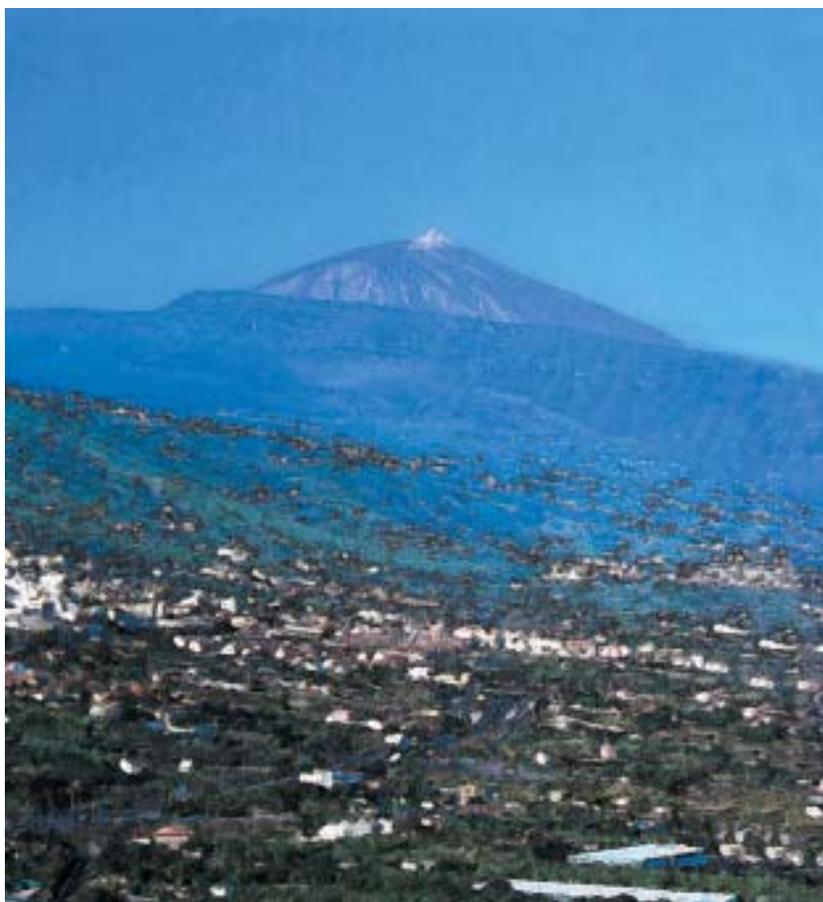


XIII Jornadas FEAFFES

La Salud Mental hacia un futuro de esperanza

Tenerife, del 24 al 27 de abril de 2003



XIII JORNADAS FEAFES

TENERIFE
DEL 24 AL 27 DE ABRIL DE 2003

LA SALUD MENTAL HACIA UN FUTURO DE ESPERANZA



Edición: 2004

Edita: Confederación Española de Agrupaciones
de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)

Diseño: Doblehache Comunicación

Imprime: Cirsa

Depósito Legal:

Organización

COMITÉ DE HONOR

Exmo. Sr. D. Román Rodríguez Rodríguez
Presidente del Gobierno Autónomo de Canarias

Exmo. Sr. D. Marcial Morales Martín
Consejero de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias

Exmo. Sr. D. José Rafael Díaz Martínez
Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

Ilmo. Sr. D. Ricardo Melchior Navarro
Presidente del Exmo. Cabildo Insular de Tenerife

Ilmo. Sr. D. Salvador García Llanos
Alcalde del Ayuntamiento del Puerto de la Cruz

Sr. D. José Manuel Bermúdez Esparza
*Vicepresidente y Consejero de Asuntos Sociales
del Exmo. Cabildo Insular de Tenerife*

COMITÉ CIENTÍFICO

Prof. Dr. D. Juan José López Ibor
Catedrático de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos

Prof. Dr. D. Francisco Rodríguez Pulido
Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna

Sra. D^a Margarita Noemí Rodríguez Díaz
Psicóloga

Sra. D^a M^a Victoria Adrián Alonso
Gerente de ATELSAM

Sra. D^a Rosa Ruiz Salto
Gerente de FEAFES

Entidades Colaboradoras



Índice

PRESENTACIÓN	9
POLÍTICAS EUROPEAS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TRASTORNO MENTAL CRÓNICO E INICIATIVAS COMUNITARIAS	13
<i>Salud Mental Europa (SME)</i>	15
<i>Retos: Involucrar a familias y usuarios</i>	29
<i>Canarias Avanza</i>	35
LAS IMPLICACIONES DE LA PALABRA DEPENDENCIA	45
ANÁLISIS DE LOS PLANES DE SALUD MENTAL AUTONÓMICOS. PROPUESTAS PARA UN PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL	57
<i>Recursos comunitarios de rehabilitación</i>	59
<i>Normativas y Planes de Salud Mental en las diferentes comunidades autónomas</i>	69
<i>Análisis de los Planes de Salud Mental autonómicos. Propuestas para un Plan de Acción Integral en Salud Mental</i>	87
<i>Procesos de hospitalización</i>	91
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL ANTE LA SALUD MENTAL	93

PONENCIAS	103
<i>Quejas y reclamaciones al diputado del Común Área de Salud y Sanidad Pública. Los derechos de las personas con enfermedad mental. Regulación legal</i>	<i>105</i>
<i>Los nuevos antipsicóticos</i>	<i>121</i>
<i>El empleo de las personas con un trastorno mental grave.....</i>	<i>131</i>
CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS	145

Presentación

Compañero y amigo Fernando Sánchez - Presidente de FEFES Canarias.

Compañeros, familiares, de las Asociaciones miembros de FEFES. Resto de asistentes a estas Jornadas.

Señoras y Señores.

Es un placer para mí, primero como familiar, como padre que tiene hijos con enfermedad mental, concretamente con esquizofrenia, y también es un placer y una gran responsabilidad, como Presidente de la Confederación FEFES, estar hoy aquí. En la Inauguración de estas Jornadas Anuales, que son ya las 13, que organiza FEFES.

Y digo que es un placer estar aquí como familiar, porque los familiares hemos conseguido crear una gran Confederación, que nos permite reunirnos, como es el hecho de estas Jornadas, y que nos permite día a día trabajar por nosotros mismos y por nuestros familiares con enfermedad mental.

Y también decía que es una gran responsabilidad, como Presidente, ya que la programación y organización de actos, como el que hoy vamos a iniciar exige, junto con las Federaciones, coordinadoras, en este caso FEFES CANARIAS, un despliegue importante de medios y esfuerzos.

Medios y esfuerzos, que en la medida de nuestras posibilidades, créanme, no hemos escatimado, a fin de que todo se desarrolle de acuerdo a nuestros deseos y previsiones.

Y estamos seguros que todos reconocerán el esfuerzo y desvelo tanto de FEFES, como de la Federación Canaria y la Asociación ATELSAM. Así como que sabrán disculpar los errores y fallos que se produzcan.

Les decía antes que todos esperamos que estas Jornadas se desarrollen de acuerdo a nuestros deseos y previsiones. Y es que cuando FEAFES programa su Congreso anual, quiere proporcionar:

- Un foro de encuentro, convivencia y discusión de diferentes sectores implicados en la Salud Mental. Sin olvidar que los familiares, las asociaciones legalmente constituidas al efecto, somos el principal sector con implicación en la Salud Mental.

Señores responsables de la política autonómica que me acompañan en esta Mesa, resto de representantes de diferentes entidades con responsabilidad y competencia en la Salud Mental, tanto de Canarias como de otras CCAA, y otros que no estando aquí, deben saber que: somos más de 300 familiares los que nos hemos dado cita en estas Jornadas.

Nos encontramos aquí familiares de todas las CCAA, prácticamente del 75% de las Asociaciones miembros de la Confederación. Y esto se debe considerar como un logro y una fortaleza en sí misma, y con esa fortaleza, estoy seguro que vamos a poder seguir avanzando en procurar una salud mental de calidad a nuestros familiares, allegados, y por extensión vamos a contribuir a la mejora de la calidad de vida de todos los ciudadanos, porque no estamos nadie exentos de enfermar en un futuro.

Hay además otras previsiones y objetivos que nos marcamos con el desarrollo de estas Jornadas, que estoy seguro vamos a conseguir, como son:

- Contribuir a la sensibilización y mentalización en contra de la marginación que actualmente sufrimos.
- Para ello, vamos a debatir con los Medios de comunicación.
- Vamos a contribuir a la consecución de los objetivos del Año Europeo de las personas con Discapacidad, dejando de ser los invisibles dentro de los ciudadanos visibles.

- Tendremos también oportunidad de Promover la información y el intercambio de experiencias entre las entidades miembros.
- No podemos obviar tampoco, que FEAFES cumple en este año su 20 aniversario, y este acto no será sólo una celebración de cumpleaños, sino una demostración de la madurez alcanzada y de la carta de naturaleza que el movimiento asociativo de familiares tiene y debe seguir teniendo como representante y defensor de los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias.
- Y por ultimo, confiamos que estas Jornadas, sirvan de manera eficaz a conseguir un Plan de Acción Integral de Salud Mental. Demanda histórica de nuestro movimiento, porque consideramos que la Salud Mental de nuestro país tiene solución, puede sin duda mejorarse, siempre que exista la adecuada planificación, distribución y asignación de recursos. Prueba de ello son algunos intentos y planes puestos en marcha en alguna de las CCAA. Pero los familiares no queremos que haya ciudadanos de 1ª, 2ª o 5ª categoría, como sucede con las diferencias interterritoriales existentes. Tenemos muchas esperanzas puestas en la Ley de calidad y cohesión, en tramite de aprobación ya en el Senado, propuesta por el Ministerio de Sanidad. Pero esa ley de calidad, que si bien contempla como un grupo de acción específico el de las enfermedades mentales graves, requiere de instrumentos eficaces de desarrollo, y un instrumento bien podría ser un Plan de Acción Integral en Salud Mental.

Los familiares estamos convencidos que la mejora y solución a la situación actual de la Salud Mental no es problema de presupuesto, ni de dineros... La solución pasa por una adecuada previsión y provisión de servicios, adecuados a las necesidades actuales de nuestra sociedad, con una dotación de calidad, eficiente y eficaz de tratamientos por y para los enfermos, equiparados al de cualquier otra enfermedad, en el que los profesionales de la Salud

Mental tienen un alto protagonismo que consideramos están asumiendo, y para los que también es necesario un plan de acción y participación.

En fin, y para terminar, porque lo importante será lo que a partir de ahora se diga y las conclusiones que se alcancen (que deberán ser nuestra línea a seguir a corto plazo, y que haremos llegar a todos aquellos interesados e implicados) decía, quiero terminar, agradeciendo la presencia de las personalidades que nos acompañan y de los apoyos institucionales y económicos que han contribuido a hacer posible el desarrollo de estas Jornadas.

Insistir que es un placer estar en las Islas Afortunadas, en estos bellos parajes, de los que también esperamos disfrutar.

Gracias a todos por vuestra asistencia.

D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES



**Políticas europeas
para las personas con discapacidad
por trastorno mental crónico
e iniciativas comunitarias**

Salud Mental Europa (SME)

D^a José Vaan Remortel

Senior Policy Adviser the Mental Health Europe

Me siento muy honrada por la invitación a participar en el Congreso de FEAFES y agradezco a los organizadores que hayan tenido la iniciativa de invitar a Salud Mental Europa a colaborar en esta conferencia.

Antes de pasar al tema de mi intervención, me gustaría darles alguna información sobre Salud Mental Europa y sus actividades.

1. La misión de Salud Mental Europa

Desde hace más de dos décadas, Salud Mental Europa (SME) se dedica a promover y a representar en Europa la salud mental en su sentido más amplio. Su papel de líder y sus acciones innovadoras en el ámbito de la promoción de la salud mental han sido reconocidas. En los últimos años, se han puesto de manifiesto las ventajas, e incluso la necesidad, de contar con una voz europea en cuestiones de salud mental.

SME representa una oportunidad para todas las organizaciones que desean contribuir a la construcción de Europa, en la Unión Europea, pero también en la ampliación de Europa. SME apoya la independencia de los diferentes grupos que trabajan en el campo de la salud mental, a fin de establecer una relación igualitaria entre las distintas partes y de responder a las necesidades, en materia de salud mental, del conjunto de la población.

SME desempeña también un papel importante en cuanto a la sensibilización y a la lucha contra los tabúes y los prejuicios asociados a la enfermedad mental.

A fin de ejercer su papel estratégico, SME participa activamente en diferentes grupos de presión europeos: El Foro Europeo de Personas con Discapacidad (EDF), la Plataforma Social Europea, la Red Europea para la Salud Pública.

SME tiene un régimen legal, por el que mantiene relaciones oficiales con la Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, tiene un papel consultivo en el Consejo de Europa y una función de enlace para la promoción de la salud mental en la Comisión Europea.

SME organiza el Foro de las ONG europeas del sector de la salud mental que comprende la Red europea de los usuarios, ex-usuarios y supervivientes de la psiquiatría, EUFAMI, CEFEC, CEDEP, EuroPsy Rehabilitation, y Alzheimer Europa.

SME funciona como Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial para la Salud Mental y se dedica a promover los objetivos de la FMSM en Europa.

2. Las actividades de Salud Mental Europa

Como toda organización que pretende comunicarse con sus miembros, Salud Mental Europa tiene:

2.1. Boletín de Información mensual, en francés y en Inglés

Es un instrumento dinámico muy apreciado por nuestros miembros, colegas, parlamentarios, etc.

2.2. Publicaciones

SME publica también informes de proyectos o de conferencias, compilaciones, etc.

2.3. Congresos y Jornadas de estudio

SME organiza anualmente -a través de sus organizaciones miembros- un congreso europeo. El año pasado le correspondió a la

Asociación Estonia de Salud Mental. Este año, el congreso tendrá lugar en octubre, en París. El tema del Foro es «De la persona acompañada a la compañía de la persona». El congreso 2004 se celebrará en Eslovenia.

2.4. Proyectos

SME ha desarrollado proyectos europeos tanto en relación con la salud como en cuanto a la anti-discriminación.

A) En lo que se refiere a la promoción de la salud. Después de haber dirigido un proyecto europeo sobre la promoción de la salud mental en niños de 0 a 6 años, y un segundo proyecto sobre la promoción de la salud mental en adolescentes y jóvenes, SME está a punto de concluir un tercer proyecto de promoción de la salud mental sobre estrategias preventivas para hacer frente a la ansiedad y la depresión en Europa. Este último proyecto se realiza en colaboración con tres institutos -la Institución Federal para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Alemania); el Centro de Investigación para el Bienestar y la Salud (Stakes, Finlandia); y la Universidad de Deusto (Bilbao, España)- y representantes de los quince países europeos.

Finalmente este año hemos iniciado un proyecto sobre el coste de la salud mental en Europa. Proyecto ambicioso, realizado en colaboración con las Universidades (departamentos de economía de la salud) y nuestras organizaciones nacionales.

El proyecto tiene como objetivo reunir datos sobre la financiación de los sistemas sanitarios y sobre el nivel de gastos relativos a la salud mental, incluidos los gastos de los cuidados sociales. El objetivo final es el de preparar un cuadro de indicadores sobre las dimensiones económicas que conciernen a los sistemas de salud mental en los Estados miembros de la Unión Europea y en los países de la zona económica europea (Noruega e Islandia).

- B) En lo relativo a la anti-discriminación: en 2001, SME organizó un proyecto sobre el Acoso y la Discriminación con los que se encuentran las personas con enfermedad mental en los servicios sanitarios. Tras una primera fase, que reveló resultados importantes sobre el acoso, las bromas humillantes, la incredulidad, violencias, tratamiento no elegido o agresión sexual, actualmente la fase II está en elaboración, y tiene como objetivo:
- mejorar la comprensión y romper el tabú asociado al problema,
 - sensibilizar a los profesionales en el campo de la salud, los responsables políticos y el gran público,
 - proponer estrategias a los responsables políticos y profesionales para atacar este problema.

Este proyecto se ha realizado en 5 países: Austria, Francia, los Países Bajos, el Reino Unido, y FEAFFES en España. Otras organizaciones europeas, tales como HOPE (hospitales), el Comité Europeo de Médicos, el Comité Europeo de las Enfermeras, etc, se implicarán en el proyecto más adelante.

2.5. Actividades externas

- A) Organización Mundial de la Salud – Oficina europea (OMS/EURO): SME mantiene relaciones oficiales con la OMS, Oficina regional para Europa, y es regularmente invitada a colaborar en las reuniones en las que la salud mental figura en la agenda. En febrero de 2002 participó activamente en un seminario en colaboración con el Consejo de Europa sobre «la Protección y la Promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental». SME participó también en los grupos de trabajo sobre la desestigmatización y sobre la evaluación de los servicios de salud mental en Europa.
- B) Consejo de Europa: SME goza desde hace más de 15 años de una función consultiva en el Consejo de Europa y es miembro del Comité de Enlace de las ONG. SME participa en tres grupos de trabajo: Derechos Humanos, Salud y Derechos Sociales.

SME ha defendido en distintas ocasiones la postura de las personas con enfermedades mentales crónicas, que padecen esquizofrenia, depresión y demencia. SME participará también en la segunda conferencia de los Ministros responsables de la integración de las personas discapacitadas, en Málaga, los días 7 y 8 del próximo mayo.

- C) Parlamento Europeo: SME desempeña un papel importante de información para los parlamentarios europeos que buscan información específica sobre diversos aspectos de la salud mental. SME participa también en reuniones específicas de los grupos de salud o de personas discapacitadas.

3. Colaboración con las otras plataformas y ONG europeas

3.1. Foro Europeo de Personas Discapacitadas (EDF)

Como miembro fundador del EDF, SME se ocupa de defender los intereses de las personas con enfermedad mental y de sus familias.

El EDF representa a las personas discapacitadas en la Comisión Europea y su objetivo es promover la igualdad de oportunidades para las personas y proteger sus derechos. SME forma parte del Consejo de Administraciones y de varios Comités:

- Derechos Humanos
- Personas discapacitadas de gran dependencia
- Estatuto de la mujer discapacitada
- Comisión de finanzas

El Foro desempeña un papel muy importante en la Unión Europea:

- Actualmente la Directiva sobre la no discriminación es sin duda una de las iniciativas más importantes en la agenda presente.

- Se ha puesto en marcha un plan de acción especial sobre la ampliación, a fin de mejorar la comunicación con los movimientos de personas discapacitadas en esos países, basado en el diálogo civil.
- La lucha contra la exclusión social sigue siendo otro tema muy importante. Tras la estrategia de Lisboa (marzo 2000), la Unión Europea decidió lanzar una acción complementaria contra la exclusión social. Las personas discapacitadas, al ser uno de los principales grupos afectados por las medidas para evitar la pobreza y la exclusión social, deberían poder beneficiarse de medidas adecuadas que permitan una integración en los planes de acciones nacionales de los Estados miembros.
- 2003 fue el Año Europeo de las Personas Discapacitadas, el EDF desea que se aplique la directiva sobre la no discriminación. La Declaración de Madrid –un instrumento muy importante– contiene muchas sugerencias de acciones a realizar conjuntamente con las organizaciones de personas discapacitadas. Todos los actores serán invitados a suscribir esta importante Declaración.

3.2. Plataforma de las ONG europeas en el ámbito social

SME forma parte de esta asociación europea que agrupa a las ONG europeas activas en el terreno de la integración social. La Plataforma agrupa a las ONG europeas que representan a las mujeres (Lobby Europeo de las Mujeres), las personas discapacitadas, las personas mayores, los niños, los grupos de parados, los inmigrantes, los representantes de organizaciones de caridad, etc.

Los objetivos de la Plataforma son defender los derechos sociales y la justicia en Europa, basada en los principios de igualdad, solidaridad y el respeto de los derechos fundamentales. Trabaja por la erradicación de la pobreza y de la exclusión social, por la igualdad entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la vida y por la promoción de la democracia participativa que implica a los ciudadanos y los grupos con riesgo de exclusión y discriminación.

La Plataforma tiene tres comités:

- Ampliación
- Diálogo civil
- Política social

Es un verdadero reto para el SME participar en todas estas actividades a fin de incluir las necesidades de las personas con enfermedad mental.

3.3. Alianza Europea para la Salud Pública

Otra ONG europea que agrupa en este caso a las ONG europeas que trabajan en el campo de la salud: cáncer, drogas, alimentación, medicamentos, tabaco. Salud Mental Europa forma parte de ella y es miembro del grupo de gobierno.

La Alianza Europea tiene como objetivo promover y proteger la salud de los ciudadanos europeos, intensificando el diálogo entre las instituciones europeas y las ONG específicas.

Asesora también al secretariado del «Intergrupo Salud» del Parlamento europeo. La Alianza asesora la información y la sensibilización de los responsables políticos acerca de los problemas de salud pública.

4. Política europea en Salud Mental

4.1. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores

Nuevo programa marco de salud pública

La sanidad es un sector de la política en el que los Estados miembros de la Unión han dudado particularmente en permitir la intervención de la Unión Europea. A pesar de que el Tratado de Amsterdam amplía el papel de la Unión Europea en el terreno de la salud pública, también estipula que los sistemas sanitarios

permanecen en el campo de las competencias de cada Estado miembro de la Unión.

Por supuesto, la Sanidad es importante en el trabajo de Salud Mental Europa. SME se ha convertido en una agencia de enlace para la promoción de la salud mental en la Comisión Europea.

En 2002 la Comisión Europea adoptó una comunicación sobre la «estrategia sanitaria en la Unión Europea» y una proposición para un programa de acción de la Unión Europea en el campo de la salud pública. El nuevo programa de acción fue ratificado en noviembre de 2002.

La nueva estrategia sanitaria y el programa de acción en el ámbito de la salud pública, que es su instrumento principal, aportan una reforma fundamental de la política europea en materia de salud. El programa de acción resitúa los programas de salud orientados hacia temas como el cáncer, el SIDA, la toxicomanía, etc. y se concentra en funciones horizontales como la información, la evaluación de riesgos, los mecanismos de alerta y la promoción de la salud.

El nuevo programa de salud pública se concentra en tres ejes:

- 1^{er} eje: mejorar la información y los conocimientos para el desarrollo de la salud pública.
- 2^o eje: reforzar la capacidad de responder rápidamente y de forma coordinada a las amenazas para la salud.
- 3^{er} eje: promover la salud y prevenir la enfermedad mediante acciones sobre los determinantes de la salud y en relación con todas las políticas y actividades.

