. Alojamiento y atención residencial comunitaria: Las dificultades de acceso a alojamiento y su supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y marginación. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- a) Incremento del fenómeno de la *puerta giratoria*, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- b) Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- c) Por un lado, incrementa las probabilidades de institucionalización de las personas con algún trastorno mental grave y, por otro, dificulta la desinstitucionalización de los pacientes que, todavía, permanecen en régimen de internamiento.
- d) Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- e) Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.

6. Apoyo económico: Muchas personas con TMG tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza, como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo, es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

7. Protección y defensa de sus derechos: Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMG, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de

sus derechos de ciudadanía. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

8. Apoyo a las familias: Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con TMG. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias. Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

A la hora de efectuar las actuaciones de investigación y análisis por parte de esta Defensoría en relación a estas cuestiones previamente referidas que afectan a las personas que padecen problemas de salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, se ha elaborado, como ha quedado antedicho, un cuestionario remitido a una serie de asociaciones y entidades de apoyo mutuo directamente implicadas con la temática (relacionadas en el anexo I de este informe), así como a ciudadanos usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares; igualmente el cuestionario se ha remitido a aquellas administraciones más significativas, que con aún contando con diferente grado nivel de competencias en la materia, sin embargo se encuentran directamente implicadas en la atención sociosanitaria de este colectivo (anexo II del informe), y que se ven obligadas a intervenir en muchas ocasiones ante esta problemática, todo ello al objeto de tener conocimiento real sobre cual es su apreciación en relación a dichos aspectos. Se recoge a continuación el cuestionario remitido para cada grupo de intervención, señalándose acto seguido la conclusión extraída para cada pregunta concreta efectuada.

7.1. CUESTIONARIO ÁMBITO ASOCIATIVO

ASPECTOS GENERALES

1. Grado de Satisfacción/Conformidad con los recursos existentes:

- INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS DE LA CIUDADANÍA EN RELACIÓN A LOS RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN GENERAL.

El derecho a la información sobre los recursos y servicios destinados a la Salud Mental es concebido como un aspecto fundamental, que sirve tanto a las personas que padecen dicho problema de salud, como a sus familiares, desde sus respectivos ámbitos o niveles de intervención, para abordar y posicionarse ante dicha situación, de tal forma que puedan elegir, en su caso, entre aquellas alternativas posibles, o demandar su participación/atención en aquellos programas o actuaciones públicas necesarias para afrontar las necesidades derivadas de dicha problemática.

Dichas asociaciones y entidades tienen la convicción generalizada de que la información disponible resulta insuficiente o ineficaz en cuanto al objetivo de su recepción por parte de los destinatarios de la misma (personas diagnosticadas, familiares, profesionales colaboradores en la materia y ciudadanía en general), suponiendo en este último caso (ciudadanía) esa falta de información, un elemento coadyuvante para que se asiente el rechazo y el “estigma” que sufren las personas con problemas de salud mental.

Existe algún colectivo y organismo entrevistado que refiere no tanto una insuficiencia de información, en cuanto a su cantidad y contenido, sino una falta de estrategia de su difusión y de medidas concretas y adecuadas que garanticen o faciliten la recepción de dicha información a sus destinatarios preferentes.

- SALUD (PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, TRATAMIENTOS MÉDICOS ADECUADOS, INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA).

Por parte de las Asociaciones de familiares y colectivos relacionados con la temática existe la percepción de que los mismos son inexis-

tentes o insuficientes, o en todo caso, aún existiendo, la información que se considera necesaria e imprescindible no les es suministrada, ni existen tampoco previsiones para un trabajo coordinado. No se tiene constancia de los ámbitos en los que se pudiera estar trabajando dicha cuestión de forma intersectorial, especialmente en los correspondientes al educativo-servicios sociales y sanitario.

Por lo que respecta a los tratamientos médicos existentes e investigaciones biosanitarias realizadas tanto en aspectos médicos como en lo relativo a cuidados de salud y en otros ámbitos, se considera que, dado que los resultados de las investigaciones desarrolladas no encuentran aún aplicación efectiva y relevante en la práctica clínica, no se aprecia la realidad de las mismas, percibiéndose por tanto como insuficientes; se valora de importancia que las investigaciones, además de centrar su campo de estudio en los aspectos farmacológicos, deben venir referidas a otras cuestiones distintas, relativas al ámbito psicosocial de la persona, poniendo de manifiesto la necesidad de que las Administraciones trabajen de forma coordinada entre sí y tomando en consideración a este tipo de colectivos sociales.

- SERVICIOS SOCIALES (APOYOS PARA LA VIDA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, APOYOS A LAS PERSONAS QUE CONFORMAN LA RED SOPORTE -HABITUALMENTE FAMILIAS- DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, APOYOS A LAS REDES DE INCLUSIÓN SOCIAL).

En este epígrafe existe la convicción de los importantes avances realizados en los últimos tiempos en programas específicos relacionados con la vida autónoma, red social (psicoeducación y grupos de autoayuda para familias, desarrollo de actividades ocupacionales), si bien se aprecia una notable insuficiencia de recursos específicos destinados a Centro de Día, Centros de Apoyo a la Integración y Centros Ocupacionales. Se siguen observando deficiencias notorias de coordinación entre los Servicios Sociales y los Sanitarios, sin clara definición y contenido de servicios sociosanitarios.

Se considera que la Ley de la Dependencia no contempla adecuadamente la situación de los enfermos mentales y sus respuestas no son por ello adecuadas, por lo que el movimiento asociativo solicita reiteradamente una modificación del baremo en tal sentido.

- EDUCACIÓN. EMPLEO Y REHABILITACIÓN VOCACIONAL. VIVIENDA. JUSTICIA (ASPECTOS PENALES Y PENITENCIARIOS).

EDUCACIÓN. Existe, afortunadamente, la convicción generalizada de que las personas con problemas de salud mental tiene el mismo derecho a la educación que el resto de la ciudadanía. Sin embargo, se considera que no existen programas efectivos de detección temprana que deriven en un diagnóstico a tiempo y eficaz; ni equipos preparados para identificar una sintomatología psiquiátrica, que tiende a confundirse, cuando se pone de relieve, con meras alteraciones conductuales, careciendo por tanto estas personas del apoyo psicoeducativo adecuado. Esto desemboca en el hecho de que muchas personas con esta problemática queden fuera del sistema educativo, con un abandono escolar significativo, frente a lo cual se valora muy importante el establecimiento de los apoyos correspondientes para las mismas, dadas sus necesidades educativas especiales. Igualmente, se considera que los centros educativos constituyen una de las plataformas idóneas para el establecimiento de campañas de sensibilización en Salud Mental, como elemento tendente a la reducción/eliminación del estigma.

Se considera igualmente deficiente la existencia de programas específicos de Educación para personas adultas con problemas de salud mental que actualmente son ejecutados por las propias Asociaciones.

EMPLEO. Este es una de las materias en las que existe mayor unanimidad de las asociaciones en cuanto a la insuficiencia de recursos existentes tendentes a facilitar la inserción laboral de las personas con graves problemas de salud mental. No cabe ninguna duda que la tenencia de un trabajo digno constituye uno de los elementos facilitadores de la inclusión social y de alcance del libre desarrollo de la personalidad. Con mayor motivo en un colectivo estigmatizado, esta faceta se presenta como crucial y por tanto, la existencia de actividades laborales u ocupacionales para dichas personas, constituyen uno de los elementos especialmente valorados en orden a su "normalización social". En este sentido se considera importantísimo el papel que puede desempeñar de forma preferente la conocida como "Economía Social", donde los criterios de funcionamiento no se ajustan de manera estricta a las reglas del mercado. Aún reconociendo las especiales dificultades que conlleva la inserción laboral de las personas con problemas graves de salud mental, dado que muchas

de las mismas se encuentran con notables dificultades para el desempeño de una actividad laboral diaria completa (en algunos casos se postula la conveniencia de favorecer jornadas a tiempo parcial) no se conocen en nuestra Comunidad Autónoma centros especiales de empleo u otro tipo de empresas que asuman a estas personas de forma ordinaria como personal propio, ni la existencia de actividades ocupacionales regulares que sirvan a los fines señalados. Se considera que los programas de intermediación laboral deben contemplar, entre otros, a este colectivo.

VIVIENDA. Junto con el empleo, constituye otro de los pilares básicos de la “normalización social”. Se aprecian como insuficientes, por escasas, las viviendas tuteladas actualmente existentes. Se advierte que existen pocos sistemas de alojamiento alternativo para personas que, de una u otra manera, están necesitando un apoyo controlado para poder llevar a cabo una vida lo más autónoma posible, apreciándose necesaria igualmente la existencia de recursos residenciales intermedios cuyo objetivo sea el tratamiento y la rehabilitación, como centros de transición a la vida autónoma o de bajo nivel de tutela. El envejecimiento de este colectivo supone una gran preocupación de los familiares, por cuanto se ha evidenciado que las personas enfermas en muchas ocasiones carecen de habilidades propias que les permita llevar una vida autónoma en el que ha sido su domicilio familiar, conllevando a veces la pérdida del mismo, por la deficiente capacidad de autogobierno de su economía o patrimonio. Se estima que son insuficientes las residencias de mayores con plazas especializadas en la materia, sin poder olvidar que en muchas situaciones, éstas se presentan como la única alternativa, cuando ni por la edad, ni por la asistencia requerida, se muestran como los dispositivos más adecuados. Existe por tanto una demanda clara de establecimiento de alojamientos, con distintos niveles de protección, en función del nivel de autonomía de las personas. En relación con los menores, se valora muy necesaria la existencia de “pisos respiro” que acojan a los mismos en períodos cortos de descanso de sus progenitores.

JUSTICIA. Se valorará en el apartado correspondiente.

2. Razone brevemente si esa Asociación es partidaria de una regulación específica que contemple todos o la mayor parte de las cuestiones de relevancia para la salud mental o prefiere que

cada aspecto sea tratado en la normativa sectorial propia de cada materia (salud-servicios sociales-vivienda...), como ejemplo de la normalización e integración comunitaria y consiguientemente de reducción del estigma social.

En este epígrafe no existe unidad de criterio entre las asociaciones, por cuanto por un lado, unas se posicionan a favor de una regulación específica, que establezca las pautas generales, que deben posteriormente contar con los desarrollos normativos correspondientes, debiendo garantizándose las asignaciones presupuestarias al efecto; frente a esta postura, existe otra, integrada por colectivos más específicos de la salud mental, que consideran inapropiada una regulación especial y diferenciada, en la que se engloben todas las materias, precisamente por el carácter estigmatizador que ello, en su opinión les atribuye, por lo que se muestran partidarios de que cada regulación normativa propia que exista para cada materia (servicios sociales, empleo, vivienda...) contenga las previsiones específicas para este colectivo u otros análogos, dado el carácter integrador y de mayor normalización, que desde un punto de vista comunitario, esta técnica les supone.

3. En caso afirmativo de mostrarse proclive a una regulación específica, señale cuáles de las siguientes cuestiones o añada otras en su caso, que en su consideración deberían formar parte de dicha normativa: *a) forma de acceso a los servicios generales/básicos reconocidos a las personas con problemas de salud mental. b) principio de la alternativa menos restrictiva. c) confidencialidad. d) consentimiento informado. e) tratamiento e ingreso voluntario e involuntario. f) mecanismos de coordinación y continuidad en la atención (revisión periódica). g) derechos/recursos en materia de vivienda/alojamiento, empleo, educación, servicios sociales, servicios sanitarios.*

Los colectivos que se muestran partidarios de una regulación específica, consideran de suma importancia que se contemplen dichas temáticas como de regulación necesaria que, de llevarse a cabo en algunos aspectos, supondría un notable avance, al dotar de carta de naturaleza, como derechos de la ciudadanía, algunas de las materias previamente referidas. Otras materias que preocupan son la formación y puesta al día de los profesionales que se ocupan de la atención en los distintos niveles, la cercanía con el enfermo mental y su familia, el conocimiento de los profesionales de la diversa normativa sobre

protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas, la información a la ciudadanía, así como la pedagogía en los distintos niveles de la enseñanza.

Las preguntas 4 y 5 venían referidas a la satisfacción con respecto a la regulación actualmente existente para los ingresos y tratamientos involuntarios, así como al eventual establecimiento de una normativa específica que ampare medidas de seguimiento/revisión periódica en el tratamiento farmacológico ambulatorio de las personas con problemas de salud mental, dentro de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). Estas cuestiones son objeto de tratamiento en el apartado correspondiente en el que se analizan la visión de la salud mental desde el punto de vista de las Administraciones y Juzgados intervinientes.

6. ¿Considera que existe falta de información, dispersión y ausencia de coordinación en los recursos actualmente existentes, como por ejemplo como consecuencia del establecimiento de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia?

Existe en este apartado una convicción generalizada de la falta de coordinación en la planificación y en las actuaciones que se llevan a cabo. La coordinación se valora como absolutamente necesaria para la utilización de los recursos públicos con eficiencia y eficacia. Se valora de importancia extrema el establecimiento de protocolos de coordinación, al menos entre los servicios sociales y los sanitarios, que abarquen todo el proceso de asistencia, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de las personas. Se aprecia que la coordinación de actuaciones carece de instrumentos de control e indicadores de resultados por parte de los responsables departamentales, respondiendo aquellos casos en que la misma (la coordinación) tiene lugar, al mero voluntarismo del profesional en razón a su “buen hacer”. Así, se considera que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia no contempla adecuadamente la situación de los enfermos mentales y sus respuestas no son, por ello, adecuadas.

7. ¿Considera que existe una desigualdad en la aplicación territorial (tanto a nivel interno de Asturias, como en comparación de ésta con otras Comunidades Autónomas) de las políticas y dotaciones de recursos orientados a la rehabilitación psicosocial (RPS)?

Existe la opinión generalizada de que las políticas y dotaciones de recursos orientados a la rehabilitación psicosocial de las personas con problemas de salud mental no tienen en consideración las especiales situaciones de las zonas rurales de Asturias, por cuanto que existen menos posibilidades de acceso a este tipo de recursos, cuando existen, en las referidas zonas. Ello se ve agravado además, por el hecho de las dificultades que se observan para el traslado de estas personas desde las zonas rurales a los dispositivos en los que se presta algún tipo de intervención.

Por lo que respecta a la situación de Asturias con respecto a otras CCAA, se desconoce cómo abordan esta temática en otras CCAA, considerándose que existe una pérdida de valor referencial de Asturias, teniendo en cuenta el papel desempeñado por nuestra Comunidad en los años de la reforma psiquiátrica.

