



**APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE
LA INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y VEJEZ EN LA
CAPV DESDE LA PERSPECTIVA DEL ARARTEKO:
RETOS Y OPORTUNIDADES**

Estudio del Ararteko

Noviembre de 2012



“Los Estados partes proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores”.

Artículo 25 b) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas



ÍNDICE

0.	Previo.....	4
1.	Actuaciones del Ararteko	7
2.	Normativa autonómica de aplicación en la materia	22
3.	Convenios de colaboración entre administraciones concernidas y protocolos de actuación reseñables. Buenas prácticas de coordinación sociosanitaria en la materia.....	24
4.	Alusiones a colectivos especiales de jóvenes y mayores en la estrategia de salud mental autonómica y la estrategia sociosanitaria	29
5.	Aproximación a un diagnóstico de situación de la atención sanitaria.....	37
6.	Algunas cuestiones sobre la atención a la salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas mayores en los sistemas social, sociosanitario, educativo, sistema de protección y sistema de justicia juvenil	43
7.	Aspectos relativos a la formación de los y las profesionales que trabajan con colectivos especiales de jóvenes y mayores con enfermedad mental	47
8.	El nuevo modelo de atención temprana para la CAPV.....	49
9.	Especial mención a la atención residencial y diurna de personas mayores con problemas de salud mental	51
10.	Especial mención a los trastornos de conducta, trastornos de la personalidad, y trastornos de déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes	55
11.	Nota final: el necesario apoyo institucional al tercer sector	59
12.	Conclusiones y recomendaciones del Ararteko. Sinopsis.....	60

0. Previo

0.1. Partiendo de la heterogeneidad que presenta el conjunto de las personas mayores con problemas de salud mental y de la dificultad para abordar la variada casuística que observamos (neurosis, psicosis afectiva, psicosis orgánica, otras psicosis, alcoholismo, trastornos de la personalidad, demencia en la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, etc.), lo cierto es que una serie de circunstancias confluyen en la edad avanzada y exigen que la atención y promoción de la salud mental en esta fase vital sea especial:

- Combinación de necesidades psicológicas, físicas y sociales.
- Múltiples pérdidas que acaecen en esta fase vital (muerte de familiares y amistades, salud en declive, pérdida de status).
- Especial incidencia de los trastornos afectivos y de ansiedad, demencias y psicosis de la vejez.
- Coexistencia con dolencias físicas y problemas sociales.
- Debilitamiento del tejido familiar y social de apoyo.
- Pluridiagnóstico psiquiátrico.
- Extraordinaria incidencia de las pruebas diagnósticas en su sentimiento de seguridad.
- Necesidad de una especial formación en los y las agentes actuantes para contrarrestar el pesimismo terapéutico tanto de profesionales como de pacientes.
- Alto grado de recaídas en la edad avanzada.
- A menudo, necesidad de más tiempo que sus homólogos/as más jóvenes para responder al tratamiento.
- Especial vulnerabilidad a los efectos colaterales de los psicofármacos.
- Necesidad de realizar adaptaciones para tener en cuenta cualquier déficit sensorial o cognitivo en las técnicas psicoterapéuticas.
- Afectación de la dignidad y autoestima mediante la adopción de determinadas prácticas de sujeción restrictiva (física o farmacológica).
- Necesidad de un trabajo conjunto con la persona cuidadora, si la persona mayor se encuentra en situación de dependencia.

En nuestra opinión, la respuesta que nuestras administraciones públicas dispensen a la persona mayor con problemas de salud mental habrá de centrarse en la persona y alcanzar la suficiente coordinación entre sus elementos para asegurar una atención continuada. Para ello, una serie de recursos deberán estar disponibles y accesibles: centro de salud mental, unidad de ingreso de agudos, estructuras de rehabilitación (de alta intensidad –hospitales de día y unidades de rehabilitación psiquiátrica– y de baja intensidad –centros de día–) y de promoción de la autonomía personal, servicios de "respiro", pisos protegidos o minirresidencias y variedad de atención residencial para aquellas personas que no puedan vivir en sus propios hogares.

Ello exige la adecuada coordinación entre los sistemas social y sanitario, y la existencia de un marco social, político, legal y económico adecuado.



- 0.2. Por lo que se refiere a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, parece existir un consenso en los diferentes ámbitos de actuación (sanitario, servicios sociales, educación, justicia, etc.) sobre las características especiales del colectivo y la necesidad de que la intervención sea específica.

En este caso también, la heterogeneidad es notable (psicosis de la infancia y la adolescencia, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, trastornos afectivos, trastornos del desarrollo psicológico, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, etc.) y resulta un común denominador las serias dificultades de integración escolar, familiar y social que sus protagonistas padecen.

- 0.3. Aunque a menudo nos resulta complicado, no debiéramos olvidar que el trastorno mental también es una expresión de la diversidad. La integración social de las personas con problemas de salud mental solo se conseguirá con el respeto por la diferencia y su aceptación como parte de la diversidad y la condición humanas.

El cambio de valores operado en el mundo de la discapacidad, que podría resumirse como la percepción de que la discapacidad no es una anomalía sino una forma de expresión de la diversidad, no ha tenido lugar en el ámbito de la enfermedad mental. Ello dificulta la consecución de los logros obtenidos por las personas con discapacidad física u orgánica, por ejemplo. En este caso, ha resultado clave centrar la atención en los obstáculos (barreras arquitectónicas, por ejemplo) que deben ser superados y no en los déficits. Los prejuicios que aún persisten en la sociedad respecto a la capacidad y comportamiento de las personas con enfermedad mental, motivados por un profundo desconocimiento social sobre salud mental, son el principal obstáculo para su participación e inclusión plenas y efectivas y deslegitiman su voz como discurso válido.

Los problemas de salud mental representan 5 de las 10 principales causas de discapacidad mundial, correspondiéndole el 12% de la carga global de morbilidad total.

Por todo lo indicado, nos parece necesario que en este análisis tengamos presente el contenido de:

- La [Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas](#), de 13 de diciembre de 2006, ratificada por el Estado español el 3 de mayo de 2008). La Convención asume el modelo social de la discapacidad al reconocer que esta *“resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás”*. Así



pues, supone un cambio significativo al superar el modelo rehabilitador e inspirarse en las premisas del modelo social.

- El Plan de Acción para promover los derechos y la plena participación en la sociedad de las personas con discapacidad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.
- La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que recoge varias modificaciones en la normativa de ámbito sanitario:
 - Artículo 6. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 - Artículo 7. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - Artículo 9. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.



1. Actuaciones del Ararteko

La institución del Ararteko dedica una atención especial al colectivo de personas con problemas de salud mental y al de personas mayores, por razón de su vulnerabilidad, así como por las características y necesidades específicas que presentan. Igualmente, el colectivo de niños, niñas y adolescentes recibe una especial atención mediante el trabajo desarrollado por la Oficina de la Infancia y Adolescencia. La labor en estas áreas se desarrolla mediante la tramitación de quejas particulares, expedientes de oficio, y con ocasión de la elaboración de informes extraordinarios.

1.1. La realidad de las personas con problemas de salud mental, en general, ha sido objeto de análisis por esta institución con motivo de la elaboración de los siguientes informes extraordinarios:

1.1.1. *Hospitales psiquiátricos* (1992)

1.1.2. [Atención comunitaria de la enfermedad mental](#) (2000)

Destacaremos, a continuación, algunas de las conclusiones referidas a los colectivos mencionados que se desprendían de aquel informe:

- Con frecuencia no existe una correlación suficiente o una adecuación entre las necesidades de estas personas, sus derechos y los recursos necesarios para garantizar, en la práctica, tales derechos.
- Llama la atención la insuficiencia (en el caso de estructuras intermedias, la inexistencia) de los recursos destinados a la atención psiquiátrica de la infancia y adolescencia; la necesidad de programas de atención temprana, centros de día, programas ocupacionales, etc. para las personas afectadas por autismo; la respuesta insuficiente a “nuevas” y crecientes necesidades, como las derivadas de los trastornos de la alimentación (anorexias y bulimias).
- Necesidad de completar la entonces existente contratación de profesionales psiquiatras y psicólogos de niños y adolescentes para conseguir las ratios recomendadas por la OMS (1 psiquiatra infanto-juvenil y un psicólogo infanto-juvenil por cada 12.500 menores). Se calculaba que en 2.000 la contratación no alcanzaba a la mitad de la recomendada.
- El análisis de la situación en que se hallaban los menores, la evaluación de los recursos, la necesidad de planificación y respuestas conjuntas para la atención a la infancia y adolescencia requería potenciar comisiones socio-educativo-sanitarias, incorporando el sector de la educación a las incipientes experiencias de comisiones técnicas sociosanitarias.



- Se señalaba también que personas muy jóvenes (niños y niñas), así como las mayores tenían un gran problema de accesibilidad a centros específicos de atención a la salud mental (por lejanía, por no atención domiciliaria o por inexistencia de ciertos recursos necesarios).

Entre las recomendaciones emitidas en aquel informe, algunas afectaban directamente a la realidad de las personas mayores, la infancia y la adolescencia:

- Clarificar la responsabilidad de las diferentes instituciones y desarrollar el espacio sociosanitario.
- Incrementar los servicios destinados específicamente a la población de menores (atención psiquiátrica, recursos intermedios, atención temprana, especial atención a las personas afectadas por autismo y por trastornos de la conducta alimentaria).
- Aumentar los recursos residenciales para las personas mayores. Se aludía a la necesidad urgente de concentrar esfuerzos y potenciar iniciativas públicas y privadas para la creación de residencias protegidas y hogares con distintos grados de supervisión, según las necesidades.

1.2. En 2001 tuvo lugar la publicación del informe extraordinario [La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV.](#)

Quedaba patente la necesidad de impulsar procesos que permitieran y facilitaran diagnósticos a edad temprana y que conllevaran el sistema de apoyos correspondientes:

- Realizar un diagnóstico correcto y a tiempo de la necesidad educativa especial, para lo que resulta imprescindible la colaboración entre profesionales de diferentes ámbitos (educación, sanidad y bienestar social).
- Reconocimiento de los diagnósticos realizados por entidades privadas de solvencia profesional reconocida, cuando estos no se realizan en el sistema educativo sanitario público, (es el caso de alumnado con sobredotación y, en ocasiones, alumnado con enfermedad mental).

El informe contaba con una serie de historias de vida. En el caso concreto analizado de la joven con enfermedad mental, se observaba que la existencia de diagnóstico había sido bastante posterior a la manifestación externa de la necesidad durante la escolarización.

Se subrayaba la necesidad de implantar unidades educativo-terapéuticas.

1.3. En 2004 elaboramos el informe extraordinario [Atención a las personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales.](#)



Constatábamos, en aquel momento, que algo más de la tercera parte de las residencias, el 37,1%, acotaban espacios claramente diferenciados dentro del edificio para la atención específica a personas con problemas de deterioro cognitivo –módulos psicogerítricos– o afectadas por discapacidades muy graves de origen físico –módulos asistidos–, pero se observaba, particularmente en relación con la apertura de los primeros, cierta inseguridad entre los responsables y los profesionales acerca de la conveniencia o no de recurrir a esa forma de organización.