El trabajo en red se considera una parte importante del nuevo programa, con particular atención al trabajo en red entre «partes reconocidas a escala nacional» con el apoyo de los gobernantes de los Estados miembros de la Unión Europea.

Salud Mental Europa ha participado en numerosas reuniones organizadas por la Comisión Europea y en grupos de presión en el sector de la salud, tales como la Alianza Europea para la Salud Pública, para discutir sobre el nuevo programa marco de salud pública. SME quería asegurarse de que las ONG se implicarían en el nuevo programa con los recursos necesarios y que una de las prioridades sería la salud mental.

4.2. Foro Europeo de la Salud

Dentro del cuadro de la nueva estrategia para la salud, la Comunidad Europea ha querido introducir un enfoque abierto y transparente en relación a la salud. Además, la Comisión Europea ha creado un Foro Europeo de la Salud. Éste representará un mecanismo de información y de consulta para el público a fin de asegurar que los objetivos de la estrategia de salud comunitaria y la manera en que son perseguidos sean presentados claramente al público y respondan a sus necesidades. SME ha respondido a la consulta escrita de la Comunidad Europea concerniente a la creación y composición de un Foro Europeo de la Salud y fue elegida como una organización representante de las cuestiones relativas a la salud.

El Foro Europeo de la Salud fue creado oficialmente en 2002.

4.3. Unidad de Integración de las personas discapacitadas

Todos los años, la Unión Europea organiza una reunión del «grupo de alto nivel» a fin de dar a las ONG europeas la posibilidad de intercambiar información con funcionarios y representantes de los gobiernos.

En la primera reunión de 2002, la Comisión dio primero información del nuevo Programa sobre la No Discriminación, seguido de información para los Estados Miembros de la Unión Europea sobre sus proyectos de promoción de este programa.

Un punto muy importante en el orden del día fue el debate sobre el Año Europeo de las Personas Discapacitadas 2003. El apoyo de

la Presidencia griega e italiana de la Unión Europea fue solicitado para hacer de este año un año inolvidable a nivel de la integración y de la no discriminación de la persona discapacitada.

4.4. Unidad de No Discriminación y Derechos Fundamentales

Esta Unidad se ocupa principalmente de la aplicación del programa de acción sobre la no discriminación. Este programa trata de combatir la discriminación a nivel étnico, racial, religioso, de discapacidad, edad, u orientación sexual. El programa durará 6 años (2001-2006).

El programa de acción comunitaria de la Unión Europea para la lucha contra la discriminación está concebido para promover medidas destinadas a prevenir y a luchar contra la discriminación que se basa en el origen racial o étnico, la religión o la creencia, la discapacidad, la edad o la orientación sexual. Tiene tres objetivos principales:

- mejorar la comprensión del problema de la discriminación mediante un mejor conocimiento del fenómeno y a través de la evaluación de la eficacia de políticas y prácticas.
- Desarrollar la capacidad de prevención y combatir de forma eficaz la discriminación, en particular reforzando los medios de acción de las organizaciones y apoyando el intercambio de información y de buenas prácticas así como el trabajo en red a nivel europeo, y siempre teniendo en cuenta las características específicas de cada forma de discriminación.
- Promover y difundir valores y prácticas en la base de la lucha contra la discriminación, incluyendo las campañas de sensibilización.

Salud Mental Europa ha contribuido a los esfuerzos de las ONG en el sector social y en el sector de la discapacidad para que:

- El papel de las ONG nacionales y europeas en el programa sea reconocido.
- El sector de la discapacidad pueda beneficiarse considerablemente del programa.

- Se disponga de una financiación suficiente para las organizaciones que participan en el programa.
- La evaluación y la vigilancia sean claras y transparentes.

4.5. Unidad de protección social y políticas de integración

En la cumbre de Lisboa de 2000 se decidió que los Estados miembros de la Unión Europea desarrollarían un enfoque coordinado para luchar contra la exclusión social y la pobreza. Todos los años, los objetivos serían adoptados e incorporados dentro de los Planes de Acción Nacionales para la lucha contra la pobreza y la exclusión social (PANincl.). Los objetivos tendrían en consideración la dimensión múltiple de la exclusión, como se subrayó en las conclusiones de Lisboa: el empleo, la educación, la formación profesional, la salud y la vivienda. Respetarían también las necesidades de los diferentes grupos claves. Además, en 2002 se inició un programa de acción comunitaria para apoyar la lucha contra la exclusión social a nivel europeo.

La Comisión Europea publicó un informe conjunto basado en un análisis de los Planes de Acción Nacional contra la pobreza y la exclusión social, elaborados por los Estados miembros. El informe confirma que la pobreza y la exclusión social todavía son un gran problema en Europa. El 18%, más de 60 millones, de la población de la Unión Europea corren riesgo de pobreza, y alrededor de la mitad de ellos viven en situación de pobreza a largo plazo. Ciertos grupos corren más riesgo que otros: los niños y los jóvenes, las personas mayores, los parados y las familias monoparentales.

El informe determina también una lista de factores de gran riesgo que aumentan el peligro de la pobreza. Subraya también ciertos cambios importantes dentro de la estructura de la sociedad que, a pesar de que sean positivos para la mayoría, podrían constituir un nuevo riesgo de pobreza y de exclusión social a menos que se desarrollen respuestas a nivel político para los grupos más vulnerables

(por ej. Tecnología de la información y de la comunicación, cambios dentro del mundo del trabajo debidos a la globalización, etc.).

El informe menciona ocho retos principales tenidos en cuenta por la mayoría de los Estados miembros:

1. Desarrollar un mercado de empleo inclusivo y promover el empleo como un derecho y una oportunidad para todos.
2. Garantizar ingresos y recursos que aseguren una calidad de vida decente.
3. Tratar las desventajas educacionales.
4. Asegurar una vivienda razonable para todos.
5. Preservar la solidaridad familiar y proteger los derechos de los niños.
6. Garantizar la igualdad de acceso e invertir en servicios públicos de alta calidad.
7. Mejorar la prestación de los servicios.
8. Regenerar las zonas que sufren múltiples privaciones.

Durante todo este procedimiento, SME ha animado a sus miembros a participar, a nivel nacional, en la consulta para la elaboración de los PANincl, seminarios nacionales. Pocas organizaciones han conseguido ser invitadas a las reuniones nacionales de consulta pero algunas de las cuestiones importantes para el sector de la salud mental han sido retomadas por algunos de los Consejos nacionales de personas discapacitadas.

5. Retos en Salud Mental

Es incuestionable que el reto más grande en salud mental –tanto para las familias y los usuarios como para los profesionales– es el tabú, la estigmatización y el poco prestigio del que ha disfrutado la psiquiatría.

Combatir los tabúes e informar a la población siguen siendo las prioridades para los políticos, profesionales, profesores y voluntarios.

Otro reto ciertamente es la necesidad de modificar los antiguos métodos y prácticas en salud mental. Es importante emancipar a los enfermos y crear servicios “de abogacía” para los que no pueden tomar la palabra oficialmente.

Movilizar a las familias, padres y amigos de las personas con enfermedad mental es esencial, si les queremos mantener fuera de los hospitales y los asilos.

Un tercer reto es la necesidad de introducir instrumentos y medios de evaluación de los servicios de salud mental. Aquí también usuarios y familias deber ser parte implicada.

Un cuarto reto es la persona con enfermedad crónica, difícil de tratar, difícil de situar, difícil de aceptar. El reto no se plantea sólo dentro del sistema de salud mental, sino también dentro de la sociedad que se niega a aceptarlos tal como son.

Otro reto son los inmensos problemas que existen en los antiguos países del Este y en los países de la ampliación de la Unión Europea. En esos países el sistema de asilos es a menudo la única forma de tratamiento. Muchos de esos países no tienen legislación ni presupuesto específico para salud mental.

Un sexto reto es la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en salud mental y la introducción de nuevos métodos y experiencias de trabajo.

La introducción de usuarios y de miembros de las familias como formadores es un elemento necesario que se revela muy beneficioso en la formación de las enfermeras, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas.

- 1 persona de cada 5 tiene problemas de salud mental en su vida,
- 1 persona de cada 10 tiene problemas graves de enfermedad mental. 6 de cada 10 sufren psicosis, esquizofrenias o depresiones graves,
- la enfermedad mental mata 4 veces más personas que los accidentes de tráfico,
- la enfermedad mental es 5 veces más frecuente que el retraso mental,
- el 90% de las personas con enfermedad mental viven dentro de la sociedad.

Estas estadísticas sirven para demostrar el impacto que la salud mental tiene en la sociedad; sin embargo sigue siendo el pariente pobre en toda Europa.

Mejorar la salud mental dependerá también de los progresos realizados en la lucha contra la pobreza, la exclusión social y los tabúes ligados a la enfermedad mental.

Combatir la imagen negativa y los tabúes sigue siendo el reto más importante en los próximos años. El prejuicio y la alienación que han sufrido las personas con enfermedad mental desde hace décadas influyen todavía en las actitudes de la sociedad actual.

Juntos, nosotros –los usuarios, las familias, los profesionales, los directores de servicios de salud mental– debemos rechazar esta discriminación y pedir a los responsables nacionales e internacionales que nos den su apoyo y ayuda para asegurar a las personas con enfermedad mental un futuro más justo y honesto.

Juntos nos podemos hacer entender.

Juntos lo conseguiremos.

Retos: involucrar a familias y usuarios

D^a Begoñe Ariño Jackson

Presidenta de EUFAMI

Soy madre de un chico de 38 años que sufre y tiene sordera y, como todos, he pasado los malos ratos que aquí no hace falta explicar.

He leído por encima los planes regionales de algunas provincias y veo que apenas se menciona las necesidades de las familias, por eso he añadido al título de mi ponencia INVOLUCRAR: No sólo en el proceso de cuidados, rehabilitación y/o recuperación de nuestro familiar, que debería ser ya algo obligatorio, sino que deberían contar con nosotros en los equipos que planifican las políticas de Salud Mental que tanto afecta a la persona con la enfermedad como a nosotros.

Tengo tanto que contar en tan poco tiempo que me resulta difícil saber qué es lo que más os puede interesar. Empezaré situándome en: ¿Qué supone EUFAMI para España, para cada uno de nosotros?

Identidad de EUFAMI

EUFAMI es la Federación Europea que representa a las Asociaciones de familias de personas con enfermedades mentales. Fundada en 1992.

Democráticamente estructurada, registrada bajo la ley Belga (IASBL) organización internacional.

Somos 33 miembros, 23 nacionales y los demás bien regionales o Asociaciones no exclusivamente de Familias. Representamos a más de 500.000 personas. (www.eufami.org).

Objetivos

- Mejorar la calidad de cuidados y de vida de las personas que sufren una enfermedad mental y mejorar el nivel de apoyo y cuidados necesarios para sus FAMILIAS.
- Facilitar a sus miembros asociados a combinar esfuerzos e intercambiar experiencias y actuar conjuntamente.
- Fortalecer y asistir a organizaciones miembros en sus esfuerzos de mejorar las organizaciones de salud mental en sus países de origen, tanto regionales como locales.

Prioridades estratégicas

- Autoayuda: Formación y apoyo.
- Combatir el estigma y la discriminación.
- Promocionar buenas prácticas entre los profesionales.
- Reforzar las organizaciones nacionales dando prioridad a los países del centro Este de Europa.

EUFAMI organizó dos seminarios que llamamos DIAMOND con el fin de formar en cómo reforzar las estructuras de nuestras Asociaciones.

Programas

Partners in care - Socios en el cuidado

Los usuarios y las familias estamos buscando profesionales que comuniquen y tengan deseos e intenciones de desarrollar un respeto mutuo, basado en honestidad y transparencia, para que capaciten a todos los involucrados en la rehabilitación, recuperación y/o cuidado de las personas afectadas.

(WPA 2002) Nuestro objetivo común es el de trabajo en cooperación para apoyar a las personas afectadas por una enfermedad mental.

Proyecto piloto - Prospect

- Formación para familiares, usuarios y profesionales del sistema de salud mental.
- Habilidades de manejo de la vida, problemas y de comunicación.

14 países europeos se han visto involucrados en este Proyecto de aprendizaje que nos ha llevado dos años preparar y por fin este año se ha dado el primer seminario de formadores.

El siguiente paso le toca a FEAFFES: organizar algo similar en España, y está en ello.

Vision: Desarrollar y mantener un centro de excelencia de formadores en el ámbito Europeo, Nacional Regional y Local.

Romper el silencio

Título del libro con las conclusiones de una encuesta llevada a cabo en 5 países (Austria, Suecia, España, Inglaterra y Holanda) sobre los primeros diagnósticos. La encuesta muestra que las familias quieren y necesitan información en:

- Cómo manejar problemas específicos, ej. cómo abordar experiencias ante una crisis psicótica.
- Saber el diagnóstico y consecuencias clínicas dadas por profesionales.
- Necesidad de ayuda tanto para usuarios como para las familias, para que reconozcan sus posibilidades, expectativas y limitaciones posibles hacia el funcionamiento social del afectado. La conclusión es que las familias en general no están satisfechas con los cuidados, información y orientaciones que se dan ante un primer brote psicótico.

NECESITAMOS: Profesionales, que escuchen y sean empáticos con nuestros problemas.

La dirección del futuro de EUFAMI

- Recuperación de la persona que involucre un abordaje de par-tenariado entre las partes implicadas:
 - Profesionales de la salud mental.
 - Familiares y/o amigos cuidadores.
 - Usuarios.
- Necesitamos también Incrementar el sentido de pertenencia a EUFAMI EUROPA. A nuestra Confederación a nuestras Federacio-nes y Asociaciones locales.

Muchas veces no se ve la labor que hacemos, pero os aseguro que vamos caminando en la dirección apropiada. Las familias tenemos mucho que decir y tenemos que pisar fuerte y ser considerados como iguales. Nos necesitan, o sea que el reto es estar prepara-dos y formados.

Solos no hacemos nada - Unidos podremos conseguir mucho más.

Congresos, grupos de trabajo a los que hemos asistido

- 2001 Grupo de trabajo sobre el “Documento Consenso” sobre medicaciones atípicas - WPA (Asociación Mundial de psiquiatría).
- 2001 Congreso de la WPA en Leipzig (Campaña Estigma).
- 2002 Congreso Europeo WAPR (Asociación Mundial de rehabili-tación psicosocial) Roma (Rehabilitación).
- 2002 Congreso Mundial WPA Yokohama últimos avances/ medicaciones/estigma.

- 2002 Foro de trabajo/reflexión de la OMS Túnez Políticas de S.M. nacionales y regionales- MHGap reconocimiento As.
- 2003 Foro de reflexión Comisionario de los Derechos Humanos (Consejo de Europa).
- 2003 Congreso Mundial. Australia WFMH. Calidad de vida.
- 2003 Congreso Europeo sobre Estigma. Atenas. Aprovechando su Presidencia Europea y poniendo la E.M. en su agenda. Estuvimos 2 familias de ponentes, yo en la apertura y otra persona en el panel de clausura.
- 2003 Congreso Mundial WPA Viena. Junio. diagnósticos.

En todos hemos sido invitados como ponentes para dar la perspectiva de las familias.

Todo esto de involucrarnos supone que tenemos que aprender y formarnos, es un reto pero merece la pena.

EUFAMI quiere, como política, ser independiente de ninguna Organización de profesionales. Abierta a colaborar y participar como iguales, y abierta a todos los movimientos de mejora en la calidad de servicios, atención y apoyo a los familiares y usuarios, campañas antiestigma y ser involucrados en las políticas de salud mental de cada país, región o zona.

Solos no podemos, debemos unir fuerzas.

El reto está en cada uno de nosotros.

Canarias Avanza

D^a Eusebia María Nuez Díaz

Presidenta del Proyecto 'Canarias Avanza' I.C. EQUAL

Canarias Avanza

Objetivos Generales

- Combatir las barreras para la generación de actividades productivas de colectivos desfavorecidos.
- Promover acciones de transformación en las políticas de emprendeduría para colectivos desfavorecidos.

Objetivos Específicos

- Coordinación entre entidades públicas y privadas para la promoción de la creación y diversificación de empresas para la inserción de los colectivos con especiales dificultades.
- Avanzar en la superación de las barreras sociales, administrativas y legales que dificultan la incorporación al empleo.
- Crear estrategias de apoyo y seguimiento para facilitar la supervivencia de empresas de nueva creación.

Empresas: Creación y seguimiento de 11 proyectos empresariales.

Ámbitos: Nuevos Yacimientos de Empleo.

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| - Servicios de proximidad | - Textil |
| - Reparación de viviendas | - Encuadernación |
| - Agro-ganadería ecológica | - Taxi |
| - Comercialización de productos | - Embalaje |

Acciones compartidas

- 1) Favorecer que las administraciones y las entidades privadas se impliquen en la promoción del autoempleo y el espíritu de empresa para que éstos sean más accesibles a las personas con dificultades especiales.
- 2) Apoyar e impulsar las modificaciones normativas necesarias de los Centros Especiales de Empleo de cara a disminuir el porcentaje de fracaso y desaparición de CEE.
- 3) Impulsar la regulación de nuevas fórmulas empresariales que favorezcan la inserción de personas con especiales dificultades.
- 4) Creación de un portal de Internet, página web.
- 5) Elaboración y difusión de un Manual de Buenas Prácticas.
- 6) Asesoramiento en los servicios de creación de empresas acerca de la normativa específica de los colectivos con especiales dificultades.
- 7) Apoyo a la demanda de los NYE mediante fórmulas como los cheques-servicios.

Comisiones de trabajo dentro de la AD

- Comisión Centros Especiales de Empleo.
- Comisión Agricultura Ecológica.
- Comisión Cheques Servicios.
- Comisión Evaluación.

Empoderamiento

- Se encuentran presentes entidades claves en el desarrollo de acciones para la vinculación de la creación de empresas a los colectivos con especiales dificultades. Los miembros son el Gobierno de Canarias, Cabildos, Ayuntamientos, ONG, Sindicatos, Universidad, Cámara de Comercio y Entidades Financieras.

Perfil de las personas beneficiarias

- Personas inmigrantes.
- Mujeres con cargas familiares y baja cualificación.
- Jóvenes que habitan en zonas desfavorecidas.
- Jóvenes en situación de riesgo.
- Personas con discapacidad.
- Mujeres: 86 Hombres: 84 Total: 170

Participantes

- A.D. Atalaya.
 - Dirección General de Servicios Sociales.
 - Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
 - Gobierno de Canarias.

Funciones

- Entidad cofinanciadora de «Canarias Avanza».
- Dinamización de la A.D. Atalaya y de las acciones compartidas.
- Entidad coordinadora del proyecto transnacional.
- Coordinación de las actividades experimentales.
- Seguimiento, control del gasto, recogida de datos y Evaluación.

Servicio Canario de Salud

CIRPAC: Consejo insular de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para enfermos mentales en Tenerife.

- Apoya la conversión de centros ocupacionales en Centros Especiales de Empleo o la constitución de nuevos centros, cuyos trabajadores principalmente serán personas con discapacidad, como consecuencia de un trastorno mental de larga duración.

SINPROMI (Sociedad Insular de Promoción del Minusválido)

- Lleva a cabo acciones de fomento e impulso de los Centros Especiales de Empleo.
- Crea estrategias dirigidas a la transición de los Centros Ocupacionales de Empleo en Tenerife como vía para el salto al empleo ordinario.

FUNDACIÓN FIFEDE (Fundación Insular para la Formación, el Empleo y el Desarrollo Empresarial)

- Servicio de asesoramiento, apoyo y seguimiento de todas aquellas actividades empresariales que trabajan con colectivos con especiales dificultades de la AD en la Isla de Tenerife.
- Estudio de los centros ocupacionales de Tenerife y valoración de los que pueden convertirse en Centros Especiales de Empleo.

CABILDO DE LA PALMA

- Apoya el acceso y la reincorporación al mercado de trabajo de las personas que sufren dificultades para integrarse o reintegrarse en el mercado de trabajo.

CABILDO DE FUERTEVENTURA

- Creación, apoyo y seguimiento de una empresa de servicios de proximidad con colectivos con especiales dificultades.

CABILDO DE LANZAROTE

- Creación, apoyo y seguimiento de una empresa de servicio de proximidad y otra de agricultura ecológica con colectivos con especiales dificultades.

AYUNTAMIENTO DE TELDE

- Creación de empresas en el ámbito de los servicios a domicilio y de elaboración de trajes tradicionales canarios.
- Apoyo y seguimiento de las empresas creadas desde las estructuras existentes.

CÁMARA DE COMERCIO DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

- Sensibilización y divulgación sobre el autoempleo y el espíritu de empresa así como la promoción de los nuevos yacimientos de empleo.
- Favorecer que las entidades privadas se impliquen en la promoción del autoempleo de las personas con dificultad especial.

CC.OO. CANARIAS

- Colaboran en las acciones transversales, sensibilización y la visibilidad interna.

CAJA MADRID

Presta su apoyo y asesoramiento en:

- Análisis de riesgos.
- Estudios de viabilidad.

RED ANAGOS

- Promueve nuevos enfoques y contenidos para el empleo desde las lecciones aprendidas en la Iniciativa Comunitaria Empleo.
- Colabora con la A.D. en el impulso de la regulación de nuevas fórmulas empresariales que favorezcan la inserción de personas con especiales dificultades.

ISONORTE

- Creación de una empresa en el ámbito de la producción ecológica para colectivos desfavorecidos del medio rural de la isla de La Palma.

CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado/a)

- Creación de una finca de agricultura ecológica para personas inmigrantes extracomunitarias en Gran Canaria.

CEMAIN (Hijas de María Auxiliadora)

- Creación de empresa en el campo del medioambiente (agricultura ecológica, aula de la naturaleza y apoyo al patrimonio cultural) para jóvenes con especial dificultad.

FUNDACIÓN FOREM

- Creación de dos empresas (en Gran Canaria y Tenerife) en el sector de la reparación de viviendas para personas privadas de libertad.

ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

- Colabora en acciones transversales.
- Participa en la comisión de Centros Especiales de Empleo.

ASOCIACIÓN ADEPSI

- Creación de un Centro Especial de Empleo de envasado y empaquetado de productos del sector de agricultura ecológica de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria para personas con discapacidad psíquica.

ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PERMACULTURA

- Creación de un centro especial de empleo de producción agrícola sostenible y biológica con enfermos psiquiátricos crónicos en Tenerife.
- Trabaja con el Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental en Tenerife.

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

- Responsable de la evaluación del proyecto nacional y del Manual de Buenas Prácticas del proyecto Canarias Avanza.

Canarias Avanza en cifras

Presupuesto de la acción 2:

- 2002:	512.383,80 €
- 2003:	1.346.952,43 €
- 2004:	748.648,92 €
TOTAL:	2.607.985,15 €

Nº de Entidades de la Agrupación de Desarrollo ATALAYA: 20

Nº de personas beneficiarias: 170 (86 mujeres y 84 hombres)

Nº de microempresas a crear: 11

Transnacionalidad Proyecto 'ADVANCE'

Socios

Canarias: 'Canarias Avanza'.

Alemania: Red para la cualificación, el empleo y la integración de la región de Hildesheim Baja Sajonia.

Objetivos

- 1) Investigaciones sobre las metodologías de desarrollo y de acompañamiento en la creación de actividades en los Nuevos Yacimientos de Empleo.
- 2) Identificar las necesidades mediante la formación continua e individualizar los contenidos de cualificaciones.
- 3) Utilizar las metodologías de individualización y las nuevas tecnologías de información y de enseñanza.

Productos

Organización de cuatro talleres de reflexión.

Primer taller

- Intercambio de marcos legales en materia de empleo y servicios sociales. Sistemas de financiación.
- Lugar: Canarias
- Fecha: Marzo 2003
- Objetivos:
 - Identificación de las barreras de acceso para los colectivos diana basados en comparaciones con los marcos institucionales nacionales.
 - Influencia de los marcos generales nacionales en términos de condiciones institucionales, legales, culturales, sociales y financieros.
 - Intercambio de información y experiencias, instrumentos y conceptos.

Segundo taller

- Metodologías e incentivos para la creación de empresas e inserción laboral de colectivos desfavorecidos: tutelaje y seguimiento.
- Lugar de celebración: Alemania
- Fecha: Junio 2003
- Objetivos:
 - Identificación de las necesidades y requisitos concretos de cualificación.
 - Sensibilización intensificada a favor de los beneficios y perspectivas de autoempleo.
 - Métodos innovadores de cualificación.
 - Intercambio de información y experiencias, instrumentos y concepto.

Tercer taller

- Presentación del proyecto transnacional ADVANCE y de una posible buena práctica.
- Lugar de celebración: Bruselas
- Fecha: Octubre 2003

Cuarto taller

- Estructura del manual de buenas prácticas. Puesta en común de los resultados. Organización de las conferencias finales.
- Lugar de celebración: Canarias
- Fecha: Febrero 2004

Conferencias finales

- Presentación de los resultados finales del proyecto transnacional ADVANCE.
- Lugares de celebración:
 - Canarias (Abril 2004)
 - Alemania (Octubre 2004)
- **Edición de una guía** de buenas prácticas que recogerá la totalidad de las tareas realizadas en los talleres de trabajo.
- **Creación de una página web** de difusión y diseminación de la experiencia.



**Las implicaciones de la palabra
DEPENDENCIA**

Las implicaciones de la palabra DEPENDENCIA

Excmo. Sr. D. Jaime del Barrio Sedane

Consejero de Asuntos Sociales de Cantabria

En primer lugar, como responsable de las políticas sanitarias y sociales de una comunidad autónoma, quisiera resaltar la importancia del tema que hoy nos reúne aquí y la oportunidad de intercambiar reflexiones y experiencias relativas al concepto de dependencia en el espacio sociosanitario en general y, más específicamente, en el ámbito de la salud mental. En mi intervención, comentaré los aspectos más destacables de nuestro modelo de atención a las personas dependientes, y la especificidad de la dependencia en personas que padecen trastornos mentales crónicos graves. También abordaré algún aspecto relativo a la gestión.

Como dice el lema de estas Jornadas, la salud mental se sitúa en este momento frente a un futuro de esperanza. Tanto por parte del Gobierno de la Nación como en todas las comunidades autónomas se ha incluido en la agenda de las políticas sanitarias y sociales la necesidad de clarificar el espacio sociosanitario, estableciendo una más clara separación de funciones entre la atención específica a la salud mental y las ligadas a las necesidades residenciales y sociales de los pacientes.

En el contexto nacional, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuya promulgación parece muy cercana, incluye por primera vez la salud mental en el catálogo de prestaciones. Esta norma supondrá un antes y un después en el tratamiento y evolución de la salud mental en nuestro país, ya que pone las bases y establece un marco de actuación que permitirá la configuración del perfil común de la prestación en salud mental, con lo que se garantiza un adecuado y óptimo nivel de cobertura en todo

el territorio nacional, superando una situación de carencia que no se corresponde con el espíritu de la Ley General de Sanidad de 1986, aún vigente, en lo recogido para la atención a la enfermedad mental en su Capítulo III.

Por otra parte, también en el contexto nacional, la legislación en el ámbito de la dependencia permitirá dar también a las personas con dependencia debida a enfermedad mental, una respuesta, igual en todo el Estado, a las necesidades que van más allá de lo sanitario.

En mi opinión, el futuro será esperanzador si, a la hora de establecer esa separación entre prestaciones sanitarias y sociales para las personas en situaciones de dependencia originada por enfermedades mentales graves, somos realmente capaces de definir de una manera clara la cartera de servicios sanitarios para estos pacientes, que respondan a los principios de aseguramiento público, universalización, financiación pública y equidad consagrados en nuestro modelo sanitario; así como una red adecuada de recursos sociales y sociosanitarios ajustados a las necesidades de las personas con enfermedad mental grave en cuanto ciudadanos en riesgo de exclusión social.

Por el contrario, el futuro no responderá a las expectativas y esperanzas de las personas con enfermedad mental grave y sus familiares si la respuesta de la administración consiste únicamente en la creación de nuevos instrumentos que no garanticen la coordinación y que actúen como espacios frontera que transmiten confusión a los ciudadanos y a los profesionales, generando duplicidades en los servicios, muchas veces simultáneas con carencias absolutas en otros y dando lugar a espacios que se pueden considerar “tierra de nadie”.

Por ello, sea cual sea el modelo de organización y gestión de los servicios sanitarios y sociales, también para las personas con enfermedad mental grave, las palabras clave son normalización y coordinación.

Según el principio de normalización, si bien resulta imprescindible dar una respuesta sanitaria a los problemas estrictamente sanitarios que presentan las personas que sufren un trastorno mental, equiparable a las que se presta a cualquier otra enfermedad o padecimiento somático, aquellos otros aspectos de la persona que se pueden definir como sociales, estén tanto en la causa como en la consecuencia de su padecimiento mental, deberán encontrar una respuesta de ayuda en los recursos sociales existentes en la propia comunidad. Será misión de los agentes de salud mental reclamar de dichos servicios sociales la colaboración, su adaptación a la realidad del enfermo mental o la creación de nuevos recursos sociales cuando estos no existan.

La coordinación se convierte así en algo absolutamente imprescindible, que ofrece una serie de indudables ventajas. Destacaré dos de estas ventajas, La primera es aminorar la tendencia a la medicalización, “psiquiatrización” y “psicologización” de muchos aspectos relacionados, pero no necesariamente identificados, con la enfermedad mental. Se ha constatado una y otra vez la imposibilidad de dar una respuesta global satisfactoria a los problemas sociales desde la medicina, la psiquiatría o la psicología.

Otra ventaja de la coordinación es evitar la creación indiscriminada de servicios que, en su afán de dar respuestas totales y específicas a los usuarios, acaban por reproducir el fenómeno de la “institucionalización”, alejando a la persona con enfermedad mental del entramado social.

Partiendo de esta situación y de estas premisas, comentaré brevemente la experiencia de Cantabria en este ámbito. Coincidiendo con el periodo de culminación de la transferencia de la competencia en materia de asistencia sanitaria a las comunidades autónomas pendientes de recibirlas, en los últimos años, la comunidad autónoma de Cantabria afrontó el reto de las políticas sociosanitarias, convirtiéndolo en una excelente oportunidad. En el año

2000, la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria creó una dirección general, la primera existente en nuestro país, que tiene como misión ofrecer una respuesta adecuada e integral a las necesidades de las personas con necesidades de atención sociosanitaria, en el convencimiento de que una adecuada y racional planificación de los servicios sanitarios no puede llevarse a cabo sin una clara definición y delimitación del “espacio sociosanitario”.

Todos los expertos consideran como un hito indispensable la coordinación de políticas sanitarias, sociales y sociosanitarias, si se pretende adaptar los sistemas organizativos a las necesidades reales de los ciudadanos. En nuestra comunidad, la agrupación de estas políticas en la misma consejería, Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, facilita esta coordinación siempre difícil, pero necesaria.

En este momento, podemos afirmar que nuestra región se sitúa en primera línea de estas políticas sociosanitarias, tanto en su definición normativa como en provisión de recursos, ya que en la actualidad estamos en puestos de cabeza en cuanto a oferta de servicios diurnos y de 24 horas a personas dependientes. Muchos de dichos servicios, tanto diurnos como residenciales para personas con necesidades sociosanitarias en el ámbito de la salud mental, se han creado al amparo del Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria, aprobado en 1998.

Cantabria ha sido, en el año 2001, la primera comunidad en promulgar una ley de protección a las personas en situaciones de dependencia.

Esta ley configura un sistema de atención a las personas dependientes que constituye una red de utilización pública, diversificada, que integre de forma coordinada centros y servicios públicos y privados debidamente acreditados, y establece tres niveles de funcionamiento y utilización de estos centros y servicios:

- A) Primer nivel: servicios de apoyo en el domicilio, de ejecución por la Administración local, que incluye la Teleasistencia o Telealarma y el Servicio de Atención Domiciliaria.
- B) Segundo nivel: Centros y Servicios de atención diurna.
- C) Tercer nivel: centros y servicios de atención continuada de veinticuatro horas.

Pero, una vez creado en Cantabria el marco de la dependencia y de los diferentes niveles de atención, una cuestión importante, y no fácil de definir y delimitar, es la relativa a la frontera entre las necesidades sanitarias y sociosanitarias de las personas con trastorno mental crónico, y de la ubicación de los servicios que tienen que cubrir dichas necesidades.

Los problemas de salud mental, y de manera más específica los originados por las necesidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica y sus familiares, constituyen sin duda uno de los retos más importantes que debemos afrontar desde los servicios sanitarios y sociales. Y no quisiera caer en el tópico de decir que se trata de un problema en el umbral del Siglo XXI y de un reto para los próximos años. Se trata de una cuestión que está pendiente de afrontar de una manera decidida ya desde los años 80, cuando se puso en marcha el proceso de “desinstitucionalización” psiquiátrica.

La Ley General de Sanidad, de 1986, en su capítulo III establecía de manera clara y definitiva la equiparación de la atención a las personas con enfermedad mental con aquellos ciudadanos que presentan cualquier padecimiento de tipo físico, creando el marco legal para el desarrollo de normativas que regulen los cambios necesarios en el ámbito de la asistencia psiquiátrica y de su adecuada planificación. La misma ley establecía áreas de urgente intervención, como la psicogeriatría, y con la necesidad de puesta en marcha de servicios de rehabilitación y reinserción social

necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

La propia Ley de Salud Mental de Cantabria, de 1996, única norma con este rango que en nuestro país ha impulsado la llamada “Reforma Psiquiátrica”, también hace hincapié en la necesidad de dar respuesta a estos colectivos.

Del espacio sociosanitario y de la dependencia, conceptos muy utilizados en la actualidad, ya se tenía pues constancia en el ámbito de la salud mental y del enfermo psiquiátrico crónico, ubicado más cercano a los servicios sociales que a los sanitarios a raíz de la promulgación del Real Decreto 63/95, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En dicho decreto, y de una manera aparentemente complicada pero bien estudiada, se excluye la hospitalización de larga estancia psiquiátrica, y no hace ninguna referencia específica a la salud mental cuando describe la modalidad de atención especializada en “hospital de día” o la rehabilitación. Han sido las administraciones periféricas (gobiernos regionales o corporaciones locales) las que han desarrollado, con mayor o menor intensidad, programas de rehabilitación psiquiátrica mediante el desarrollo de planes de salud mental.

Pero, en los últimos años, los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones internacionales, como la OMS, demandan que la equiparación de la persona con enfermedad mental crónica con el resto de personas que padecen otras enfermedades ha de ser real, extendiendo el carácter sanitario de la rehabilitación psiquiátrica, con sus peculiaridades, y creando dispositivos adecuados a las necesidades de estos pacientes. Así, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria, promulgada en enero de este año, establece la inclusión definitiva de la atención a la salud mental dentro del sistema sanitario, así como los centros asistenciales dedicados al tratamiento de personas con trastornos adictivos.

En el Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria, aprobado en el año 1998, el modelo sociosanitario de atención gira en torno a la diferenciación de las necesidades sanitarias y sociosanitarias de las personas con trastorno mental crónico.

Tomando como referencia la esquizofrenia, aunque resulta claro que el concepto de rehabilitación se hace extensivo a todos aquellos procesos psiquiátricos que conllevan algún tipo estable de discapacidad, la variada gama de necesidades que conlleva se enumeran a continuación:

- 1) En las primeras fases de la enfermedad se precisa una atención dirigida a establecer el diagnóstico psicopatológico, evaluar los aspectos orgánicos y controlar los síntomas. En la misma fase se debe realizar una detección precoz de los déficit y, si procede, establecer el plan individualizado de rehabilitación.
- 2) A lo largo de todo el proceso terapéutico, además de las medidas farmacológicas y psicoterapéuticas necesarias en cada caso, es necesario proporcionar información y psicoeducación al paciente y su familia.
- 3) Adecuado seguimiento de cada caso, prevenir las recaídas y adoptar las medidas necesarias para el control sintomático y conductual en las descompensaciones. Frecuentemente estará indicado un ingreso hospitalario, en ocasiones más prolongado.
- 4) Existencia de programas de rehabilitación individuales que incluyan las necesidades del entorno familiar del paciente, llevados a cabo en diferentes escenarios. Dentro de estas necesidades destaca la formación prelaboral y la inserción o reinserción laboral, además de las actividades de ocio y todas aquellas en las que el individuo desarrolla su dimensión social (participación en la vida de su grupo y de su comunidad).
- 5) Otra importante necesidad del enfermo crónico, relacionada con las dificultades para recibir apoyo en su medio familiar o simplemente con su natural deseo de vivir de manera independiente, es

la disponibilidad de un alojamiento estable. Esta necesidad de alojamiento debe ser perfectamente distinguible de la necesidad de hospitalización.

- 6) Necesidad de apoyos de tipo legal, que van desde el asesoramiento, tanto al paciente como a su familia, hasta la incapacitación en algunos casos, buscando en todo momento la protección de los derechos del enfermo como ciudadano.

En nuestra opinión el ámbito sociosanitario de intervención abarca a aquellas personas en las que los programas de rehabilitación no obtienen resultados que permitan al paciente afrontar las actividades de la vida diaria, impulsando además -en colaboración con los servicios sociales y otros departamentos de la administración- los programas de inserción y reinserción laboral, los programas de ocio e integración social, los apoyos de tipo legal y los programas de apoyo al alojamiento, que debe ser tajantemente diferenciado de la necesidad de hospitalización.

El esquema que recoge la siguiente diapositiva resume nuestro modelo de atención sociosanitaria a las personas con dependencia por enfermedad mental y sus implicaciones. Las consecuencias de la existencia de un trastorno mental pueden verse incrementadas o atenuadas según la calidad del entorno social, que puede ser, a su vez, un factor que incrementa la discapacidad. Cuando el trastorno es severo y persistente, y supera las capacidades del individuo y de su entorno para afrontar los déficits de funcionamiento, nos encontraríamos ante un problema sociosanitario, que es mayor cuanto mayor sea el nivel de dependencia para las actividades cotidianas y el autogobierno del individuo.

En la siguiente diapositiva se reflejan las vías de entrada, los métodos de evaluación y las intervenciones. La puerta de entrada al espacio sociosanitario ha de ser fundamentalmente sanitaria (un problema de salud que en un momento dado conlleva intervenciones coordinadas sanitarias y sociales) y, a partir de ese momento, sin solución de continuidad en los cuidados prestados.

En cuanto a la provisión de este tipo de servicios, nuestra opinión es que, por sus características y su necesidad de dar respuestas rápidas, variadas y flexibles a las necesidades, siempre cambiantes de este colectivo de personas con trastornos mentales crónicos, la concertación de servicios es un instrumento eficaz, con excelentes resultados en nuestra comunidad.

Así, el Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria establece entre sus principales líneas de acción la coordinación de los distintos recursos y proveedores de servicios de salud mental, tanto de titularidad pública como privada, entre sí y con el resto de recursos sociales y servicios de la administración.

Del mismo modo, y como ya se ha dicho, la Ley de protección a las personas en situación de dependencia crea el concepto de red de utilización pública, diversificada, que integra de forma coordinada centros y servicios públicos y privados debidamente acreditados.

Finalmente, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria establece en el Título VII, y en función de la consideración del Sistema Autonómico de Salud como instrumento que combina las actuaciones de todos los ámbitos dedicados a la salud en Cantabria, diversas fórmulas de colaboración con el sector sanitario privado.

Terminaré mi intervención expresando el convencimiento de que nos encontramos, como dice el lema de estas jornadas, ante un futuro de esperanza para las personas con enfermedad mental grave y sus familias. Este futuro será más claro cuanto más capaces seamos de definir el modelo sanitario y sociosanitario para estos ciudadanos, así como de establecer modelos de organización y de gestión que permitan un abordaje integral de las personas y una provisión eficaz y eficiente de servicios, que permita dar al ciudadano una respuesta amplia, rápida y flexible y, en definitiva, una mayor y mejor cobertura de sus necesidades sanitarias y sociales.



**Análisis de los planes
de Salud Mental autonómicos.
Propuestas para un Plan
de Acción Integral en Salud Mental**

Recursos comunitarios de rehabilitación

D. Alfonso Tazón Alonso

Psicólogo-Coordinador de ASCASAM-Cantabria

Introducción

TMS: Diagnósticos de psicosis y algunos trastornos de personalidad; duración 2 años; discapacidad moderada o severa.

ESTIMACIÓN RESTRICTIVA: 0,4 % de población.

NECESIDADES: Sanitarias y sociales.

TIPO TRATAMIENTO: Farmacológico y rehabilitador.

DEFINICIÓN DE REHABILITACIÓN: Conjunto de intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar la autonomía y funcionamiento, apoyando la integración y participación social normalizada.

SISTEMA DE APOYO O SOPORTE COMUNITARIO: Red coordinada de recursos y programas para conseguir los objetivos de la rehabilitación y evitar que las personas con TMS sean aisladas o excluidas en la comunidad.

Programas de rehabilitación y seguimiento en Unidades de Salud Mental

Objetivo

- Favorecer que las personas con TMS puedan mantenerse integrados en la comunidad con la mayor autonomía posible.
- Garantizar la continuidad de cuidados.

Metodología

- Diseño de plan individualizado.
- Designación de un responsable.

Hospitales de Día

Definición

- Dispositivo para pacientes graves en régimen de hospitalización parcial y tratamiento intensivo, para posibilitar el posterior tratamiento ambulatorio.

Consecuencias

- Podrían ser asumidos entre un 30 y un 40% de los pacientes que ingresan en unidades de agudos.

Estandar deseable

- 10-19 plazas por 100.000 habitantes.

Unidades hospitalarias de rehabilitación y/o comunidades terapéuticas

Definición

- Dispositivo sanitario de carácter hospitalario para pacientes cuyas necesidades y problemas no son abordables de forma ambulatoria.
- Funciones de tratamiento, rehabilitación y contención.

Consecuencias

- Disminuiría el fenómeno de “puerta giratoria” para pacientes de clínica severa que impide su adaptación en un entorno social normal.

Estandar deseable

- 8-10 plazas por 100.000 habitantes.

Atención domiciliaria

Definición

- Equipos que ofertan programas de rehabilitación a domicilio, buscando la incorporación de los usuarios a los dispositivos comunitarios.
- Para personas que pueden estar en la comunidad pero precisan mejorar su autonomía y funcionamiento.

Consecuencias

- Es indispensable el trabajo con las familias para mejorar tanto en contexto del usuario como la calidad de vida de éstas.

Estandar deseable

- 20-50 plazas por 100.000 habitantes.

Centros de rehabilitación psicosocial

Definición

- Dispositivo que oferta programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario.
- Para personas que pueden estar en la comunidad pero precisan mejorar su autonomía y funcionamiento.

Consecuencias

- Complemento indispensable de tratamiento farmacológico que aumenta posibilidades de integración social y laboral.

- Es indispensable el trabajo con las familias para mejorar tanto en contexto del usuario como la calidad de vida de éstas.

Estandar deseable

- 20-50 plazas por 100.000 habitantes.

Alternativas residenciales comunitarias

Definición

- Rango variado de opciones de alojamiento y soporte residencial, con distintos niveles de supervisión y tutela.
- Con cobertura de estancias cortas, transitorias e indefinidas.
- Para personas que carezcan de alternativa familiar o ésta no sea deseable.

Consecuencias

- Necesidad, dada la progresiva fragilización del sistema de cuidadores.
- Contribuiría a neutralizar la mayor preocupación de las familias.

Estandar deseable

- 10-25 plazas por 100.000 habitantes de miniresidencias y pisos.
- 5-10 plazas por 100.000 habitantes de pensiones concertadas.

Centros de Día y Ocupacionales

Definición

- Dispositivos a los que acceden los pacientes tras su paso por CRPS y cuando no ha sido posible insertarlos en otras estructuras de formación y empleo.

- Combinan funciones de rehabilitación, formación prelaboral y mantenimiento.

Consecuencias

- Tras la rehabilitación intensiva, que debe intentarse en todos los casos, hay un % de personas que no tiene opciones de integración laboral.

Estandar deseable

- (35) plazas por 100.000 habitantes.

Centros y Programas de Rehabilitación Laboral

Definición

- Su objetivo es potenciar individualizadamente las posibilidades de formación y empleo.
- Incluye programas de orientación, formación prelaboral y laboral, apoyo al empleo y a las familias, acciones sobre el medio.

Consecuencias

- Contrarrestar las altas tasas de inactividad y desempleo.

Estandar deseable

- 15-30 plazas por 100.000 habitantes.