RECURSOS Y SERVICIOS.

8. ¿Conoce los recursos sanitarios y sociales existentes en Asturias para afrontar los problemas derivados de las situaciones de enfermedad mental? ¿Y los existentes en otras CCAA?. Enumere los mismos y su orientación.

A la hora de responder a esta pregunta se aprecia que se conocen los dispositivos/centros existentes, pero no tanto los programas que se desarrollan en los mismos y se consideran en todo caso insuficientes, dada las experiencias vividas diariamente. Se consideran en todo caso diversas áreas de mejora. Así se señalan al menos las siguientes:

- mejorar la organización asistencial e incrementar los recursos.
- potenciar el diagnóstico correcto y lo más precoz posible.
- desarrollar nuevos recursos y programas asistenciales para la protección social, la rehabilitación y la inclusión de las personas con enfermedad mental.
- incidir en la atención a los enfermos con Trastorno Mental Grave, prolongados y causantes de grandes incapacidades.
- la debida atención a las familias.
- mejorar los programas de atención infanto-juvenil.
- mejorar la coordinación con atención primaria.
- revisar y mejorar las pautas terapéuticas.

9. ¿Considera necesaria la creación en Asturias de un Centro integral de Referencia para la atención a las personas con problemas de Salud Mental desde los diferentes ámbitos de actuación posibles?

Sobre la necesidad de contar con un centro integral de referencia para la atención a las personas con problemas de Salud Mental las opiniones vuelven a ser dispares, pasando por aquellas que lo valoran de una forma positiva, pero con diferente alcance: para unos, bastaría con que fuese un centro responsable de coordinar, centralizar, solicitar información; para otros debe tener además finalidad asistencial, socio-sanitaria e integral; y de carácter multidisciplinar desde el punto de vista de los problemas de salud atendidos; y para otros, además debe funcionar como centro de investigación. Y por último hay quienes consideran prioritario el establecimiento de centros de tratamiento integral al estilo de Montevil y Luarca, valorando por tanto que es innecesario contar con un Centro de Referencia, estimándose más recomendable la creación de dispositivos de esta naturaleza y el funcionamiento coordinado de los mismos.

10. ¿Conoce la existencia de centros análogos a nivel nacional y su cometido específico?

Se conocen mínimamente otras dos experiencias en la línea apuntada: Centro de Atención Social "Benito Menni Vallecas" con 170 plazas asistenciales, y donde se cuenta con un Centro de Rehabilitación Psicosocial, un Centro de Rehabilitación Laboral, y un Centro de Día, pero desconociendo los programas concretos que se desarrollan en el mismo y la evaluación del recurso. Asimismo se tiene constancia del proyecto del centro de referencia nacional en Valencia, no inaugurado, en el que sus intenciones eran muy ambiciosas en materia de formación, información, asesoramiento e intercambio de experiencias entre profesionales, así como rehabilitación e integración social de los afectados. Entre sus objetivos incluye la colaboración con el movimiento asociativo, para asegurar la coordinación eficaz con afectados y familiares.

11. Valore la importancia del diagnóstico y la intervención precoz para el tratamiento de la persona con problemas de salud mental

En el aspecto del diagnóstico e intervención precoz existe unanimidad en la convicción de que se trata de una faceta fundamental,

como en cualquier otro problema de salud, lo que evitaría un mayor deterioro, con la consiguiente mejora de la calidad de vida de las personas afectadas, tanto en sus relaciones sociales como familiares. Ello también contribuirá necesariamente, en la medida que la afección de la persona es menor, en una mejor toma de conciencia de la enfermedad y por consiguiente, se constituye en una importante "herramienta de prevención". Por tanto, se considera fundamental que desde un punto de vista asistencial, mediante las áreas de gestión clínica y desde el ámbito de la gestión del conocimiento (formación e investigación) se potencie decididamente esta posibilidad técnica.

12. ¿Conoce si existen programas de atención a las fases tempranas de la enfermedad mental en Asturias?

Existe en esta cuestión un desconocimiento sobre las actuaciones que sobre este particular se pudiera estar realizando desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por si misma y en coordinación con otras administraciones o colectivos.

13. ¿Conoce y cómo valora, en su caso, los programas de apoyo a las familias de las personas con problemas de salud mental existentes en Asturias y en otras CCAA?

Se valora imprescindible el conocimiento de la enfermedad por parte de la familia, dado que mejora considerablemente la evolución y la rehabilitación de la persona afectada, además de mejorar la convivencia, al situarse la familia en una mejor posición para afrontar la situación. En los primeros estadios de abordaje de la situación, existe la experiencia contrastada de las dificultades que conlleva y la "sensación de desbordamiento" e imposibilidad de afrontar la misma. Todas las asociaciones valoran necesario la existencia de estos programas, habiendo sido puestos en marcha por alguna asociación, en colaboración con la Administración Sanitaria, de forma esporádica, habiendo optado aquéllas por el desarrollo continuado de sus propios programas, dada su valoración positiva. Por tanto, se considera necesaria una programación coordinada y periódica sobre esta cuestión.

14. ¿Existen instrumentos apropiados en Asturias para la atención de los menores y personas mayores de 65 años con problemas de Salud Mental? ¿Y fuera de nuestra CCAA?

Si con carácter general existe la impresión generalizada de que son insuficientes los recursos/dispositivos socio-sanitarios orientados a las personas con problemas de salud mental, en este ámbito específico la convicción es cuasiunánime. Así se considera que no existen dispositivos específicos o que reserven un suficiente número de plazas para personas mayores con problemas de salud mental grave, con lo que se impide por tanto, que los servicios se acomoden a las necesidades derivadas de los mismos. No se estiman como idóneas las residencias de mayores para llevar a cabo la atención de aquellas personas de más de 65 años de edad con dicha problemática, especialmente por la falta de formación específica del personal que presta sus servicios en las mismas; se destaca también que incluso existen personas alojadas en residencias de mayores por debajo de la edad prevista para su ingreso (65 años), lo que supone una grave dificultad tanto para la persona alojada, como para los restantes residentes y los profesionales que prestan servicio en las mismas.

Por lo que respecta a la atención de los menores, se aprecia una clara insuficiencia de medios y recursos destinados a este colectivo; no se conocen programas orientados a los menores y adolescentes, así como dispositivos orientados a este colectivo, salvo para las fases agudas de la enfermedad. Se denuncia también que la formación es muy deficitaria, dada la inexistencia de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, como sí tiene lugar en otros países.

15. ¿Qué tipo de recursos y dispositivos orientados al apoyo a las personas con problemas de salud mental y sus familias conoce que existen en otras CCAA y que no existiendo en Asturias, cree necesaria su implantación, atendiendo a la población potencialmente beneficiaria? En caso de ser más de uno, establezca un orden de prioridad de mayor a menor importancia.

En este punto se destacan una serie de dispositivos que se considera se deben implantar o reforzar en nuestra Comunidad Autónoma, en función de las necesidades de cada área sanitaria/servicios sociales. Así, se refiere la necesidad de que se establezcan más plazas de centro de día o de rehabilitación psicosocial; los pisos tutelados existentes (en Gijón tres, en Oviedo dos, en Avilés tres, en Mieres uno y en Luarca uno) se consideran totalmente insuficientes, a diferencia de otras Comunidades Autónomas en las que existe mayor dotación tanto de pisos como de minirresidencias.

Se valora, igualmente, muy necesaria la existencia de “pisos respiro” o la existencia de servicios de ayuda o cuidado a domicilio para mayores/menores que cubran también esa faceta. Otro tanto ocurre con los Centros de Apoyo a la Integración (CAI) con funciones ocupacionales y los servicios de apoyo a la Inserción Laboral.

Asimismo, se detecta una importante carencia de empresas de economía social, como por ejemplo Centros Especiales de Empleo, habiendo resultado infructuoso, que achacan a la falta de apoyos, un intento por parte de una Asociación de constituir una en Asturias.

Por lo que respecta a la faceta de la gestión de las políticas en materia de salud mental, se considera de gran importancia la participación de todos los agentes implicados en la misma, refiriéndose al respecto la existencia de otras prácticas seguidas en otras CCAA tales como la creación de Consejos Asesores para la salud mental. Igualmente se relata como alguna Comunidad Autónoma ha creado un ente gestor específico para la materia, bajo la fórmula de Fundación, que promueve programas de diferente calado relacionados con vivienda, salud, integración laboral, asociacionismo es decir, todas aquellas facetas de naturaleza no estrictamente sanitaria/sociosanitaria.

16. ¿Se mostraría esa Asociación partidaria de apoyar medidas de colaboración con otras CCAA para hacer uso compartido de otros dispositivos existentes en la nuestra y otras CCAA?

Con respecto a esta cuestión existe una total y absoluta conformidad y predisposición de las asociaciones en mostrar su apoyo, en la medida de sus posibilidades. Por parte de la Fundación FASAD ya se refiere la existencia de colaboraciones con respecto a casos puntuales de personas con problemas de salud mental cuya tutela la tiene asumida la Administración del Principado y no existen dispositivos adecuados en nuestra Comunidad Autónoma. La utilización compartida de recursos se considera la práctica más recomendable, aún a sabiendas de las dificultades derivadas de la insuficiencia de recursos existentes en el conjunto del estado español para este problema; en todo caso, se valora como muy importante al menos, el que se establezcan unos criterios comunes de funcionamiento para los modelos operativos de cada tipo de recurso, disminuyendo con ello la variabilidad no fundamentada; igualmente se considera muy relevante el intercambio

de experiencias por parte de los profesionales responsables de estos programas y dispositivos, contando con la debida toma en consideración/participación de las asociaciones y usuarios de los recursos.

17. ¿Qué valoración efectúa de los recursos y dispositivos que a continuación se enumeran y argumente su necesidad de implantación en nuestra Comunidad Autónoma, en el caso de que no estuviera, teniendo en cuenta, entre otras cuestiones, el número de personas que se podrían beneficiar de los mismos?

A) Recursos y Servicios Generales.

- **Información sobre servicios y derechos ciudadanos de las personas con problemas de Salud Mental.**
- **Promoción de foros e información encaminados a evitar mitos, prejuicios y recelos acerca de las personas con problemas de Salud Mental.**

La temática de la Información sobre servicios y derechos ciudadanos de las personas con problemas de Salud Mental y la promoción de foros e información encaminados a evitar mitos, prejuicios y recelos acerca de las mismas se consideran de importancia, por la mayoría de los encuestados, si bien se establecen diferentes grados de valoración por parte de los mismos, probablemente por la mayor/menor cobertura existente sobre la cuestión, en función del colectivo de pertenencia y los potenciales usuarios de dichos servicios. No obstante lo anterior, su valoración desde el punto de vista de la necesidad de acometer una regulación específica, se considera oportuna y se propone la elaboración de una cartera de servicios, de conocimiento público, sobre los recursos disponibles y su nivel de ocupación. Igualmente se considera relevante la posibilidad de realizar foros y difusiones periódicas tendentes a hacer visibles los problemas en salud mental, con especial hincapié, en un primer momento, en relación al estigma. Se pone de manifiesto la escasa difusión/utilización de la guía de estilo para medios de comunicación elaborada, en su día, por FEAFES e IMSERSO.

B) Servicios Sanitarios Especializados.

- **Centros de Salud Mental (dotación interdisciplinar de profesionales, distribución geográfica adecuada, programas de atención precoz, programas de coordinación y continuidad asistencial,...).**

- **Centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria (orientado al tratamiento en régimen de consultas ambulatorias y atención en el propio domicilio).**
- **Hospital de Día o Unidad de Hospitalización Parcial (orientado a la atención intensiva, mediante la hospitalización a tiempo parcial).**
- **Unidad de Crisis o de Hospitalización breve (destinada a la Hospitalización de personas con episodios agudos, ejem HUCA-HJove).**
- **Unidades Extrahospitalarias de Estancia Media de Tratamiento y Rehabilitación Integral (orientada a pacientes con patología grave, cuyos problemas y necesidades no son abordables de forma exclusivamente ambulatoria y para las que la unidad de crisis no supone una atención apropiada).**

Con respecto a este tipo de recursos se considera que son un instrumento fundamental para abordar la prevención de los problemas de salud mental, así como para la rehabilitación/curación de los mismos. Igualmente se denota la insuficiente dotación de los dispositivos, desde el punto de vista de profesionales asignados, no tanto sanitarios (médicos, enfermería), sino con respecto a psicólogos clínicos que confieren una visión no farmacológica de la enfermedad.

Se considera esencial que cada área sanitaria dispusiera de cada uno de los distintos tipos de recursos/prestaciones citadas, garantizándose además los desplazamientos de las zonas rurales a las urbanas en las que se localicen los mismos. Así, a título de ejemplo se refiere que Cangas de Narcea carece de este tipo de recursos.

Un elemento importante que, se afirma, debe tener en consideración la Administración es la necesaria eliminación del “hecho diferencial” de la persona que es paciente en alguno de estos recursos en relación con quienes padecen cualquier otro problema de salud. Así se denuncia y se ha llegado a observar en la unidad de hospitalización de agudos de un determinado Hospital, cómo la ubicación y los recursos materiales asignados a las personas atendidas en las mismas son netamente diferentes en calidad, en relación con los destinados para el resto de pacientes.

Por otro lado, se desea poner de manifiesto por parte de algún colectivo que trabaja con personas sin hogar, como supone un grave

problema la escasez de recursos intermedios de alojamiento cuando la enfermedad mental se presenta asociada a la condición de persona sin hogar; ejemplo de ello es la expresión *"el alta medica es una mala noticia...si vives en la calle"*.

C) Servicios Sociosanitarios de Rehabilitación Psicosocial.

- **Centro de Rehabilitación Psicosocial-Centros de Día**, (en los que se prestan técnicas especializadas de rehabilitación psicosocial con las siguientes funciones específicas: rehabilitación psicosocial, apoyo a la integración y soporte social, rehabilitación laboral y de facilitación de acceso al empleo, diferenciando grupos de edad).

Sobre este extremo se manifiesta insatisfacción, dada la escasez/ inexistencia de este tipo de recursos. Se valora fundamental el establecimiento de uno por área sanitaria, facilitando, como ha quedado antedicho, los traslados a los mismos desde las zonas rurales a las urbanas. Se valora necesaria la clarificación de los servicios a prestar y sus titulares o responsables.

D) Servicios Sociales.