También se aludía en el informe a la incidencia y trascendencia progresivas de las enfermedades mentales en el funcionamiento de los centros, suscitándose las siguientes cuestiones con relación a este tema:

- Carencia de pautas de actuación claras ante el comportamiento perturbador del ambiente social de algunas personas con enfermedad mental.
- Escaso apoyo de los servicios psiquiátricos de la red sanitaria pública y falta de programas de actividades para estas personas, cuestiones que remitían al ámbito sociosanitario.
- Falta de criterios en torno a la necesidad o no de destinar un área de la residencia para la creación de un módulo psicogerítrico, opción implantada, en aquel momento, como decíamos, en la tercera parte de las residencias.
- Inadecuación de las condiciones de concertación para mantener los niveles de calidad de atención, ante la progresiva intensificación de las necesidades, en los centros privados financiados, en mayor o menor medida, por las administraciones públicas.

Se hacía referencia también a la necesidad de impulsar el acceso de estas personas a programas de rehabilitación y se ofrecían datos sobre la proporción de residentes con problemas cognitivos atendidos en módulos psicogerítricos.

En 2004, en torno al 42% de los centros de día contaban con unidades especiales para la discapacidad grave o la psicogeriatría.

En las unidades psicogerítricas se observaban rutinas horarias para acostarse excesivamente estrictas (empezar a acostar a las y los residentes sobre las 19:30 de la tarde, incluso en verano) lo que no contribuía a que estas personas logaran mantener unas pautas de vida normalizadas.

- 1.4. En 2008 esta institución publicó un [informe extraordinario sobre la atención sociosanitaria](#) en donde se recogían una serie de recomendaciones relacionadas con el modelo de atención sociosanitaria, la red de recursos y la instrumentación de la atención sociosanitaria en la CAPV. Se recomendaba expresamente *"la concentración de esfuerzos en los colectivos que presentan necesidades complejas de larga duración"* (recomendación novena); entre



estos colectivos se encuentra, sin duda, el de las personas con problemas de salud mental.

Por lo que se refiere a las personas mayores, se indicaba que cuando estas presentan un episodio agudo, es frecuente que este, al margen de requerir un periodo más largo de recuperación que el que precisan personas más jóvenes, se presente en el contexto de otra enfermedad, de carácter crónico o de larga duración –especial prevalencia en la edad avanzada de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias– que requiere un tratamiento largo, complejo e integral y, por lo tanto, precisa la coordinación de una serie de competencias y conocimientos aportados por diferentes especialidades médicas, pero también por otras disciplinas profesionales, como, en particular, el trabajo social.

Entre los recursos y programas que se considera precisan de un mayor grado de desarrollo se recomendaba que debería reforzarse la intervención en medio abierto, que ahora se realiza con educadores de calle desde el ámbito de lo social, con profesionales del ámbito de la psiquiatría, capaces de atender a las personas con enfermedad mental en situación de exclusión social extrema que no acuden a los centros de salud mental (personas sin hogar, toxicómanos refractarios al tratamiento, etc.).

1.5. En 2009 tuvo lugar la publicación del informe extraordinario [La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi.](#)

Consideramos que es preciso superar la concepción de esta condición humana como trastorno mental. Sin embargo, es indudable la repercusión que la experiencia de vivir en un cuerpo cuyo sexo no se reconoce como propio puede tener en la salud mental de cualquier persona, especialmente si tal experiencia lleva pareja vivencias de exclusión, rechazo e incomprensión. Estas circunstancias tienen una especial incidencia en la infancia, la adolescencia y la vejez, fases en las que se registran preocupantes cuadros depresivos y de ansiedad, que en ocasiones han llevado al suicidio.

En este informe, nos acercábamos a las vivencias de estas personas y conocemos el tremendo sufrimiento que una inadecuada gestión de la problemática desde los ámbitos sanitario, social, jurídico, educativo, psicológico y familiar, puede conllevar.

Destacamos las recomendaciones quinta, sexta y séptima por referirse a la prevención de la exclusión de estas personas en el ámbito educativo; la décima, sobre formación de las y los profesionales y la undécima sobre la adaptación de equipamientos existentes en instalaciones de carácter público (también en residencias).

1.6. En 2010 publicamos el informe extraordinario sobre [El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia.](#)



El informe aborda una cuestión que suele ser frecuente objeto de debate y de preocupación social: la relación, muchas veces problemática, entre las drogas y los y las adolescentes.

La incidencia de los consumos en la salud mental de las y los adolescentes (con o sin trastorno mental previo) nos lleva a detenernos algo más en este informe que destaca con claridad, al menos, dos grandes áreas necesitadas de mejora con urgencia:

- 1) La coordinación entre todas las instancias que trabajan en este campo.
- 2) Un mayor desarrollo de la prevención selectiva, dirigida específicamente a determinados sectores de la población adolescente en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad.

En este informe se emiten 21 recomendaciones. Seis de ellas hacen alusión a **las actuaciones de prevención selectiva**: desarrollar programas de prevención selectiva dirigidos a superar en la población vulnerable la concurrencia de déficits de carácter psicosocial y socioeducativo; desarrollar los programas dirigidos específicamente a la población adolescente con consumos problemáticos y problemas con la justicia; desarrollar los programas dirigidos a la población menor de edad con problemas de salud mental; desarrollar los programas dirigidos a sectores especialmente vulnerables, como los menores extranjeros no acompañados; desarrollar programas integrales en zonas en las que se da una alta concentración de problemas y dificultades socio-económicas y culturales, que dificultan la incorporación de los/las menores a una vida social plena de derechos, y apoyar los recursos de atención específicos de prevención indicada dirigidos a menores adolescentes y jóvenes, con consumos problemáticos y/o con problemas de comportamiento, para los cuales los programas de prevención selectiva no resulten satisfactorios; así como crear nuevos recursos de este tipo en el caso de que los existentes se muestren insuficientes (recomendaciones 6 a 11).

El resto de las recomendaciones se dirigen al ámbito escolar, al familiar y al relacionado con el tiempo libre. También se incluyen dos recomendaciones sobre la percepción social y la participación de la adolescencia.

- 1.7. En 2011 esta institución publicó un informe extraordinario sobre [Infancias vulnerables](#) en el que se dedica un apartado especial a la salud mental infanto-juvenil (apartado 3.9, páginas 302 a 320 del informe).

Este informe supone la revisión de las situaciones con relación a niños, niñas y adolescentes especialmente vulnerables (menores en desprotección o desamparo, adolescentes infractores/as, alumnado con necesidades educativas especiales, etc.) analizadas por el Ararteko en informes ordinarios y extraordinarios precedentes; situaciones en las que la atención a la salud mental tiene un especial protagonismo.



El informe actualiza, a fecha de 2009, los diagnósticos; revisa los posibles avances con relación a las recomendaciones emitidas en su día en cada uno de los informes y plantea nuevas propuestas de avance en cada uno de los ámbitos analizados. La elaboración de dicho informe ha permitido dar un nuevo paso en la actualización de la información referente al ámbito de la salud mental infanto-juvenil.

1.8. También en 2011 fue publicado el informe extraordinario [La aplicación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en la CAPV.](#)

Hemos constatado que el colectivo de personas con problemas de salud mental es uno de los menos favorecidos por la nueva normativa y su desarrollo. Hemos detectado también serias lagunas en su atención, fundamentalmente por lo que se refiere a su integración social. Ello ha motivado que varias recomendaciones emitidas en el informe aludan a este grupo de personas con enfermedad mental:

- Recomendación 4.4 sobre la necesidad de la atención integral a estas personas y la indispensable coordinación de los sistemas social y sanitario para alcanzar tal fin.
- Recomendación 6.1 (impulso y mantenimiento de servicios de habilitación psicosocial).
- Recomendación 6.4 (creación, mantenimiento y ampliación de recursos con especial mención a la insuficiencia de unidades específicas para personas mayores con enfermedad mental).
- Recomendación 9.1 (asunción de un papel proactivo en la mejora del SAAD, entre otras, en la consecución de un baremo que permita valorar adecuadamente todas las situaciones de dependencia, con especial mención de las motivadas por la discapacidad intelectual, la discapacidad sensorial, la enfermedad mental y los problemas cognitivo-conductuales, incorporando nuevas dimensiones relacionadas con la autonomía personal, la participación y la comunicación).
- Recomendación 11.1 (aplicación del baremo de valoración de la dependencia (BVD) mediante un análisis contextualizado que tenga en cuenta, en mayor medida, la necesidad de otro tipo de apoyos a la autonomía personal como los relacionados con la capacidad mental, el grado de iniciativa en la realización de las tareas y las dificultades cognitivas, de tipo conductual, de autodeterminación personal o de comprensión del entorno social).
- Recomendación 11.2. Continuar con la labor de formación dirigida a garantizar la cualificación de las y los profesionales que conforman los equipos de valoración, así como de quienes realizan las entrevistas en el domicilio de la persona solicitante, mediante la organización de cursos sobre dependencia y discapacidad, contactos formales de los equipos de valoración con las entidades sociales representantes de los distintos colectivos de personas con discapacidad o en situación de dependencia (personas mayores, personas con discapacidad física, intelectual o sensorial, personas con enfermedad mental, etc.).



- Recomendación 11.22 sobre la atención temprana que abordaremos en el apartado 8.

1.9. En la actualidad la institución está trabajando en un informe extraordinario que analizará la situación de las **personas presas con problemas de salud mental**.

Podemos avanzar algunas reflexiones sobre esta cuestión, en tanto que afectan a la población joven que se encuentra presa.

El hecho de que aún esté pendiente la deseable transferencia competencial no debe hacernos olvidar que **las competencias de sanidad penitenciaria ya transferidas permitirían a los poderes públicos vascos**, actuando coordinadamente, apostar decididamente por un **modelo de atención comunitaria a la salud mental que tenga en cuenta** un factor fundamental: la **prisión** como contexto, como escenario conductual, solo **agrava el deterioro** de estas personas. Los síntomas se multiplican, abonando el terreno para la comorbilidad, para la aparición de nuevos síntomas y descompensaciones producto de la prisionización. Las unidades especializadas, por tanto, deben tener cabida en recursos comunitarios específicos, más que en el propio ámbito penitenciario. No obstante, aquellas personas con problemáticas menos graves, con independencia de que en momentos puntuales (brotes psicóticos, ausencias prolongadas, etc.) deban ser excarceladas para su tratamiento, mientras permanezcan en prisión deberían contar con espacios diferenciados a los del resto de las personas presas, en los que el tratamiento médico-psiquiátrico centrara la prioridad de su cumplimiento penitenciario en combinación con aquellos otros factores que las y los expertos en salud mental consideraran prioritario para cada caso (farmacoterapia, psicoterapia, terapias laborales y/o artísticas, etc.).