Centros especiales de empleo y empresas sociales

Definición

- Centros de trabajo orientados a la inserción laboral de personas con enfermedad mental dentro del empleo protegido.

Consecuencias

- Contrarrestar el escaso desarrollo de estos centros comparativamente a lo desarrollado por otros colectivos de discapacitados.

Estandar deseable

- 10 plazas por 100.000 habitantes.

Clubes sociales

Definición

- Dispositivos encaminados a romper el aislamiento de las personas con TMS.
- Fomentan el desempeño de roles socialmente valiosos, el uso de recursos comunitarios, el ocio saludable y la autonomía.

Consecuencias

- En algunos casos, sirven de puente al restablecimiento de relaciones en contextos normalizados.

Estandar deseable

- 30 plazas por 100.000 habitantes.

Otras necesidades

Apoyo económico

- Además de las prestaciones C. y N.C., necesidad de sistema flexible de prestaciones económicas favorecedoras de inserción.

Agencias de tutela

- Articularlas para aprovechar la nueva normativa sobre patrimonio de discapacitados.

Programas para familias

- Informativos, psicoeducativos, de apoyo emocional y social.

Mejora de la imagen del colectivo

- Necesidad de apoyo público para campañas.

¿Cuáles son los principales prejuicios sociales sobre las p.c.e.m.?

- Conducta impredecible.
- Son peligrosos y agresivos.
- No aceptan las normas sociales.
- Son vagos y ociosos.
- Tienen retraso o deficiencia mental (prejuicio únicamente detectado por familia y enfermos).
- Únicamente un 4,5% de familiares y un 1% de enfermos sostiene que NO existen prejuicios.

Dificultades para la cuantificación de recursos

- No existen informes que nos permita tener una visión detallada y precisa sobre situación y recursos de rehabilitación.
- Hay relativa indefinición y falta de consenso en la denominación y fijación del contenido de los dispositivos.
- La distribución geográfica de los recursos a nivel nacional como autonómico, es muy desigual.
- En algunas autonomías no se han desarrollado registros específicos de recursos de rehabilitación.
- Pese a lo anterior, y basados principalmente en el informe Rehabilitación psicosocial del TMS. Situación actual y recomendaciones (AEN, 2002), hemos intentado una sistematización de los recursos existentes.

Conclusiones

Los datos disponibles son insuficientes y poco sólidos.

Falta una clara definición y consenso sobre los dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario necesarios. Variabilidad de la disponibilidad de recursos por comunidades.

Insuficiencia en la dotación de dispositivos sanitarios y sociales de base en la comunidad. Mayor carencia en programas de patología dual, alternativas residenciales y laborales.

Trasvase parcial de responsabilidad desde el sector sanitario público a otros sectores: servicios sociales, sector privado y familias. Incremento significativo de carga para las familias, sin una dotación adecuada de sistemas de apoyo.

Estudios recientes

La intervención familiar grupal beneficia a pacientes

La intervención cognitivo-conductual grupal con la familia, además de proporcionar apoyo a la misma, produce mejoras en las recaídas del paciente y en otras variables clínicas del mismo (Sellwood, 2002).

Falta de apoyo a las familias

La falta de una explícita definición legal de los derechos de la familia cuidadora afecta negativamente a su experiencia como cuidadores: más estrés, culpa y tristeza, y efectos negativos en la salud (Milliken, 2002).

Cuidar a la familia implica incrementar su colaboración y disminuir su carga

A más satisfacción con los servicios recibidos, más colaboración familiar con profesionales y menos carga familiar (Bichsel, 2001).

El buen estado emocional de familia, evita estresores a paciente

El predominio de emocionalidad negativa (criticismo, hostilidad, etc.) en familiares, se convierte en estresor de pacientes (Scazufca et al., 2002).

Necesidad de incorporar a padres a grupos y apoyar a madres en momentos de estrés

En padres en España, la E.E. parece más estable que en madres, en las que parece depender más de las situaciones estresantes (Santos et al., 2002).

La E.E. depende del estado del paciente

El criticismo y la hostilidad familiar depende de la sintomatología conductual problemática del paciente y de la percepción de control de la misma por la familia (Karanci et al., 2002).

En la rehabilitación laboral, es necesaria la colaboración familiar

La intervención familiar complementaria, facilita el conseguir tasas mejores de empleo que la sola rehabilitación vocacional (McFarlane et al, 2000).

La carga familiar también depende de la frecuencia del contacto

Además del grado de discapacidad y la severidad de síntomas, en la carga familiar influyen el número de días viviendo en la comunidad y la frecuencia del contacto familiar (Rosenheck et al., 2000).

Estilos de afrontamiento, red de apoyo familiar y carga

La carga familiar se reduce cuando se adoptan estilos de afrontamiento menos emocionales y se recibe más apoyo de la red social (Magliano et al., 2000).

Necesidad de apoyo intensivo a las familias en estadios iniciales

El bienestar psicosocial familiar empeora significativamente en los estadios iniciales. La familia precisa entonces un apoyo incrementado (Martens et al., 2001).

El cambio de patrones de interacción familiar parece requerir intervenciones prolongadas

Las intervenciones familiares conductuales intensivas no producen efectos de cambio en los patrones de comunicación (Bellack et al., 2000).

El apoyo familiar es importante para la rehabilitación laboral

Desde el punto de vista de los pacientes que trabajan, una de las posibles soluciones a las barreras que se encuentran es el apoyo social y familiar (Peckham et al., 2000).

Normativas y Planes de Salud Mental en las diferentes comunidades autónomas

D^a Rosario Martín Laguna

Presidenta de FEAFES - Castilla y León

Introducción

Las referencias de las siete Comunidades Autónomas sobre las que se van a realizar comentarios a lo largo de la exposición, muestran claramente la diferencia de los sistemas de asistencia, y los compromisos con relación a los servicios, dispositivos necesarios para una plena asistencia a las personas que padecen una enfermedad mental.

Como se puede comprobar en la Legislación, Normativas e Informes Autonómicos en materia de Salud Mental, realmente no existe una verdadera estrategia de Salud Mental uniforme. Cada Comunidad Autónoma utiliza su particular sistema de asistencia e intervención.

Algunos de los Planes están aprobados, pero en la actualidad no están siendo aplicados.

Por tanto, sería necesario unificar criterios y poner en marcha un verdadero “PLAN”- “ESTRATEGIA”- “LEY” en Salud Mental.

Normativa en Salud Mental en Cantabria

El Plan Regional de Salud Mental, tras los correspondiente trámites parlamentarios, fue aprobado por el Gobierno de Cantabria el 30 de abril de 1998.

Aunque la duración inicial prevista del Plan era el período 1998-2000, en la práctica, en balance de resultados ha sido realizado en 2002 y con relación al período 1998-2001.

En cuanto a la dotación presupuestaria, y dado que en ese momento además, no estaba realizada la transferencia de las competencias sanitarias, es difícil para nosotros en el momento actual poder cuantificar sus dotaciones, dada la dispersión de recursos y dispositivos implicados en el mismo.

La legislación complementaria, además de la arriba citada Ley de Cantabria 1/1966, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria (BOE nº 171, de 16 de julio de 1996), tenemos que citar la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes (Boletín Oficial de Cantabria nº 230, de 28 de noviembre de 2001). Esta Ley, que aún no está desarrollada, tiene la particularidad de que su Proyecto de Decreto de aplicación fue rechazado por el Cermi-Cantabria y ha sido retirado, ya que en su articulado exigía a las entidades prestadoras de servicios, incluidas las asociaciones, una clara delimitación en sus cuentas y organización de sus actividades de prestación de servicios y las de reivindicación y ayuda mutua. Dado que este Proyecto de Decreto se enmarca en una política que viene dándose últimamente de recortar el papel de las asociaciones en cuanto a la prestación de servicios, para ir introduciendo progresivamente a otras entidades de índole privada y con ánimo de lucro, el mencionado Proyecto de Decreto fue rechazado por el Cermi-Cantabria tras el correspondiente asesoramiento jurídico, y con la intención política de hacer valer la posición de las asociaciones en esas actividades de prestación de servicios.

Por otro lado, la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (Boletín Oficial de Cantabria nº 242, 18 de diciembre de 2002), tiene la particularidad de que en su articulado establece que los Centros de Rehabilitación

Psicosocial -que existen actualmente derivados del Plan Regional de Salud Mental de 1998 (6 en Cantabria con unas 194 plazas) y que dependen mediante concierto de plazas de una dirección general que se encarga de servicios que no son considerados estrictamente sanitarios sino “socio-sanitarios” y en la que prima la catalogación de esos servicios como servicios de tipo social- mediante esta Ley estos centros pasan a ser catalogados inequívocamente como servicios sanitarios, y por tanto, tendrá que revisarse su régimen y también el tema del copago (los servicios sanitarios deben ser gratuitos, mientras que en las plazas actuales, los usuarios deben coparticipar en su coste).

Normativa en Salud Mental en Euskadi

A lo largo del proceso de reforma psiquiátrica, en el País Vasco se ha apostado por un proceso de cambios paulatinos e implementación de recursos, si bien aún existen aspectos escasamente desarrollados entre los que se encuentran la atención infantojuvenil y los programas de rehabilitación. En realidad en el País Vasco no se ha producido un “movimiento de reforma psiquiátrica” similar al de otras comunidades ya que no se ha cerrado ningún hospital psiquiátrico, pero sí se ha desarrollado una red de centros de salud mental, programas de atención comunitaria, recursos intermedios, pisos protegidos, etc., coexistiendo las nuevas estructuras comunitarias con las anteriores estructuras institucionales.

Legislación sanitaria

En 1986 la Ley General de Sanidad, en su artículo 20, establecía “el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias”, con mención expresa a “la hospitalización psiquiátrica en unidades de los hospitales generales,

desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social...”. La transferencia de las competencias de sanidad del Insalud al Gobierno Vasco se produjo en enero de 1988, siendo desde entonces competencia de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. La Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios.

Desde enero de 1998 Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado, cuya misión es “atender a la provisión de los servicios sanitarios de titularidad pública”, pretendiendo “lograr un modelo de actividad más dinámico de sus estructuras que opere bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión”. Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el “Contrato-Programa”. Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad, y en él se establece: CARTERA DE SERVICIOS; VOLUMEN DE ACTIVIDAD; ACTIVIDAD CONTRATADA; COMPROMISOS DE CALIDAD; FACTURACIÓN Y FINANCIACIÓN.

Normativa en Salud Mental en la Comunidad de Madrid

A nivel de la Comunidad de Madrid podrían hacerse las siguientes consideraciones, EN RELACION A LEY GENERAL DE SANIDAD:

- La Ley equipara teóricamente a la persona con enfermedad mental con los demás enfermos. Todos sabemos que en la práctica esto no es así, tanto a nivel asistencial y dotacional como a nivel social (nunca se ha hecho una campaña de divulgación de lo que es y supone la enfermedad mental, detección precoz, presunta peligrosidad del enfermo, ...).

- La Ley dice que “la atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario”, y sin embargo consagra al ÁREA DE SALUD como el pilar básico del sistema sanitario general (también en Salud Mental), lo que disgrega y resta importancia al ámbito comunitario, que es el Distrito. También habla de reducir al mínimo la necesidad de hospitalización, mediante la potenciación de los recursos ambulatorios (claramente insuficientes) y la atención a domicilio (esta última prácticamente inexistente), así como de la hospitalización parcial, a la que últimamente están prestando más atención, eso sí, con gestión privada.

En general, creo que la Ley General de Sanidad fija un marco en el que, bajo unas declaraciones que en su mayoría no pasan de buenos deseos, permite que cada gobierno desarrolle aquello que “le parezca bien” y deje en el más deliberado olvido aquello que no le interesa potenciar. En el caso del Plan de la CAM, el ámbito comunitario, la atención a domicilio, los servicios de rehabilitación y reinserción, la coordinación entre los servicios sociales, la prevención primaria, etc.

¿Se integran y coordinan las diferentes instituciones en beneficio de las personas con enfermedad mental?

El Plan de la CAM no sólo no integra los diferentes servicios e instituciones, sino que lo dificulta deliberadamente.

La integración entre Sanidad, Asuntos Sociales, Administraciones locales, Profesionales, Asociaciones de Familiares, constituye la esencia del modelo comunitario, que permite al enfermo disfrutar del tratamiento asistencial y rehabilitador más adecuado, además de favorecer las campañas de prevención y detección precoz (si las hubiera).

Esto sólo es posible en el entorno comunitario del enfermo, es decir, en el Distrito, y sin embargo vemos que el Plan de la CAM, siguiendo la Ley General de Sanidad, consagra el Área de Salud

como pieza básica del sistema, alejando así los centros de decisión y los medios del ámbito en el que han de ser utilizados (los nuevos recursos, incluidos los profesionales, se asignan al Área).

Para intentar disimular este despropósito, se crea la figura del “Coordinador de Cuidados y Tratamientos”, que sustituye esa integración, por la mera coordinación de servicios a nivel de cada enfermo concreto, ya que tiene como misión facilitar el acceso a los diferentes servicios del ÁREA al enfermo que no pueda acceder a ellos por sí mismo.

Normativa en Salud Mental en la Comunidad de Navarra

Planes desarrollados a partir de 1986 en la Comunidad Foral de Navarra

1. En 1986 en el Psiquiátrico de Pamplona estaban ingresados 1.100 pacientes que fueron externalizados con la reforma psiquiátrica. En enero de 1986 el Departamento de Sanidad y Bienestar Social (unificados entonces) presenta un Plan de Salud Mental con prioridades y criterios que eran: valoración de las necesidades, dotación de recursos humanos y materiales, desarrollo de servicios sanitarios y sociales en paralelo, equitatividad, accesibilidad, motivación profesional, progresividad en las dotaciones, garantías de multidisciplinidad, etc. Se desarrollaron recursos sanitarios pero nada en el área social.
2. En Junio de 2000 se presenta un documento aprobado por el Gobierno de Navarra denominado “Plan Foral de Atención Socio sanitaria” para atender las necesidades socio-sanitarias de toda la población con problemas de dependencia. El Plan pretendía reordenar los recursos sociales y coordinarlos para establecer acciones, dispositivos y cartera de servicios del área social (nada se hablaba del área sanitaria y cómo se coordinarían ambas áreas).

En su fase de anteproyecto recibió 400 enmiendas y el Parlamento por Resolución instó al Gobierno a que lo remitiera a la Cámara para su “debate y votación” por la importancia del mismo, el fuerte cuestionamiento social y la escasísima dotación presupuestaria 300.506 € (50 millones de pesetas). No fue remitido al Parlamento y al día de hoy es simplemente papel mojado.

3. En Julio de 2001 se presenta el II Plan de Salud de Navarra 2001-2005, que tampoco fue analizado ni votado en la Cámara, con cinco programas, el primero de ellos era el Programa de trastornos mentales. No hubo consultas ni enmiendas a ese documento y en lo que se refiere al programa para atender los trastornos mentales hace un análisis crítico de la situación que podemos compartir en lo referido al fenómeno de cronificación temprana, saturación de los servicios sanitarios y que es necesario desarrollar los recursos sociales laborales/ocupacionales, de ocio y tiempo libre y cobertura de necesidades residenciales.

Normativa en Salud Mental en El Principado de Asturias

En el Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias existe un Plan Estratégico de Salud mental elaborado en diciembre de 2000 y para el periodo 2001-2003, con la participación de profesionales, usuarios, agentes sociales, sociedades científicas, etc y que definió los siguientes objetivos:

1. Mejor percepción y mayor grado de responsabilidad de la sociedad y sus instituciones en la promoción, mantenimiento y mejora de la salud mental.
2. Utilización apropiada de los recursos y servicios de salud mental.
3. Evaluación continua del grado de adecuación de la atención al modelo comunitario de salud mental.
4. Disponer de un marco orgánico, funcional y de prestaciones de la red de salud mental.

5. Todos los niveles de la red de servicios tendrán el grado de responsabilidad y la capacidad de gestión efectiva y adecuada.
6. Los servicios de salud mental funcionarán con criterios de calidad y, en particular, de orientación al usuario.
7. Para el 2003, los servicios de salud mental contarán con los recursos suficientes para tratar a cualquier paciente del territorio en condiciones adecuadas de accesibilidad.
8. Para el año 2003 estarán implantados programas adecuados para el abordaje de problemas específicos y prioritarios, prestaciones y calidad.

Normativa en Salud Mental en Extremadura

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, se elaboró el Plan en el año 1996, diez años después de la publicación de la LGS. Por decisión de la Consejería de Bienestar Social a través de la Dirección General de Salud Pública, (entonces Sanidad y Bienestar Social eran una sola Consejería), se eligieron para ello profesionales de las tres instituciones con competencias en la materia en aquel momento, es decir: Diputaciones Provinciales, Insalud y Junta de Extremadura.

El Plan se estipuló para un periodo de 4 años (1996-2000), al final de los cuales se habría cambiado el modelo de atención y creado una red de recursos suficiente para albergar y atender las necesidades de la población psiquiátrica. Esto no ha sido así y al día de hoy 2003, el plan de Salud Mental de Extremadura no se ha cumplido.

De las tres partes implicada en su elaboración y posterior puesta en marcha ocurrió que, las Diputaciones provinciales no llegaron a traspasar los dos hospitales psiquiátricos a la Junta de Extremadura, esta situación continua.

En enero del pasado años 2002, la Junta de Extremadura, asumió las competencias sanitarias.

Se ha creado el Servicio Extremeño de Salud, dependiente de la Subdirección General de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios que es la estructura de planificación y coordinación responsable de la atención a las personas con enfermedad mental y su problemática.

Este Plan de Salud Mental no aportaba ningún presupuesto económico.

Normativa en Salud Mental en la Comunidad de Castilla y León

Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2002-2007 (en trámite).

El objetivo general es promover la prestación de servicios integrados de promoción de la Salud Mental y asistencia psiquiátrica para la mejora de la calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental. La oferta de los recursos que garanticen la continuidad de cuidados de las personas con enfermedad mental en el año 2007. Para ello se establecen cinco líneas estratégicas básicas, a través de las cuales se desarrollan los principios rectores de la integridad, enfoque comunitario, humanización-capacitación y atención a las necesidades específicas de colectivos y personas. En su agrupación se han tenido presentes los distintos aspectos -de Salud Pública, estructurales, asistenciales, de apoyo a la integración social y laboral, así como de carácter transversal-que tienen incidencia en el desenvolvimiento de las actuaciones dirigidas a preservar la salud mental de la población y proporcionar una adecuada atención y continuidad de cuidados a las personas afectadas:

1. Salud mental: mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental.
2. Ordenación y desarrollo de la red asistencial: establecer un modelo integrado y completar el mapa regional.
3. Asistencia psiquiátrica: mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos.

4. Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental: hacia una integración social y laboral plena.
5. Actuaciones transversales: potenciar la gestión de conocimiento y la mejora de la calidad.

Dentro de cada una de las líneas estratégicas se analiza su pertenencia y las prioridades de actuación, que se desarrollarán a través de objetivos específicos. Con cada objetivo se incluyen las actividades a desarrollar y los indicadores para su evaluación.

El desarrollo de estas actuaciones incluye el establecimiento de responsabilidades de cumplimiento por parte de diferentes unidades o servicios de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, que serán recogidas en documentos de compromiso específico de cada uno de estos órganos para el cumplimiento de la estrategia.

Ratios

- Los ratios que se consideran desde la Comunidad de Castilla y León para una correcta asistencia son:

Equipos de Salud Mental	1 equipo/50.000	3 psiquiatras y 1 psicólogo
Unidad de Hospitalización en Hospital General	1/100.000 (15 camas)	2 psiquiatras y 1 psicólogo
Unidad de Rehabilitación	1/100.000 (15 camas)	1 psiquiatra y 1 psicólogo
Hospital de Día	1/100.000 (10 camas)	1 psiquiatra y 1 psicólogo
Centro de Rehabilitación Psicosocial	1/100.000 (25 camas)	
Miniresidencias	1/100.000 (25 camas)	
Pisos Tutelados	1/100.000 (20 camas)	
Centro de Rehabilitación Laboral	1/100.000	
Centro Especial de Empleo	1/100.000	

Planes autonómicos de Salud Mental

Aragón

- "Plan de Salud Mental de Aragón 29 de octubre de 1992, revisado y corregido en noviembre de 1996" (Diputación General de Aragón; Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo; Servicio Aragonés de Salud).
- "Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón" (Gobierno de Aragón; Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales) - Plan provisional (todavía sin aprobar).

Canarias

- "Plan de Salud de Canarias, 1997-2001: La atención a la Salud Mental en Canarias, presente y futuro" (Comunidad Autónoma de Canarias; Consejería de Sanidad y Consumo; Servicio Canario de Salud) - En la dirección de Internet: www.gobcan.es/psc.
- "Plan Insular Rehabilitación Psicosocial de la Isla de Tenerife 2000-2004":
 - Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.) de Tenerife para las personas con Discapacidad como consecuencia de un Trastorno Mental de Larga Duración. (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria de Tenerife (CIRPAC)).
- "Plan Insular Rehabilitación Psicosocial de la Isla de Tenerife 2001-2008":
 - Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.) de Tenerife para las personas con Discapacidad como consecuencia de un Trastorno Mental de Larga Duración. (Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción

Comunitaria de Tenerife (CIRPAC), este Plan fue aprobado en la 2ª sesión plenaria del CIRPAC, celebrada en la Dirección de Área de Tenerife, en fecha 18 de diciembre de 2000.

Cantabria

- "Plan Regional de Salud Mental, un modelo de atención a los problemas de Salud Mental, 1998-2000" (Gobierno de Cantabria; Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Dirección General de Salud Mental).

Castilla La Mancha

- "Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, 2000-2004" (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; Consejería de Sanidad).

Cataluña

- "Plan de Salud de Cataluña, 1999-2001: Morbilidad atendida en los Centros de Salud Mental; Objetivos e Intervenciones sobre los Problemas de Salud: Problemas de Salud Mental" (Generalitat de Catalunya; Departament de Sanitat i Seguritat Social).

Extremadura

- "Plan de Salud Mental para la Comunidad Autónoma de Extremadura, 1996" (Junta de Extremadura; Consejería de Bienestar Social; Dirección General de Salud Pública y Consumo).

La Rioja

- "Plan de Salud Mental de La Rioja, 1999" (Gobierno de La Rioja; Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social; Dirección General de Salud y Consumo).