- **Servicio de Ayuda a Domicilio.**
- **Servicio de Teleasistencia "psicoteléfono"**, para situaciones de especial necesidad o crisis.
- **Servicios de Atención Residencial:**
 - Estancias Temporales.
 - Pisos Tutelados.
 - Pisos Autónomos, en alquiler, subvencionados con seguimiento individualizado y externo.
 - Alojamiento en familias sustitutas o de acogida.
- **Programas de solidaridad y cooperación social:**
 - A personas con problemas de salud mental "sin techo" o alojamiento.
 - Agencias de tutela para proteger a personas en situación de desamparo y en proceso de incapacitación legal.
- **Prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Apoyo a la Dependencia.**
- **Programas de Apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios de Servicios de Salud Mental.**

Una vez más, aún valorándose de forma positiva los dispositivos existentes y esfuerzos realizados en la materia, se consideran insuficientes los recursos actualmente existentes.

En cualquier caso, es difícil extraer un grado de priorización de los mismos, a tenor de las respuestas dadas, si bien sí existen opiniones que señalan la conveniencia de dedicar los recursos limitados a los colectivos o grupos especialmente vulnerables, para posteriormente ir ampliando a otro tipo de situaciones.

En relación con los programas que tienen por destinatarios las personas con problemas de salud mental sin hogar, se aprecia un déficit de cobertura y de atención específica. Por lo que respecta a la existencia de instituciones que asuman la defensa de los intereses/tutela de este colectivo de personas, se desea destacar su importancia, dado el desconocimiento de las posibilidades existentes en la materia, manifestándose la necesidad de potenciar el dispositivo actualmente existente (FASAD).

E) Empleo.

- **Centros Especiales de Empleo.**
- **Empresas de inserción social y otras empresas sociales.**
- **Proyectos formativos, escuelas taller y similares.**

El empleo protegido y/o empresas sociales, se configuran como carencias relevantes para las asociaciones que trabajan con estas personas. Ciertamente éste es un ámbito en el que se hace precisa una valoración específica para cada persona, por cuanto que el grado de afectación de la misma determinará la conveniencia de destinarla a un tipo u otro recurso, si bien existe la convicción generalizada de que deben existir más proyectos o trabajos ocupacionales/formativos, por cuanto son prácticas adecuadas para la mayoría de estas personas que coadyuvan, de una manera notable, a la normalización de las mismas. Es valorada como una técnica terapéutica que ayudaría a eliminar el estigma social y a la reducción de los efectos de la enfermedad, aménorando su alcance, con todas las consecuencias favorables que ello supone para el propio individuo, su entorno más inmediato y para el propio sistema sanitario, así como el resto de la sociedad.

18. ¿Conoce un modelo de atención integral a las personas con problemas de salud mental aplicado en otra CCAA que proponga como ejemplo a seguir en la nuestra. Explique brevemente su alcance?

La respuesta es unánime en cuanto al desconocimiento de otras realidades de atención que se consideren modelos a seguir, con lo que cabe preguntarse si ello se debe, bien a su inexistencia o desconocimiento real por falta de la debida difusión, o bien a que lo existente no se considera adecuada su "importación". En todo caso, sí se refiere en algunos supuestos tener conocimiento de los elementos/recursos necesarios para diseñar un buen modelo de atención integral.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

19. ¿Cómo valora el diseño de los planes de estudio en relación a los problemas de salud mental?

Con carácter general las asociaciones encuestadas carecen de conocimientos sobre la cuestión, refiriéndose por parte de una de las mismas su percepción de ser deficiente desde un punto de vista de su experiencia sobre la práctica diaria y por tanto mejorable. Es preciso tener en cuenta que los planes de estudio de enfermería en Asturias incluyen la especialización en enfermería psiquiátrica y de salud mental, que entre otros aspectos incluye la formación en salud mental, atenciones específicas al enfermo y a la familia. Se considera por parte de alguna asociación que los profesionales que se forman en salud mental (enfermeras, terapeutas etc.) en cantidad y con tiempo suficiente, deberían ocuparse exclusivamente de la atención de los pacientes correspondientes y los cometidos de su especialidad. Se aprecia que no infrecuentemente estos profesionales son designados a otros enfermos, y al revés, los pacientes con problemas de salud mental son atendidos por personal no formado específicamente.

Lo expuesto puede llegar a provocar disfunciones, tales como el que profesionales de enfermería que han sido formados en nuestra Comunidad Autónoma en la especialidad de psiquiatría, presten sus servicios en otras CCAA en las que no se imparten esta formación pero sí se exige dicha titulación para su contratación.

20. ¿Qué áreas dentro de la Salud Mental considera prioritarias para la investigación?

En este ámbito las opiniones son dispares, pero mayoritariamente orientadas a lo que podríamos denominar investigación clínica tras-

lacional (práctica), sobre estrategias e intervenciones comunitarias (programas de autocuidados, apoyos a las familias, terapias psicosociales y de lucha contra el estigma). Se valora de forma positiva la investigación farmacológica, pero se considera que puede estar sobrepriorizada y en todo caso, la biosanitaria debe responder a las necesidades reales de la población, creando grupos/redes de abordaje multidisciplinar y de importante entidad. En este sentido, se valora de suma importancia los programas de diagnóstico e intervención precoz, así como los relativos a la incidencia genética en diversas patologías. La formación para la investigación por parte de los profesionales, su motivación/reconocimiento y posibilidades reales de llevarla a cabo, mediante la asignación de tiempos y recursos suficientes, constituyen elementos clave para la planificación y ejecución de acciones de investigación eficaces y eficientes en esta materia.

21. ¿Conoce grupos de investigación en Asturias orientados al estudio de la Salud Mental desde una perspectiva sanitaria, tanto en su vertiente farmacológica (ensayos clínicos) como orientada a otros ámbitos de intervención terapéutica? Y en otros ámbitos de actuación no sanitarios.

Existe, con notables excepciones, un desconocimiento mayoritario sobre esta cuestión.

PARTICIPACIÓN.

22. ¿Esa Asociación ha formado parte de algún grupo de trabajo, o lo es actualmente, tendente a la elaboración de planes y programas de atención integral o sectorial para las personas con problemas de salud mental?

No existe una programación de participación o una comisión creada al efecto responsable de realizar sus aportaciones en los distintos planes, programas o estrategias que se pudieran llevar a cabo. La participación por parte de aquellas entidades que sí son tenidas en cuenta, son vistas como situaciones puntuales en relación a "alguna reunión específica" y en casos muy extraordinarios, para desarrollar algún programa concreto, pero como ha quedado antedicho, no existe una participación concebida sobre la base de miembros de pleno derecho de un órgano concreto, con unas facultades específi-

cas y que manifieste su conformidad o su posicionamiento con respecto a todos aquellos instrumentos utilizados por la Administración para poder desarrollar sus políticas ante la Salud Mental en Asturias.

Por consiguiente, el grado de conformidad y por tanto de satisfacción de las asociaciones implicadas es bajo, dada la escasa participación existente. No existe y se valora de importancia, la conformación de un Consejo Asesor/Comisión Técnica Asesora que participe en los distintos planes/estrategias/decisiones que pudiera adoptar la Administración en esta materia. Dentro de un organismo de este tipo, se considera que deberían estar representados al menos, las personas afectadas por el problema de salud, los familiares, los profesionales de la salud mental, de bienestar social, de educación, de salud, de vivienda, de empleo y técnicos de intervención del mundo asociativo.

23. Realice por favor las observaciones o comentarios que considere adecuados en relación a cualquier otro asunto objeto del cuestionario y que no haya sido objeto de pregunta específica.

En este punto resumidamente se han destacado las siguientes consideraciones:

- 1º Es fundamental la lucha contra el estigma y la discriminación hacia las personas con problemáticas de salud mental.
- 2º Se debe continuar con los programas de apoyo a sus familias.
- 3º Se considera esencial incrementar y mejorar los recursos existentes y en particular los equipos de tratamiento asertivo comunitario y los recursos de alojamiento intermedios.
- 4º Se hace necesario fomentar la coordinación entre servicios (salud mental, servicios sociales, entidades sociales...).

7.2. CUESTIONARIO A PERSONAS CON PROBLEMA DE SALUD MENTAL Y FAMILIARES

Como se ha expuesto con anterioridad, por parte de esta Defensoría se realizaron entrevistas, análogas a la anterior, con ciudadanos usuarios de los servicios de salud mental, así como con sus familiares, siendo sus consideraciones muy similares a las recogidas en el apartado anterior, razón por la que en este apartado no se reproducen de nuevo y literalmente las cuestiones que integran el respectivo cuestionario, sino que se exponen las que determinan una valoración adicional a las conclusiones anteriores:

1ª. Los primeros accesos al sistema sanitario de salud mental se producen a menudo a través de profesionales del sector privado. Esta circunstancia se manifestaba con mayor asiduidad, cuanto más alejada en el tiempo tuvo lugar la demanda asistencial. En la práctica totalidad de los casos la atención sanitaria es efectuada con posterioridad a través del Sistema Público de Salud.

2ª. Existe una gran confianza por parte de las personas usuarias de los servicios de salud mental, como de sus familiares, hacia los profesionales que tienen asignados sus procesos asistenciales, facilitándose, siempre que se considera necesaria, la elección de un nuevo profesional. Con respecto al tratamiento farmacológico, una vez que existe consciencia de la enfermedad por parte de la persona aquejada del problema, existe una importante adherencia al mismo, así como una gran preocupación por parte de los familiares. Si se aprecia una notable preocupación por los efectos secundarios (aumento de peso, pérdida de agudeza y capacidad intelectual...) que la ingesta de la medicación en muchas ocasiones les conlleva.

3ª. Existe general conformidad con la accesibilidad al sistema sanitario, tanto en la fijación de las consultas programadas o de seguimiento, como con respecto a las que son consecuencia de situaciones urgentes que se pudieran generar.

4ª. La calidad asistencial desde el punto de vista de los profesionales intervinientes es valorada de forma positiva. La relación médico-

paciente es considerada, con carácter general, satisfactoria. La duración de las consultas se concibe adecuada.

Desde el punto de vista de los familiares y entendiendo éstos los problemas de la confidencialidad de la información y otros datos de carácter personal, aprecian que en ocasiones los profesionales no son tan accesibles como les gustaría, teniendo la impresión de que pueden ser vistos, en ocasiones, como elementos obstaculizantes del proceso asistencial/rehabilitador seguido con la persona enferma, cuando en su opinión e igualmente con carácter general, constituyen un pilar básico para el tratamiento/control/superación del problema de salud.

Tanto por parte de los familiares, como por parte de los ciudadanos usuarios de los servicios, se aprecia la necesidad de un abordaje complementario del problema de salud desde el punto de vista de potenciar la atención psicológica/terapéutica.

5ª. Con respecto a los tratamientos farmacológicos prescritos, con carácter general se considera que existe suficiente información sobre sus indicaciones, efectos secundarios, finalidad y posología. La mayor preocupación, como se ha manifestado, se encuentra en el control sobre un posible abandono del mismo y las consecuencias de recaída grave que ello puede suponer, mostrándose partidarios del establecimiento de medidas control-imposición a tal fin.

6ª. Con respecto a los recursos/dispositivos/centros existentes, aún valorando los esfuerzos realizados con la apertura de los centros de atención integral de Montevil y Luarca, que se consideran modelos a seguir, se consideran insuficientes. Existen aspectos ya referidos en el apartado anterior que se consideran no tienen la suficiente cobertura (alojamientos tutelados con diferente nivel de autonomía, alojamientos para personas mayores, dispositivos y programas para la atención infanto-juvenil).

Existe igualmente la impresión generalizada por parte de los propios usuarios de los servicios y sus familiares de que los dispositivos existentes para la atención de los episodios agudos de la enfermedad no destinan recursos materiales con la misma calidad y confortabilidad que para el resto de los pacientes. Especial consideración sobre este tema merece el Hospital de Jove, sobre el que existen disconformida-

des tanto por la ubicación del espacio destinado a la atención de este problema de salud, como con respecto al mobiliario, máxime cuando el existente en el resto de las dependencias hospitalarias ha sido renovado no hace más de cinco/seis años, quedando precisamente el correspondiente a esta área sin llevarse a cabo la renovación.

7ª. Se valoran de especial importancia, tanto por las personas usuarias como sus familias, los programas de rehabilitación terapéutica y ocupacional desarrollados, considerándose que deben ser potenciados.

8ª. Como ya se ha manifestado con anterioridad, se quiere incidir de nuevo en la necesidad urgente, dada su casi inexistencia, de establecer programas y dispositivos específicos para la atención infanto-juvenil con problemas de salud mental. No se conoce la existencia de programas ocupacionales y de apoyo al ámbito educativo para este colectivo.

9ª. Una preocupación constante de los familiares de las personas con problemas de salud mental es qué ocurrirá con los mismos cuando ellos “ya no estén” o no puedan prestarles la debida atención, con especial incidencia en relación al tema del alojamiento/vivienda. En este sentido, existe un doble posicionamiento: por un lado, el profundo deseo de que los recursos públicos estén articulados de tal manera que se dé solución real a esta problemática, actualmente insuficiente; por otro, la necesidad de un asesoramiento técnico sobre cuales son las alternativas existentes, para optar por aquéllas que mejor se acomoden en relación a su familiar aquejado del problema de salud.

10ª. No se aprecian, por las propias personas con problemas de salud mental y sus familiares, discriminaciones por razón de sexo, tanto en sus comportamientos diarios, como en los accesos a los diferentes recursos y programas orientados a los mismos.

11ª. Se consideran totalmente insuficientes los programas formativos orientados al empleo; igualmente no se tiene conocimiento de que existan empresas de inserción social/centros especiales de empleo para este colectivo de personas, siendo muy raras las ocasiones en las que se producen contrataciones laborales. Con independencia de que cada situación responde a un perfil diferente, se valora fundamental la contratación a tiempo parcial de estas personas o la

realización de programas ocupacionales y orientados al empleo bajo dicha modalidad temporal, por sus propias características de salud. Igualmente son valorados de forma muy positiva los programas de ocio y tiempo libre.

12ª. Existe un gran interés por parte de los familiares y usuarios de los servicios de salud mental en que las asociaciones que les representan en defensa de sus intereses sean tenidas en consideración para elaborar la planificación de los recursos (dispositivos/programas) orientados a la Salud Mental. Igualmente se considera necesario que dichas asociaciones sean conocedoras de la ejecución y evaluación de resultados de los mismos, todo ello fundamentado en que son agentes del sistema, plenamente conocedores de la realidad cotidiana sobre esta materia y que pueden y quieren aportar toda su experiencia en beneficio de las personas aquejadas de dicha problemática, que son precisamente sus familiares. Existe por tanto un fuerte interés directo en la búsqueda de aquellas “soluciones” que mejor se ajusten a sus demandas.