Por lo tanto, **deberían considerarse tres espacios diferenciados**:

- Un espacio penitenciario estándar en el que no debería haber ninguna persona con enfermedades mentales.
- Un espacio penitenciario en el que se priorice el tratamiento sanitario de aquellas personas con problemáticas psicosanitarias leves (personas diagnosticadas y controladas con las terapias prescritas que puedan aplicarse en prisión sin que esto suponga un agravamiento de su estado).
- Un tercer espacio, fuera de prisión, para aquellas personas con afecciones más graves o que se puedan agravar con la estancia en prisión, bien porque esta dificulte el tratamiento o porque el tratamiento y/o la enfermedad sean incompatibles con una privación de libertad.

En tanto no se materialicen tales propuestas, la atención que recibe de los poderes públicos una persona con problemas de salud mental dentro de la prisión debe ser equiparable a la que recibiría en libertad. No podrá hablarse de tal igualdad, por tanto, sin una **coordinación efectiva**, que en este momento **no existe**, entre las **autoridades penitenciarias, las judiciales y las**



forales y autonómicas encargadas de los servicios sanitarios y sociales. Con ello se trataría de responder a tres objetivos:

- **Paliar el deterioro** de la enfermedad durante el cumplimiento.
- Permitir que la persona presa con TMG pueda acceder en condiciones de igualdad a la **progresión de grado** con el fin de alcanzar mayores cotas de autonomía, para lo cual, en su caso, se hace preciso contar con recursos de atención y apoyo específico, en la actualidad, del todo insuficientes.
- **Prevenir la exclusión social tras la salida de la prisión**, teniendo en cuenta la importancia que reviste la continuidad del tratamiento médico para su futura reinserción social.

Por otro lado, consideramos conveniente seguir impulsando medidas de coordinación entre la Dirección de Ejecución Penal y el área de salud mental de Osakidetza para el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en centros hospitalarios de la CAPV.

1.10. La institución del Ararteko, para realizar el seguimiento sobre el cumplimiento de sus recomendaciones, se sirve fundamentalmente de la información recabada a partir de quejas, reuniones con asociaciones o colectivos organizados, visitas a servicios, entrevistas con profesionales del sector y petición de datos a las administraciones responsables. Estos seguimientos se hacen constar en los sucesivos informes anuales, en su capítulo correspondiente relativo a colectivos de atención pública (personas mayores, menores y personas con enfermedades crónicas).

En los informes ordinarios de 2002 y 2008 se realizó un seguimiento de las situaciones de las personas que se encuentran bajo la tutela de instituciones tutelares públicas o privadas.

1.10.1. Sucinta referencia a algunas quejas tramitadas recientemente por la institución

1.10.1.1. Hemos recibido quejas relacionadas con la expulsión de una persona mayor de un centro de día con motivo de sus trastornos de conducta (especialmente, agresividad) derivados de la enfermedad de Alzheimer; en estos casos la solución ofrecida desde el ente foral (cuidado en el hogar por familiares con percepción de PECEF e inclusión en una lista de espera para recurso especializado) de nuevo pone de manifiesto la insuficiencia de los recursos.

1.10.1.2. Seguimos registrando quejas sobre la insuficiencia o la falta de apoyo institucional a las estructuras intermedias en el ámbito de la salud mental: hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la



salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos, centros ocupacionales, clubes, etc.

Existen, según nos consta, preocupantes listas de espera en nuestros hospitales psiquiátricos para acceder a plazas en pisos tutelados u otros con diferente grado de supervisión –en ocasiones de hasta 2 años-, u hospitales de día.

Tal y como hemos manifestado reiteradamente se trata de instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitucionalización de personas que están, o estaban, en los hospitales psiquiátricos, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia.

- 1.10.1.3. En el marco de una consulta realizada a esta institución por un gabinete psicológico, se nos preguntaba hasta qué punto los profesionales de dicho gabinete estarían obligados a facilitar información al padre no custodio, sobre una menor que recibía atención psicológica. El motivo por el que se dirigían a nuestra institución estaba relacionado con el hecho de que habían tenido conocimiento de la [Recomendación general del Ararteko 8/2011, de 15 de noviembre de 2011](#) sobre la información que deben recibir los padres y madres separados en torno a datos referentes a sus hijos e hijas que obren en poder de la Administración y documentación que deben presentar.

El supuesto que se nos planteaba, tenía un carácter bien distinto de aquellos que motivaron la adopción de la referida recomendación general. De hecho, la circunstancia de que se tratara de un cónyuge no custodio no era relevante para la decisión que se adoptara, o, dicho de otra manera, nuestra opinión no habría diferido en el caso de que el padre solicitante ejerciera la guarda y custodia de su hija.

Trasladábamos al gabinete nuestro parecer al tratarse de un supuesto especial en el que la información que se dispensara al padre –custodio o no– podría generar un impacto no deseado en la confianza que la menor tuviera en su terapeuta.

Entendíamos que la protección del interés superior de la menor debía inspirar cualquier actuación que le concerniera y que la información ofrecida en ningún caso podría entrar en colisión con el secreto profesional y la



garantía de la alianza terapéutica entre la paciente y el profesional.

Al margen de nuestra aportación, sugeríamos también al gabinete la conveniencia de compartir estas cuestiones en el ámbito colegial, y le ofrecíamos algunas referencias como la de los centros de salud mental infanto-juvenil, con el fin de que pudiera recabar pautas sobre buenas prácticas para casos de este tipo.

1.10.1.4. La tramitación de algunas quejas ha puesto de relieve la gran utilidad de las recomendaciones de los comités de ética asistencial en salud mental y de las [guías de práctica clínica](#); subraya, además la relevancia del consentimiento informado, así como la necesidad de que se materialice la previsión incluida en el objetivo específico 4.14 de la Estrategia de Salud Mental 2010, en cuanto a la elaboración de una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad.

1.10.1.5. Una persona mayor con problemas de salud mental nos planteaba su disconformidad con que se le impidiera emitir su voto en las próximas elecciones generales. Comprobábamos que, efectivamente, este derecho fundamental había sido restringido mediante la correspondiente sentencia judicial de incapacitación.

Al margen de que esta institución no fuera competente para valorar el contenido de las resoluciones judiciales, procedía informar al ciudadano sobre los derechos que le asistían en aras a modificar el alcance de su incapacitación.

La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto se encuentra recogida en el artículo 29 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

1.10.1.6. Igualmente, se nos realizó una consulta sobre el modo o la posibilidad de testar que tenía una persona mayor que estaba incapacitada judicialmente debido a su enfermedad mental. Se le informó de la previsión que realiza el código civil sobre el particular y se le orientó para que recurriera a una notaría con el fin de que se actuara con las debidas garantías.

1.10.1.7. Asistimos con preocupación a las consecuencias que se están derivando de la aplicación del nuevo baremo de valoración de la dependencia (BVD)¹ con relación al colectivo que nos ocupa. Registramos recientemente un notable incremento de quejas relativas a la disconformidad con el resultado de las valoraciones de dependencia y con numerosas **revisiones a la baja** que están afectando, de manera especial, a personas con problemas de salud mental. A ello se une la percepción manifestada por las y los profesionales sanitarios o del trabajo social, con los que tenemos oportunidad de contrastar nuestra información, sobre **gradaciones difícilmente comprensibles a la vista de las necesidades de apoyo y supervisión de las personas valoradas.**

1.10.2. Información más relevante recabada con ocasión de las reuniones más recientes con asociaciones o colectivos organizados

Fruto de la relación que esta institución mantiene con [FEDEFES](#), Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, hemos conocido las principales preocupaciones que actualmente tiene este colectivo, así como los déficits y lagunas que detecta en la atención dispensada al colectivo por nuestras administraciones públicas:

- Nos traslada el problema que supone que personas jóvenes con enfermedad mental que se encuentran en un centro ocupacional pierda la plaza, con motivo de un ingreso hospitalario o de una contratación laboral temporal.
- Preocupa a la Federación que el Decreto de Cartera, que se encuentra en fase de discusión, pueda dejar fuera de su protección a las personas con enfermedad mental que no tienen reconocida la situación de dependencia.
- Necesidad de algunas infraestructuras en el Centro Psiquiátrico de Álava.
- Necesidad de establecer protocolos para situaciones de ingreso involuntario con gran oposición de la persona con enfermedad mental (se ha detectado algún caso en el que se recurre a los guardas de seguridad y se hace un uso de la fuerza desproporcionado para ingresar a un joven).
- Necesidad de conocer las medidas de control que se aplican en procedimientos de sujeción, aislamiento, etc.

¹ [Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero](#), por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



- Preocupación por la atención que se da a las personas con trastorno límite de la personalidad (no existe medicación como la hay para la esquizofrenia; en procesos agudos de crisis, no se procede al ingreso, por lo general; falta de recursos –la previsión de ambulatorio para 30 personas en la ESM2010 para la CAPV no se ha materializado–, las familias recurren a un centro de Galicia; inadecuación del hospital psiquiátrico para este perfil; problemas de diagnóstico; necesidades de psicoterapia; incidencia en jóvenes y estrecha relación con suicidios e ingresos en prisión).
- Problemas de atención sociosanitaria a personas mayores con patología dual (se deriva al centro de salud mental (CSM) o al módulo cuando, en su opinión, la problemática exige una atención que contemple las dos perspectivas, la de la enfermedad mental y la de la drogodependencia).
- Necesidad de continuar con la tarea de incorporar a familiares y asociaciones en la elaboración de planes estratégicos de hospitales y de las organizaciones de salud mental extrahospitalaria.
- Problemas derivados de someter a la persona joven con enfermedad mental que se encuentra presa a procedimientos disciplinarios cuando lo procedente en estos casos es garantizar la intervención desde una perspectiva terapéutica.
- Necesidad de apoyo institucional mediante subvenciones dirigidas a la intervención con personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión.
- Se sigue registrando la insuficiencia de recursos intermedios para hacer realidad el modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental (reubicación de pacientes psiquiátricos, respiro a las familias, etc.).

Este año hemos puesto en marcha una dinámica de colaboración con [OME-Osasan Mentalaren Elkarte](#) Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, por entender que resulta indispensable para nuestro trabajo en el área conocer la posición de este grupo de profesionales de la psiquiatría cuya profesionalidad y actitud proactiva a favor de los derechos de las personas con problemas de salud mental son remarcables. Además, su condición de profesionales que trabajan en la Red de Salud Mental de Osakidetza, nos aporta un mejor conocimiento sobre la atención que se presta al colectivo.

A continuación destacaremos sus puntos de vista sobre algunas de las cuestiones que les planteábamos:

- La atención que se está ofreciendo desde los centros de salud mental infanto-juvenil parece adecuada. El abordaje del trastorno de la conducta alimentaria lo consideran correcto y existe una fluida relación con ACABE, Asociación Contra Anorexia y Bulimia de Euskadi.