Murcia

- "Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001" (Región de Murcia; Consejería de Sanidad y Consumo; Servicio Murciano de Salud; INSALUD).

Navarra

- "Plan de Salud Mental, Enero 1986" (Gobierno de Navarra; Departamento de Sanidad y Bienestar Social).
- "Plan Foral de Atención Socio Sanitaria: Programa de Atención Socio Sanitaria a Personas con Enfermedad Mental, Junio 2000" (Gobierno de Navarra; Departamento de Salud; Departamento de Bienestar Social).

País Vasco

- "Plan General de Atención Psiquiátrica y promoción de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco: Documento de Trabajo, marzo 1990".

Generalitat Valenciana

- "Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana" (Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat; Conselleria de Bienestar Social. 2001).

Legislación, Normativa, Estudios, Informes Autonómicos en materia de la Salud Mental

Andalucía

- "Ley 1/1999, de Marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía".
- "Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía".

- "Informe del Comité de Estudio y recomendaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la problemática Jurídico-Asistencial del Enfermo Mental (Pleno del 13 de junio 1988)".
- "Informe del Defensor del Pueblo Andaluz": "Situación de los Enfermos Mentales Internados en los Centros Penitenciarios Andaluces, diciembre 1997".

Aragón

- "Protocolo de Traslado de Enfermos Mentales, 10 julio de 1997" (Delegado del Gobierno de Aragón; Alcaldesa Presidenta del Ayuntamiento de Zaragoza; Presidente del Tribunal de Justicia de Aragón; Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Aragón; Secretario General del Servicio Aragonés de Salud; Ambulancia Azul".

Asturias

- "Decreto 40/97, de 12 de junio, tercera modificación del Decreto 81/86, de 11 de junio de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias".
- "Decreto 183/95, de 17 de noviembre, por el que se deroga parcialmente el 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".
- "Decreto 119/91, de 20 de septiembre, por el que se modifica parcialmente el 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".
- "Decreto 81/86 11 de junio por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias".

Canarias

- "Decreto 83/1998, de 28 de mayo, sobre constitución de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (C.I.R.P.A.C.) para enfermos mentales".
- "Decreto 193/1997, de 24 de julio, de modificación de la comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental".
- "Ley 11/94 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias".
- "Orden Interdepartamental 1/93, de 19 de mayo, de Creación y Funciones de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental".
- "Convenio de colaboración para la Planificación, Gestión y Financiación de Recursos Sociosanitarios del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.) de Tenerife para las Personas con Discapacidad como consecuencia de un Trastorno Mental de Larga Duración. 22-10-2002".

Cantabria

- "Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria".

Castilla-La Mancha

- "Orden de 15-X-85 por la que se crea la Guía de unidades Infanto - Juvenil de la Atención a la Salud Mental".

Castilla y León

- "Plan Regional de Atención a Personas con Discapacidad, para el Periodo 2000-2003".
- "Decreto 16/1998, de 29 enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León".

- "Decreto 83/1986 de 18 de mayo por el que se regula la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León" (Junta de Castilla y León; Consejería de Cultura y Bienestar Social; Dirección de Salud Pública y Asistencia).
- "Encuentro con la Justicia y Salud Mental: Conclusiones" (Edita: Junta de Castilla y León; Consejería de Sanidad y Bienestar Social; Dirección General de Salud Pública y Asistencia - 1992".

Cataluña

- "Decreto 149/1990, de 28 de mayo de creación del programa de salud mental".
- "Departament de Sanitat i Seguretat Social: Decreto 250/1990, de 23 de octubre, de creación del cargo de gerente de Ordenación y Asistencia Psiquiátrica".

Extremadura

- "Resolución de 14 de diciembre de 1998, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Protocolo de Atención Psiquiátrica y Salud Mental entre la Junta de Extremadura, las Diputaciones Provinciales de Cáceres y de Badajoz y el Instituto Nacional de la Salud".

Galicia

- "Orden del 23 octubre de 1998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario."
- Orden del 2 de octubre de 1996 por el que se modifica al de 12 de noviembre de 1986, que crea la comisión asesora en materia de salud mental".
- "Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el se regula la salud mental en Galicia".

Madrid

- "Plan de acción de la C.A.M. para personas con Discapacidad, marzo de 1999".
- "Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica, abril 1998".
- "Decreto 122/1997, de 2 de octubre, del consejo de Gobierno, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de las Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados".
- "Prestaciones Básicas y Estándares de Calidad en los Servicios de Salud Mental" (Cuaderno Técnico 1 de la AMSM [Asociación Madrileña de Salud Mental]).

Murcia

- "Orden de 17 de septiembre de 1998, de la Consejería de Sanidad y Política Social por la que se crea la Oficina Regional de Información y Asesoramiento a Personas con Discapacidad".

Navarra

- "Las Necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Mentales Crónicas y sus Cuidadores/as En Navarra, Pamplona 1997" (Fundación Bartolomé de Carranza; ANASAPS [Asociación Navarra para la Salud Psíquica]).
- Orden Foral 126/1996, de 11 de junio, del Consejo de Salud, por la que se crea el Comité de Expertos en Salud Mental Infanto-Juvenil de Navarra".

Valencia

- "Protocolo de Internamientos" (Comisión Coordinadora. Alicante 5 de octubre de 2000).
- "Decreto 81/1998, de 4 de junio, Gobierno Valenciano, por el que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana".
- "Ordre de 3 de feber de 1997, de la Conselleria de Treball i Afers Socials, per la Qual es modifica l'Ordre de 9 d'abril de 1990 (DOGV nº 1.291) sobre registre, autorizació dels serveis socials de la Comunitat Valenciana, a fin d'atendre els nous serveis que es prestaran a malalts mentals crònics en la Comunitat Valenciana".

Análisis de los Planes de Salud Mental autonómicos. Propuestas para un Plan de Acción Integral en Salud Mental

D^a Isabel Arboniés

Presidenta de ANASAPS - Navarra

I. Consideraciones previas

Significado de introducción: Conducir, establecer, preparar para llegar a un fin propuesto.

1º Éstas no son unas jornadas más. El año 2003 es el Año Europeo de las personas con discapacidad. Este año se cumple el 20 aniversario de FEAFES y hoy se cumple, 17 años desde que la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de Abril que inició la Reforma Psiquiátrica, abordando en el Capítulo III, de la Salud Mental, un Artículo, el artículo 20.

De su lectura se desprende claramente que la LEY 14/86, de 25 de abril ha sido claramente incumplida. 17 años de incumplimiento con un colectivo que crece numéricamente, que se cronifica tempranamente, desatendido, debilitado, estigmatizado, silencioso socialmente y desoído por quienes tienen que tomar decisiones políticas, necesariamente tiene que pasar factura.

¿QUIÉN ESTÁ PAGANDO LA FACTURA DE ESTE INCUMPLIMIENTO LEGISLATIVO, de estos 17 años de espera por el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica y ejecución de las bases que garanticen la atención a la salud mental? En estos 20 años ¿cuál ha sido el papel de las Asociaciones y sobre todo ¿cuál debe ser el papel del movimiento Asociativo en el siglo XXI?

- 2º 20 años de asociacionismo merecen una reflexión en profundidad sobre la trayectoria del asociacionismo en la defensa de los intereses de afectados y familiares ante el conjunto de la sociedad y frente a las instituciones públicas. Veinte años deben aportar perspectiva, madurez y fuerza para una apuesta de futuro audaz en torno a objetivos concretos y estrategias que conduzcan a mejorar sustancialmente la situación de un grupo social excluido entre los excluidos. 20 Años deben servir para revitalizar y dinamizar la acción de las asociaciones agrupadas en la FEFES.
- 3º Y precisamente este año - 2003 - Año Europeo de las Personas con Discapacidad es el Año propicio, el Año cero para inaugurar un nuevo curso histórico en la defensa de los intereses de las personas afectadas por una enfermedad mental. En la actualidad es el colectivo social que está en peor situación respecto al resto de colectivos con discapacidad. Éste es el año para empeñarse a fondo desde todas las CCAA en reclamar con vehemencia un mejor tratamiento humano, científico y social para ellas. Éste es el año para pulsar las instituciones, salir en los medios de comunicación y reclamar la URGENTE NECESIDAD DE SER JUSTOS Y EQUITATIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LA PÉRDIDA DE LA SALUD MENTAL.

Una manera de conducirnos por el camino y hacia ese futuro de esperanza como dice el lema de estas Jornadas es la metodología de la pregunta y la reflexión sobre las causas y efectos. Seguiré preguntándome y proponiendo algunas reflexiones previas para establecer las bases sobre las que podamos alcanzar una serie de conclusiones en esta Mesa Redonda que signifiquen una puesta en común de posiciones sobre cómo queremos que se lleve a cabo la atención a la salud mental en España y qué objetivos concretos nos puedan unir en torno a una ACCIÓN INTEGRAL, desde los movimientos asociativos que representamos a las personas afectadas por una enfermedad mental y su entorno familiar.

2. El tema de la Mesa Redonda

1. Esta Mesa Redonda tiene como objetivo tratar de hacer un Análisis de los Planes de Salud Mental Autonómicos, Propuestas para un Plan de Acción Integral en Salud Mental y con este enunciado hemos trabajado las CCAA que hemos aportado nuestra contribución desde esta perspectiva DE LOS PLANES DE LAS CCAA.

Verán que Planes ha habido bastantes. Planes de Papel. En mi Comunidad los hay por decenas, 67 en estos momentos. Cada vez que hay un problema que solucionar se lanza un Plan. Otra pregunta que quiero lanzar ahora es:

¿La solución a la actual situación de desatención a la salud mental se soluciona con un Plan? ¿Los Planes de Salud Mental son la panacea?

El punto de partida para responder a esta cuestión nuclear debe ser un análisis breve y genérico de la información trasladada a FEAFES por las CCAA de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Madrid y Navarra. Información cuyo primer hilo conductor era conocer sus Planes de Salud y sus propuestas. Posteriormente y tras la revisión de estos trabajos, FEAFES nos trasladó una serie de reflexiones y sugerencias que pretendían centrar los temas e identificar los puntos nodales donde han sido de gran ayuda las conclusiones de las recientes III Jornadas de responsables de Salud Mental de las CCAA en Barcelona (9 a 11 de abril de este año).

Centraré el análisis en los siguientes puntos:

(Síntesis de lo aportado por las CCAA dentro de estos apartados)

1. LA EXISTENCIA DE PLANES EN ESAS CCAA Y SU EFECTIVIDAD.
2. LA COORDINACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES. SU POSICIONAMIENTO.

3. LA SITUACIÓN, LOS PACIENTES Y FAMILIARES ¿SON EL CENTRO?
4. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN A LA ACUAL SITUACIÓN.
5. LOS NUDOS GORDIANOS PARA ARTICULAR UNA MEJORA REAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL .

3. Construir un futuro de esperanza - La acción de las asociaciones integradas en FEAFES - La acción de FEAFES

La enfermedad mental a futuro - Proyección de aumento.

El modelo de atención a la salud mental que queremos y los aspectos que deben ser aclarados y con una postura común como: el desencuentro entre lo sanitario y lo social; el deslizamiento de la atención del sector público al privado; la externalización de responsabilidades hacia otras figuras organizativas, como las Fundaciones.

El reparto de responsabilidades en la atención a la salud mental - El papel de los poderes públicos, el de las organizaciones sociales y el de los pacientes y familiares. ¿Debemos ser las asociaciones promotores de servicios, gestores y financieras? ¿Cuál debe ser el papel de las Asociaciones?

Proceso de hospitalización

D. J. A. Contreras

Castilla La Mancha

MODELO: Ley 14/86 General de Sanidad

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.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. 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 con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Desarrollo del modelo: Principios básicos

- Crítica al hospital psiquiátrico - transformación - recuperación papel terapéutico o suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Desplazamiento del eje de atención del hospital a la comunidad.
- Servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades de la persona con enfermedad mental.
- Hospitalización complemento de los servicios comunitarios, y no al revés.
- Continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada.

Red de recursos específicos

- Unidad de Hospitalización Breve.
- Hospitales de día.
- Unidades hospitalarias de rehabilitación. Comunidades Terapéuticas. Unidad de Media Estancia.
- Alternativas residenciales comunitarias:
 - Mini-residencias.
 - Viviendas Tuteladas / Supervisadas / Protegidos.
 - Pensiones concertadas.

MODELO

Comunitario
Integrado
Integral
Público
Participativo
+ Calidad
+ Gestión P. O.

REALIDAD

Hospitalocéntrico.
(exINSALUD, DDPP, JCC).
No prevención, continuidad cuidados?
Financiación sí, provisión -
+++
Difícil homogeneizar.
No por indicadores o medios.



**Los medios de comunicación social
ante la Salud Mental**

D. Ricardo Acirón Royo

Periodista. Profesor de la Universidad de La Laguna

- Tal vez convendría que repasáramos determinadas referencias generales y algunos datos concretos, alusivos al asunto asignado a esta Mesa Redonda, <Los medios de comunicación social ante la salud mental>, al hilo del pretérito, de la realidad presente y de los retos de futuro. Aunque sea en frases.
- Acercarse a la salud mental presupondría, es obvio, aproximarse a las enfermedades de la mente. A su conocimiento. Por lo tanto, a sus existencias, a sus naturalezas y manifestaciones, a los ecos que provocan, a las perspectivas de sus curaciones... ésa sería una panorámica que desbordaría este acto. Pero sí que podemos arrancar con la mención de testimonios que nos dan cuenta del rechazo violento, perenne y deshumanizado de la sociedad, que ha buscado “protegerse” a sí misma, frente a unos conciudadanos que, en lugar de ser estimados como verdaderos enfermos pendientes de alivio, los ha maltratado como a seres molestos, perjudiciales, estigmatizados. O los ha ignorado, conscientemente. En unas y en otras situaciones, cual a sujetos/objetos improductivos para el bien común. Tal ha sido -¿continúa siéndolo?- la presión social predominante, que una de las artífices de la Agrupación madrileña de psicóticos maniaco-depresivos, o trastornados bipolares, reconocía, en un periódico, a principios de semana, que “muchas gente restablecida se niega a hacer público su desequilibrio superado”.
- Ha habido -¿existe aún?- ignorancia, vergüenza y temor social en desentrañar unas dolencias, susceptibles de diagnosticarse

y de tratarse. De ahí que, tradicionalmente, se haya optado por reclusiones seguras, infranqueables, de las personas con trastornos, en lugar de concebir las hospitalizaciones como auxilios para la mejoría, la recuperación o las curaciones totales. Y una vez clausurado el concepto de <manicomio>, de ser sustituido por Unidades abiertas de asistencia o de tratamiento ambulatorio, en el caso español se han suscitado denuncias del tipo de la formulada por el Dr. Agustín Melián: “La aplicación de la Reforma Psiquiátrica, sin la madurez médico-asistencial pertinente y un mínimo de humanismo, ha llenado nuestras ciudades de marginados, vagabundos y drogodependientes que no son expresión de un Estado moderno organizado, con servicios sociales que expresen la pertenencia a una sociedad solidaria”.

Sociedad y solidaridad: la marginación

Ha comentado el catedrático Polaino Lorente, también recientemente, que la ciudadanía remite a los marginados con alteraciones mentales a la exclusiva ocupación de los psiquiatras. Esa actitud resultaría benefactora para el egoísmo de la mayoría de los ciudadanos y, a la vez, reaseguradora del proceso marginador. “Proceso -observa el profesor de la Complutense- que los <mass-media> se encargarán luego de robustecer. Basta leer la página de sucesos de cualquier diario para que el ciudadano infiera que sus atribuciones acerca de la población marginal eran ciertas. Si, como dice la prensa, tal marginado ha tenido este o aquel conflicto con la ley, al ciudadano no le queda entonces más que dos posibles interpretaciones explicativas: o el marginado es un delincuente y por eso tiene conflictos con la ley, o el marginado es un enfermo mental y también por ello tiene conflictos con la ley. En cualquier caso, el ciudadano concluirá que ese problema no le atañe, que él es impotente para resolverlo (...) en una palabra, que la marginación constituye un problema que debe ser resuelto por

la policía o los psiquiatras. Y mientras unos u otros no lo resuelvan, el ciudadano se acuna tranquilo en la cultura de la sospecha y de la exclusión, mientras sus temores respecto del marginado levantarán una empalizada tras la cual poder atrincherarse”.

Sí que podríamos estar de acuerdo, de todos modos, en que las marginaciones paralizan el crecimiento de la personalidad de los marginados y, aunque en dimensiones menores y de modos distintos, también deterioran a la de los marginadores.

Indiquemos que, históricamente, los afectados, además de pechar con la enfermedad misma, han debido sufrir la marginación de sus entornos: padecimiento múltiple, pues, que los pacientes perciben, al parecer, en los momentos de lucidez o semilucidez que, según los especialistas, son muchos más espacios de tiempo de los que pensamos desde afuera.

A todas éstas, ¿se llevan a cabo las rehabilitaciones psiquiátricas, a tenor de los criterios de la Organización Mundial de la Salud, concretados en poner a los pacientes en condiciones de efectuar el máximo margen de actividad comunitaria, compatible con su estado, intenciones, expectativas, aptitudes? ¿Avanzan, y cómo, éstas y similares pautas, no surgidas de una mera generosidad caritativa, sino reclamadas por unos derechos humanos, personales y sociales?

Los poderes públicos, los entes sociales y aun en ocasiones, los núcleos familiares y vecinales, por el contrario, suelen incurrir en abstencionismos, en superficialidades, en tópicos ligeros o en desvíos improcedentes. Vertientes éstas sobre las que el Dr. Abril Hernández reflexiona: “No me resultaría difícil admitir que gran parte de la responsabilidad de aquellas ideas distorsionadoras podrían ser imputadas al fenómeno de la <comunicación de masas>. Pero a poco que pensemos, parece que lo importante no es cómo se generalizan determinadas creencias y actitudes, sino por qué. Y en este caso sostengo que lo causal está íntimamente

ligado a la misma naturaleza humana. El trastorno mental, la concienciación en profundidad de que potencialmente puedo perder la razón, sufrir una enfermedad mental, es algo tan doloroso, inaceptable e incombustible que muchas veces actuamos como si realmente negáramos la existencia de la enfermedad psíquica. Desde luego, puede que dé pena o rabia, pero la experiencia dicta que lo específicamente humano que constituye su psiquismo también enferma. Y mi Yo siempre rechazará su entrega inerte en manos del Otro”.

Por otro lado, la solidaridad, tan en boga y tan bien vista que muy pocos la practican, habría de ser la respuesta a la interpelación de las necesidades de las demás personas. Lo cual implica el feaciente olvido de los intereses de uno mismo en provecho de la satisfacción de las carencias de los semejantes. Máxime, cuando ninguno de los prójimos se halla más necesitado que el enfermo mental. Con él, no todo ha sido pasividad, despreocupación e irresponsabilidades. Evoquemos las entregas de profesionales de la salud, de familias y movimientos asociativos, de religiosos (Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios), de ONG y de determinadas colaboraciones periodísticas, entre las que deberíamos destacar las pioneros artículos en Prensa y las asiduas comparecencias en los medios audiovisuales del Dr. Francisco Rodríguez Pulido, profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna.

La conducta de los medios de comunicación social

En fin, ante los anteriores y mínimos trazos, ¿es hoy suficiente, no ya el apoyo circunstancial, sino el compromiso de los medios de comunicación ante la salud mental?

Desde 1996 disponemos, por iniciativa conjunta de la Fundación Privada Vila Casas y del Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, del

<Informe Quiral>. Se trata, como ustedes saben de un referente sociológico anual de cuáles son las preocupaciones de nuestra sociedad en el ámbito sanitario, tanto en su permanente presencia en los medios, como por la amplitud e intensidad que a tales inquietudes se les dispensan.

Analizados los grandes periódicos españoles, en las 5.984 noticias de sanidad publicadas en 1997 sobresalieron las alusivas al medicamentazo, la clonación y el brote de meningitis. En los 8.706 textos que vieron la luz en 1998, el ritmo lo marcó el nacimiento de la Viagra. El tema estrella de los 11.135 mensajes de 1999 fue el de las intoxicaciones alimentarias. Sobre 11.945 contenidos acerca de medicina y de salud, las vacas locas, las listas de espera, legionelosis y la secuenciación del genoma humano resultaron ser los temas más recurrentes en el año 2000. En 2001, las noticias no aumentaron tanto como en anualidades anteriores y casi el doble del total la acaparó la encefalopatía espongiiforme bovina, seguida de la provocada por armas biológicas.

Las enfermedades mentales no figuran en cabeza de los mensajes divulgados.

Mas, ese recuento, sistemático, de lo publicado en Prensa, aparte de omitir los mensajes sanitarios difundidos en radio y televisión, no parece que nos reproduzca un conjunto acabado de las ansias sociales en la materia. Ni tampoco de las respuestas a dichos anhelos. Sí, la parcial recreación mediática, únicamente, de una realidad mucho más vasta y que sigue impublicable, ignorada, en tantos aspectos.

El pasado día 5, en el I Congreso de Comunicación y Salud celebrado en la Clínica Universitaria de Navarra, la ministra Ana Pastor resaltaba la importancia de los medios de comunicación, a la hora de dar a conocer a los ciudadanos la existencia de nuevas enfermedades, así como sus métodos de prevención y control. Añadía:

“Un ejemplo claro lo tenemos con el SIDA, una enfermedad revelada y explicada a la sociedad por la Prensa, y de cuya evolución y avances en la investigación se ha hecho eco de forma regular”.

Nadie cuestiona las indicadas trascendencias. Ni que la demanda de información sobre la salud, por parte de la sociedad, crezca cada día. Ahora bien, esa misma petición, ¿se cubre en lo concerniente a la salud mental, sin altibajos, de forma rigurosa, cotidiana o perenne y “equilibrada”? He ahí el objetivo, que alude al comportamiento de los propios medios, a los profesionales y centros especializados, a las organizaciones y a las familias más directamente implicadas, a los entes públicos... orientado hacia la meta de ahondar en las sensibilidades sociales y de extensión del conocimiento, de la <digna presencia> de los pacientes y de las enfermedades de la mente en las dinámicas de la comunicación social.