Íntimamente relacionado con lo anterior, se muestran totalmente partidarios de que exista un apoyo constante a las Asociaciones de Familiares y Usuarios, no solo como consecuencia de la participación en los asuntos públicos que por razón de su ciudadanía les corresponde, sino también por el hecho de que desde las mismas se abordan programas y se desarrollan actuaciones que no son, en general, asumidas por la Administración Pública, especialmente en lo relativo a lo sociosanitario y formativo-ocupacional.

7.3. CUESTIONARIO ÁMBITO ADMINISTRATIVO Y JUDICIAL

Como igualmente se ha manifestado anteriormente, por parte de esta Defensoría se remitió un cuestionario a los tres Ayuntamientos con mayor población de Asturias, a la Delegación del Gobierno en Asturias, al Tribunal Superior de Justicia, desde donde se remitieron respuestas correspondientes a un Juzgado de Familia, Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, Psicólogos adscritos al mismo y al Instituto de Medicina Legal y Forense, en orden a poner de manifiesto su visión sobre las dificultades que venían apreciando en la práctica diaria de su actividad en relación a esta temática. Sus conclusiones se van exponiendo a continuación:

1. ¿Considera que existe falta de información sobre los Derechos de la ciudadanía en relación a los recursos y servicios de salud mental en general?

2. ¿Considera que las personas con problemas de salud mental, así como las personas que conforman la red soporte de apoyo –habitualmente familias- conocen los derechos que les asisten en relación a las situaciones que se pueden generar como consecuencia del citado problema y que pueden derivar en un procedimiento judicial de distinta naturaleza?

Existe una posición mayoritaria que considera que efectivamente hay falta de información a la ciudadanía y la que se facilita se ofrece de forma descoordinada, así como en las actuaciones desarrolladas a tal fin, por lo que se consideran necesarias estrategias conjuntas de difusión de estos derechos. Como consecuencia de ello, el conocimiento por parte de la población afectada sobre sus derechos y distintas posibilidades de actuación, viene siendo adquirido por la propia experiencia de las situaciones previamente vividas.

3. ¿Considera que existe falta de información, dispersión y ausencia de coordinación en los recursos actualmente existentes y en el funcionamiento de las distintas organizaciones implicadas (sanitaria-servicios sociales-vivienda-justicia- cuerpos de seguridad del Estado y Locales) en relación a las cuestiones que se puedan derivar en materia de Salud Mental?

Se considera que la información y la coordinación son susceptibles de una importante mejora. Se valora que las instituciones implicadas disponen de la información precisa, pero la misma no se comparte, ni se coordina, ni se forma a los propios profesionales sobre el procedimiento a seguir. Se considera de importancia la fijación de las competencias de cada entidad actuante y el procedimiento a seguir, pese a que existe un protocolo de funcionamiento. Sobre este particular, se desea destacar por esta Defensoría el hecho de que, aún cuando se sostiene que entre los servicios de Salud Mental y los Cuerpos de Seguridad no debe existir descoordinación, ya que desde el año 2002 está en vigor un Protocolo de atención urgente y traslado de personas con posible enfermedad mental que implica a todos los estamentos, sin embargo desde algún Ayuntamiento se refiere carecer de información, manteniendo la percepción subjetiva de que falta la transmisión necesaria de información mutua con los Servicios Sociales.

Se considera necesario hacer una red bien estructurada e interrelacionada, en la que la labor de la información al paciente y a sus familiares se considera fundamental, dando a conocer todo el entramado asociativo que ayuda a estos enfermos y familias, la información de los servicios sociales, los mecanismos que existen para evitar un proceso judicial, los centros de rehabilitación, terapia u ocupacional, los seguimientos que se deben hacer, como se hacen los procesos judiciales, las medidas de apoyo que pueden tener estas personas etc.

4. ¿Cuáles son las necesidades que en su opinión se encuentran sin la debida cobertura social?

Existe una diversidad de apreciaciones sobre este particular. Por un lado, se refiere la necesidad de más dispositivos de atención sanitaria y sociosanitaria. Por otro, se señala igualmente la conveniencia de establecer/reforzar los equipos de apoyo domiciliario. Hay quien propone que, a tenor de la experiencia acumulada, según la cual las intervenciones por problemas de salud mental graves se deben mayoritariamente al abandono de la medicación, se deben crear dispositivos/atribuir a los existentes/ que lleven a cabo dicha labor de control para efectuar una intervención inmediata y eficaz en el caso de necesidad.

Desde alguna organización se valora y cree que se debe potenciar, el papel que pueden desarrollar los servicios sociales para que, una vez

establecidos los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación entre todos los agentes intervinientes de cada Sistema, según sus competencias, por parte de los mismos se asuma una función relevante en orden a garantizar la atención integral y normalizada desde el soporte de cada Sistema, realizando el seguimiento social del *"traje a medida"* que le fue diseñado a cada persona, fundamentando dicha consideración en razones de proximidad, conocimiento de las condiciones del entorno y de los recursos existentes en el mismo y por su conocimiento de la realidad familiar.

Se considera fundamental que a estas personas se les trate desde un principio como personas que tienen, inicialmente, plena capacidad jurídica y de obrar; y que en función de las circunstancias de cada caso -familiares, sociales, económicas, laborales, médicas, etc- se vaya determinando realmente qué es lo que pueden hacer por sí solas y lo que no, qué medidas de apoyo necesitan, qué centros se pueden poner a su disposición y redes de apoyo a sus familias, y qué seguimientos cabe hacer de su vida; todo ello para ir ajustando, posterior y paulatinamente, esas medidas de apoyo a la evolución que, como persona y enfermo, va teniendo. Ello supone que el recurso directo a la incapacitación, no puede ni debe ser la práctica a seguir de forma inmediata.

En el ámbito estrictamente penitenciario (y en relación a aquellas personas ingresadas en dichos centros, aquejadas de problemas de salud mental que merecerían otra atención en centros específicos) la necesidad fundamental es la de conseguir una adecuada atención psiquiátrica, teniendo en cuenta que en muchos casos en que podría darse aplicación al régimen de sustitución de penas privativas de libertad por medidas de seguridad, tal posibilidad deviene ineficaz ante la inexistencia de centros en los que pueda compatibilizarse la atención psiquiátrica con las medidas de contención necesarias para asegurar la custodia del interno, en particular, en aquellos casos en que consta un diagnóstico de peligrosidad social. De hecho, en la práctica, en casos puntuales en que dicha sustitución ha sido aprobada al amparo del art. 60 del Código Penal, no cabe sino acordar el internamiento en Centro psiquiátrico penitenciario, de tal manera que se sustituye una pena de prisión que se cumple en Centro penitenciario por una medida de seguridad de internamiento que solo puede hacerse efectiva con garantías en otro Centro penitenciario. A esta situación se une el hecho de que los Centros penitenciarios, y concretamente el de

Villabona, no disponen de Unidades Psiquiátricas de tal manera que los internos, o bien hacen vida en régimen ordinario en los módulos existentes o en el caso de patologías más graves o con mayor grado de agresividad son destinados al módulo de enfermería; solo en algunos casos y previa valoración de la situación del interno es destinado a la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro. Precisamente esa ausencia de Unidades Psiquiátricas en Centro penitenciario obliga a que en aquellos casos en que se impone una medida de internamiento privativa de libertad, la misma tenga que ser cumplida en un Centro Psiquiátrico Penitenciario, existiendo en todo el territorio nacional únicamente dos Centros de tales características, uno en Alicante y otro en Sevilla. El destino de un interno a tales Centros conlleva, además, el consiguiente desarraigo familiar.

5. ¿Cuáles son los puntos débiles desde el punto de vista de la práctica jurídica (civil-penal-penitenciario) en relación a los problemas de Salud Mental?

Desde las instituciones se reconoce una falta de instrumentos adecuados para el control de los seguimientos de los tratamientos médicos. Se aprecia igualmente una saturación y lentitud de los trámites judiciales, al igual que ocurre en otros asuntos del mismo orden jurisdiccional civil y en los restantes órdenes jurisdiccionales, imputándose a la insuficiencia de recursos materiales y humanos destinados a estas labores; hay quien sostiene, asimismo, la complejidad de los procedimientos arbitrados.

6. ¿Cuáles son los aspectos que en su opinión se encuentran con un adecuado nivel de protección social y normativo?

Sobre este extremo apenas existen pronunciamientos y los que lo realizan desean reafirmar la propia labor desempeñada por la propia institución a través de su Policía Local.

7. Enumere los instrumentos y su finalidad, disponibles en el ordenamiento jurídico civil para abordar situaciones de Salud Mental.

Existen instituciones que no refieren los mismos. En todo caso existe alguna entidad que se posiciona en el sentido de que la regulación

actual de los ingresos y tratamiento involuntarios, deben ser mejorados. Se considera que se debe dar preferencia a los tratamientos ambulatorios involuntarios, con las debidas garantías, para evitar los ingresos en las unidades psiquiátricas.

8. Enumere los instrumento y su finalidad, disponibles en el ordenamiento jurídico penal para abordar situaciones de Salud Mental.

Existen instituciones que no refieren los mismos. En todo caso los pronunciamientos efectuados se muestran conformes con la regulación actual en la materia, no así con los dispositivos y recursos existentes a tal fin.

9. ¿Qué grado de satisfacción mantiene con respecto a la regulación actualmente existente para los ingresos y tratamientos involuntarios?

Se valora necesaria la medida, si bien se siguen observando deficiencias en su articulación, hasta el punto de que se refiere la necesidad de establecer protocolos de funcionamiento, lo que evidencia el desconocimiento del existente desde el año 2002. Igualmente se considera necesario establecer la figura del tratamiento involuntario ambulatorio, mediante los oportunos protocolos de coordinación entre los agentes implicados.

10. ¿Considera necesario un Protocolo de actuación en materia de internamiento no voluntario urgente en el que se coordine la labor que deben desempeñar los Servicios Sociales, Servicios Sanitarios, Policías Locales y del Estado, Fiscalía y Juzgados?

Se pone de manifiesto la existencia, desde agosto de 2002, del Protocolo de Atención Urgente y Traslado de Personas con posible Enfermedad Mental y se considera esencial que sea conocido por todos los operadores implicados, reiterando sus disposiciones mediante circulares o programando jornadas o cursos dirigidos a todos ellos.

12. ¿Qué grado de necesidad observa para el establecimiento de una normativa administrativa específica que ampare el establecimiento de medidas de seguimiento/revisión periódica

en el tratamiento farmacológico de las personas con problemas de salud mental, dentro de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)?

Se valora necesario con la participación de todas aquellas personas implicadas en la cuestión (servicios sanitarios, sociales, familias). Sus consecuencias serían muy beneficiosas para las propias personas con este problema, así como para su entorno inmediato.

13. ¿Qué grado de necesidad observa para el establecimiento de una normativa que contemple el tratamiento judicializado forzoso para procesos ambulatorios (fuera de los supuestos de un proceso de incapacitación-artículo 762 Ley Enjuiciamiento Civil)?

Como ha quedado anteriormente manifestado, se considera necesario establecer la figura del tratamiento involuntario ambulatorio, mediante los oportunos protocolos de coordinación entre los agentes implicados.

14. ¿Considera recomendable que las asociaciones de enfermos mentales se puedan constituir en entidades tutoras de aquellas personas con problemas de Salud Mental que ha sido declarada su incapacidad?

Se detalla desde el ámbito judicial que en un porcentaje muy elevado se solicita la incapacidad absoluta, en base simplemente a la enfermedad o deficiencia que padece la persona. Pero casi nunca se informa por el solicitante de la medida sobre cual es el entorno social y familiar de esa persona que motiva esa modificación de la capacidad, en qué va a mejorar la vida de esa persona si se estima la demanda, qué medidas de apoyo necesita, cómo es la vivienda en la que habita, qué apoyos sociales tiene.

Se valora como recomendable articular los medios que posibiliten, si no la asignación de cargos tutelares, si al menos la intervención y colaboración de las Asociaciones de Enfermos Mentales en la actividad encomendada a los tutores. Desde otros ámbitos se considera totalmente factible que las asociaciones de familiares de enfermos realicen esta tarea, estableciéndose los oportunos controles de calidad y apoyos para llevarlo a cabo.



15. ¿Considera preferible que existan Agencias públicas de tutela para proteger a personas en situación de desamparo y en proceso de incapacitación legal?,

La conclusión que se alcanza sobre este extremo es que debería valorarse cada caso concreto en función de las circunstancias concurrentes. Se aprecia que puede ser más operativa y cercana una asociación, pero más estable y profesional una entidad pública.

Como **observaciones de carácter general efectuadas de forma adicional** por las entidades participantes se pueden destacar las siguientes:

- 1º Sería muy interesante incluir dentro de los planes de formación continua de las Policías actuantes en los traslados de personas con problemas de salud mental, acciones formativas específicas que permitieran mejorar las intervenciones realizadas.
- 2º Se considera que el peso central de las actuaciones desarrolladas para el traslado involuntario de una persona debe recaer sobre los servicios sanitarios, dado que la intervención de las fuerzas y cuerpos de seguridad es de apoyo a dicha actuación asistencial.
- 3º Se sigue considerando que al lado de la enfermedad mental existe aún una serie de mitos, prejuicios y miedos que se descubren tanto entre los profesionales de instituciones, como en la sociedad en general, lo que provoca una actitud de rechazo, un “no querer saber” de aquello extraño que nos da miedo o molesta. Ello afianza y hace difícil superar la exclusión social que padecen muchas de estas personas aquejadas de este problema de salud.
- 4º Se tiene la apreciación de que el marco legal actual no avanza al mismo ritmo que las necesidades que plantea este colectivo, sus familiares y profesionales, respecto al reconocimiento y equiparación de derechos, como cualquier ciudadano.
- 5º Necesidad de articular y garantizar, con las oportunas modulaciones, el seguimiento específico de las personas que padezcan un problema de salud mental y que han dado muestra de no adherencia al tratamiento médico prescrito.

6º Se ha constituido en Asturias un foro multidisciplinar, que ha realizado algunos trabajos en esta dirección: está trabajando en un protocolo para llevar a cabo el tratamiento involuntario, dar a conocer los medios que existen en nuestra Comunidad Autónoma, se han realizado jornadas divulgativas, y desarrollado encuentros con el ánimo de poner en marcha/perfeccionar la coordinación de todos los estamentos y profesionales que trabajan con las personas con problemas de trastorno mental grave y duradero. Se debe crear una red de trabajo entre Servicios Sociales, juzgados especializados, centros de salud, unidades psiquiátricas, etc.