- Necesidad de dotar de más recursos a los equipos de tratamiento asertivo comunitario.
- Unidades de rehabilitación comunitaria (ambulatoria): TAC + plazas en hospital de día + plazas sociosanitarias (AVIFES, BIZITEGI, ARGIA). Señalan la insuficiencia de estas últimas. En cuanto a la rehabilitación en hospitales destacan la necesidad de limitar la estancia en el tiempo, de modo que esta no exceda de 360 días y pueda procederse con anterioridad a la rehabilitación comunitaria.
- Se detecta una clara insuficiencia de plazas de alojamiento sociosanitario, sobre todo para colectivos especiales como personas mayores con patología psicótica y valoración de dependencia severa o moderada (no grandes dependientes), cuya atención no es asumida por los servicios de mayores; personas con patología dual o con trastornos de conducta diversos, o con patología psíquica con mayor deterioro. Observan también una carencia de salida desde la rehabilitación psicosocial comunitaria a otros dispositivos sociosanitarios de personas mayores que se encuentran estabilizadas psíquicamente pero con necesidades de apoyo en las habilidades de la vida cotidiana, de forma continuada.
- La atención actual a los trastornos límite de la personalidad (con clara incidencia en la infancia y la adolescencia) resulta deficitaria. Es precisa una mayor formación de las y los profesionales y un incremento en la dotación de recursos (necesidad de poner en marcha la unidad que estaba prevista).
- Necesidad de la creación de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil (competencia estatal) sin más demora.
- Sobre el tratamiento ambulatorio obligatorio manifiestan su postura opuesta a la regulación de esta cuestión. Consideran que la aprobación de una normativa de este tipo supondría un claro retroceso legal; entienden que supondría una restricción de derechos y subrayan la Alianza Terapéutica como eje fundamental del tratamiento.
Desde su punto de vista este tipo de tratamiento distraería la atención de los verdaderos elementos relevantes para implicar en su tratamiento a las personas con trastornos mentales graves, que son, además del trabajo de la alianza terapéutica, la disponibilidad de servicios y equipos de tratamiento que trabajen asertivamente en la comunidad.
Consideran que el funcionamiento del tratamiento ambulatorio involuntario que se da en Gipuzkoa es el adecuado y que ello demuestra que no es precisa una modificación de la legislación para que el poder judicial se implique en la atención a las personas con trastorno mental grave.



- Es precisa una mayor y mejor comunicación/coordiación entre los centros de salud mental y las unidades de agudos, en general, así como entre aquellos y la atención primaria.

Este año nos hemos reunido con la [Fundación Cuidados Dignos](#), que desarrolla una interesante labor dirigida a la formación y sensibilización para la superación de ciertas **prácticas de sujeción restrictiva** de las personas mayores residencializadas. Nos informaba su presidenta que, de acuerdo con los datos que manejan, entre un 17,5% y un 23% de las personas mayores que viven en centros residenciales en el Estado lleva alguna sujeción restrictiva (física o farmacológica), un porcentaje que consideramos es excesivamente elevado.

La Fundación ha creado la [Norma Libera-Ger](#) que posibilita a las y los profesionales de los centros una metodología de trabajo que limita al máximo el uso de sujeciones y que se fundamenta en la mejora de una serie de aspectos tales como: la salud de las personas usuarias, la satisfacción de las y los familiares, la imagen del centro, la motivación y satisfacción de las y los trabajadores, la calidad del servicio prestado; además, su implantación no implica costes adicionales sino un fuerte compromiso con el objetivo y trabajo. Pretende sensibilizar al mayor número de centros mostrándoles que “otra forma de trabajar” es posible.

En dicha Fundación consideran que se trata de un tema de cultura de la empresa y que modificar dicha cultura, el sistema de gestión y los procesos resulta imprescindible para alcanzar el objetivo de eliminar las sujeciones. Ello requiere de un trabajo basado en la atención centrada en la persona (valorar caso por caso, su histórico de vida, su historia clínica; trabajar con la familia; recurrir a medios como poner la cama en el suelo, proteger caderas u hombros, sensores, pulseras, sillas bajas; aumentar la vigilancia; detectar momentos de peligro y modificar rutinas para tales momentos; trabajar la tolerancia, atender las emociones, etc.).

Esta filosofía resulta acorde con las recomendaciones emitidas sobre la cuestión por esta institución, en el informe extraordinario sobre la [Atención a personas mayores en la CAPV](#), publicado en 2004.

En nuestra opinión, sin duda es necesario fomentar la investigación, creación y difusión de nuevos métodos de cuidados que promuevan los derechos fundamentales de estas personas y el respeto a su dignidad en esta línea, así como el que tales principios vayan calando en nuestras organizaciones proveedoras de cuidados.

1.10.2. Participación en foros, actos, jornadas y seminarios



No realizaremos una descripción pormenorizada de esta labor de divulgación pero sí aludiremos, por su relevancia, a la participación en:

- El taller temático sobre [*El papel de las estructuras nacionales de derechos humanos en la promoción de los derechos de las personas con problemas de salud mental*](#) (celebrado en Bilbao) impulsado por la defensoría estatal y auspiciado por el [Consejo de Europa](#), y la [Comisión Europea](#) en el marco del II Proyecto *Peer to peer* que pretende establecer una red activa de este tipo de estructuras nacionales independientes y no judiciales. En este foro internacional de debate se dieron cita representantes de las defensorías del pueblo europeas, la Organización Mundial de la Salud, Consejo de Europa, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, así como diversos especialistas en la materia.
- Las jornadas sobre enfermedad mental grave, organizadas por el Hospital de Zamudio. En 2009, el Ararteko presentó en estas jornadas la ponencia titulada [*El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental*](#).
- El taller sobre salud mental infantil celebrado en Sevilla en marzo de 2010 con la Defensoría del Pueblo Andaluz.



2. Normativa autonómica de aplicación en la materia

- [Ley 9/1983 del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.](#)
- [Ley 8/1997 de Ordenación sanitaria de Euskadi: 26 de junio de 1997.](#)
[Osakidetza-Servicio Vasco de Salud](#), se constituye en un ente público de derecho privado adscrito al Departamento de Sanidad (actualmente Departamento de Sanidad y Consumo) del Gobierno Vasco. Se le atribuye personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su finalidad de desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo.
- [Decreto 260/1999 por el que se regula el Consejo de Sanidad de Euskadi: 22 de junio de 1999.](#)
- [Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi.](#)
- [Ley 3/2005 de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia: 18 de febrero de 2005.](#)
- [Decreto 131/2008, de 8 de julio, regulador de los recursos de acogimiento residencial para la infancia y la adolescencia en situación de desprotección social.](#)
En este decreto se contemplan los programas especializados para adolescentes con problemas de conducta y con graves problemas de conducta.
- [Ley 12/2008, de 5 de diciembre](#), de Servicios Sociales.
La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario se regula en el artículo 46, el cual, tras definir la atención sociosanitaria, especifica los colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en este marco.
Entre estos colectivos se encuentra el de las personas con problemas de salud mental, en particular, las personas con enfermedad grave y crónica y las personas con problemas de drogodependencias.
La ley distingue entre centros residenciales para personas mayores, para personas con discapacidad y para personas con enfermedad mental.
La disposición adicional primera de la Ley 12/2008 otorgaba al Gobierno Vasco el plazo de un año a contar desde la fecha de su entrada en vigor para la aprobación del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales de la CAPV. A la fecha de cierre de este informe tal decreto no ha visto la luz.
- [Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.](#)
- [Decreto 101/2010, de 30 de marzo](#) del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales.



El Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales es el órgano que articula la cooperación y la coordinación interinstitucional entre las administraciones públicas vascas en materia de servicios sociales con vistas a garantizar la unidad del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

- [Decreto 69/2011, de 5 de abril](#), del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

Regula las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento de dicho Consejo, órgano superior que articula la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario de la CAPV.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) la competencia en sanidad corresponde al Gobierno Vasco.

La peculiar configuración administrativa de la CAPV requiere una breve alusión a la distribución competencial en materia de servicios sociales:

La CAPV, en virtud del artículo 148.1.20 de la Constitución y del 10.12 de su Estatuto de Autonomía, tiene asumida la competencia en materia de asistencia social con carácter exclusivo. Asimismo, en materia de desarrollo comunitario, igualdad, política infantil, juvenil y de personas mayores, la CAPV goza de competencia exclusiva, a tenor del artículo 10.39 de dicho Estatuto.

La nueva [Ley de Servicio Sociales](#) aludida, en su título III, establece el régimen competencial, organizativo, consultivo y de participación en el Sistema Vasco de Servicios Sociales, definiendo las competencias de las administraciones públicas en materia de servicios sociales (artículos 39 a 42) y los procedimientos y órganos de cooperación y coordinación interadministrativa tanto dentro del Sistema Vasco de Servicios Sociales como en su relación con otros sistemas y políticas públicas, afines o complementarias, también orientadas al bienestar social.

Resumidamente indicaremos que atribuye al **Gobierno Vasco** el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria en materia de servicios sociales; la planificación general de estos en la CAPV; la provisión de las prestaciones y servicios incluidos en su acción directa y la coordinación general del sistema, con el fin de garantizar en toda la CAPV un desarrollo equilibrado de las prestaciones y servicios, y a las **diputaciones forales** la provisión de los servicios sociales de atención secundaria (artículo 22.2), su planificación y la potestad reglamentaria para la organización de dichos servicios.

A este entramado se suman las competencias de los **ayuntamientos** de la CAPV en materia de servicios sociales: la gestión de los servicios sociales de base y los servicios sociales de atención primaria, salvo el servicio de teleasistencia que se asigna al Gobierno Vasco.

A la normativa relativa a centros residenciales y centros de día nos referiremos en el apartado 9.



3. Convenios de colaboración entre administraciones concernidas y protocolos de actuación reseñables. Buenas prácticas de coordinación sociosanitaria en la materia

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, alude a la necesaria coordinación con los servicios sociales al regular la atención sanitaria en el campo de la salud mental (artículo 20).

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, incluye referencias a la necesidad de una intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención, con expresa mención de la atención a las personas mayores en riesgo y, en general, a la salud mental.

3.1. En la CAPV, desde los años noventa se han ido firmando **acuerdos-marco y convenios de colaboración** entre el Gobierno Vasco y las respectivas diputaciones forales para mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psiquiátrica en cada uno de los tres territorios.

Para la aplicación efectiva de estos acuerdos, y como instrumentos operativos para la coordinación sociosanitaria, se establecieron comisiones territoriales y una serie de comisiones sectoriales, destacando algunos ámbitos específicos de intervención para estas últimas que aciertan a delimitar los que todavía hoy son algunos de los principales problemas de la coordinación entre ambos sistemas:

- En el ámbito de la salud mental, el estudio de la problemática de las personas internadas en centros psiquiátricos que presentan una problemática de carácter social o pudieran ser beneficiarias de programas de externamiento, así como el análisis de la atención psiquiátrica a personas acogidas en residencias para personas mayores y la asistencia a personas enfermas de SIDA.
- Personas mayores de 65 años afectadas por enfermedades invalidantes, con especial referencia a las demencias.