Hemos de romper los silencios. Los hermetismos individuales y colectivos. Aprovechemos la actualidad de eventos, como este Congreso Anual y XIII Jornadas de FEALES -por cierto, del I Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos, que tuvo lugar en Argentina en noviembre de 2002, se quejaban sus organizadores de que no mereció ninguna atención de la Prensa: deberíamos preguntarnos los porqués-. Y, además, tendamos a configurar la continua, la viva indesmayable actualidad de estas manifestaciones y conclusiones específicas que han de trascendernos progresivamente. Para crear, sustituir o modificar y fortalecer actitudes y hábitos en nuestra sociedad. La ciudadanía, en su conjunto, ha de sentirse interpelada por las variadísimas facetas de la salud mental.

La titular del Ministerio español de Sanidad y Consumo acaba de ofrecer a los profesionales de la comunicación un <pacto de confianza>, en aras de desarrollar la información sanitaria como una labor de servicio público. Propone la ministra un periodismo reflexivo, contrastado, alejado de las superficialidades y de los

sensacionalismos que puedan generar alarma social. Es casi seguro que ningún periodista honrado y tampoco ningún medio informativo de calidad rehuirán una invitación tan decisiva.

¿Manos a la obra? Sí. Todos.

Cuidemos los profesionales de la información y de la comunicación el logro de mensajes veraces, claros, rigurosos, directos, prudentes, sencillos, creíbles. Nos va en ello el debido cumplimiento de la ética y la deontología en nuestro oficio. La educación sanitaria de la ciudadanía bien merece el esfuerzo formativo, inacabable, de los informadores, parte de los que han de cualificarse en este área concreta, a través de cursos, como el que en este año académico ha iniciado el Instituto de Educación Continua de Cataluña, dedicado a la Comunicación Científica. O mediante seminarios específicos, en colaboración con las Facultades de Ciencias de la Información, FEADES, el Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEIFEM), Asociaciones de la Prensa, etc. Asimismo, han de abundar los esforzados y meritorios colaboradores expertos.

Por su lado, limpias de virus polítizados, egocéntricos o espurios, las fuentes técnicas, oficiales y privadas, tendrían que ajustarse al correcto derecho a la información de los ciudadanos. Atendiendo, de inmediato, las consultas de los periodistas. Sin fomentar los sensacionalismos, ni anticipar la presunción de éxitos científicos y de avances en tratamientos terapéuticos aún no probados. Ni extraviarse con pregones de prestaciones engañosas. Porque, además, las alarmas sociales, en origen, no las provocan los medios, sino las omisiones, los afanes manipuladores, las insuficiencias, los fracasos... de cuantos están obligados a intervenir en la realidad social que, por sí misma, se halla en alarma cotidiana. Al menos en cuanto a las dolencias mentales.

En cuanto a ustedes, familiares de los enfermos mentales, acérquense más a los informadores, a los medios de comunicación.

Háganlo con naturalidad y habitualmente; desprovistos de miedos, prejuicios, resentimientos. Acudan a ellos con las verdades, aunque duelan, y sin las pretensiones de dictarles cómo han de trabajar y difundir las noticias y las opiniones.

En definitiva, que procuremos coincidir en la consecución de la práctica de la siguiente sugerencia del P. Benito Menni (O.H): “que se escuche, se hable y se escriba siempre de ellos (de las personas con enfermedad mental) con afecto y consideración. Sus perturbaciones psíquicas no son <locuras>, son síntomas de una aténtica enfermedad en la parte más noble del ser humano, y nos reclama asistencia y tratamiento (...) Que los amemos como hombres y los respetemos como a personas”.



Ponencias

Quejas y reclamaciones al diputado del Común Área de Salud y Sanidad Pública. Los derechos de las personas con enfermedad mental. Regulación legal.

Excmo. Sr. D. Manuel Alcaide Alonso

Diputado del Común de Canarias

La Medicina se inicia, sin duda, cuando por primera vez un hombre observa que uno de sus semejantes sufre y necesita ayuda. De esto, como es natural, no existe testimonio o constancia fehaciente, pero es una consideración que ha servido de base para el desarrollo posterior del conocimiento del cuerpo humano y las técnicas y procedimientos más rudimentarios para curar las graves apariciones del sufrimiento.

La enfermedad mental posee, por el contrario, una serie de peculiaridades que la diferencian del resto de las patologías o trastornos. Fundamentalmente la persona con enfermedad mental pierde su libertad, apareciendo estructuras psíquicas nuevas y cualitativamente distintas a las que tienen los sujetos sanos. Además, la enfermedad mental origina severas dificultades para el control instintivo y para la relación social.

Todos estos aspectos hacen comprensible la preocupación que los juristas han sentido a lo largo de los tiempos por la enfermedad mental y su relación con el mundo del Derecho, relación que últimamente se ha incrementado e intensificado de forma importante al ser invocados cada vez con más frecuencia los trastornos psiquiátricos como causas para atenuar o eximir de la responsabilidad criminal.

El Derecho es sobre todo una Ciencia normativa, pretendiendo establecer “lo que debe ser”, lo cual trata de instituir o precisar a través de normas rigurosas que deben cumplirse; por el contrario, la Psiquiatría se ocupa en realidad de los fenómenos que analiza, “de lo

que es”, realidad muy diversa y cambiante, difícil de encajar en las normas jurídicas.

Tanto la Psiquiatría como las distintas áreas del derecho han experimentado profundos cambios en los últimos tiempos. Conceptos, ideas e instituciones que hasta tiempos recientes teníamos como inamovibles, hemos visto cómo se derrumban a la luz de los avances científicos. Se hace preciso, por tanto, orillar ciertos contenidos del pasado y plantear y dar solución a los nuevos problemas psiquiátricos que se derivan de los nuevos textos jurídicos.

La relación entre las dos Ciencias, aparentemente tan dispares en un sentido, pero tan próximas en otros, pues ambas afectan en gran medida a la persona humana, y en relativo a la SALUD MENTAL es lo que en cierta medida vamos a poner de manifiesto a lo largo de la Ponencia.

La enfermedad mental

Los enfermos y la enfermedad mental han despertado desde siempre reacciones muy contradictorias, habiendo tenido la Medicina que “crear” una disciplina que sea capaz de introducirse donde el resto de las Ciencias no han llegado: en el ALMA Y LA MENTE HUMANA.

De ahí las dificultades que para los especialistas representa el conocimiento más profundo de la realidad, que en la mayor parte de las ocasiones no se llega a conocer, ni siquiera por la persona que padece esta disfunción.

La Psiquiatría se puede definir como la especialidad médica que se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos psíquicos.

El fin de la psiquiatría es contribuir a la salud, a la autonomía personal y al desarrollo del individuo y de acuerdo con los principios científicos y éticos, debe servir a los mejores intereses del enfermo y tener en consideración el bien común, familiar y personal del paciente.

La enfermedad mental raramente origina una amenaza vital por sí misma, excepción hecha de determinadas conductas que pueden derivar en actuaciones agresivas para sí o para terceras personas, así como en el suicidio. En los momentos actuales no existen datos que demuestren, con rigor estadístico, que el enfermo mental sea, por el sólo hecho de serlo, más peligroso que el resto de la población.

Ahora bien, sin renunciar a este planteamiento, también se debe aceptar que determinadas enfermedades mentales y durante períodos concretos de las mismas (psicosis, esquizofrénica en fase de comienzo o intoxicación por drogas, por ejemplo) pueden llegar a ser el origen de conductas agresivas e, incluso, homicidas. Conductas todas ellas que suelen originar alarma social, por lo imprevisible, desproporcionado y llamativo de las mismas.

Sin embargo, eso sí, lo que con cierta licencia podríamos denominar “dolor familiar y social”, al ser precisamente determinados trastornos de conducta con afectación de terceras personas, es muchas veces la única sintomatología que revela la existencia de la enfermedad mental.

La Organización Mundial define la Salud en general, como “ un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Vistas las cosas así, nos es fácil preguntarse ¿Quién reúne todas estas condiciones? ¿Quién está realmente sano desde la óptica psíquica?

Desde comienzos del siglo pasado, y más concretamente desde la implantación del psicoanálisis, la persona con enfermedad mental empieza a recibir un trato distinto y a ser considerado realmente como un paciente, y no como un enfermo peligroso.

En la década de los cincuenta del siglo pasado, con la llegada de los primeros psicofármacos eficaces, se produce una de las mayores y quizás también, más ignoradas revoluciones de la medicina. Muchos de los enfermos condenados a estar de por vida recluidos en los hospitales psiquiátricos empiezan a poder integrarse en la sociedad, a

poder llevar una vida relativamente normal, a vivir en familia e incluso hasta albergar la esperanza de una curación de su enfermedad.

En el momento actual, y a pesar del largo camino que, sin duda, todavía queda por recorrer, el panorama es bastante más alentador. Las personas con enfermedad mental tienen prácticamente el mismo trato que cualquier otro tipo de enfermo, pudiendo ser asistidos a través del Servicio Canario de Salud, habitualmente en las unidades de Psiquiatría que poseen la mayor parte de los hospitales generales. Se han potenciado notablemente los llamados centros de salud mental que permiten un tratamiento ambulatorio de aquellos pacientes que no precisan de ingreso hospitalario. Pero sobre todo, y quizás lo más importante, hemos detectado que la actitud de la sociedad en su conjunto está progresivamente cambiando su posición ante las alteraciones psíquicas.

Hasta aquí la teoría, la realidad, por desgracia es sin duda muy diferente a la exposición que hemos realizado. En este punto, consideramos que están muchos más capacitados los restantes ponentes de esta Jornada, para exponerles las carencias, las dificultades y la problemática que están padeciendo los enfermos, las familias y los allegados en el día a día de esta falta de salud mental.

Pero he creído necesario destacar, aunque solamente sea de una forma testimonial estas consideraciones que he realizado a la luz de mi experiencia personal, con la esperanza de que en un futuro próximo todos esos problemas existentes se vayan paliando, reduciendo y si fuera posible, por qué no, erradicarlos.

La responsabilidad de la persona con enfermedad mental en el Derecho español

El Código penal vigente ha sustituido el término enajenación por los de “anomalía y alteración psíquica” que impiden comprender lo injusto de un hecho y actuar conforme a dicho conocimiento (art. 20.1º y 101 C.Penal).

La fórmula adoptada por el Código Penal vigente es psiquiátrico-psicológica, pues se alude a la causa (“anomalía o alteración psíquica”) y a los efectos (que el sujeto “no pueda comprender la licitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”).

Conceptos que como “intoxicación plena”, “síndrome de abstinencia” y “trastorno mental transitorio” siempre que no haya sido buscado de propósito para delinquir, es decir que presentan interés psiquiátrico, son causas que eximen de responsabilidad criminal.

En el Código Penal se especifica que también está exento de responsabilidad criminal “el que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”.

Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal, por alguna de las causas relativas a las anomalías o alteración psíquica, se le podrá aplicar, si fuere necesario, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie.

A los exentos de responsabilidad por razón de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas o análogas, se les aplicará, si fuese necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación, público o privado, debidamente acreditado u homologado.

En el Derecho español vigente tiene capacidad jurídica todo ser humano, por el hecho de serlo, desde su nacimiento hasta su muerte. Se asimila, pues, el concepto de capacidad jurídica con el de personalidad.

La capacidad jurídica tienen a su vez dos vertientes, la capacidad civil propiamente dicha y la capacidad de obrar.

Así pues, la personalidad o capacidad civil es la “aptitud para ser titular de derechos y obligaciones”, mientras que la capacidad de obrar es la “aptitud para poder actuar con eficacia jurídica”.

Pues bien, el artículo 200 del Código Civil, dispone que “son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma” y “nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley (art. 199 del C.C.), entre las que encontramos a los efectos de esta Ponencia, la enfermedad o defecto psíquico.

En lo que respecta a la responsabilidad civil de las personas con enfermedad mental, es preciso que destaquemos que la Disposición adicional 1ª del Código Penal vigente establece que “cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad criminal por concurrir algunas de las circunstancias a que nos venimos refiriendo, el Ministerio Fiscal instará, si fuera procedente, la declaración de incapacidad ante la Jurisdicción Civil, salvo que la misma hubiera sido ya anteriormente acordada y, en su caso, el internamiento conforme a las normas de la legislación civil”.

Implicaciones sociales y legales del internamiento psiquiátrico de la persona con enfermedad mental

Uno de los aspectos todavía hoy más conflictivos en el panorama psiquiátrico, sigue siendo el internamiento del paciente para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, si es que ésta es posible.

La regulación las personas con enfermedad mental en establecimientos psiquiátricos se pone de manifiesto a lo largo del siglo XIX, si bien no deja de constatarse por parte de la sociedad civil que un gran número de personas entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual, lo que diera lugar a que se promovieran con frecuencia litigios y aun procedimientos criminales, por haber recluso sin razones médicas suficientes para ser consideradas en estado de demencia.

Para el Defensor del Pueblo, en su Informe sobre “La situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España, publicado en 1991, bastaba con que la institución sanitaria informe al Juez del

alta del paciente, sin que sea necesario que recaiga autorización para la misma. Este Alto Comisionado de las Cortes Generales, entiende que “ el alcance de la intervención judicial se ciñe, pues, a autorizar una privación de libertad, a evitar que ésta se prolongue indebidamente y a que las condiciones en que esta privación de libertad se desarrolle sean adecuadas a la dignidad personal, pero no a la terminación de la situación de internamiento por decisión médica, por cuanto esta decisión de alta médica no supone limitación alguna a su titular. Todo ello sin perjuicio de la comunicación del alta a la Autoridad judicial, a fin de que ésta tome la debida constancia en el procedimiento y acuerde su archivo, si procediere”.

Lo controvertido de la cuestión se ponía de manifiesto a través de un detenido análisis de las opiniones más autorizadas, en nuestra doctrina, las cuales se polarizan en dos direcciones fundamentalmente.

Para algunos, bastaba con que la institución sanitaria informara al Juez del alta del enfermo, sin que normalmente fuera necesario que recayera previamente la autorización judicial para la misma.

Sin embargo, otros autores consideraban que debería ser el Juez quien decida siempre sobre la continuación del internamiento.

Pero la Ley de Enjuiciamiento Civil de 7 de enero del año 2000 ha venido a derogar en su Disposición Única, entre otros, los artículos 202 a 214 del Código Civil, rectificando la doctrina dominante anterior, en el sentido de sentar los principios rectores de los procesos sobre capacidad son decididamente contenciosos, en los que no rigen en exclusiva los principios dispositivo o de aportación de parte, ya que el Juez puede y debe realizar las indagaciones oportunas para determinar si concurren las circunstancias legalmente establecidas, para la resolución procedente.

Se resuelve de esta manera clara y terminante la polémica surgida sobre la competencia a la hora de acordar el externamiento, lo cual, de forma imperativa, se atribuye a quien por sus conocimientos profesionales y por su cercanía con el paciente y su evolución clínica

están en mejores condiciones para tomar tan delicada decisión, pues no queremos pensar que esta importante decisión modificatoria se haya adoptado por la carencia de medios personales y materiales de que adolecen los Juzgados en la actualidad, lo que el retraso en adoptar una decisión podría estar afectando gravemente a la libertad del paciente.

Modalidades de internamiento psiquiátrico

Así las cosas, en la actualidad los internamientos por razón de trastorno mental pueden ser: voluntarios, involuntarios y por orden judicial.

A. Internamientos voluntarios

Los internamientos voluntarios son los no judiciales, que se suelen acordar entre paciente y médico, pudiendo ser rescindido en cualquier momento por acuerdo de las partes. Para esta modalidad se precisa una solicitud firmada por el paciente confirmando su voluntad del internamiento.

Debe quedar claro que si el paciente durante la permanencia en el centro, sufre un agravamiento de su enfermedad que anule su libertad de obrar y por lo tanto vicia la inicial sana voluntad con la que entró, debe pasar esta situación sobrevenida a la vía de urgencia, notificándose al juez en el plazo de las veinticuatro horas siguientes.

El paciente puede decidir su internamiento por sí mismo, pues si no pudiera realizarlo por sí mismo, el internamiento será involuntario.

B. Internamientos involuntarios

Es necesario declarar que en España, sólo pueden ser involuntarios los internamientos que cuenten con Orden Judicial, Autorización Judicial o Ratificación Judicial.

1. CON URGENCIA. También llamado Sanitario o Comunicado. Se aplica el término urgencia al que se refiere el artículo 763 del Código Civil,

es decir para aquellos casos en los que se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida de internamiento, no precisándose, en principio, autorización judicial, si bien dentro de las veinticuatro horas siguientes el responsable del Centro habrá de comunicárselo al Tribunal competente, que será el del lugar en que radique el centro, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de la medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas, para que inicie el procedimiento correspondiente.

2. SIN URGENCIA O AUTORIZADO. En aquellos casos en los que, por circunstancias diversas, se precisa un internamiento, en los que habitualmente no se cuenta con consentimiento del paciente. En estos supuestos deben de seguirse los trámites legalmente establecidos en el propio artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil vigente.

En múltiples ocasiones el paciente por la intensidad, tipo o peligrosidad de su trastorno mental, no puede ser asistido ambulatoriamente, precisando el ingreso en un centro hospitalario, bien en Unidades de Internamiento breve, bien en Unidades de Media y Larga estancia y Hospitales de Crónicos.

En la misma resolución que se acuerde el internamiento, se expresará la obligación que tienen los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al Tribunal sobre la necesidad de mantenerla medida, sin perjuicio de cuantos demás informes pueda el Tribunal -requerir cuanto lo crea conveniente. Recibidos los informes el Tribunal previa, en su caso, de la práctica de las actuaciones que considere imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Aunque, 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 de alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al Tribunal competente, según ya hemos visto anteriormente.

3. INTERNAMIENTO POR ORDEN JUDICIAL. En estos supuestos lo que cuenta no es la voluntad de paciente, sino la orden de un Juez.

El internamiento preventivo por enajenación, en casos de prisión preventiva o provisional, que depende del Juez de Instrucción (art. 381 y ss, de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

Las medidas de seguridad penal alternativas a la condena de prisión, depende del Juez de lo Penal o de la Audiencia Provincial y del Juez de Vigilancia Penitenciaria (arts. 100 y ss. del Código Penal).

Según previene la Ley Penal del Menor, el Internamiento Terapéutico de los menores que han delinquido, dependen del Juez y del Fiscal de Menores (arts. 5 y 7 de la Ley Penal del Menor 5/2000).

Debe tenerse en consideración que tratándose de una persona privada de libertad sometida al régimen penitenciario, es lógico entender que no tiene los mismos derechos que el resto de los ciudadanos o al menos en la misma medida. (art. 25.2 C.E.), pues dado que se trata de personas privadas de libertad, se debe pedir información al Juzgado para conocer su situación personal, pues a veces los detenidos e internos tienen prohibidas las visitas, las llamadas telefónicas, el acceso a psicofármacos, etc.

Además, durante su permanencia en centros asistenciales no penitenciarios, serán custodiados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

4. INTERNAMIENTOS PENALES. Cuando después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le haya impuesto, garantizando el Juez o Tribunal que aquél reciba la asistencia médica precisa.

Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia, si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o

Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesaria o contraproducente (art. 60 del C.P.) y arts. 381 a 385 y 991 a 994 L.

5. INTERNAMIENTO DE LOS MENORES. El internamiento de los menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor (art. 763.2 de la L.Ej.C.)

Consentimiento informado de los pacientes psiquiátricos

En la esfera psiquiátrica, el médico debe informar al paciente de la naturaleza de su estado o diagnóstico, así como de los tratamientos y alternativas posibles, buscando el pronóstico de su enfermedad. Pero debe partirse del principio de que en este campo que algunos trastornos psiquiátricos anulan la capacidad de decisión del paciente, total o parcialmente.

En este sentido el Código de Ética y Deontología Médica de 1990, permite al facultativo limitar la información al paciente y completarla a familiares y allegados. En el bien entendido que si la situación clínica no se comunica al paciente, dadas sus características personales, gravedad de la patología, grado de susceptibilidad o cualesquiera otras circunstancias análogas, que a juicio del clínico empeoraría la situación psicológica del paciente, ello no debe impedir que se de una información veraz, competente e inteligible a los familiares o allegados.

Cada paciente debe recibir el mejor tratamiento posible. Su participación debe ser voluntaria, después de una información completa que le debe haber sido dada, acerca de los fines, procedimientos, riesgos e inconvenientes del proyecto terapéutico y debe exigir siempre una relación razonable entre los riesgos calculados y los inconvenientes o ventajas del estudio.

Ningún tratamiento debe ser efectuado en contra de la voluntad del propio paciente o con independencia de él, a menos que el sujeto no tenga capacidad de expresar sus propios deseos o, bien por su enfermedad psiquiátrica, no pueda discernir lo que va en el sentido de su propio interés o, por la misma razón, representa una severa amenaza para otras personas de su entorno.

En estos casos, un tratamiento de oficio puede o debe ser administrado, con la condición de que sea en interés del paciente y solamente durante un período de tiempo absolutamente necesario.

La persona que sufre un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención quirúrgica que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para la salud.

Cada vez que haya un tratamiento impuesto o una retención, el paciente debe disponer de una instancia de apelación y debe ser informado de la existencia de tal instancia, debiendo poder recurrir a ella personalmente o con la ayuda de su representante legal.

Existen casos en los que el paciente no desea recibir información de su patología y demás circunstancias de su enfermedad, en cuyo caso debe respetársele dicha decisión, pero esa renuncia debe constar por escrito en documento al efecto y siempre firmada por el interesado.

La doctrina legal sentada por el Tribunal Supremo sobre el consentimiento informado, también es aplicable en el ámbito de la Psiquiatría, con la salvedad del “sentido común” del paciente con abolición de sus capacidades de querer, entender y obrar, en cuyo caso no es libre de dar o no el consentimiento, por lo que la información, sea la que fuere, debe derivarse a los familiares cercanos o al tutor, si el paciente se encuentra incapacitado.

En suma, el consentimiento informado del paciente psíquico no debe apartarse de las reglas generales establecidas para los enfermos de otras patologías no psíquicas, pero debe de tenerse presente que la limitación de la capacidad cognoscitiva del enfermo, como ocurre en

la mayoría de los casos, debe derivar de forma automática la firma del consentimiento informado a su representante legal o sus parientes más próximos.