7.4. ASPECTOS DE ESPECIAL RELEVANCIA

Dentro de este apartado del informe destinado al análisis de la situación actual con respecto a la atención prestada desde las Administraciones Públicas a las personas con problemas de salud mental, se ha considerado oportuno por esta Defensoría hacer una mención particular, por su propia especificidad e importancia manifestadas por todos los agentes intervinientes en el mismo, a tres cuestiones que, en opinión de esta Institución, exigen un tratamiento diferenciado, dada la situación de especial protección y necesidad en que se encuentran las personas que son acreedores de dicha protección (menores y personas privadas de libertad) y la relevancia que el modo y el énfasis que se ponga en afrontar la misma (el estigma), conlleva para la “normalización social” de este colectivo. Una apuesta clara y firme por parte de las Administraciones Públicas implicadas en la materia, a favor de la superación de las dificultades que dichas situaciones conllevan, supone, en opinión de esta Procuradora General, un posicionamiento a favor de una asistencia o intervención pública de calidad y a satisfacción o en conformidad de la ciudadanía, corolario último de participación de la misma en los asuntos públicos y expresión del Estado de Bienestar que nos hemos dado. Las temáticas específicas son:

- a) La salud mental de la infancia y adolescencia.
- b) El estigma y los problemas de salud mental.
- c) Las personas que padecen un problema de salud mental y se encuentran privadas de libertad.

7.4.a. La salud mental de la infancia y adolescencia.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 20 establece literalmente que “Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará 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.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”.

Se incluye bajo el concepto de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia un conjunto definido de patologías mentales que tienen o pueden llegar a tener una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que los padecen, al comprometer su evolución, dada la gravedad de su clínica y la persistencia en el tiempo, afectando también gravemente a la vida familiar, la escolar o laboral y la social, produciendo una importante desadaptación.

Las necesidades en salud y servicios de los niños y adolescentes con este problema de salud son muy importantes, teniendo un impacto relevante en la red de salud mental, especialmente en el trabajo clínico (tanto en el enfoque asistencial, como en el diagnóstico y en el tratamiento), por requerir una identificación precoz del trastorno y que el diagnóstico y el tratamiento se adapten especialmente a sus necesidades, mediante un programa de atención específico y complejo que incluya intervenciones multidisciplinares (equipos multidisciplinares), así como planes de tratamiento a corto, medio y largo plazo.

Sobre este extremo ya ha quedado apuntado con anterioridad, la percepción de la ciudadanía de la insuficiencia de recursos (profesionales y dispositivos) específicos para la atención a los menores con problemas de salud mental. La pregunta que se formulan los familiares y asociaciones es la siguiente: Si un menor no tiene el mismo comportamiento ni necesidades que manifiesta un adulto, ¿por qué la asistencia sanitaria en sentido amplio no es diferenciada?

Las familias reclaman una mayor especialización en los profesionales y en los recursos/dispositivos para el tratamiento de los menores con problemas de salud mental. En este punto, tal y como ha quedado antedicho, se manifiesta una absoluta falta de dispositivos específicos para estas personas, que precisamente se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, por su edad; obviando la existencia del Centro de Salud Mental (infanto-juvenil) en las Áreas Sanitarias en las que existiesen (4 sobre 8), tan sólo se refiere la existencia de una



unidad en el Hospital Central de Asturias para la hospitalización en las fases agudas de la enfermedad, sin que existan otro tipo de dispositivos y programas orientadas a otras situaciones distintas a la anterior.

Al margen de experiencias singulares y concretas, no cabe afirmar la existencia de una dotación generalizada de programas sanitarios de atención específica para los menores con este problema de salud.

En otro orden de cosas, no se debe obviar que un niño con un problema de salud mental grave necesita igualmente el poder disfrutar de la escolarización, puesto que se trata de un derecho fundamental del que la ciudadanía es titular, estableciéndose en todo caso la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza básica (artículo 29 de la Constitución Española). Por tanto, las necesidades educativas especiales que se pudieran presentar, deben ser abordadas por la Administración Educativa.

Como complementos imprescindibles para una atención integral y especializada para este colectivo de personas, se consideran la existencia de programas específicos de atención (detección-asistencia-rehabilitación), recursos de respiro familiar y de atención domiciliaria y centros/unidades de rehabilitación psicosocial debidamente adaptados a las necesidades específicas de los menores (niños y adolescentes).

Igualmente en este aspecto relativo a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental, como en los restantes segmentos poblaciones con idéntica problemática, se refiere la necesidad de un trabajo coordinado desde el ámbito sanitario, de servicios sociales y educativo.

Una cuestión igualmente suscitada por las familias y asociaciones es la necesidad de que los programas formativos pregrado y laborales/postgrado, de las diferentes disciplinas académicas implicadas en esta temática (medicina, enfermería, psicología...) contemplen la atención sanitaria infanto-juvenil.

Por último y no por ello mucho menos importante, sino al contrario, se ha manifestado por las familias y asociaciones la necesidad de adaptar el protocolo a seguir para los ingresos hospitalarios involuntarios a este tipo de situaciones, especialmente en lo que se refiere a la intervención de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, por lo traumático de la situación y el estigma que supone, ya en fases tempranas de la vida.

7.4.b. El estigma y los problemas de salud mental.

El estigma, utilizando la acepción recogida en el documento titulado “La reducción del estigma de las personas con enfermedad mental grave en la asistencia sanitaria, síntesis y conclusiones (FEAFES-Ministerio de Sanidad y Consumo)”, podríamos definirlo como *“el juicio peyorativo hacia las personas con enfermedad mental. Marca o etiqueta que se pone a estas personas”*. Esta marca o etiqueta social, *“es una herencia de siglos de incomprensión, de una mentalidad proclive a encerrar al loco y alejarlo, en lugar de prestarle apoyos”* (Verónica Robledo y M^a Jesús Ruíz). El estigma empeora la calidad de vida, afectando negativamente a las oportunidades de educación e integración laboral, interfiriendo en los esfuerzos de rehabilitación, empobreciendo y debilitando la red social de estas personas y de sus familiares. Por tanto, no es exagerado manifestar que los procesos de integración social se ven frenados por el fuerte estigma social que estas personas soportan.

Sobre las razones que dan lugar al mismo, se sostiene en primer lugar que la sociedad desconoce la enfermedad mental y este desconocimiento les produce miedo, desconfianza y rechazo, como reacción primaria del ser humano. Podemos valorar también la voluntad deliberada imperante en algunos comportamientos de nuestra sociedad de no querer considerar, ni “preocuparse”, por aquellas cuestiones que no se acomodan a nuestras realidades cotidianas y nuestro estilo de vida. De esta forma, no se considera a las personas con un problema de salud mental de la misma forma que a otras personas con otro tipo de problema. El estigma además no sólo alcanza a la persona con trastorno, sino que llega al grupo familiar, al que en ocasiones se le hace sufrir vergüenza y procura el ocultamiento de la situación.

El papel que desempeñan los medios de comunicación se considera crucial en este aspecto, que deben huir de la espectacularidad y simplicidad de sus mensajes. El uso adecuado del lenguaje se manifiesta por tanto fundamental en esta cuestión; así no parece adecuado tildar/ clasificar a las personas por el problema de salud que padecen. A veces los acontecimientos que se convierten en noticia en relación con las personas que padecen un problema de salud mental se suelen relacionar con la violencia, apreciándose como muy necesario romper la falsa relación que se establece entre problema de salud mental y violencia. La



relación entre persona con un problema de salud mental grave, como pudiera ser la esquizofrenia, y conducta violenta, en todo caso imprevisible e incontrolable, suele estar muy afianzada en la creencia social. Para aminorar los efectos de estas situaciones, por parte de alguna Asociación como FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) se han elaborado guías de estilo para su utilización por los medios de comunicación. Parece por tanto muy aconsejable su utilización por la ciudadanía en sus diferentes relaciones sociales y especialmente por los medios de comunicación, quienes además deberían, periódicamente, difundir programas informativos en los que se ofrezca una imagen positiva y equilibrada (frente al habitual tratamiento negativo y desajustado) de las personas con problemas de salud mental graves, como ciudadanos con derechos y posibilidad real de desempeñar roles sociales con normalidad y por tanto, obviando el enfoque exclusivamente de pacientes/personas enfermas.

Con la reforma de la atención psiquiátrica se devolvió a la comunidad su responsabilidad sobre la atención; pero la atención comunitaria debe proporcionar recursos de la misma naturaleza, dispositivos y programas, accesibles, diversificados y orientados a la rehabilitación/recuperación integral, no sólo desde un punto de vista estrictamente sanitario, sino atendiendo también a aspectos relativos al alojamiento, el empleo u otras actividades ocupacionales, de las personas con el problema de salud mental. Evitar la violencia en las personas con un problema de salud mental grave y el estigma que se deriva de esta situación, se consigue mediante la mejora de los tratamientos y recursos disponibles, procurando la adherencia y frecuentación a los mismos por parte de las personas que requieren su utilización, así como afrontando la exclusión social/marginalidad de determinados grupos de población.

Cabe citar en este punto que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007) propone como primera de sus líneas estratégicas la *"Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental"*. Para ello plantea, entre otras, las siguientes medidas:

- La inclusión entre los planes y programas ministeriales, de acciones concretas que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización.

- La revisión y actuación sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.
- Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus propios protocolos y procedimientos encaminados a fomentar la integración y evitar el estigma.
- El ingreso de las personas con problemas de salud mental en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en los hospitales, a las que podríamos sumar hoy en día las unidades intermedias, si así fuera posible.
- La realización de actuaciones dirigidas a fomentar la integración mediante la concienciación de los profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales del ámbito educativo y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familiares.
- Las unidades de psiquiatría hospitalarias adecuarán progresivamente sus espacios, equipamientos, mobiliario, personal y organización interna, a las necesidades particulares de sus pacientes. Entre dichas necesidades, además de las propiamente asistenciales se tendrán en cuenta las de ocio, las de relación, de participación, con respeto en todo caso a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.

Otras acciones y propuestas de mejora que se consideran desde otros foros en relación al estigma son las siguientes:

- Trato normalizado hacia estas personas por parte del resto de la ciudadanía. Visión normalizada de estas situaciones desde los medios de comunicación, como medio idóneo de concienciación constante para crear opinión y sensibilidad en la cuestión. Los problemas de salud mental sólo tienen que ser observados como enfermedad grave y duradera en algunos supuestos, teniendo en cuenta además la existencia de distintos grados o niveles de gravedad, siendo tratables en todo caso y posible la recuperación total o parcial.
- Mayor formación especializada de los profesionales sanitarios que se relacionan con estas situaciones, especialmente cuando el ciu-

dadano no se encuentra aún diagnosticado y no ha sido derivado a la red de salud mental.

- Mayor formación/investigación de los profesionales de la red de salud mental especialmente en lo relativo al diagnóstico precoz, posibilitando con ello una aminoración de los efectos de la enfermedad por su abordaje “a tiempo” y en relación a los tratamientos.
- El establecimiento de indicadores de observación y evaluación sobre la prevalencia de acciones estigmatizantes.

Como factores de evolución favorable hacia la reducción del estigma se ha considerado los siguientes:

- La inclusión de la asistencia psiquiátrica en la red sanitaria, como una especialidad más.
- El hecho de que la especialización de los profesionales se realice como el resto de especialidades, a través del sistema del MIR.
- La inclusión de rotación en los servicios de salud mental en la formación de los médicos de familia.
- La “popularización” de la asistencia, ya que acudir al psiquiatra o al psicólogo ha dejado de ser peyorativo para un segmento importante de la población.

7.4.c. Las personas que padecen un problema de salud mental y se encuentran en un establecimiento penitenciario.

En la actualidad, parece existir consenso general en que, sea como fuere, está claro que las personas más vulnerables o que se mueven en un entorno relacionado con la exclusión social, tienen más posibilidades de entrar en el círculo delictivo y, por lo tanto, en el sistema penal-penitenciario. Dicho de una forma más gráfica, los Centros Penitenciarios se nutren principalmente de personas que se han desarrollado en un contexto desfavorecido o excluido socialmente.

Siguiendo el estudio de CERMI titulado “Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España”, no parece en absoluto

aventurado el sostener, con carácter general, que el ingreso en prisión de una persona con un problema de salud mental puede ser entendido como el resultado de un fracaso de la sociedad en los recursos y dispositivos de prevención, y esto debe ser tenido en cuenta por todos los actores sociales, ya que la mejor política de seguridad es una buena política social que favorezca la inclusión y la normalización en sus entornos comunitarios de las personas con discapacidad (y un problema de salud mental grave y duradero lo es).

El centro penitenciario es una institución que en el ordenamiento jurídico actual cumple o debe cumplir, en mayor o menor medida, dos funciones principales: una relacionada con la custodia para el cumplimiento de la pena de privación de libertad y otra con la provisión al preso, de servicios denominados de 'tratamiento', dirigidos a facilitar su reinserción social.

La normativa penitenciaria europea, recoge una serie de principios fundamentales que se reflejan en la Recomendación (2006) del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las reglas penitenciarias europeas. Esta normativa establece ciertos principios fundamentales:

1. Las personas privadas de libertad deben ser tratadas en el respeto de los derechos humanos.
2. Las personas privadas de libertad conservan todos los derechos, salvo aquellos que les hayan sido retirados de acuerdo con la ley por su condición de condenados a una pena de prisión o sometidos a prisión provisional.
3. Las restricciones impuestas a las personas privadas de libertad estarán limitadas a un estricto criterio de necesidad y deben ser proporcionales a los objetivos legítimos para los que se han impuesto.
4. Cada detención debe ser de manera que facilite la reintegración en la sociedad libre de las personas privadas de libertad.
5. La cooperación con los servicios sociales externos y, en tanto que sea posible, la participación de la sociedad civil en la vida penitenciaria debe garantizarse.



6. El personal penitenciario tiene una importante misión de servicio público y su selección, su formación y sus condiciones de trabajo le deben permitir proporcionar un elevado nivel de prestación de servicio a los detenidos.

La Constitución Española, en su artículo 25.2, establece las condiciones fundamentales que deben caracterizar la intervención de los servicios penitenciarios. Concretamente, indica que las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas a la reinserción social. Además, indica que a excepción de los derechos limitados por el juez, el penado goza de las mismas garantías y derechos que cualquier otro ciudadano, esto es por ejemplo, derecho al trabajo, seguridad social, sanidad, cultura, etc.

El espacio penal-penitenciario en España se encuentra delimitado principalmente por tres normas: la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (CP), la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP).