3.2. En 2003 tiene lugar la aprobación del convenio de colaboración ente el Gobierno Vasco, las tres diputaciones forales y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, para el desarrollo de la atención sociosanitaria y creación del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, como órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social de la CAPV.

3.3. Por lo que se refiere a las **unidades psicosociales** para la atención a personas con enfermedad mental crónica y grave que requieren principalmente atención psiquiátrica (pisos tutelados y centros de día):

a) En Gipuzkoa sigue vigente el convenio entre la Diputación Foral de



Gipuzkoa (DFG), el Gobierno Vasco y Osakidetza para *“garantizar la prestación de los servicios de asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los Centros de Día Psicosociales para enfermos mentales crónicos de Guipúzcoa”*, de 2002, gestionados, tutelados o concertados por la Diputación. De acuerdo con dicho convenio, el Gobierno Vasco financia a la Diputación parte de los costes de 8 centros de día, más la atención psiquiátrica y de enfermería. Dos de los centros de día son de gestión indirecta y los otros 6 están concertados. El número total de plazas es de 129 y se encuentran distribuidos por la mayor parte de las comarcas guipuzcoanas.

Siete de los ocho centros están orientados a personas con enfermedad mental, el octavo se dedica a la atención psicosocial de personas afectadas de toxicomanías en fase de rehabilitación que presenten, además, patología mental o SIDA.

- b) En Bizkaia no existe un convenio entre la Diputación y el Gobierno para la financiación del gasto sanitario prestado en este tipo de centros de día. Sin embargo, ambas instituciones han firmado convenios o contratos con tres entidades (Fundación Argia, Asociación Bizitegi y AVIFES-Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) que prestan este tipo de asistencia. En dichos convenios, la Diputación y el Gobierno financian con cantidades similares las plazas concertadas. Algunas unidades reciben financiación únicamente de una de las dos instituciones. Estos convenios se dirigen tanto a centros de día como a pisos tutelados. El número medio de personas usuarias agrupadas por tipo de centro es el siguiente:

	PERSONAS USUARIAS		
	Diputación		Gobierno
	Centros Día	Viviendas	
2005	196	65	317
2006	298	100	341
2007	343	114	387

- c) La Diputación Foral de Álava (DFA) dispone de convenios con tres entidades (Asociación Bidegurutztea, Asociación Hogar Alavés y Fundación Beti-Gizartean) mediante los que financia dos minirresidencias, 5 pisos tutelados y una vivienda comunitaria con un total de 82 plazas disponibles, además de una minirresidencia propia con 7 plazas. Solo una de las minirresidencias dispone de servicio de enfermería, y ninguna percibe financiación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, prestándose la atención psiquiátrica desde los centros de salud mental de Osakidetza. La financiación se instrumenta a través del Instituto Foral de Bienestar Social.

La atención a personas afectadas por el VIH se presta, principalmente, por las asociaciones ciudadanas anti-sida de los tres territorios, que disponen de pisos tutelados. Además, la DFB dispone del centro Bietxeak gestionado por el Instituto Foral de Acción Social (IFAS), y en Gipuzkoa, Cáritas dispone de



una residencia (Villa Betania). Las diputaciones mantienen convenios por los que se financian estos pisos y residencias, mientras que la atención médica corre a cargo de Osakidetza con su propio personal.

En 2011, ha tenido lugar la firma del convenio entre el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y Osakidetza para la mejora de la atención sociosanitaria en el Territorio Histórico de Álava/Araba. En él se establecen las aportaciones del sistema sanitario al social para compensar el gasto sanitario en centros residenciales y unidades sociosanitarias.

Existen diferencias muy significativas en los convenios de colaboración entre el Gobierno Vasco, Osakidetza y las diputaciones para regular la prestación y financiación de los servicios sociosanitarios, con los desequilibrios territoriales en la atención que ello puede generar.

3.4. Aludiremos, a continuación, a una serie de **protocolos o convenios** que nos parecen buenos **paradigmas** en la materia que nos ocupa:

- *Protocolo de actuación entre el Departamento de Sanidad/Osakidetza y Gizartekintza (Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa) para la atención sociosanitaria de personas mayores institucionalizadas con trastornos psiquiátricos en Gipuzkoa, de 1 de diciembre de 2.000.*

Su objetivo es el de garantizar la necesaria atención psiquiátrica a las personas institucionalizadas en centros para personas mayores. Para ello, Osakidetza se compromete a atender, desde su red de centros de salud mental, a las personas residencializadas y a trasladar a quienes lo necesiten a hospitales psiquiátricos de larga estancia. Gizartekintza se compromete, por su parte, a agilizar el ingreso de personas atendidas en centros sanitarios que presenten una problemática eminentemente social y a trasladar a centros residenciales para personas mayores a personas ingresadas en centros psiquiátricos de larga estancia que no presentan una problemática psiquiátrica grave.

- Los anteriormente citados Convenio de 2002 entre la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG), el Gobierno Vasco y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Convenio de 2011 entre el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

- *Convenio de Colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad /Osakidetza para la Asistencia Sanitaria en las Unidades Residenciales Sociosanitarias, de 2 de julio de 2003.*

Se trata del primer acuerdo interinstitucional que da carta de naturaleza a servicios definidos como sociosanitarios, indicando que se trata de unidades específicamente diseñadas para proporcionar las prestaciones necesarias a personas en situación de dependencia que presentan



necesidades intensas de cuidados sociales y sanitarios, en un espacio de transición entre la hospitalización sanitaria y la atención residencial social. No obstante lo anterior, señala que también podrán resolver la ubicación temporal de pacientes ingresados en centros hospitalarios cuando, a pesar de reunir criterios de alta clínica, dicha alta no pueda ser ejecutada por motivos sociosanitarios de diversa índole, así como garantizar la existencia de plazas a las que derivar, de forma urgente, por parte de Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales, casos de difícil permanencia en centros de la red de servicios sociales por confluir en ellos necesidades de atención sociosanitaria intensa y que, sin embargo, no sean susceptibles de hospitalización. En el marco de dicho Convenio se consideran, de forma específica, usuarios potenciales de dichas unidades, entre otras, las personas mayores afectas de procesos demenciales en fase de agitación, con trastornos del comportamiento, agresividad, etc., que podrían distorsionar gravemente la actividad normal en un centro residencial.

- *Convenio de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Sanidad/Osakidetza de 28 de diciembre de 2.000 para la asistencia psiquiátrica rehabilitadora en los centros ocupacionales para enfermos mentales en Gipuzkoa.*

Se establece para garantizar la prestación de servicios sanitarios en los centros ocupacionales gestionados por Gizartekintza y compensar a la Diputación Foral de Gipuzkoa por el gasto en atención médica y enfermería a partir de unos precios previamente determinados (especial incidencia en jóvenes).

- *Protocolo de actuación del sistema sanitario con los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección atendidos por el Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia de 19 de marzo de 2007.*

Establece un programa de atención por parte de psiquiatras y psicólogos/as de Osakidetza a personas menores de edad en situación de riesgo o cuya guarda o tutela y guarda se ejerce mediante acogimiento familiar o residencial en centros dependientes del Instituto Foral de Acción Social, o en centros privados colaboradores del Departamento de Acción Social que precisen ser evaluados o iniciar tratamiento. El protocolo establece las fórmulas de colaboración que habrán de mantener los/as coordinadores de caso del Servicio Territorial de Infancia y los centros de salud mental de la red de Osakidetza, así como los objetivos y modalidades de atención del programa.

- En el año 2008 se firmó un convenio de colaboración entre el Departamento de Educación y el Departamento de Sanidad (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud), para la atención de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a la salud mental y cuyo objetivo fue la puesta en marcha de los centros terapéutico educativos en los tres territorios históricos (dependientes de los centros territoriales de atención domiciliaria, hospitalaria y terapéutico-educativa).



- Acuerdo entre el Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo y el Ayuntamiento de Bilbao para la puesta en marcha de un programa de atención psiquiátrica a personas sin hogar en el municipio de Bilbao (Bizkaia), de 2010. El programa está dirigido a personas sin techo, mayores de edad, con enfermedad mental grave, que viven en el municipio de Bilbao y que no están siendo atendidas o carecen de vínculos con la red pública de salud mental (especial incidencia en personas mayores con enfermedad mental, sin techo). Parte de una experiencia anterior de atención a personas sin hogar con problemas de salud mental, en la que participaban la Asociación Bizitegi, el Hospital de Bermeo y el de Begoña. El programa prevé las actuaciones que tanto desde el ámbito sanitario como el social se deben realizar, los recursos que se van a utilizar, la evaluación y los documentos de derivación y otras herramientas necesarias para el funcionamiento del programa.

- *Protocolo entre la Dirección de Ejecución Penal del Departamento de Justicia y la Jefatura de Salud Mental de Osakidetza para asegurar y mejorar las condiciones de cumplimiento de las medidas de seguridad en centros hospitalarios de la CAV (especial incidencia en jóvenes).*

Sobre las actuaciones llevadas a cabo con base en este protocolo firmado el 31 de marzo de 2009, Osakidetza señala que no se encuentra actualmente vigente. Nos indican que *"en los últimos años, se ha ido creando una cultura de conocimiento y coordinación entre las partes que ha facilitado la génesis de la situación actual, descentralizada y con una relación directa con los centros, orientada a buscar la mejor solución para el cumplimiento de dichas medidas; la situación en los territorios de Bizkaia y Álava es estable y coordinada y en el territorio de Gipuzkoa, al no contar con hospitales públicos (la red es concertada), la interlocución es a través de la dirección territorial de sanidad que determina el destino y la financiación del cumplimiento en centros concertados"*.

- 3.5.** En 2009 se incorporó en la Red de Salud Mental de Osakidetza la *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente.*



4. Alusiones a colectivos especiales de jóvenes y mayores en la estrategia de salud mental autonómica y la estrategia sociosanitaria

- 4.1. Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental.

Por otra parte la promoción de la salud mental no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda. Para promocionar la salud mental se puede actuar sobre la persona (reforzando la «resiliencia» con intervenciones que incrementan la autoestima y dotan de destrezas para afrontar el estrés) o sobre la población (con intervenciones para incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas, residencias y en los lugares de trabajo).