Especial referencia a los menores

Las quejas existentes en este área evidencian la ausencia en la Comunidad Canaria de Centros específicos para el tratamiento de menores de edad que sufren alteraciones conductuales teniendo en reiteradas ocasiones que ser trasladados para su rehabilitación a Centros situados fuera del territorio insular con el consiguiente trastorno familiar y económico y que en algunas ocasiones ha derivado en situaciones de indefensión e injerencia administrativa, ya que las entidades de protección han declarado a los menores en situación de desamparo con la finalidad de posibilitar económicamente el traslado y tratamiento farmacológico.

Para tratar de solventar esta situación dramática de los menores con problemas de conducta se tramitó un anteproyecto de reforma de la Ley integral de los menores, tratando de conceder importancia al cambio sufrido en la juventud canaria, provocadora de conductas agresivas dirigidas hacia los demás e incluso hacia ellos mismos manifestando desobediencia a las normas, inadaptación social y no son objeto de responsabilidad penal.

En todo este asunto ha irrumpido el nuevo modelo familiar y los medios de comunicación como elemento de socialización de los jóvenes.

La contención y retención de un menor son formas terapéuticas de tratamiento para evitar perjuicios para el menor y siempre sin carácter punitivo.

- La legislación autonómica no contemplaba esta problemática ni su cobertura legal: agudización de los conflictos de los padres con sus hijos por las conductas de éstos y la dificultad de los técnicos municipales en los tratamientos de situaciones de riesgo con estos menores.

- Principio de intervención especializada: recursos y equipos profesionalizados.
- Dictaminada por el Consejo Económico y Social de Canarias en sus conclusiones:
 1. Orientación profundamente rehabilitadora, prima el interés del menor sobre los aspectos puramente represivos.
 2. Expresa sus dudas en torno a la legalidad con que se configuran las medidas de contención y retención.
 3. Injustificada precipitación, no existe previsión financiera y presupuestaria, ni financiación de los equipos básicos, garantizando estabilidad y cualificación técnica y profesional.

La alineación del hombre moderno

Se ha afirmado, sin duda con error, que la “ Historia podría escribirse como la historia de la alineación de los hombres”.

Pero lo que es cierto sin duda, es que el hombre moderno está molesto y disgustado con el ambiente artificial que nos hemos impuesto por los avances tecnológicos y el abandono del ambiente natural que está llamado a desaparecer, como no pongamos los medios para evitarlo.

Esta disfunción, más profunda de lo que pudiera parecer, está afectando seriamente a las personas, pues el hombre alienado cree que es incapaz de asumir el papel que tiene en la sociedad. Y por eso los supuestos de alineación frente a los demás hombres (autoalineación), frente a las instituciones políticas, ante la cultura, la civilización, le tecnología o la filosofía misma, vista como la “mayor de las alienaciones”.

Siendo el hombre un ser social su separación o extrañamiento de la sociedad lo siente y percibe como una ruptura dentro de sí mismo y una pérdida de autoestima y autosuficiencia.

Al propio tiempo, también, en el cuerpo social, el individuo rechaza situaciones que le son ajenas. Así los españoles, por ejemplo, rechazaron la constitución que les quiso imponer Napoleón, porque les era “algo ajeno” y al enfermo que se encuentra “extrañado” de sí mismo, se le da un medicamento... como algo extraño y externo a él.

La alienación es un sentimiento complejo de incomprensión ajena y de impotencia propia; de abandono y de desamparo; de falta de interés hacia las instituciones y el modo de vivir que se encuentra vacío y sin sentido; de anomía o de desprecio de las normas, de desarraigo, apartamiento, aislamiento y soledad y, en suma, de extrañamiento personal, de enajenación respecto de la cultura y de las relaciones sociales de la comunidad en el seno de la cual se vive.

Al individuo alineado los valores y las normas sociales aceptadas por los demás le parecen faltas de sentido. En consecuencia se siente aislado y frustrado. La alienación lleva también consigo una sensación de impotencia: el individuo se siente incapaz de controlar sus propios actos, que mayormente, ya no son libres y tampoco de ejercer alguna influencia sobre los acontecimientos del mundo.

El resultado del indicado proceso es la situación real en que se halla el alienado que se considera a sí mismo como un extraño, que ya no se siente el centro del mundo, el creador y responsable de sus propios actos, sino para el cual esos actos y las consecuencias de los mismos se han convertido en amos suyos, a los cuales debe obedecer.

Ahora bien, lo característico de la alienación en la época en que vivimos no es sólo la existencia de individuos aislados víctimas de los sentimientos que acabamos de mencionar y por consecuencia de los cuales se notan ajenos a cuanto les rodea y extraños a su sociedad y su cultura.

La cuestión estriba en demostrar si una cierta autoalienación reflexiva puede constituir una reacción de defensa de la intimidad y de la autenticidad contra la sociedad alienante en la que vivimos.

Pero las situaciones en las que puede encontrarse el hombre respecto de su propio ser, pueden estimarse en tres posiciones diferentes:

- A. El hombre normal, que está en sus cabales, dueño de sí, consciente de su destino y de sus posibilidades, actuante en su medio social y en relación con sus semejantes dentro de la sociedad de que forman parte,
- B. el hombre ensimismado, inhibido, en una resistencia voluntaria o instintiva, contra los factores alienantes que le circundan, y
- C. finalmente, el hombre alienado o enajenado, que está fuera de sí por causas patológicas o por los efectos de la estructura social que le aprisiona, domina y absorbe.

Conclusiones

- 1ª. Las enfermedades neuropsiquiátricas son las terceras en importancias, por delante de las enfermedades infecciosas, cardiovasculares e, incluso, el cáncer.
- 2ª. Que entre el 25 y el 35% de la población sufre trastornos psíquicos en algún momento de su vida, mientras que sólo el 22% reconocen su enfermedad.
- 3ª. Las deficiencias de los servicios públicos y una fuerte carencia de organizaciones de voluntariado han hecho que sea la familia la que asuma el papel cuidador de los enfermos mentales.
- 4ª. Un reciente Informe sobre “los costes invisibles de la enfermedad mental” y la carga familiar en la atención a los enfermos, cuantificaba en 88 de cada 100 las horas que la familia invierte en cuidados de salud, frente a las 12 que aporta el sistema sanitario español.

Los nuevos antipsicóticos

Dr. D. Salvador Roc Montalbán

Servicio de Psiquiatría del Hospital del Mar

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, con severas consecuencias para la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Generalmente se da en adolescentes y adultos jóvenes, lo que impide que alcancen sus objetivos educativos y laborales, y vean reducida su calidad de vida. Está presente en todos los países del mundo y es una de las diez primeras causas de incapacidad en la población en edades comprendidas entre los 18 y 44 años.

La esquizofrenia lleva consigo un grado significativo de estigma y discriminación, que aumenta la propia carga para los pacientes y sus familiares. A menudo, estas personas con esquizofrenia se enfrentan a cierto aislamiento social y a cierta discriminación en cuanto a la vivienda, la educación, y las oportunidades de empleo, y a otros claros prejuicios. Por otra parte los tratamientos que tradicionalmente han utilizado los pacientes, también han contribuido a magnificar el problema, especialmente cuando se producían efectos secundarios motores o sedativos que se derivaban de la toma de fármacos antipsicóticos.

Sin embargo, hoy día existen esperanzas para quienes padecen esquizofrenia. Recientemente se han desarrollado nuevos antipsicóticos e intervenciones psicosociales que sirven para reintegrar a los pacientes en su comunidad, para mejorar su calidad de vida y para ayudarles a conseguir sus objetivos vitales.

¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse.

Los Trastornos Esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones; estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de los mismos.

En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentar déficit cognitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona no enferma la vivencia de su individualidad, singularidad y vivencia de sí misma.

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos, y actos más íntimos, son conocidos o compartidos por otros, y pueden presentar ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos de los individuos afectados. Éste se siente en el centro de todo lo que sucede, son frecuentes las alucinaciones, especialmente auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo.

Suelen presentar, además, otros trastornos de la percepción; los colores o los sonidos pueden aparecer excesivamente vivos, o tener sus cualidades y características alteradas; y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación o objeto principal.

La perplejidad es frecuente ya desde el principio, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general amenazante y dirigido contra el propio enfermo.

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, afloran aspectos periféricos e irrelevantes de los conceptos, que en la actividad mental normal quedan soterrados. El pensamiento se vuelve vago, elíptico, oscuro, y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está robando sus pensamientos.

La afectividad es superficial, con un carácter caprichoso e incongruente. Hay ambivalencia y alteraciones de la voluntad, con inercia, negativismo o estupor.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento, o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas y conductas extrañas. La evolución del trastorno se caracteriza, igualmente, por una gran variabilidad, y no es inevitablemente crónica y deteriorante.

Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Algunos pacientes con esquizofrenia padecen un grado significativo de comorbilidad (trastornos concomitantes). Pueden incrementar el abuso de sustancias como alcohol, estimulantes, alucinógenos, antiparkinsonianos, cafeína y tabaco.

Aumento el riesgo de infección por HIV, debido a un incremento de las conductas de riesgo, relaciones sexuales sin protección y consumo de drogas por vía parenteral.

También se han descrito aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y pulmonares, trastornos gastrointestinales y urogenitales, accidentes y suicidio. El suicidio produce la muerte en un 10% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir en condiciones ideales:

- Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas allegadas (miembros de la familia, amigos,...) con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente.
- Examen del estado mental.
- Exploración física (también exploración neurológica).
- Estudio de laboratorio habitual.

Andreassen ha clasificado los síntomas de la esquizofrenia como positivos y negativos.

1. SÍNTOMAS POSITIVOS

- Ideas delirantes o falsas creencias de las que el enfermo está firmemente convencido, a pesar de no poseer pruebas concretas (persecutorias, mesiánicas, ufológicas...).
- Alucinaciones o sensopercepciones imaginarias, fundamentalmente auditivas (voces con las que el paciente conversa, voces que dan órdenes). Menos frecuentemente aparecen alucinaciones gustatorias, cenestésicas y olfatorias.
- Trastornos del pensamiento. Incoherencia, bloqueo del pensamiento, sintaxis extraña, ludismo verbal; eco, difusión o robo del pensamiento.
- Comportamiento extraño. Conductas extrañas o infringen normas y costumbres sociales. Gestos raros, expresiones faciales incongruentes, posturas extrañas sin razón aparente.

2. SÍNTOMAS NEGATIVOS

- Embotamiento afectivo. Estado emocional embotado con escasa respuesta a los eventos externos. Aplanamiento afectivo.

Acciones y emociones inadecuadas e incongruentes, alegremente inoportunas y a menudo impulsivas.

- Amotivación/anhedonia. Poco interés. Abandono de la higiene personal, negativismo y pasividad-
- Retraimiento social. Dificultad para hacer o conservar amigos o conocidos; trato con los demás breve y superficial.
- Pobreza de pensamiento. Reducción de la cantidad y calidad de los pensamientos. Contenido vacuo.

3. SÍNTOMAS AFECTIVOS

4. SÍNTOMAS COGNITIVOS

¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

- HERENCIA. Riesgo progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos.
 - Población general 1%.
 - Primos hermanos 2%.
 - Hermanos 9%.
 - Hijos 13%.
 - Gemelos dicigóticos 17%.
 - Ambos progenitores 46%.
 - Gemelos monocigóticos 48%.

Estudios realizados en adoptados demuestran que el riesgo de padecer esquizofrenia, se debe más a factores de herencia que ambientales.

- HIPÓTESIS DEL NEURODESARROLLO. Enfermedad que se produce durante el desarrollo del cerebro antes que la enfermedad se manifieste clínicamente. Las personas que padecen esquizofrenia pueden haber sufrido una alteración en el desarrollo cerebral en la gestación, en particular durante el segundo trimestre.

El trastorno se manifiesta al principio de la edad adulta, cuando algunos sistemas neuronales, que maduran mucho después del nacimiento son incapaces de afrontar diferentes tipos de estrés psicosocial y vicisitudes de la vida cotidiana. Existiría por tanto un factor de vulnerabilidad desde el nacimiento.

- ANOMALIAS ESTRUCTURALES. Se han evidenciado mediante las nuevas técnicas de neuroimagen y afectan fundamentalmente a lóbulos frontales y el hemisferio izquierdo.
- ALTERACIONES NEUROQUÍMICAS. Teoría de la hiperactividad dopaminérgica:
 - Por mayor disponibilidad de DA en las sinapsis.
 - Por hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.

Posteriormente se ha implicado al sistema serotoninérgico, fundamentalmente a partir de la aparición de los nuevos antipsicóticos.

¿Cómo se trata la esquizofrenia?

Tres son los componentes principales que conforman el tratamiento de la esquizofrenia:

1. Fármacos para aliviar los síntomas y evitar la recidiva.
2. Enseñanza e intervenciones psicosociales para ayudar a los pacientes y sus familiares a resolver problemas, hacer frente al estrés, afrontar la enfermedad y sus complicaciones y prevenir las recaídas.
3. rehabilitación social, para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la sociedad y recuperar la actividad educativa y laboral.

Tratamientos farmacológicos

- ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONALES (denominados anteriormente neurolépticos).

- NUEVOS ANTIPSICÓTICOS (también denominados de segunda generación o antipsicóticos atípicos).

Antipsicóticos convencionales

Se comenzaron a utilizar a mediados de los años 50. Se les denominaba neurolépticos por sus efectos secundarios característicos sobre el sistema motor extrapiramidal (disonía, parkinsonismo, discinesia y acatisia). Estos fármacos eran útiles para reducir o eliminar síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones o ideas delirantes). También aliviaban síntomas asociados como agitación, impulsividad y agresividad. Desgraciadamente no eran eficaces a la hora de tratar la sintomatología negativa de la esquizofrenia (apatía, empobrecimiento del pensamiento, retraimiento social).

Los efectos secundarios de los antipsicóticos convencionales eran muy numerosos, algunos de ellos graves, y provocaban una mala adherencia al tratamiento, incumplimiento por parte del paciente de las pautas preescritas, un incremento del riesgo de recaída.

Junto a los síntomas extrapiramidales, otros posibles efectos secundarios eran: visión borrosa, aumento de la tensión intraocular, somnolencia, pérdida de espontaneidad, impotencia sexual e imposibilidad de eyacular, retinitis pigmentaria, interrupción del ciclo menstrual normal, y a veces crisis epilépticas. Se han descrito también dos eventualidades graves: discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno. Se ha asociado depresión secundaria al tratamiento neuroléptico.

Antipsicóticos de segunda generación

Tan efectivos como los antipsicóticos convencionales, efectivos además en sintomatología negativa de la esquizofrenia, efectivos en esquizofrenias resistentes a otros tratamientos; y con una mejor tolerancia y seguridad.

Se incluyen en este grupo: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Amisulpride, y muy recientemente Ziprasidona.

Algunos nuevos antipsicóticos no están exentos de efectos secundarios.

Clozapina causa agranulocitosis, potencialmente mortal, en un 1% de casos.

Otros efectos secundarios: aumento de peso, sedación, salivación excesiva, estreñimiento, hipotensión, coriza, y crisis epilépticas; además algunos de ellos pueden seguir produciendo síntomas extrapiramidales en dosis elevadas.

Ziprasidona: Nuevo antipsicótico

Ziprasidona es un nuevo antipsicótico, con una estructura química no relacionada con ningún otro antipsicótico comercializado o en desarrollo clínico.

Tiene una gran afinidad por los receptores 5HT_{2A} y una notable afinidad por los receptores D₂ centrales. Es agonista de los receptores 5HT_{1A} y potente antagonista 5HT_{1D} y 5HT_{2C}. Posee afinidad moderada por el receptor α ₁ y afinidad baja por los receptores histaminérgico, muscarínico y nicotínico.

Además inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina, pero solo afecta ligeramente a la recaptación de dopamina (efecto compartido con algunos antidepresivos convencionales como imipramina y amitriptilina).

En estudios de microdialisis in vivo en ratas, Ziprasidona incrementa la liberación de dopamina en corteza prefrontal, pero tiene escaso efecto sobre la concentración de dopamina en cuerpo estriado. Recordemos al respecto que la hipoactividad dopaminérgica prefrontal, podría estar implicada en la fisiopatología de la sintomatología negativa de la esquizofrenia.

Este perfil de acción de Ziprasidona sugiere una alta eficacia terapéutica global, eficacia en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, y en aquellos trastornos psicóticos que combinan síntomas psicóticos positivos y negativos, con síntomas afectivos.

Ziprasidona: Eficacia clínica

La eficacia de Ziprasidona se ha demostrado en distintos estudios clínicos, doble ciego, aleatorizados, de grupos paralelos, con dosis variable, en corto y largo plazo; en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o Trastorno Esquizo-Afectivo. Los estudios comparativos se han realizado con placebo, antipsicóticos convencionales (Haloperidol), y nuevos antipsicóticos (Risperidona, Olanzapina y Amisulpride). Ziprasidona ha sido evaluada en administración oral o intramuscular.

Estudios realizados en el desarrollo clínico de Ziprasidona

Ziprasidona Oral

Eficacia a corto plazo:

- Ziprasidona vs placebo (4 semanas), *keck*.
- Ziprasidona vs placebo (6 semanas), *Daniel*.
- Ziprasidona vs Haloperidol (4 semanas), *Goff*.
- Ziprasidona vs Risperidona (8 semanas), *Addington*.
- Ziprasidona vs Olanzapina (6 semanas), *Simpson*.
- Ziprasidona vs Amisulpride (12 semanas), *Olie*.

Eficacia a largo plazo:

- Ziprasidona vs haloperidol (28 semanas), *Hirsch*.
- Ziprasidona vs risperidona (52 semanas), *datos en archivo*.
- Ziprasidona vs placebo (Estudio Zeus,52 semanas), *Arato*.

Estudios de cambio:

- Típicos a Ziprasidona.
- Olanzapina a Ziprasidona *Simpson.*
- Risperidona a Ziprasidona.

Ziprasidona intramuscular

- Estudio de búsqueda de dosis (un día de duración).
- Tratamiento secuencial IM/Oral Ziprasidona vs Haloperidol (7 días de duración), *Brook.*
- Tratamiento secuencia IM/Oral Ziprasidona vs Haloperidol (6 semanas de duración), *Brook.*

El empleo de las personas con un trastorno mental grave

Prof. Dr. D. Francisco Rodríguez Pulido

Universidad de La Laguna

Introducción

Es esperable que el siglo XXI sea el siglo de la igualdad de oportunidades para todos. En las próximas dos décadas asistiremos, en general, a importantes avances para las personas con discapacidad y de forma particular para las personas con enfermedades mentales graves y sus familias. El futuro está cargado de esperanza para todos nosotros. Asistiremos a nuevos desarrollos legislativos, a nuevas políticas más globales, a descubrimientos espectaculares en el conocimiento de la estructura y funcionamiento cerebral, y en la disposición del genoma humano, así como, en nuevas moléculas y procedimientos de psicoterapia más breves y eficaces gracias a la sociedad de la información, las maneras de entender el funcionamiento humano como componente de la salud, la aceptación de que la diferencia forma parte de la vida y el empuje del vivo movimiento asociativo actúa como acelerador del nuevo presente. No hay vuelta atrás, cada vez más, las personas con una enfermedad mental estarán el mayor tiempo de sus vidas en la comunidad. Éste es ya un hecho indudable e irreversible.

En 1999 el estudio Global Burden of Disease (GBD) llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, con el fin de proporcionar un conjunto de medidas sanitarias, facilitará información, incluso de los casos no mortales para el desarrollo de políticas de salud internacionales mediante el desarrollo de estimaciones de incidencia, prevalencia, duración y letalidad de

107 enfermedades y sus 483 consecuencias incapacitantes. Al introducir en este estudio el concepto de incapacidad, como es el caso de la incapacidad ajustada por años de vida (disability-adjusted life years, DALY) los trastornos mentales obtuvieron una valoración tan alta como las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, superando a la combinación de enfermedades oncológicas y SIDA. Los hallazgos sugieren que las tendencias de salud para el 2020, entre las 10 primeras causas de discapacidad, tres están relacionadas con el cerebro: las depresiones unipolares, la esquizofrenia y el envejecimiento (WHO,1999 Murray y López, 1997). Estos estudios llevarán la consideración internacional que en las políticas de salud, las enfermedades mentales se impondrán como una prioridad de éstas. No se podrá mirar para otro lado.

Marco legislativo y político

Este año 2003 en la Unión Europea se celebra el Año Europeo de las Personas con Discapacidad. Se calcula que las personas discapacitadas representan entre el 10 y el 15 por ciento de la población total en Europa. En otras palabras, entre 80 y 100 millones de ciudadanos europeos tienen alguna discapacidad, cantidad que supera la población de casi todos los Estados europeos. Digamos que esto no es un problema de unas minorías con mala fortuna. Éste es un problema universal ya que todas las personas por motivos de salud estamos en riesgo de sufrir una discapacidad. Éste es el nuevo paradigma, expresado con claridad en marzo del 2001 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHW54.21) donde se asume la nueva "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, de la Salud (CIF)" desde un modelo universalista. Deseo plantear que existe en la actualidad un marco legislativo y político global, más allá de lo local, capaz de acoger nuestras viejas y nuevas aspiraciones de mejora.

En 1993 las Normas Uniformes de las Naciones Unidas (ONU) en la norma 18, recoge la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. En el tratado de la CE, en su artículo 13, se afirma que se podrán adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual. En el Consejo de Europa, tanto en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (artículo 14), como en la Carta Social Europea revisada (parte V, artículo E) y en su documento de Siete Caminos para el Futuro, así como en las diferentes conferencias de Ministros Europeos se expresan una idea reiterada que es construir un espacio común de derechos humanos, fijando como prioridad, entre otras, la prohibición general de la discriminación, como un valor profundamente democrático. En el tratado de Ámsterdam se recogen unas directrices específicas para el empleo. En la Asamblea Parlamentaria de la CE del 29 de Enero de 2003, en su quinta sesión, se aprobó la recomendación 1.593 que propone ir hacia la total incorporación social de las personas discapacitadas, y donde la propia Asamblea ve con satisfacción cómo se ha pasado gradualmente, desde la década anterior, de un enfoque institucional que consideraba a las personas discapacitadas como pacientes, a un enfoque más integral actualmente viéndolos como ciudadanos que tienen derecho al apoyo individual y a la autodeterminación. Reconoce esta institución en su declaración que la mayoría de los derechos aún son inaccesibles para la mayoría de las personas discapacitadas: el derecho al trabajo, el derecho a la educación, el derecho a la intimidad y la vida familiar, el derecho a la protección a la salud y la seguridad social, el derecho de protección contra la pobreza y la marginación social, el derecho a la vivienda adecuada... Asimismo insta a poner en marcha un conjunto de iniciativas. No me gustaría dejar de recordar, en el Reino de España, en la Constitución, en el artículo 49, se señala que los poderes públicos realizaran una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e

integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos.