En la actualidad, existen dos instalaciones denominadas Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, creado en 1984 y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, creado en 1990. Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios son recursos alternativos para aquellos casos en que una persona con enfermedad mental es objeto de sentencias de internamiento, sin imposición de pena. Estas instalaciones cumplen una doble función; como instalaciones vinculadas a la red penitenciaria suponen centros encomendados para la custodia de aquellas personas no imputables que cumplen medidas de seguridad privativas de libertad. Además son instalaciones que forman parte de la red de atención sanitaria y por lo tanto prestan servicios asistenciales, de tratamiento y rehabilitación de los internos. El tipo de asistencia sanitaria que se presta en estas instalaciones ha de ser equivalente a la disponible para el resto de la población.

Siguiendo el estudio titulado “La Asistencia a los Trastornos Mentales Graves de Presos en Asturias” del que es autor el Dr. D. Luís Bastida Ribas, Psiquiatra consultor Centro Penitenciario de Villabona, “los Trastornos Mentales Graves incluyen todos los diagnósticos del espectro psicótico, salvo los episodios psicóticos breves y aislados, además

de los trastornos más graves de la personalidad. La consideración de Trastorno Mental Severo añade cronicidad al término, aunque, en cualquier caso, el deterioro en el nivel de funcionamiento global resulta clave para que una persona sea etiquetada como tal. También estas dolencias, que en ocasiones no lo son tanto para el sujeto como para quienes le rodean, parecen excesivamente representadas entre la población presa (6-16%) si la comparamos con la población general (2-3%). Muchos de estos internos, usando el término oficial, presentan patología dual asociada, es decir, son consumidores problemáticos de drogas. En estos casos, a la propia gravedad del trastorno psiquiátrico -acrecentada por la influencia sobre la salud mental que supone la privación de libertad- hay que sumar un uso casi siempre inadecuado de sustancias psicoactivas, en bastantes ocasiones iniciado durante la infancia. Como consecuencia aparece una merma en las facultades sociales que, unida al habitualmente escaso sostén sociofamiliar del paciente en el momento de su puesta en libertad, hace que el fenómeno de puerta giratoria sea muy frecuente”.

Por lo que respecta al Centro Penitenciario de Villabona, y con arreglo a los datos recogidos en el citado estudio, la población de este centro ronda los 1600 internos, con un índice de ocupación que roza frecuentemente el 200%. Y de los cuales aproximadamente un 34% tiene psicofármacos prescritos, fundamentalmente de perfil sedativo (Dr. Bastida).

Señalar, asimismo, que recientemente, se ha puesto en marcha en el C.P. Villabona el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales, con la colaboración de la Asociación de Pacientes Hierbabuena, AFESA y Cruz Roja, con el objetivo de paliar las carencias de actividades rehabilitadoras para estas personas con problemas de salud mental, muchos de ellos cumpliendo la mayor parte de su condena en la enfermería, por su dificultad para integrarse en un módulo “normal”, con o sin drogas. Pese al esfuerzo de todos los integrantes de la comisión del citado programa, resulta difícil implicar a muchos pacientes con la simple oferta de una salida terapéutica cada tres meses, a cambio de alterar su rutina un par de veces por semana y verse obligados a un contacto social que probablemente no desean. En la actualidad, un preso con patología psiquiátrica grave suele estar supervisado por uno de los llamados “internos de apoyo”, quien tiene el encargo de vigilar su conducta y controlar la toma de tratamiento, entre otras funciones (como prevenir conductas suicidas). Se consi-

dera fundamental, según las citadas asociaciones, el establecimiento de dos zonas de trabajo netamente diferenciadas. En primer lugar, un espacio dedicado a la evaluación y contención de casos agudos. En segundo lugar, un área para la estabilización y rehabilitación de los casos más graves

Otra carencia significativa puesta de manifiesto por el citado profesional es la ausencia de un programa específico para los pacientes graves que vayan a ser puestos próximamente en libertad. Estas personas tienen grandes dificultades para contactar con los Servicios de Salud Mental cuando dejan de estar presos, con el incremento del riesgo de reincidencia o descompensación psicopatológica que eso pueda suponer, con el gasto y coste social añadidos.

Señala, pues, lo que considera una insuficiente coordinación entre la asistencia médica penitenciaria y los Servicios de Salud Mental, pertenecientes a diferentes Administraciones (General del Estado/ Instituciones Penitenciarias y Autónoma/Servicios de Salud de Asturias), lo que, indudablemente, dificulta su reinserción. Por ello, considera capital la vinculación de estos pacientes con la red comunitaria de recursos asistenciales antes de que su puesta en libertad sea inminente, señalando, asimismo, la idoneidad que supondría la adopción y puesta en funcionamiento de los protocolos pertinentes, en los que, según sostiene, parece deseable que también se implique a los servicios sociales y que contemplen cómo se ha de articular la puesta en contacto con el centro de salud mental que ha de atender a la persona que va abandonar el centro penitenciario.

Desde la propia Institución del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria se considera prioritario, en lo que al ámbito penitenciario se refiere, la articulación de recursos intra y extrapenitenciarios que faciliten la aplicación de los instrumentos que el ordenamiento jurídico establece en relación con las personas que, declaradas incapaces y/o afectas de enfermedad mental, han de cumplir una pena privativa de libertad o una medida de seguridad de internamiento, especialmente en aquellos casos en que resultando desaconsejable, por inadecuada, la permanencia en un Centro Penitenciario, no es posible cumplir esa pena o medida en una Unidad especializada dentro del Centro, o bien en una Institución extrapenitenciaria, en la cual se garantice la obligada custodia del internado, compatibilizándola con la adecuada asistencia sociosanitaria.

Asimismo, procede señalar algunas de las propuestas de mejora efectuadas por los familiares y asociaciones para la atención a las personas con problemas de salud mental en régimen penitenciario, tales como:

- Garantizar la equiparación entre la atención sanitaria que recibe una persona con problema de salud mental internada en un centro penitenciario con la que pudiera percibir otra persona en libertad.
- Fomentar desde las Administraciones Públicas la realización de programas de rehabilitación psicosocial y reinserción social en los centros penitenciarios.
- Potenciar instrumentos que permitan el cumplimiento de condenas mediante medidas alternativas a la entrada en prisión.
- Mejorar los mecanismos de coordinación del Sistema Sanitario Penitenciario con los Sistemas Comunitarios.
- Establecer sistemas de control eficaces que eviten el abandono del tratamiento en prisión.
- Incluir información básica sobre la realidad de la Salud Mental en los centros penitenciarios para un abordaje planificado de la misma.

Demandas
de la
ciudadanía.
Conclusiones



Bajo este epígrafe se enunciarán, de forma breve, cuales son las demandas de la ciudadanía en relación con las dificultades que inciden sobre las personas que sufren algún problema de salud mental y por consiguiente, cuales son las conclusiones de este estudio, a cuyo efecto se elaboran por esta Procuradora General las correspondientes recomendaciones en orden a intentar su superación.

El diagnóstico de la enfermedad mental no puede, ni debe, por sí mismo, ser excluyente del acceso al ejercicio de cualquier derecho. Para ello será necesario en todo caso, el seguimiento del correspondiente proceso judicial que, con las debidas garantías, pudiera determinar la extensión de la privación de alguno de sus derechos.

Se ha observado que, con carácter general, determinados grupos de población existen notables dificultades para el acceso a los recursos públicos. Estos serían los siguientes:

- Las personas que no viven en núcleos grandes de población
- Las personas que presentan condiciones de vida diferentes a las de la población mayoritaria (personas sin hogar, personas con escasas relaciones sociales...).
- Las personas pertenecientes a minorías étnicas.
- Los menores y las personas más mayores o de edad avanzada.
- Las personas privadas de libertad.

Las conclusiones alcanzadas con los cuestionarios y entrevistas realizadas sobre las deficiencias en relación a la atención integral de las personas con problemas de salud mental son, sin establecer un orden de importancia en su redacción, las siguientes:

1º. Se estima insuficiente la información que se facilita tanto sobre los derechos de ciudadanía como sobre los recursos, servicios y prestaciones existentes para la atención de las personas con problemas de salud mental.

2º. La insuficiente información sobre los derechos que les asisten se ve reforzada por la ausencia de una cartera de servicios o catálogo de recursos disponibles, considerando este instrumento como fundamental para el conocimiento y ejercicio de sus derechos por parte de la ciudadanía que precisa atención sobre su salud mental.



3º. Se valora, asimismo, de forma muy positiva el disponer de instrumentos que posibiliten un conocimiento de carácter periódico de los niveles de utilización y ocupación de los servicios y recursos existentes y disponibles, estimando que su actual carencia minora la virtualidad de los principios de eficacia, transparencia y buena fe que han de presidir la gestión pública.

4º. Se reitera, asimismo, la falta de programación e intervención coordinada por parte de las Instituciones Públicas responsables de la atención a los problemas de salud mental, imputando aquellos casos en los que la misma tiene lugar al mayor voluntarismo profesional que aleatoriamente pueda darse. Ello provoca, según se pone de manifiesto, inevitables situaciones de desigual acceso a los recursos y servicios, incidiendo especialmente esta desigualdad en el aspecto geográfico en perjuicio de las zonas rurales frente a las urbanas.

5º. Estrechamente relacionado con lo expuesto, se denuncia la ausencia de programas de atención que contemplen una dimensión integral y multidisciplinar de la persona, precisándose actuaciones coordinadas desde el punto de vista sanitario, social, educativo, del empleo, la vivienda y otros y en las mismas condiciones que cualquier otra persona no aquejada de este concreto problema de salud.

6º. Por lo que se refiere a la valoración de los recursos y servicios existentes, señalar que, aun siendo conscientes los ciudadanos de los avances experimentados en los últimos años en materia de dispositivos sanitarios y sociales, su dotación e idoneidad se sigue considerando como insuficiente, especialmente con relación a los denominados recursos de atención intermedios, así como con los destinados a determinados grupos de población, en su mayoría referidos a:

- Las personas menores y adolescentes, advirtiéndose la práctica carencia de programas destinados tanto a la detección temprana de la enfermedad como a la atención integral una vez diagnosticada ésta.
- Las personas mayores de 65 años, señalándose la insuficiencia de los programas y recursos dotados de la especificidad necesaria para su atención, tales como minirresidencias y pisos tutelados o los programas de atención domiciliaria, recursos todos ellos que gozan de una alta valoración y demanda.

- Personas ingresadas en instituciones penitenciarias, estimando que éstas no satisfacen las necesidades de la población reclusa afectada de enfermedad mental, al carecer en su mayoría de programas de rehabilitación psicosocial y reinserción social, y existiendo amplias disfunciones en la coordinación del sistema sanitario penitenciario con los recursos comunitarios. No se garantiza, en definitiva, una equiparación entre la atención sanitaria que recibe una persona con problema de salud mental internada en un centro penitenciario con la que pudiera percibir otra persona en libertad.

7º. En la misma medida que lo expuesto, se consideran igualmente insuficientes los esfuerzos dirigidos a la investigación y la formación en la materia. En efecto, la salud mental es un campo de conocimientos en permanente desarrollo, por lo que resulta imprescindible mantener un sistema de formación e investigación continuado (gestión del conocimiento) que procure la idoneidad de los conocimientos por parte de los profesionales que deben atender a las personas con problemas de salud mental. A la hora de diseñar los programas formativos y los proyectos de investigación prioritarios, no se debería obviar por los responsables en la materia la demanda de los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, en el sentido de que se tengan en cuenta los aspectos psicosociales de la persona y no centrarse exclusivamente en las cuestiones farmacológicas. Se hace necesario buscar soluciones al problema de los efectos secundarios de la farmacopea utilizada.

8º. También se demanda dotar de un mayor impulso al diagnóstico e intervención precoz como medio de procurar una reducción de los daños que la enfermedad provoca a la persona, se manifiesta como una herramienta idónea para la prevención, dada la consciencia de enfermedad que adquiere a tiempo la persona afectada. Las áreas de gestión clínica y la gestión del conocimiento (formación e investigación) se consideran ejes o instrumentos de importancia a través de los cuales se puede/debe articular esta cuestión. Se reivindica, así, la incorporación de estos nuevos instrumentos en la organización sanitaria, al estimar que ello puede redundar en una mejor adecuación de la formación y de la especialización de los profesionales a los problemas de salud de la ciudadanía, modificando las formas e instrumentos de gestión.

9º. Se advierte en relación con el ámbito educativo una insuficiente garantía institucional del derecho a la educación de los menores afectados por una enfermedad mental, siendo así que, aunque está formalmente reconocido, sin embargo no siempre se satisface en su integridad, detectándose disfunciones en la coordinación interadministrativa que ha de concurrir tanto en la detección de los síntomas iniciales, como en la propia atención educativa de las necesidades específicas que su tratamiento conlleva.

Junto a ello, también se pone de manifiesto la escasa utilización de programas educativos específicos para adultos como parte del proceso rehabilitador de la persona.

10º. Citar también, la ausencia de apoyos suficientes que fomenten iniciativas favorecedoras del empleo para estas personas, especialmente las llevadas a cabo por la denominada “Economía Social” (Centros Especiales de Empleo y otras empresas de inserción social), teniendo en cuenta las diferentes peculiaridades o adaptaciones que cada persona precise, para el desempeño de su actividad laboral, a tiempo completo o parcial. Se pone asimismo de manifiesto la necesidad de garantizar el cumplimiento por parte de las administraciones públicas de los porcentajes de reserva de puestos de trabajo para las personas con discapacidad en relación al empleo público; y del deber de velar y hacer cumplir la análoga obligación establecida para el sector privado.

11º. La vivienda, junto con el empleo, constituye otro de los pilares básicos de la “normalización social”. Se aprecian como insuficientes, por escasas, las viviendas tuteladas actualmente existentes, donde las personas con problemas de salud mental pueden llevar a cabo una vida lo más autónoma posible, acorde a sus necesidades. En relación con los menores, se valora muy necesaria la existencia de “pisos respiro” que acojan a los mismos en períodos cortos de descanso de sus progenitores.

12º. Una puesta de manifiesto constante es la referida a la ausencia de marcos estables de participación orgánico-funcionales, con las asociaciones de familiares y usuarios de los servicios de Salud Mental, tanto en la planificación, como en la programación y ejecución de las acciones que se lleven a cabo.

Se incide especialmente en la percepción de una insuficiente valoración de la actividad desarrollada por el colectivo asociativo, especialmente en relación con la práctica de programas de apoyo específicos que asumen, recabándose por ello una estabilidad en los recursos económicos puestos a disposición de los mismos, todo ello sin perjuicio de la oportuna justificación económica y técnica.