- 4.2. La preocupación por la salud mental de la infancia y la adolescencia ha estado presente en el trazado de las políticas sanitarias desde el Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la Salud Mental en la CAPV, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, de 1990.
- 4.3. El Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008 realizaba una valoración positiva sobre algunos logros alcanzados por la sanidad vasca (la integración de la atención a las toxicomanías en la red de asistencia psiquiátrica y salud mental, la creación de unidades de hospitalización infanto-juvenil o la firma del convenio sobre atención sociosanitaria por parte de los departamentos de Sanidad y Vivienda y Asuntos Sociales, las tres diputaciones forales y EUDEL) y remarcaba una serie de déficits que exigían evidentes mejoras (escasez de instrumentos para medir la efectividad de los diferentes modelos de abordaje de las patologías psiquiátricas, carencia de una cartera de servicios bien definida, elevado gasto farmacológico, insuficiente desarrollo de alternativas terapéuticas propias del modelo comunitario, adquisición de un peso excesivo del modelo biológico en lo asistencial, o las dificultades de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios y de estos con los servicios sociales, educativos y judiciales).
- 4.4. En 2010 el Departamento de Sanidad y Consumo aprobó la [*Estrategia en salud mental de la CAPV \(ESM-2010\)*](#) haciendo suyo el documento elaborado



en 2009 por el Consejo Asesor en Salud Mental de Euskadi² (que opera desde el 4 de marzo de 2008, y que fue creado por Orden de 4 de octubre de 2007, del consejero de Sanidad, como órgano consultivo para el asesoramiento técnico en materia de salud mental). El período de vigencia de la ESM-2010 se sitúa entre 2010 y 2013.

Este documento se elabora a partir del relativo a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (basado a su vez en la Declaración de Helsinki en Salud Mental-OMS) con una adecuación de acciones y objetivos a la realidad de nuestra comunidad.

Partiendo de un modelo organizativo de tipo comunitario, la estrategia se fundamenta en los siguientes principios:

- autonomía (capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas);
- continuidad (capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida, y coherentemente, entre los servicios que la componen);
- accesibilidad para prestar asistencia a las personas con enfermedad mental y a sus familiares cuando y donde lo necesiten;
- atención integral (dando respuesta a todos los factores que intervienen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental);
- seguridad en la distribución de los recursos sanitarios y sociales;
- recuperación personal de la salud en sentido estricto (aspectos clínicos del trastorno) y de las propias capacidades para garantizar el crecimiento personal;
- responsabilidad de las instituciones sanitarias frente a pacientes, familias y comunidad;
- calidad.

La ESM-2010 propone siete líneas estratégicas, cada una de las cuales se despliega en objetivos específicos a los que se asocian diversas propuestas de acción. A continuación presentamos un cuadro en el que resumidamente se registran las líneas y los objetivos:

1. Promoción de la salud mental	Formular, realizar y evaluar intervenciones en cada uno de los grupos de edad: infancia, adolescencia, edad adulta y personas mayores.
	Formular, realizar y evaluar intervenciones orientadas a asesorar e informar a los y las responsables institucionales de las administraciones vascas sobre la relación entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental.
	Intervenciones para la promoción en medios de comunicación.
2. Prevención de la enfermedad mental	Realizar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.
	Realizar y evaluar el plan de intervenciones sobre las drogodependencias con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas.

² Es miembro de este Consejo [FEDEAFES](#), Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

	<p>Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo.</p> <p>Desarrollar intervenciones en atención primaria de apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.</p> <p>Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.</p> <p>Realizar y evaluar intervenciones dirigidas a los profesionales para prevenir el desgaste profesional.</p>
3. Erradicación del estigma	<p>Incluir el fomento de la integración y la reducción de la estigmatización de las personas con trastorno mental (TM) en los planes y programas impulsados por las instituciones vascas.</p>
4. Atención a los trastornos mentales	<p>Desarrollar e implantar de forma efectiva las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la atención especializada.</p> <p>Apoyo de la atención especializada en salud mental a la atención primaria, para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.</p> <p>Pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, en colaboración con los distintos sectores implicados.</p> <p>Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles.</p> <p>Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves (TMG) que son incluidos en un programa de rehabilitación.</p> <p>Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con TMG que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.</p> <p>Proporcionar a los pacientes con TMG un adecuado cuidado de su salud general.</p> <p>Contemplar las especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y TM.</p> <p>Adecuar programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental.</p> <p>Establecer, en cada estructura territorial sanitaria, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores suficientes, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, en la que estarán incluidos los hospitales generales en coordinación con atención primaria.</p> <p>Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de tratamiento.</p> <p>Disponer, en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia. El sistema tendrá que incluir la atención domiciliaria, la gestión y la coordinación multisectorial del proceso asistencial.</p> <p>Desarrollar estrategias para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y para disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, siguiendo los criterios de uso racional del medicamento.</p> <p>Elaborar una guía general de buenas prácticas sobre aspectos éticos y legales de cualquier intervención en contra de la voluntad del paciente.</p> <p>Definir un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.</p> <p>Regular, por medio de protocolos, los procedimientos para la contención física, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva de la libertad.</p>
5. Coordinación	<p>Desarrollar e implantar mecanismos eficaces de coordinación y</p>

interinstitucional e intrainstitucional	<p>cooperación institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.</p> <p>Delimitar la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en las personas con dependencia por enfermedad mental.</p> <p>Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los TMG.</p> <p>Desarrollar una estrategia de información dirigida a las personas con TM y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.</p> <p>Implantar vías para la participación de las personas con TM y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.</p> <p>Establecer los mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental, en la planificación y evaluación de los servicios.</p>
6. Formación de los profesionales	<p>Disponer de un plan de formación continuada para la totalidad de las y los profesionales de atención primaria, de salud mental y para quienes en atención especializada tengan relación con la atención a las personas con TM, en el marco del modelo de atención biopsicosocial.</p>
7. Investigación en salud mental	<p>Se promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.</p> <p>Se pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.</p>

Aunque todas las **acciones propuestas** son relevantes para el cumplimiento de los objetivos, destacaremos 27 que nos han resultado **especialmente interesantes por lo que se refiere a los colectivos de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores**:

- Apoyar y promocionar las políticas de envejecimiento activo de la población.
- Elaboración de una guía de buenas prácticas para la crianza y los determinantes de la salud mental en cada etapa vital.
- Desarrollar programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y el funcionamiento psicosocial de la infancia y juventud.
- Generalización de experiencias de apoyo a menores en situación de desprotección en medios marginales.
- Establecer líneas de coordinación entre salud mental y educación, para facilitar la detección precoz de síntomas depresivos y distinguirlos del malestar o de los cambios evolutivos de la adolescencia.
- Desarrollar la psicoterapia grupal en el ámbito infanto-juvenil.



- Desarrollar una estrategia de prevención de las evoluciones deficitarias, desde la etapa infanto-juvenil; articulado desde el desarrollo de un modelo de atención temprana y tratamiento intensivo.
- Implicar a las diputaciones forales para la inclusión en los convenios, de cláusulas que hagan referencia a políticas y acciones de prevención de los trastornos mentales en la tercera edad.
- Completar el despliegue de las prestaciones recogidas en el Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, definiendo adecuadamente los siguientes programas:
 - Programa de trastornos de personalidad.
 - Programas de atención temprana (infanto-juvenil): neonatología, trastornos de desarrollo, etc., donde confluye la atención de diversas áreas (diputaciones forales, Departamento de Educación, Departamento de Sanidad, etc.).
 - Programas de psicogeriatría, cuyas prestaciones tampoco tienen una dependencia clínica claramente definida: atención psiquiátrica en residencias de tercera edad, programas de rehabilitación (diagnóstico/tratamiento) para personas con deterioro neuropsicológico derivado de un ictus o traumatismo craneoencefálico.
 - Programas de rehabilitación psicosocial en trastorno mental grave.
 - Programas de atención a drogodependencias y diagnóstico dual.
- Revisar y adecuar de forma ecológica e individualizada la transición de pacientes por motivos de edad, entre psiquiatría infantil y psiquiatría-adulto, así como si los lugares de tratamiento son los adecuados. Los problemas actuales más frecuentes son los referidos al establecimiento de continuidad entre ambos programas que puede dar lugar a la consideración de casos nuevos no diagnosticados previamente, casos que se pueden quedar sin tratar.
- Garantizar la coordinación con los dispositivos de Educación en la elaboración y seguimiento del plan individualizado, como factor fundamental, para asegurar la continuidad en la atención, en el ámbito infanto-juvenil. Los centros terapéutico-educativos, son un modelo en el que esta coordinación es más evidente y una fuente importante de aprendizaje de oportunidades y dificultades.
- Investigar los factores protectores que aumentan la resiliencia, informar sobre ellos y difundirlos e incorporarlos dentro de la práctica clínica habitual en atención primaria.
- Detectar y documentar buenas prácticas que han tenido éxito en la orientación, disminución del sufrimiento psicológico y bienestar de las y los cuidadores (como, por ejemplo, proporcionar un número de teléfono, como medio de consulta inmediata).



- Incluir en las políticas de recursos humanos aquellas actuaciones que son susceptibles de disminuir el estrés asociado a la actividad laboral (facilidades para la rotación, jornada continua, horarios específicos, medidas para facilitar la conciliación familiar y laboral, distribución de cargas según niveles de estrés identificados...).
- Programas de rehabilitación (diagnóstico/tratamiento) para personas con deterioro neuropsicológico derivado de un ictus o traumatismo craneoencefálico.
- Garantizar la continuidad de cuidados desde salud mental hacia atención primaria mediante la realización del informe de alta.
- Asegurar la transmisión de información relevante entre pediatría de atención primaria y salud mental infanto-juvenil, para mejorar el diagnóstico y evitar el riesgo de sobrediagnóstico.
- Definir y difundir un plan de coordinación para intervenciones en crisis que incluya a todos los agentes implicados (servicios sanitarios, sociales, sistema judicial, educativo, policial, etc.).
- Adecuar la estructura (geográfica y de recursos) de los centros de salud mental para hacer posible el modelo de intervención en crisis en el ámbito comunitario.
- Información sistemática a las familias, por los dispositivos asistenciales, sobre el tejido asociativo que les puede servir de apoyo.
- Favorecer la presencia de representantes institucionales o clínicos del ámbito de la salud mental en los consejos forales de mayores.
- Formación de un grupo de trabajo que clarifique las estructuras y los canales más adecuados para abordar las necesidades de tratamiento de personas con trastorno grave de conducta asociado a discapacidad intelectual, incluyendo la coordinación entre el servicio de salud y los recursos sociosanitarios.
- Extender la utilización del plan individualizado de tratamiento a los supuestos de trastorno mental no grave.
- Desarrollar una guía para el tratamiento ambulatorio involuntario.
- Proponer la inclusión en e-Osabide, dentro de los ítems de las rutinas de revisión de niños sanos en pediatría, de aquellos ítems relacionados con la detección de trastorno mental.
- Establecer medidas para superar una posible colisión entre el plan individualizado de atención social y el plan de tratamiento sanitario:



- a) Proponer la revisión del actual baremo para problemáticas de salud mental.
 - b) Integrar, en las comisiones de valoración de casos que tengan un carácter psiquiátrico, un referente de salud mental que pueda dar su criterio profesional especializado.
 - c) Modificar, dentro del procedimiento de valoración, el formato del informe de salud mental que se plantea para la recogida de la información (muy limitado en la actualidad).
- Incorporar a familiares y asociaciones en la elaboración de planes estratégicos de hospitales y de las organizaciones de salud mental extrahospitalaria.