En Marzo del 2002, en la llamada Declaración de Madrid, con el lema "No discriminación más acción positiva es igual a inclusión social", se argumenta que la atención a las personas con discapacidad no debe basarse en la compasión y la caridad y se describe una nueva visión de la discapacidad en una sociedad integradora para todos, mediante las medidas legales, los cambios de actitudes, los servicios para una vida independiente, el apoyo a las familias, la atención especial a las mujeres, y el empleo como clave para la inserción social. En la II Conferencia de Ministros Europeos responsables de las políticas de integración de las personas con discapacidad, celebrada el 7 y 8 de mayo en Málaga, se mantiene acertadamente que las políticas de la discapacidad son responsabilidad del Gobierno en su conjunto, no dependiendo de un departamento en particular. Esta perspectiva transversal de la discapacidad es el instrumento idóneo para impulsar una política coherente para la plena participación.

Por otro lado, el Foro Europeo de la Discapacidad (FED), creado en 1996, por organizaciones de personas discapacitadas y sus familias, con el fin de defender asuntos de interés común para todos los grupos de personas con discapacidad, en los mensajes para el movimiento asociativo en relación con el año europeo de personas con discapacidad, reconocen que este año es una buena ocasión para avanzar en las políticas que respeten la diversidad que lleva aparejada la discapacidad, prestando una atención preferente a las mujeres con discapacidad, a las personas enfrentadas a múltiples discapacidades, a las más severamente afectadas y a las que no pueden representarse a sí mismas, mereciendo especial atención por el gobierno y las autoridades, las familias de las personas discapacitadas.

En los próximos meses la administración pública y las entidades cívicas, cuya finalidad es la integración de las personas con trastorno mental grave deberán hacer un seguimiento de las zonas sensibles. Zonas vinculadas o relacionadas con el empleo o las estrategias de empleabilidad.

Principios paradigmáticos en el siglo XXI

En este amplio horizonte apreciamos una gran ola de cambios silenciosos, pero significativos, que se están produciendo a nivel internacional en comparación con épocas pasadas, dirigido al mundo de la discapacidad. La tendencia en estos tiempos es que una nueva manera de comprender y entender la discapacidad se está abriendo paso, y esto llevará necesariamente a la consideración de unos cambios radicales en el paradigma, del pensamiento y la acción, en el ámbito de la discapacidad, de la sociedad y de los gobiernos. Estos cambios serían:

1. Del modelo de las minorías al modelo universalista

Cada vez más se va a ir abandonando el modelo médico o el modelo social de la discapacidad a favor del modelo biopsicosocial, contemplándose la discapacidad como uno de los componentes relacionados con la salud. Esto implicará que se pondrá más el acento en las habilidades o capacidades de las personas y en la modificación del entorno que en su déficit individual, tal como ha sido predominante hasta ahora. La imparable revolución de la tecnología en la sociedad del conocimiento creará las condiciones necesarias para hacer realidad este principio.

2. De pacientes al reconocimiento de ciudadanos

Las personas con discapacidad pasarán de ser sujetos de caridad a sujetos de derechos. De pacientes que reciben pasivamente unas tecnologías y sin consultarles sus preferencias, a ciudadanos

consumidores e independientes donde se les consultará sus decisiones, y tomará un papel activo en los procedimientos terapéuticos integrando en muchas ocasiones a las propias familias. Con ello se conseguirá el abandono del paternalismo por la participación en todas las decisiones.

3. Del asistencialismo a la integración social real y efectiva

Los ejes centrales de las reivindicaciones no serán de carácter médico, a no ser que se produzca un debilitamiento progresivo del estado del bienestar. Pasarán a un primer plano la eliminación de todas las barreras discriminatorias de carácter ambiental (legislación) y avanzar en los cambios de la actitud social. Por lo que las reivindicaciones de carácter social, laborales, fiscal, legal y patrimoniales serán prioritarias.

4. De la responsabilidad política de un departamento a la de todo el gobierno

La política de igualdad de oportunidades y la visión de que todas las personas en cualquier momento de su vida puede padecer una discapacidad, y que ésta no depende de los déficit de las personas sino de los entornos, exigirá que cada departamento de los gobiernos piensen sus políticas y diseñen sus acciones desde una perspectiva transversal, donde las nuevas tecnologías, la educación y el empleo, serán sectores políticos de alta sensibilidad.

5. La integración social sólo será posible en el marco de la integración laboral

Éste deberá ser el punto diana central de las Organizaciones No Gubernamentales en el siglo XXI. Los avances científicos ya mencionados, unas sociedades más integradoras y si las economías del primer mundo caminan, de acuerdo a la Convención de Lisboa, hacia la sociedad del pleno empleo (tasas de desempleo igual o inferior al 4% de la población activa) flexibilizando las relaciones laborales y diversificando los sectores productivos, en esta sociedad, deberá abrirse un espacio en igualdad de oportunidades para

las personas con discapacidad. Nosotros entendemos que la integración social efectiva no se produce cuando la persona sale de su ámbito familiar a un recurso de rehabilitación, sino sólo cuando tiene lugar su inserción y mantenimiento en el empleo. O sea, cuando las personas reciben un salario de acuerdo a los convenios colectivos vigentes.

Dimensión del problema

Tiene una gran dimensión el problema de la discapacidad, a nivel mundial, europeo, español y local. Sin lugar a dudas, de cada 100 personas de 9 a 15 padecen algún tipo de discapacidad, y los trastornos neuropsiquiátricos en todo el mundo, representan 30.8% de los años vividos con discapacidad.

Las cifras que observamos nos confirman la importancia de la discapacidad por trastorno mental en su impacto en las medidas de morbimortalidad ajustadas por años de vida perdidos o años de vida vividos con discapacidad, no lo es menos, cuando observamos su relación con el empleo. El 85% de las personas con trastorno mental grave esta en situación laboral de desempleo, y probablemente esta cifra este infraestimada, porque en muchas ocasiones ni están inscritos en las oficinas de empleo. Si bien, en los estudios realizados, al ser entrevistados las personas con enfermedad mental, del 50-75% indica que su meta es el empleo ordinario.

La fuerte evidencia, del atraso en el cumplimiento de la legislación, lo vemos cuando revisamos el porcentaje total de contratos de personas con discapacidad realizados por el INEM en relación con el total de contratos (13.242.531) para el año 1999, la media es de 0.24, o sea, lejos del 1% del total de las contrataciones de un año para todas las discapacidades. Oficialmente no tenemos cifras del total de contratos para cada una de las discapacidades. En este sentido, también cabría contemplar introducir datos más

específicos de empleo y desempleo para cada una de las discapacidades, tanto en las Encuestas de Discapacidad como en las estadísticas de los Servicios de Empleo.

Barreras y facilitadores para el empleo

Mucho se habla, y se habla bien, de las barreras arquitectónicas como obstáculo a la integración social, pero ¿no creen ustedes que habría que hablar más, si cabe, de las barreras que forma en la arquitectura de nuestro pensamiento y emociones el prejuicio, las estigmatizaciones y las creencias erróneas sobre los demás? Esto ocurre diariamente con las personas que sufren un trastorno mental crónico, y más aún si hablamos de la empleabilidad de las mismas que, en nuestra opinión, es la base de la integración social (Rodríguez Pulido et al., 2001). En la literatura científica (Bond et al., 2000) se han descrito los posibles factores que pueden señalarse como barreras para el empleo de las personas con un trastorno mental crónico. Estos factores serían: los síntomas generados por la enfermedad, temor a fallar, rechazo social, ausencia de regulación normativa, bajas expectativas que albergan el colectivo sanitario, la fragmentación de los servicios, uso de modelos ineficaces de integración, y el temor a perder la percepción de los subsidios. Profundizando en estos factores, Grove en el 2000, en la UIMP nos comunicó, que los factores demográficos, los factores clínicos y las habilidades sociales ejercían una escasa o nula influencia en la empleabilidad, al contrario, que la historia laboral previa o los factores interpersonales. Los factores interpersonales más relevantes estaban en relación con la motivación (actitudes positivas, llegar a tiempo, tolerar la crítica, la iniciativa/concentración), con un fuerte sentimiento sobre la importancia del trabajo, expectativas positivas de conseguir un empleo, el sueldo, y la autoeficacia. De esto podríamos deducir que no deberíamos fijarnos tanto en las características de la persona, sino en la forma en que intentamos apoyarla para conseguir y mantener un empleo.

Estrategias para la integración laboral

En los EEUU, en las últimas décadas, se han puesto en marcha numerosas estrategias de empleabilidad. Entre ellas, el apoyo individualizado al empleo, los programas de las casas club, el enfoque diversificado al empleo, los programas fairweather Lodge, los programas de empleo “prosumer” y los negocios dirigidos por usuarios. Esta diversificación de estrategias requiere que las mismas sean evaluadas en cuanto a su efectividad. La estrategia de apoyo individualizado al empleo es la que hasta el momento ha demostrado mejores resultados, con una mayor evidencia científica y más investigaciones, en torno a la empleabilidad frente a la estrategias de los talleres ocupacionales, las casas-club y los programas de fairweather, cuyos resultados son modestos.

Esta manera de aproximación al empleo a través de los equipos de apoyo individualizado al empleo significa de hecho una estrategia que rompe con la estrategia más clásica del paso a paso o estrategia de la rehabilitación vocacional o laboral. Uno de los problemas en EEUU de las estrategias de empleabilidad, es la no disponibilidad y limitaciones en el acceso a estos programas y que presentan una deficiencia recurrente, a saber, establecerse sin apoyo por el programa de rehabilitación. El apoyo individualizado al empleo (IPS), dirigido a las personas que presentan una alta motivación para el empleo, se basa en seis principios:

1. El empleo competitivo es la meta.
2. La búsqueda rápida del empleo.
3. La integración de la rehabilitación y la salud mental.
4. Atención a las preferencias de los usuarios.
5. Evaluación continua y comprensiva.
6. Apoyo por tiempo ilimitado.

Una de las estrategias, no la única, para que sea real la integración laboral en la rígida legislación actual, es a través de la figura de los Centros Especiales de Empleo (CEE). Los Centros Especiales de Empleo, cuya legislación necesita ser revisada, como así ha sido propuesto reiteradamente desde el CERMI. Los CEE son empresas sociales. Esto es, son empresas que reúnen dos características esenciales: una como empresa, por lo que debe ofrecer un producto que sea de alta calidad y competitivo en el mercado productivo, y otra, como social, cuyos beneficios van destinados exclusivamente a aumentar sus recursos humanos y tecnológicos. En Andalucía tenemos experiencia de más de 10 años en este campo, y en Alemania las empresas sociales tienen un enorme impacto. Con motivo de mejorar las líneas de políticas activas de promoción al empleo de discapacitados en los CEE, en base a la experiencia acumulada por estos centros, las ONG deben hacer llegar, participando en los debates actuales de carácter institucional, a los directores de los servicios de empleos, sus propias propuestas, para que sean analizadas conjuntamente y mejorada la legislación para los próximos años. Probablemente la supervivencia de algunos CEE vaya en ello, así como incentivar y animar para nuevas iniciativas de CEE que están sobre la mesa en muchos lugares del país. Y desde una perspectiva global habría que establecer estrategias de cómo vincular los CEE con el mercado ordinario del empleo para que realmente los CEE sean lugares de transición, aunque sabemos, que algunos expertos consideran a los propios CEE como parte del mercado ordinario cuando ofrecen un producto competitivo y sus empleados reciben su salario en base los convenios colectivos del sector productivo al cual dedican su actividad económica. La evidencia científica de las empresa sociales en torno a la empleabilidad, es una evidencia limitada, basada en números pequeños y un rango restringido de medidas, además su comparación transcultural es compleja, debido a las grandes diferencias internacionales entre las distintas empresas.

Conclusiones

1. Organismos y declaraciones hay más que suficientes los cuales proporcionan un clima político y legislativo global favorables a la sociedad de la igualdad de oportunidades. Son los organismos políticos quienes en esta ocasión aspiran a cumplir los deseos expresados en sus declaraciones o acuerdos institucionales.
2. Se requieren con determinación acciones en el ámbito local de carácter permanente, pensando desde lo global para unos ciudadanos como todos. No se trata de visitar a los políticos para que apoyándonos con sus bondades nos beneficien con algunas ayudas. Para esta década se trata de decirles a los políticos que ellos se han comprometido a construir la sociedad de la igualdad de oportunidades y del pleno empleo, y que nosotros podemos ayudarles en este empeño. Que también este objetivo es nuestro interés. Los referentes no son locales sino globales.
3. Nuevos paradigmas en las estrategias del pensamiento y las acciones en el mundo de la discapacidad: un modelo universalista, el reconocimiento de ciudadanos, la integración social real y efectiva, la responsabilidad política de todo el gobierno, y la integración laboral como diana de la sociedad de la igualdad de oportunidades.
4. No se trata de una parcela de los gobiernos que asuman las necesidades de las personas con trastorno mental grave, sino que esta cuestión pasa a ser un asunto de todo el Gobierno en su conjunto, pues las acciones que hay que acometer no sólo hay que dirigirlas a las personas sino también a sus entornos (físicos, culturales, legislativos...) con políticas transversales.
5. En las estrategias de empleo, no deberíamos fijarnos tanto en las características de la persona como en la forma en que intentamos apoyarla para conseguir y mantener un empleo. La historia laboral previa y los factores interpersonales son los

factores que mas influencia ejercen sobre la empleabilidad. Los factores interpersonales más relevantes están en relación con la motivación (actitudes positivas, llegar a tiempo, tolerar la crítica, la iniciativa/concentración), con un fuerte sentimiento sobre la importancia del trabajo, expectativas positivas de conseguir un empleo, el sueldo, y la autoeficacia.

6. De esto podríamos deducir que no deberíamos fijarnos tanto en las características de la persona, sino en la forma en que intentamos apoyarla para conseguir y mantener un empleo. Para ello se debería contar con diferentes estrategias apoyo, que pueden ir desde los equipos de apoyo individualizado al empleo a los Centros especiales de Empleo, siempre realizando la evaluación de su eficacia para obtener un empleo.
7. Se requiere mejorar sensiblemente los registros de información de empleo y desempleo para las diferentes discapacidades con datos más específicos tanto en las Encuestas de Discapacidad y en las estadísticas de los Servicios de Empleo, así como evaluar la eficacia y la eficiencia de las diferentes estrategias de empleabilidad.

Bibliografía

- World Health Organization The world Health Report 1999. Making a Difference. Geneva.Switzerland.World Health Organization, 1999.
- Murray CIL. López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020.Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349;1498-1504.
- Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Organización Mundial de la Salud. Ministerio de trabajo y Asuntos sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).2001

- Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Hernández, S. Salamanca Hernández M. El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con un trastorno mental de larga duración. En Rodríguez Hernández, S. Rodríguez Pulido, Fernández Marrero, I. La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales. Gran Canaria. Ayuntamiento Santa Lucía. Proyecto Islam. 2001.311-343 pp.
- Bond, GR. Los programas de empleo con apoyo. Seminario de Integración laboral de personas con trastorno mental severo. UIMP/FAISEM. Junta de Andalucía. Sevilla, 23 al 27 de Octubre 2000.
- Grove, B. La integración laboral de las personas con trastorno mental severo en el Reino Unido. Seminario de Integración laboral de personas con trastorno mental severo. UIMP/FAISEM. Junta de Andalucía. Sevilla, 23 al 27 de Octubre 2000.



Conclusiones de las Jornadas

Conclusiones de las Jornadas

1. La rehabilitación para las personas con discapacidad por trastorno mental crónico debe ser una prestación sanitaria de carácter universal, gratuita, basada su práctica en la evidencia demostrada y a priori a todas las personas, independientemente de la severidad de su diagnóstico, ya que la dimensión discapacidad es dinámica y multifactorial. El curso de la enfermedad no podrá ser criterio para la selección de los beneficiarios de esta prestación.
2. Reclamamos que se doten adecuadamente del personal necesario a los recursos sanitarios dedicados a la atención de la Salud Mental, pues muchos de estos recursos aún carecen de personal básico.
3. Es prioritaria la provisión de servicios suficientes en atención domiciliaria, tanto en su vertiente sanitaria como en la de servicios sociales especializados; en programas y servicios de formación y empleo, y en estructuras residenciales comunitarias.
4. Se constata en los recursos alternativos en la Comunidad una variabilidad en la dotación de recursos entre CCAA y, probablemente, dentro de una misma comunidad, en rangos demasiado amplios, tanto en recursos humanos como materiales. Los datos disponibles para la realización de esta evaluación son incompletos, poco sólidos y no actualizados. Falta una clara definición, coordinación y consenso sobre los dispositivos de rehabilitación y soporte comunitario necesarios. La reforma psiquiátrica en España no ha cumplido sus objetivos en lo relativo a la rehabilitación psicosocial y los aspectos

sociosanitarios. Se ha producido un trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores: sector privado, servicios sociales y familia. Las consecuencias de ello es que se ha aumentado la carga de los familiares sin una dotación adecuada de sistemas de apoyo.

5. Los planes de Salud Mental de las diferentes CCAA que se han estudiado en relación con los objetivos de la Ley de Salud Mental, tiene una clara diferencia en los sistemas y dispositivos necesarios para una plena asistencia a las personas que padecen una enfermedad mental.

Su incumplimiento se puede calcular en un 65% en su conjunto; ciertos dispositivos están en funcionamiento y otros no existen, por lo cual, ese trabajo recae en las familias.

Las partidas presupuestarias no son ejecutadas en tiempo y forma.

No se clarifica el espacio sociosanitario en relación con la problemática específica de los pacientes y la incorporación en los servicios comunitarios normalizados.

Se solicita el cumplimiento de la Ley General de Sanidad y todos los Planes de Salud Mental de todas las CCAA, para que toda persona que padece una enfermedad mental reciba una asistencia integral y suficiente que garantice una buena calidad de vida para el paciente y su familia.

6. Expresamos nuestro apoyo a las conclusiones de las III Jornadas de los responsables de Salud Mental de las CCAA, celebradas en Barcelona en Abril de 2003.
7. Necesidad de desarrollar los principios de la reforma psiquiátrica contemplados en la Ley 14/86 de 25 de Abril; poner en marcha un Plan de Acción integrada desde las asociaciones agrupadas en FEAFES, para acabar con el diferente grado de

desarrollo de la atención a la salud mental en cada Comunidad Autónoma.

El Plan de Acción integrada para desarrollar una atención global a la salud mental que se centraría en los siguientes ejes:

- Definir el modelo de atención a la salud mental desde criterios homogéneos que clarifique y defina una cartera de servicios comunes que garantice prestaciones sanitarias y sociales, las cuales serán universales, gratuitas y básicas para garantizar la equidad, disponibilidad y accesibilidad de todas las personas afectadas por una enfermedad mental.
- Adecuación de los objetivos asistenciales y de la atención global a la salud mental, a las necesidades reales y a la evaluación y prevalencia de la enfermedad mental en las CCAA.
- Planificación económica plurianual sostenida para desarrollar la puesta en marcha de recursos y dispositivos para la atención a la salud mental.
- Fomentar tanto la implantación como la evaluación de nuevos programas y servicios de eficacia demostrada; y favorecer el intercambio de los resultados y conclusiones entre los distintos países y actores intervinientes.
- Involucrar a los pacientes y a sus familiares en la toma de decisiones; que no sólo debe hacerse en el ámbito del trabajo clínico y rehabilitador, sino también en el ámbito de la planificación. Esta participación conjunta, entre usuarios, familiares, técnicos y planificadores de la salud mental, mejorará el funcionamiento social de las personas y disminuirá la carga que soportan las familias.
- Así mismo, hacemos un llamamiento al apoyo de la puesta en marcha y mantenimiento de los centros de excelencia de formación de familiares, en el ámbito de la salud mental, en todos los niveles de la organización territorial del Estado.

8. Las personas con trastorno mental crónico no son globalmente discapacitados. Presentan tanto capacidades como limitaciones para la vida. Las personas con trastorno mental crónico, pueden presentar situaciones de Dependencia, y estas situaciones sólo pueden ser valoradas si además tenemos en cuenta su relación con el entorno; por tanto, no depende únicamente de los déficit o limitaciones en la actividad o en la participación.
9. Las intervenciones en la situación de dependencia deben garantizar los principios de autonomía y libre elección de las personas, eliminando todos los elementos de discriminación y estigmatización. La situación de Dependencia es independiente de la edad, es modificable, es multifactorial, es variable y es dinámica.
10. Solicitar a los medios de comunicación social que la información relativa a la persona con enfermedad mental sea desprovista de toda naturaleza trágica, sensacionalista y estigmatizadora o discriminatoria, evitando todo sesgo informativo. Reclamamos la elaboración de un código de información y lenguaje para todas las informaciones relativas al campo de la Salud Mental; aspecto éste en el que ya se está trabajando desde la Confederación (FEAFES). Se promoverá la elaboración de talleres de formación entre periodistas, técnicos y familiares para facilitar el intercambio de información y experiencias sobre los problemas en cada ámbito de actuación.
11. Se hace preciso consensuar entre las partes afectadas unos mínimos terapéuticos para las intervenciones psicosociales, que pueden definirse como “buenas prácticas” con detalle de su tipología, los recursos necesarios, su naturaleza sanitaria o sociosanitaria, la dotación precisa y los plazos de implantación.

12. Dada la escasez y desigual distribución, es preciso otorgar absoluta prioridad a la implantación de recursos intermedios en número suficiente para que constituyan una alternativa auténtica y no nuevamente teórica del internamiento. Una red adecuada de recursos sociales y sociosanitarios que se ajuste a las necesidades de las personas con trastorno mental crónico para facilitar su integración social y laboral, y evitar sus riesgos de exclusión social.
13. Reclamamos apoyo para el Plan de Empleo y la regulación necesaria para los CEE; los enclaves y el empleo con apoyo.
14. Se reclama a todos los Gobiernos de las CCAA que sigan el ejemplo de la CCAA del Principado de Asturias sobre aumento al 5% de la cuota de reserva de empleo para personas con discapacidad.

El siglo XXI debe ser
el siglo de la igualdad de oportunidades para todos.
Juntos lo conseguiremos.