13º. Se valora el papel desempeñado por la Fundación Asturiana de Atención y Protección a Personas con Discapacidades y/o Dependencias (FASAD), especialmente por no existir un organismo propio para la Salud Mental. Se considera importante su impulso como ente gestor responsable de la coordinación y promoción de iniciativas y actuaciones en materia de salud mental.

14º. Se advierte una falta de interrelación con las experiencias desarrolladas por otras Comunidades Autónomas a fin de orientar los recursos y programas hacia objetivos comunes y bajo modelos operativos de funcionamiento similares, todo ello con independencia de las especificidades propias que en cada territorio pudiera requerirse, en atención a las respectivas competencias organizativas. La utilización compartida de recursos se valora como una herramienta adecuada para la actuación eficaz y eficiente, teniendo en cuenta el carácter limitado de los recursos económicos.

15º. Como conclusión existe un amplio consenso y concienciación sobre el alto grado de estigmatización al que está sometida la población que padece enfermedad mental, lo cual dificulta gravemente su integración social, estimando en este sentido insuficiente la actual labor institucional tendente a la reducción del estigma social. Los destinatarios de estas actuaciones deben ser tanto los profesionales sanitarios y de otros ámbitos relacionados con esta problemática, como el resto de la ciudadanía en general. Asimismo, los centros educativos se vislumbran como plataformas idóneas para la sensibilización social ante esta situación.

Sin perjuicio de lo expuesto, cabe concluir, no obstante, que existe una gran confianza por parte de las personas usuarias de los servicios de salud mental, como de sus familiares, hacia los profesionales que tienen asignados su proceso asistencial, facilitándose, siempre que se considera necesaria, la elección de un nuevo profesional. Con respec-

to al tratamiento farmacológico, una vez que existe consciencia de la enfermedad por parte de la persona aquejada del problema, existe una importante adherencia al mismo. La calidad asistencial desde el punto de vista de los profesionales intervinientes es valorada de forma positiva. La relación médico-paciente es considerada, con carácter general, satisfactoria.

También concurre una absoluta conformidad con la accesibilidad al sistema sanitario, tanto en la fijación de las consultas programadas o de seguimiento, como con respecto a las que son consecuencia de situaciones urgentes que se pudieran generar. No obstante, se ponen de manifiesto, aunque con carácter excepcional, la exigencia por parte de algún profesional de salud mental de que el ciudadano acuda a su médico de atención primaria, antes de poder acudir en urgencia al mismo, al objeto de que le provea de la autorización correspondiente y como instrumento tendente a evitar la frecuentación indebida del sistema, técnica ésta que parece debe ser evitada, en aras de eliminar trabas en el acceso a los servicios sanitarios.

Tampoco se aprecian, de forma prácticamente unánime, por las propias personas con problemas de salud mental y sus familiares, discriminaciones por razón de sexo, tanto en sus comportamientos diarios, como en los accesos a los diferentes recursos y programas orientados a los mismos. No obstante, cabría formular sobre esta afirmación una valoración matizada en función de un análisis en su caso más concreto y exhaustivo sobre distintos indicadores como podrían ser el mayor número de hombres, frente al de mujeres que tienen diagnosticada una enfermedad mental, o la mayor concurrencia en uno u otro sexo de diagnósticos identificativos de determinadas patologías, etc.

Recomendaciones



1. Elaboración de un Plan Estratégico Integral de Salud Mental.

La evolución de los Servicios de Salud Mental en Asturias, desde la realización de la reforma psiquiátrica que conlleva la atención comunitaria de las personas con problemas de salud mental, en donde las familias juegan un papel primordial en dicha función, exige una revisión de la situación actual, en orden a determinar las carencias actualmente existentes en el modelo de atención que se considera adecuado. La Comunidad Autónoma de Asturias ha contado con un Plan Estratégico de Salud Mental para el período 2001-2003, cuyos resultados deben servir para la ejecución de nuevas medidas en el modelo de atención que se considera adecuado. Igualmente en este sentido, el Estado español ha elaborado la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, en donde se establece principios básicos, objetivos y recomendaciones, constituyendo la referencia para enmarcar las intervenciones con las personas con problema de salud mental.

Parece aconsejable por tanto, dado el tiempo transcurrido desde el anterior Plan Estratégico en nuestra Comunidad y la existencia de la citada Estrategia Estatal, la elaboración de un nuevo Plan Estratégico Integral en el que se delimiten los Programas y Acciones de ejecución, las entidades responsables con los dispositivos y o recursos afectos a tal fin, los indicadores de seguimiento y evaluación, así como los recursos financieros asignados a los mismos.

El citado Plan o cualquier otro instrumento de planificación que se considere adecuado, debería responder al menos, a los siguientes principios o criterios, tanto en su elaboración, como en los programas o proyectos a desarrollar en ejecución del mismo:

- Ordenación territorial, descentralización y accesibilidad, para facilitar la equidad y cobertura universal.
- Atención comunitaria, como eje de actuación de las Administraciones Públicas implicadas.
- Gestión del conocimiento (formación e investigación), como instrumentos fundamentales orientados a la mejora de las intervenciones de los profesionales, al contar de mejor cualificación



y medios técnicos para afrontar los problemas de salud mental, teniendo en cuenta las posibilidades positivas que se derivan de una mayor formación especializada por parte de todas las categorías profesionales que intervienen en esta materia.

- Concepción integral de los problemas de Salud Mental y por tanto, un enfoque transversal y coordinado, en cuanto a las diferentes entidades públicas intervinientes en el diseño, ejecución y evaluación de acciones y programas, y en el que se aborden aspectos tales como la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la atención sanitaria, la autonomía y autocuidados, las relaciones sociales, la vivienda, la educación, el empleo y otras actividades ocupacionales, el ocio y tiempo libre...
- Participación, tanto de los profesionales como de los colectivos asociativos implicados en los problemas de la Salud Mental, para la formulación de propuestas, análisis de seguimiento y evaluación de resultados.

2. Elaboración de un catálogo de servicios y prestaciones para la atención integral de las personas con problemas de salud mental.

Las Administraciones Públicas modernas tienen el deber de facilitar la información a la ciudadanía sobre los derechos que ostenta la misma, de una manera sencilla y clara, reduciendo o simplificando los trámites necesarios para el ejercicio de los mismos por parte de las personas que en un determinado momento precisasen hacer uso de los servicios de Salud Mental, considerados en un sentido amplio y no por tanto, desde un punto de vista estrictamente sanitario.

La ciudadanía no debe sufrir en sus relaciones con las Administraciones Públicas las dificultades de ésta para definir sus ámbitos competenciales y el alcance de su responsabilidad, así como las dificultades que le pudiera conllevar el establecimiento de ámbitos de actuación coordinados. Por tanto, la definición de un espacio de actuación claro y firme por parte de todas aquellas Administraciones implicadas en la solución/tratamiento de las dificultades que se pueden manifestar ante las situaciones de pérdida de salud mental por parte de las personas, constituye una pieza clave para el abordaje eficaz y eficiente de los problemas suscitados, no sólo por cuanto el ciudadano afectado conocería todas los

recursos o prestaciones a los que podría tener derecho, sino por cuanto serviría también como elemento de conocimiento y reflexión de las disfunciones existentes en relación a una debida atención integral por parte de todas las Administraciones implicadas, en orden a la priorización de iniciativas para la búsqueda de soluciones.

3. Elaboración de materiales divulgativos que, de forma unitaria, faciliten el conocimiento de los derechos que asisten a las personas con problemas de salud mental.

El conocimiento de sus derechos de ciudadanía por parte de las personas que sufren un problema de salud mental es escaso. El tratamiento unitario facilita dicha posibilidad de conocimiento por parte de las personas directamente interesadas y por sus familias, a la vez que el resto de la sociedad toma consciencia de ello. En definitiva supone una medida de inclusión y de participación social.

4. Orientación de los servicios públicos de salud mental al ciudadano que precisa el apoyo de aquéllos.

No cabe duda que la gestión integral de los problemas de salud mental conlleva una mayor conformidad o satisfacción para la ciudadanía, por cuanto se establece un marco de actuación coherente y coordinado, que da seguridad a la persona afectada y a su entorno, dado que las familias y la sociedad han asumido la atención comunitaria de la salud mental. Por ello parece necesario que se elabore un protocolo de actuación que determine todo el itinerario de atención y tratamiento continuado que precise cada persona concreta desde todos los órdenes intervinientes (salud, servicios sociales, vivienda, educación, empleo) y en el que se determine la administración a la que, desde un punto de vista material, se le atribuya la responsabilidad de la efectiva coordinación intersectorial.

La propia Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 20.3 señala que *“se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación de los servicios sociales”*.

Con ello se evitaría la creación de espacios o lagunas de atención, sin definir quien debe ser el responsable de llevarla a cabo, mediante la asignación de los recursos específicos asociados a dicha persona.



5. Reforzar los programas de Formación e Investigación (Gestión del Conocimiento) de los profesionales que intervienen en esta cuestión, especialmente en la detección precoz y atención temprana de la enfermedad, para evitar males mayores.

Si en todos los ámbitos de la salud y de los servicios sociales en los que se detectan problemas es necesaria una formación e investigación tendente a la mejor capacitación de los profesionales intervinientes en dichos procesos, en éste que nos ocupa, dada su naturaleza, al afectar a libre desarrollo de la persona y las consecuencias que conlleva para la misma, su entorno más inmediato y en definitiva para la sociedad, se hace más imprescindible, si cabe. La salud mental es un campo de conocimiento en continuo desarrollo, por lo que resulta imprescindible mantener un sistema de formación continuada que dote a los profesionales de habilidades para el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes con la mejor calidad posible.

La Formación e Investigación Aplicada son instrumentos que ayudan a evitar la variabilidad en la atención, generadora, cuando menos, de cierta confusión a los pacientes y sus familiares. Igualmente, sirven para la búsqueda de nuevas alternativas farmacológicas y terapéuticas de atención y de manera especial, una adecuada estrategia de estos instrumentos en relación a la detección precoz y atención temprana, se manifiestan como cruciales para evitar efectos más graves.

A la hora de diseñar los programas formativos y los proyectos de investigación prioritarios, no se debería obviar por los responsables en la materia la demanda de los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, que se tengan en cuenta los aspectos psicosociales de la persona y no centrarse exclusivamente en las cuestiones farmacológicas. En relación a este último aspecto, se considera también de suma importancia la búsqueda de soluciones a los efectos secundarios que las medicaciones en muchas ocasiones conllevan.

6. Reforzamiento de la red de recursos intermedios y ambulatorios.

Desde un ámbito estrictamente sanitario, los denominados Centros de Tratamiento Integral cuyas funciones ya constan definidas en el mapa de recursos sanitarios de este informe, se han manifestado desde el punto de vista de sus usuarios, así como sus familias y los

profesionales, como un avance novedoso, tanto por los servicios prestados en los mismos, que garantizan una continuidad asistencial, como por los dispositivos desde los que se desarrollan, que gozan de unas calidades muy altas en su diseño, acabados, ubicación, orientación. Actualmente existen dos en funcionamiento (Montevil y Luarca), con un nivel muy elevado de ocupación y con unos resultados que se consideran por todos los agentes implicados como muy satisfactorios, si bien en relación al ubicado en Luarca se han manifestado problemas de accesibilidad al mismo desde las zonas rurales, por ausencia o escasa frecuencia de transporte colectivo.

Desde un ámbito de los servicios sociales y/o sociosanitarios, existe un consenso generalizado de las familias y usuarios de la necesidad de contar con más plazas de centro de día o de rehabilitación psicosocial específicas; más plazas y/o pisos tutelados, así como la existencia de “pisos respiro” para afrontar descansos puntuales y periódicos por parte de los familiares encargados del cuidado de las personas con problemas de salud mental, especialmente cuando se trata de menores y/o personas con un escaso nivel de autonomía personal.

De la misma forma se considera muy necesaria la existencia de más programas formativos/ocupacionales y de ocio y tiempo libre para las personas con problemas de salud mental y otros programas de apoyo para sus familiares.

7. Incrementar los programas y servicios destinados específicamente a la salud mental de la infancia y adolescentes.

La propia Ley General de Sanidad así lo exige en su artículo 20.1 al señalar que *“Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”*.

Existe la convicción generalizada de que existen pocos recursos y programas orientados a este colectivo, necesitado aún más si cabe, de una especial protección, dada su condición de menores. Las familias reclaman una mayor especialización en los profesionales y en los recursos/dispositivos para el tratamiento de los menores con problemas de salud mental. Con respecto al primer aspecto, parece aconsejable que los programas formativos pregrado y laborales/postgrado, de las diferentes disciplinas académicas implicadas en

esta temática (medicina, enfermería, psicología...) contemplen la atención sanitaria infanto-juvenil. Se considera imprescindible desarrollar la psiquiatría infanto-juvenil con el establecimiento de protocolos de detección precoz y posterior seguimiento sanitario y escolar.

Por lo que respecta a los recursos y dispositivos, como ha quedado antedicho, se advierte una acusada insuficiencia de dispositivos específicos para estas personas, que precisamente se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, por su edad; Así, examinando las dotaciones existentes, se concluye que obviando la existencia del Centro de Salud Mental (infanto-juvenil) –el cual tan sólo está implantado en cuatro de las ocho áreas-, sólo se refiere la existencia de una unidad en el Hospital Central de Asturias para la hospitalización en las fases agudas de la enfermedad, sin que existan otro tipo de dispositivos y programas orientadas a otras situaciones distintas a la anterior. Al margen de experiencias singulares y concretas, no cabe afirmar la existencia de una dotación generalizada de programas sanitarios de atención específica para los menores con este problema de salud.

En otro orden de cosas, no se debe obviar que un niño con un problema de salud mental grave, necesita igualmente el poder disfrutar de la escolarización, puesto que se trata de un derecho fundamental del que la ciudadanía es titular, estableciéndose en todo caso la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza básica (artículo 29 de la Constitución Española). Por tanto, las necesidades educativas especiales que se pudieran presentar, deben ser abordadas por la Administración Educativa.

Como complementos imprescindibles para una atención integral y especializada para este colectivo de personas, se consideran la existencia de programas específicos de atención (detección-asistencia-rehabilitación), recursos de respiro familiar y de atención domiciliaria y centros/unidades de rehabilitación psicosocial debidamente adaptados a las necesidades específicas de los menores (niños y adolescentes).

8. Incrementar los programas y recursos, especialmente los relativos al alojamiento, destinados específicamente a la personas mayores de 65 años.