4.5. Por lo que se refiere a la **estrategia sociosanitaria**, tras la aprobación en 2003 del convenio a que hacíamos alusión en el apartado 3.2, el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco 2005-2008 optó, para este tipo de atención, por el mantenimiento del sistema sanitario y el sistema social –no se creó una red diferente, propia– y la habilitación de procedimientos de coordinación entre los sistemas. Entre los grupos de personas considerados como tributarios de recibir atención sociosanitaria se hace explícita referencia a las personas mayores en situación de dependencia y a las personas con problemas de salud mental, en general.

Este plan y su impacto fueron analizados con ocasión de la elaboración del [informe extraordinario sobre la atención sociosanitaria](#) referido en el apartado 1, en el que ya se hacían constar las valoraciones negativas sobre el grado de cumplimiento de los objetivos instrumentales básicos que se planteaban en dicho plan.

El 28 de febrero de 2011 tuvo lugar la aprobación por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria del [documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la CAPV](#), documento de extraordinaria relevancia, fruto del consenso alcanzado entre el Gobierno Vasco las tres diputaciones forales y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL.

En él se apuesta por el desarrollo de una atención primaria sociosanitaria que mediante equipos interdisciplinares responda de manera integral a las necesidades de las y los pacientes y permita incorporar el domicilio como principal provisor de cuidados. Sus líneas estratégicas se centran fundamentalmente en la necesidad de desarrollar los servicios sociosanitarios, reforzar la coordinación de actuaciones en el espacio sociosanitario, determinar los convenios de colaboración necesarios para cubrir este tipo de atención y promover la formación, la investigación y la innovación en dicho ámbito.

Recogemos, a continuación, algunas de las conclusiones de este documento que pueden tener estrecha relación con la atención de la salud mental de los colectivos que analizamos:

- Los resultados del proceso de reubicación de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos pueden considerarse desiguales, si bien en los tres territorios se han realizado las tareas necesarias para la valoración y la identificación de personas susceptibles de ser ubicadas en centros de la red social, estableciéndose para ello los correspondientes grupos de trabajo.
- Las reubicaciones efectuadas a lo largo de los últimos años han sido fundamentalmente en centros residenciales para personas mayores.
- Hay una población de usuarios con enfermedad mental, en recursos de la red de inserción social, centros residenciales de menores con problemas severos de conducta, centros residenciales para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta y en unidades psicogerítricas de centros gerontológicos que precisan una mejora de la coordinación de la atención entre ambas redes.
- Las relaciones y acciones entre salud mental, atención primaria y servicios sociales dependen mucho de la sensibilidad individual de las y los distintos profesionales, y no de acuerdos coordinados y compartidos.
- Dentro de la red pública sanitaria existen recursos limitados para la atención psicológica a la infancia y adolescencia. Los servicios sociales costean la intervención de gabinetes psicológicos privados para la atención de menores en situaciones de desprotección.
- Se precisan servicios para la atención a las personas con patología dual, discapacidades y trastorno mental o de conducta severo.

Entre las medidas para reorganizar y mejorar la atención a personas con problemas de salud mental, algunas tienen especial incidencia en los colectivos que constituyen el objeto de nuestro estudio:

- Analizar los servicios sociosanitarios precisos para las diferentes situaciones, ir completando un mapa de recursos para estos colectivo y lograr una atención coordinada con un plan de intervención individualizada.
- Potenciar los programas de alta intensidad de cuidado en su entorno habitual de residencia, disponiendo de los recursos necesarios y desarrollando programas de apoyo a las personas y a las familias.
- Analizar y desarrollar de forma multidisciplinar el abordaje más adecuado de las necesidades de tratamiento de colectivos específicos tales como personas con trastorno grave de conducta asociado a discapacidad intelectual, personas en situación de exclusión social extrema y menores con trastornos de comportamiento severos que se atienden en la red social.
- Realizar el seguimiento de los grupos de riesgo, impulsando acciones de prevención y sensibilización social.
- Dimensionar los servicios de atención psicológica a menores de edad y de apoyo a las familias.



5. Aproximación a un diagnóstico de situación de la atención sanitaria

- 5.1.** Nuestra comunidad ha desarrollado desde hace más de 25 años un modelo que ha permitido la creación de una red sanitaria de atención a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el sistema sanitario público.

La consolidación de un modelo comunitario de atención a la salud mental no ha acabado, sin embargo, con algunas formas tradicionales de prestación de servicios (hospitalización de larga estancia en hospitales psiquiátricos).

Dentro de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, la organización de la atención a la salud mental tiene la consideración de un subsistema de servicios dentro de la asistencia sanitaria y asume el marco normativo que regula las estructuras sanitarias, las prestaciones sanitarias, los derechos y deberes de la persona con enfermedad mental y los proveedores de servicios sociosanitarios.

La atención a los problemas de salud mental se realiza mediante una red de centros especializados. Esta red se articula en demarcaciones territoriales, dotadas de recursos asistenciales específicos, en las que los centros de salud mental (CSM) constituyen la puerta de entrada y el elemento clave para la articulación de la atención.

Existe una orientación hacia la hospitalización de agudos en hospitales generales, como forma de integración y de lucha contra el estigma, aún reconociendo iguales niveles de calidad a la asistencia realizada en el único hospital psiquiátrico con servicio de agudos de nuestra comunidad (Hospital de Zamudio). Se detecta una necesidad de mejorar la coordinación entre los centros de salud mental y las unidades de agudos, en general.

Se viene fomentando la implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada comarca sanitaria, sin perjuicio de que, por motivos de eficiencia, la atención a algunos trastornos de muy baja prevalencia y elevada gravedad (por ejemplo, trastorno mental grave en el ámbito infanto-juvenil) pueda centralizarse en unidades de referencia comunes a varias comarcas sanitarias.

El funcionamiento en red, la historia clínica integrada, el equipo multidisciplinar, diversos modelos organizativos específicos (incluyendo la gestión por procesos asistenciales) y la implicación de los usuarios y familiares en las tareas asistenciales favorecen la coordinación.

Aunque se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados, sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares y los recursos disponibles, sobre todo los de apoyo social, rehabilitación e inserción sociolaboral.

En la CAPV no existe un Servicio de Gestión Autonómica para Salud Mental propiamente dicho. Si existía la figura de un responsable autonómico de salud mental, si bien recientemente esta figura ha desaparecido.

Por lo que se refiere a los colectivos que son objeto de nuestro estudio, existen CSM infanto-juvenil (CSMI-J), hospitales de día infanto-juveniles (HDI-J), unidades de hospitalización breve infanto-juvenil (UHBI-J) y psicogerítricos (PG).

De acuerdo con la información de que disponemos, este sería el **cuadro-resumen de los recursos de la red sanitaria en materia de salud mental referidos a los años 2010 y 2011**.

* (1)	CSM	CSMI-J	UHB	UHBI-J	HD	HDI-J	UME	UPR	UR	UL	PG
2010	41	8	8	3	10	5	7	1	2	13	6
* (2)			(231)	(20)	(247)	(45)	(282)	(14)	(84)	(804)	(155)

Fuente: Observatorio de Salud Mental de la Asociación de Neuropsiquiatría.

2011	41	8	6	3	22	5	6	1	5	3	3
			(246)	(20)	(821)	(50)	(286)	(14)	(207)	(230)	(109)

Fuente: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

- * (1) Centros de salud mental de personas adultas (**CSM**) y centros de salud mental infanto-juvenil (**CSMI-J**) en los que se engloban además las toxicomanías, los equipos que atienden específicamente a trastornos de la conducta alimentaria y los que atienden a los primeros episodios psicóticos.
 Hospitales de día de personas adultas (**HD**).
 Hospitales de día infanto-juveniles (**HDI-J**).
 Unidades de hospitalización breve, tanto de hospital general como en hospital psiquiátrico (**UHB**) e infanto-juveniles (**UHBI-J**).
 Unidades de media estancia y de subagudos (**UME**) (en el caso de Gipuzkoa son concertadas).
 Unidad de psicosis refractarias (**UPR**).
 Unidades de rehabilitación (**UR**).
 Unidades de larga estancia (**UL**) (con diferentes denominaciones) (en el caso de Gipuzkoa son concertadas).
 Psicogerítricos (**PG**), (en el caso de Gipuzkoa son concertadas).
- * (2) Entre paréntesis, el número de plazas.

El distinto origen de las fuentes exige la debida cautela a la hora de emitir conclusiones sobre la evolución de estos dos años.

Por lo que se refiere a la atención a las drogodependencias, nos consta que existen un total de 32 dispositivos ambulatorios en los que se atienden las toxicomanías (en exclusiva o en el marco de un CSM) y 10 camas dedicadas exclusivamente a desintoxicaciones en hospital general, así como dos comunidades terapéuticas con ingresos de pacientes con toxicomanías exclusivamente.

Nos consta que la actual Dirección de la Red de Salud Mental de Bizkaia, en materia de atención al trastorno mental infanto-juvenil se ha propuesto reforzar los recursos profesionales en las diferentes comarcas (Ezkerraldea, Uribe, Bilbao, Comarca Interior).

5.2. En cuanto a la población de personas atendidas en la Red de Salud Mental, los datos con los que contamos, de 2009, nos permiten conocer el número



de niños, niñas y adolescentes atendidos pero no el de personas mayores de 65 años, que quedarían integradas en el conjunto de personas adultas atendidas. Como aproximación, contamos con un dato, de 2004 (ofrecido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud), de acuerdo con el cual la actividad asistencial en la población mayor de 64 años representaba, entonces, un 17% del total de pacientes atendidos/as. Es posible que este porcentaje se haya visto incrementado desde el 2004 hasta el momento actual. Exponemos, a continuación, los datos de 2009 a que hacíamos referencia:

RED DE SALUD MENTAL	PERSONAS ATENDIDAS
ADULTOS/AS	
Extrahospitalario	77.315
Hospitalización agudos	5.290
TRASTORNO MENTAL GRAVE	
Hospitalización	917
Estructuras residenciales	152
Actividades estructuradas de día	1.403
INFANTO-JUVENIL	
Extrahospitalario	7.130
Hospitalización	242

Fuente: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud 2009.