Como anteriormente se ha recogido, la propia Ley General de Sanidad así lo exige en su artículo 20. 1 al señalar que *“Se considerarán*

de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”.

El propio envejecimiento de la población conlleva en ocasiones la aparición de problemas de salud mental para dichas personas mayores. Por otro lado, el avance de la edad de todas aquellas personas que soportan un trastorno mental grave y duradero o crónico, conlleva, dada la pérdida o insuficiencia de apoyos familiares por obvias razones biológicas, la reducción de la autonomía personal y la aparición de nuevas patologías o problemas de salud, lo cual va provocando la exigencia de mayores y nuevos cuidados especiales para estas personas, que cada vez se incrementan más en su número.

Aún reconociendo los esfuerzos realizados, aún así se observan como insuficientes los recursos destinados al alojamiento (residencias de mayores, pisos o miniresidencias) destinados a este fin.

9. Reforzar desde la coordinación desarrollada entre la Administración Autónoma y General del Estado, los programas de atención integral a la población reclusa del Centro Penitenciario de Villabona que padece un problema de salud mental.

El centro penitenciario es una institución que en el ordenamiento jurídico actual cumple o debe cumplir, en mayor o menor medida, dos funciones principales: una relacionada con la custodia para el cumplimiento de la pena de privación de libertad y otra con la provisión al preso, de servicios denominados de “tratamiento”, dirigidos a facilitar su reinserción social.

Se tiene constancia de la existencia de dificultades o carencias para la realización de acciones de atención y rehabilitadoras de las personas con problemas de salud mental y que están ingresadas en el Centro Penitenciario de Villabona. Con la finalidad de atenuar dicha situación se ha puesto en marcha en dicho centro un Programa de Atención Integral, como consecuencia de la colaboración de diversas asociaciones.

Por tanto, se considera necesario reforzar los programas que se pudieran estar llevando a cabo en dicho centro, en orden a la atención integral de estas personas que sufren un problema de salud mental o implantar iniciativas en el mismo y que tengan por objetivo los siguientes:

- Garantizar la equiparación entre la atención sanitaria que recibe una persona con problema de salud mental internada en un centro penitenciario con la que pudiera percibir otra persona en libertad.
- Mejorar los mecanismos de coordinación del Sistema Sanitario Penitenciario con los Sistemas Comunitarios.
- Establecer sistemas de control eficaces que eviten el abandono del tratamiento en prisión.
- Incluir información básica sobre la realidad de la Salud Mental en los centros penitenciarios para un abordaje planificado de la misma.

10. Mayor difusión y formación permanente del Protocolo de actuación para los supuestos de internamiento involuntario.

Ciertamente se ha podido contrastar la existencia de un Protocolo de atención urgente y traslado para el internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental que data del año 2002. Pero igualmente se ha evidenciado la necesidad de una mayor difusión en la existencia del mismo y una mayor formación en su puesta en práctica, por parte de todos los agentes intervinientes en su materialización, especialmente los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y Locales, dado que se han observado supuestos de desconocimiento. El propio Protocolo contempla la realización de determinados cursos formativos que se considera conveniente su realización. Igualmente, parece aconsejable asegurar que las funciones de seguimiento previstas en el citado Protocolo sobre su ejecución, especialmente en lo relativo a sus posibles dificultades que se pudieran observar en su puesta en práctica cotidiana, se lleven efectivamente a cabo. Aspectos tales como el empleo de medios de contención mecánica para estas personas y la asistencia con uniforme oficial por parte de los agentes de policía intervinientes, son cuestiones cuya necesidad se plantean los usuarios y familiares de los servicios de salud mental y que por tanto merecen ser analizados y plenamente fundamentados en su actuación.

11. Fomentar las acciones tendentes hacia la integración social de las personas con problemas de salud mental mediante la asignación de recursos económicos suficientes, especialmente a través del trabajo.

No cabe ninguna duda que la posesión de un empleo o trabajo digno constituye uno de los instrumentos claves en la inclusión social de las personas; ello se aprecia de una manera especial en momentos actuales de crisis económica como la que estamos viviendo. Con carácter general, las prestaciones económicas que perciben las personas con problemas de salud mental y que no derivan de sistemas contributivos, ya que la enfermedad ha surgido en momentos en los que todavía no se ha generado dicha posibilidad, se caracterizan por su exigua cuantía, desde un punto de vista de la posibilidad de una vida autónoma, lo que hace una vez más, que las personas con problemas de salud mental dependan de sus familiares, cuando existen, asumiendo por tanto un papel totalmente pasivo o dependiente con respecto a la misma.

Por tanto, se manifiesta como absolutamente imprescindible la promoción del empleo protegido y adaptado (personas enfermas y familiares de las mismas han manifestado la conveniencia de jornadas reducidas o a tiempo parcial), mediante empresas de inserción o recursos análogos; y para aquellas personas que sí pudieran llevarlo a cabo, los empleos “normalizados” en empresas que intervienen de forma ordinaria en el mercado constituyen otra exigencia en orden a procurar dicha inclusión, dados los porcentajes establecidos legalmente para la reserva de puestos de trabajo para la incorporación de personas con discapacidad, afectantes tanto en el ámbito del sector privado como en el público.

12. Definición de los marcos estables de participación por parte de las Administraciones Públicas con las asociaciones de familiares y usuarios de los servicios de Salud Mental.

La participación en los asuntos públicos es un derecho de la ciudadanía consagrado entre otros, en el artículo 23 de nuestra Constitución. Además, constituye un elemento de legitimación en las decisiones adoptadas, especialmente cuando se hace necesario el establecimiento de medidas prioritarias, coadyuvando asimismo en la definición de las mismas, en atención a las experiencias acumuladas.

La definición de programas de actuación y su ejecución por parte de dichos colectivos, con claro riesgo de desplazamiento de la responsabilidad pública en la materia, hacen necesaria la definición clara de



los cauces de participación, especialmente en un modelo inspirado en la atención comunitaria, tras la reforma psiquiátrica emprendida en su día, que supuso el cierre de los hospitales psiquiátricos y en donde las familias y las asociaciones que conforman, asumen un papel muy relevante, por el importante apoyo que suponen para la toma de conciencia de la enfermedad por parte de la persona afectada y para la ayuda a la satisfacción de las necesidades más básicas de las personas con este problema de salud.

La estabilidad en los recursos económicos puestos a disposición de estas Asociaciones y la pertinente rendición de cuentas y justificación técnica de sus resultados por parte de las mismas, es una consecuencia derivada de esta recomendación.

13. Elaboración de programas de comunicación social y concienciación social, como medios de reducción del estigma.

Desgraciadamente, el estigma social es una realidad predicable de las personas con problemas de salud mental y sus familias, que se traducen en comportamientos de desconfianza, rechazo y en definitiva de exclusión. A ello contribuye en ocasiones el tratamiento que desde los medios de comunicación se realiza sobre el problema de salud y las personas que lo padecen, estableciéndose una relación unívoca y errónea entre estas personas y violencia. El papel que desempeñan los medios de comunicación se considera crucial en este aspecto, que deben huir de la espectacularidad y simplicidad de sus mensajes. El uso adecuado del lenguaje se manifiesta por tanto fundamental en esta cuestión.

Para aminorar los efectos de estas situaciones, por parte de alguna Asociación como FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) se han elaborado guías de estilo para su utilización por los medios. Parece por tanto muy aconsejable su utilización por la ciudadanía en sus diferentes relaciones sociales y especialmente por los medios de comunicación de titularidad pública, quienes además deberían, periódicamente, difundir programas informativos en los que se ofrezca una imagen positiva y equilibrada (frente al habitual tratamiento negativo y desajustado) de las personas con problemas de salud mental graves, como ciudadanos con derechos y posibilidad real de desempeñar roles sociales con normalidad y por tanto, obviando el enfoque exclusivamente de pacientes/personas enfermas.

Relacionado con lo anterior y como claro ejemplo de estigma, se ha observado en algún centro hospitalario, distinto tratamiento en la confortabilidad, en lo que al mobiliario se refiere, de las personas con problemas de salud mental ingresadas, en comparación con las restantes condiciones existentes para el resto de los usuarios del mismo, lo que supone un claro ejemplo de diferenciación negativa. Por tanto, por lo que respecta a las condiciones de confortabilidad de las unidades de psiquiatría, se hace necesario que se garantice un trato igualitario de todos los pacientes de los hospitales de la red pública sanitaria, debiendo llevarse a cabo una adecuación paulatina del citado mobiliario.

En opinión de esta Procuradora General, el cumplimiento por parte de los Poderes Públicos de estas Recomendaciones supondrá un claro impulso para la aplicación efectiva de los derechos de ciudadanía que les corresponden a las personas con problemas de salud mental. Solo así podremos hacer realidad el cumplimiento de derechos como:

- A la Igualdad y no Discriminación.
- Al igual reconocimiento como persona ante la ley y de la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida.
- A la libertad y seguridad de la persona, procurando que no se vean privadas de su libertad, ilegal o arbitrariamente; y que la existencia de una discapacidad no justifique, en ningún caso, una privación de la libertad.
- A la protección de la integridad personal (física y mental).
- A la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad.
- A vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- A la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información.
- Al respeto del hogar y de la familia, y a la igualdad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales.



- A la educación inclusiva a todos los niveles, así como a la enseñanza a lo largo de la vida.
- A gozar del más alto nivel posible de salud.
- A la habilitación y rehabilitación para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y a la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.
- A tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido, o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.
- A un nivel de vida adecuado y a la protección social, para estas personas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida.
- A participar en la vida política y pública.

Estos son algunos de los derechos recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo, aprobados el 13 de diciembre de 2006 en Nueva York, de aplicación en el Estado Español.

Anexos



ANEXO I RELACIÓN DE ENTIDADES DEL ÁMBITO ASOCIATIVO, POR ORDEN ALFABÉTICO, QUE HABIENDO RECIBIDO EL CUESTIONARIO, HAN DECIDIDO PARTICIPAR, CONTESTANDO AL MISMO Y REALIZANDO APORTACIONES:

- AFESA- ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE ASTURIAS.
- ASOCIACIÓN HIERBABUENA.
- ASOCIACIÓN SÍNDROME DE TOURETTE.
- CÁRITAS DIOCESANA DE OVIEDO.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA.- OFICINA AUTONÓMICA DE ASTURIAS.
- FEAFES.- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.
- FUNDACIÓN ALZHEIMER ASTURIAS.
- FUNDACIÓN CESPА-PROYECTO HOMBRE.
- FUNDACIÓN SILOÉ.
- SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA- SIBI.

ANEXO II RELACIÓN DE ENTIDADES DEL ÁMBITO ADMINISTRATIVO/JUDICIAL, POR ORDEN ALFABÉTICO, QUE HABIENDO RECIBIDO EL CUESTIONARIO, HAN DECIDIDO PARTICIPAR, CONTESTANDO AL MISMO Y REALIZANDO APORTACIONES:

- AYUNTAMIENTO DE AVILÉS.
- AYUNTAMIENTO DE GIJÓN.
- AYUNTAMIENTO DE OVIEDO.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO EN ASTURIAS
- FASAD.- FUNDACIÓN ASTURIANA DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y/O DEPENDENCIA.
- JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA/FAMILIA DE GIJÓN.
- JUZGADO DE VIGILANCIA PENITENCIARIA.
- MÉDICOS-FORENSES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL.
- PSICÓLOGOS-FORENSES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL.
- PSICÓLOGOS DEL JUZGADO DE VIGILANCIA PENITENCIARIA.

ANEXO III BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS DE TRABAJO

- Boletín Oficial del Congreso de los Diputados, serie D, núm 309, 14-12-2009, Contestación del Gobierno a tres preguntas sobre resultados de la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del SNS, sobre difusión de las conclusiones y recomendaciones de la Estrategia de Salud Mental y sobre fórmula a adoptar para dar cabida a la propuesta del Comité de Seguimiento y Evaluación que permita incorporar y comprometer a sectores extra sanitarios en el desarrollo de las recomendaciones de Salud Mental.
- Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental para Europa, Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental (Helsinki, 12-15 de enero de 2005).
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el “Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Salud Mental” (2006).
- El ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y las personas demenciadas: Comité de Bioética de Cataluña.
- El Internamiento Involuntario por razón de trastorno psíquico: Antonio Roma Valdés y M^a Luz Carreiras Souto.
- El Tratamiento Ambulatorio: Cuestiones Legales y Prácticas: Carlos-Eloy Ferreirós Marcos (2006).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).
- Estrategia en Salud Mental: Una aproximación para su conocimiento y desarrollo. FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) (2007).
- Informe especial: Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental. Ararteko (2000).

- Informe especial: La Atención a la Salud Mental en Navarra. Defensor del Pueblo de Navarra (2003).
- Investigación sobre la Atención a la Salud Mental desde el punto de vista de sus Usuarios.- Síntesis de resultados. FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) y Ministerio de Sanidad y Consumo (2008).
- Jornadas sobre Derechos Humanos”: Salud Mental y Derechos de las Personas. Colección. Ararteko (2009).
- La Asistencia a los Trastornos Mentales Graves de Presos en Asturias, Dr. Luís Bastida Ribas (2009).
- La enfermedad mental como Estigma”, Verónica Robledo y M^a Jesús Ruíz, Artículo Revista Fundación AFIM (Ayuda, Formación e Integración del Minusválido), enero-marzo 2010.
- La Reducción del Estigma de las Personas con Enfermedad Mental Grave en la Asistencia Sanitaria. Síntesis y Conclusiones. FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) y Ministerio de Sanidad y Consumo (2008).
- Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Salud Mental. Comisión de las Comunidades Europeas (2005).
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación (2006).
- Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007).
- Personas con enfermedad mental en Régimen Penitenciario, Artículo, CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), Septiembre 2009.
- Punto de Encuentro, Publicación, N°19, Mayo 2008, FEAFES.

- Recomendación del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las reglas penitenciarias europeas (2006).
- Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, estudio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, coordinado por la doctora Cristina Gisbert Aguilar (2003).
- Resumen de conclusiones del Proyecto de Investigación titulado "Empleo de Medidas de Coerción en Hospitales Públicos sobre pacientes no psiquiátricos", Investigador Principal Prof. Dr. Claudio Hernández Cueto (2009).
- Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo. FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) (2007).



Procuradora General
del Principado de Asturias

Plaza de Riego, 6 - 33003 OVIEDO
T 984 080 818 · Fax 984 186 983

procuradorageneral@procuradorageneral.es
www.procuradorageneral.es