- 5.3. Sin perjuicio de los datos exactos con que se cuente cuando concluya la última oferta pública de empleo, en 2009 existían, aproximadamente, 290 facultativos/as médicos/as psiquiatras, 120 facultativos/as psicólogos/as clínicos/as y 350 diplomados/as en enfermería, de acuerdo con la información facilitada aquel año por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

No contamos con los datos relativos al número de **profesionales** que se dedican a los dos colectivos objeto de nuestro estudio en el conjunto de la CAPV pero sí podemos ofrecer los referidos a la atención de la salud mental infanto-juvenil en Bizkaia:

	TOTAL PACIENTES	PSIQUIATRAS	PSICÓLOGOS/AS	TMG ³	TOTAL FACULTATIVOS/AS
Uribe Kosta	995	3,7	1,8	1 ½	7
Ercilla	1.174	2,5	3	1 ½	7
Herribartarte	1.008				
Barakaldo	655				
Urban	1.663	4	3	--	7
Galdakao	1.327	4,4	2,1	1	7 ½
Subtotal	5.159	14,6	9,9	4	28 ½
Haurrentzat ⁴		1	3		4
CDET Ortuella ⁵		1	2		3
TOTAL		16,6	14,9	4	35 ½

Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza).

Estas son las cifras de facultativos (psiquiatras/psicólogos y psicólogas) de la red de Osakidetza, a lo que habría que sumar 2 psiquiatras de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto.

Además, el Departamento de Sanidad tiene un concierto con la asociación APNABI (Asociación de Padres de Afectados de Autismo y otros Trastornos del Espectro Autista de Bizkaia), para la atención de niños y adolescentes con trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). APNABI cuenta con una plantilla de 1 psiquiatra y 6 psicólogos/as.

La Diputación Foral de Bizkaia financia la atención temprana, que se hace en centros concertados.

Por otra parte, Osakidetza cubre el programa ADIN TXIKIKOAK, con personal de plantilla pero en jornada de tarde (el equivalente en tiempos de actividad sería de 1 psiquiatra, 2 psicólogos/as y ½ enfermera).

Este año se ha puesto en marcha el programa para primeros episodios psicóticos *LEHENAK* (atención a partir de los 14 años) que cuenta con grupos de apoyo familiar, tratamiento farmacológico y psicológico. El equipo de cada comarca está formado por un psiquiatra a jornada completa y psicólogo/a, enfermero/a y trabajador/a social, a media jornada.

Los datos sobre la dotación de personal sanitario para la atención de la salud mental infanto-juvenil parecen arrojar ratios adecuadas de atención (los datos de Bizkaia podrían ser extrapolables a Araba/Álava y Gipuzkoa). Aún así, algunos profesionales perciben que *“la atención en los dispositivos de salud mental es claramente insuficiente debido a la presión asistencial y a las intervenciones psicoterapéuticas que requieren mayor frecuencia y flexibilidad en el abordaje”*.

³ TMG: Programa de Tratamiento Intensivo para el Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil, con personal específico para el programa.

⁴ Centro concertado (cumple los mismos requerimientos que el resto de CSM de Osakidetza).

⁵ Centro de día educativo terapéutico: dos unidades diferenciadas (niños y adolescentes). Aparte del personal de Educación, cada uno de los centros está dotado con ½ psiquiatra, 1 psicólogo y 1 enfermera de salud mental.

- 5.4. En cuanto a la **demora media en primeras consultas** de psiquiatría, se establecen objetivos en relación al porcentaje de pacientes, tanto adultos como infanto-juveniles, con una demora menor de un mes en primera consulta con un estándar de más del 60%.

La Administración sanitaria nos informan que los resultados superan este objetivo con un porcentaje de pacientes en edad adulta atendidos/as antes de un mes, en primera consulta, del 88,5% y un porcentaje de pacientes infanto-juveniles atendidos/as antes de un mes, en primera consulta, del 78%. En el caso del diagnóstico de esquizofrenia, un 84% son atendidos/as en menos de 7 días tras el alta de hospitalización.

- 5.5. El proceso de **reubicación de pacientes psiquiátricos** se viene desarrollando gracias a tres líneas de actuación, fundamentalmente:

- El trabajo coordinado con los servicios sociales, con la finalidad de hacer posible la salida de pacientes psicogerítricos/as en los que la carga sea predominantemente social.
- La potenciación de estructuras comunitarias (servicios residenciales no hospitalarios y servicios de actividades estructuradas y de día) que permitan la desinstitucionalización de aquellos pacientes en los que las carencias sociosanitarias son uno de los motivos principales que generan estancias hospitalarias prolongadas.
- La reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas a la hospitalización.

En este aspecto, asistimos, de nuevo, a desequilibrios territoriales. Así, la desinstitucionalización de personas con enfermedad mental ha tenido una especial relevancia en Bizkaia, con una notable disminución de camas hospitalarias (de 512 camas, en 2009, a 436, en 2011), y la continuación con el plan de desinstitucionalización de pacientes geriátricos, iniciado hace 8 años, en coordinación con la Diputación Foral de Bizkaia (DFB). Según nos indica Osakidetza, en los últimos años, el número de camas en los hospitales psiquiátricos de Bermeo, Zaldibar y Zamudio ha ido decreciendo de forma sostenida, siguiendo una política de desinstitucionalización y de desarrollo de recursos comunitarios. La disminución de camas referida, motivadora del cierre de dos unidades residenciales, una en el Hospital de Zaldibar y otra en el Hospital de Bermeo, se ha llevado a cabo tras la progresiva desinstitucionalización de pacientes, en general psicogerítricos, hacia residencias normalizadas de mayores, y se ha realizado en colaboración con el servicio de personas mayores de la DFB.

La previsión para diciembre de 2012 situaría el número total de camas en 411. Desde 2009 las camas de agudos se han mantenido y las dedicadas a rehabilitación han crecido de 42 a 122. Las camas residenciales, de larga estancia y psicogerítricas, se han reducido de 337 a 172, en el marco de la referida desinstitucionalización.



- 5.6. Se encuentra accesible el documento relativo a la [Cartera de Servicios](#) de Gipuzkoa; este documento nos ofrece una adecuada aproximación a los dispositivos con los que la organización de servicios **Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa**, cuenta para la cobertura de la asistencia psiquiátrica exclusivamente extrahospitalaria en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, así como una descripción de las modalidades de atención, el flujograma del proceso de atención y las prestaciones ofrecidas.



6. Algunas cuestiones sobre la atención a la salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas mayores en los sistemas social, sociosanitario, educativo, sistema de protección y sistema de justicia juvenil

- 6.1.** Por lo que se refiere a las **estructuras residenciales no hospitalarias**, no contamos con datos desglosados por grupos de edad por lo que ofreceremos la información general para el conjunto de la población con problemas de salud mental.

De acuerdo con la información facilitada por Osakidetza en 2009, en la CAPV existían 280 plazas en pisos tutelados y 37 en pisos supervisados. Los datos de 2011 sitúan en 468 el número total de plazas en pisos tutelados y pisos supervisados. En 2009, se cifraba en 160 el número de plazas en minirresidencias y hogares; en 2011 se registran 90 plazas en minirresidencias. En 2009 contábamos con el dato del número de plazas en pensiones y hostales protegidos: 135. Este dato no consta para 2011. Se nos indica que el número de plazas en comunidades terapéuticas, en 2011, asciende a 30.

Las estructuras de este tipo pertenecen al espacio sociosanitario y la mayoría están gestionadas, como ya hemos indicado, por diversas asociaciones en regímenes muy variados y con distintas fuentes de financiación (diputación foral, Departamento de Sanidad, Osakidetza, etc.). La creación de nuevas minirresidencias sigue siendo una de las condiciones para que se produzca una desinstitucionalización progresiva de los pacientes de larga estancia en hospitales psiquiátricos.

- 6.2.** Los **niños, niñas y adolescentes en desprotección o riesgo de desprotección** requieren, en clara relación con el daño generado por la exposición a situaciones desestructuradas y desestructurantes en edades tempranas, atención más intensiva, generan mayor trabajo comunitario y de coordinación Interinstitucional (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, recursos sociales forales y municipales y equipos especializados concertados) teniendo generalmente trastornos mentales más severos y cuyo tratamiento requiere mayor duración.

En la tipología de recursos residenciales para menores en desprotección encontramos los programas especializados destinados a adolescentes con graves problemas de conducta, de salud mental o de consumos de drogas. La atención específica a los problemas de salud mental de estos/as adolescentes tutelados/as se ha canalizado, normalmente, hacia los servicios sanitarios ordinarios, con las limitaciones que la propia red sanitaria presenta.

- 6.3.** Respecto a la atención a los problemas de salud mental de **las y los menores infractores**, el convenio de colaboración entre el Departamento de Justicia y el de Sanidad cubre las necesidades de internamiento en situaciones de urgencia –en las unidades de agudos de los hospitales generales– cuya duración sea inferior a 3 o 4 semanas. Las necesidades de internamiento más



prolongadas no parecen encontrar respuesta en Osakidetza, donde no existe una red de recursos de media o larga estancia para adolescentes. Tampoco existe dicho recurso en la red privada y apenas se da fuera de la CAPV.

La atención ambulatoria de estas y estos menores en los centros de salud mental es la dispensada para la ciudadanía en general. En algunos casos se ha tenido que acudir a la contratación de terapeutas privados, al ser la cobertura del sistema público insuficiente. También se indica la ausencia de respuesta pública desde el ámbito de los servicios sociales o el sanitario en los casos en los que se hace necesaria una intervención que abarque al sistema familiar en su conjunto.

Al parecer, la atención sanitaria en toxicomanías a este grupo de población resulta insuficiente y, en ocasiones, se hace necesario complementarla con la asistencia a servicios de la red privada.

6.4. La presencia de trabajadoras y trabajadores sociales en la red sanitaria pública constituye una buena práctica para el desarrollo del espacio **sociosanitario**.

En 2010, la situación era la siguiente:

- 9 trabajadoras/es sociales en los centros de salud mental de Araba/Álava.
- 37 trabajadoras/es sociales en Bizkaia, de los cuales 5 corresponden al equipo de psiquiatría infantil.
- 14 trabajadoras/es sociales en Gipuzkoa (12 en centros de salud mental, 1 en equipo de psiquiatría infantil y 1 en unidad de rehabilitación psiquiátrica).

En los ámbitos municipal y foral, se han ido desarrollando una serie de programas en el marco de la atención y coordinación sociosanitaria, de especial incidencia en los colectivos que nos ocupan:

- Programas de atención a consumidores problemáticos de drogas.
- Programas de atención a personas extoxicómanas.
- Programas de atención para personas drogodependientes en situación de grave exclusión social.
- Programas que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con VIH-SIDA y su red familiar y social.
- Programas de atención psiquiátrica a personas sin hogar.
- Programas de atención a profesionales que desarrollan su tarea con determinados colectivos en situación o en riesgo de exclusión social.
- Programas de intervención con menores en situación o riesgo de desprotección.
- Atención a la población inmigrante con necesidad de atención sanitaria y social.
- Programas de intervención con colectivos de personas con mayor fragilidad social.



- Programas de formación en envejecimiento saludable.
- Programas de apoyo biopsicosocial de carácter comunitario.
- Establecimiento de alianzas con las asociaciones de personas afectadas y familiares.
- Programa de formación especializada dirigido a profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental.

6.5. Parece conveniente llamar la atención sobre la valoración que los servicios municipales de Gipuzkoa realizan sobre las dificultades de **coordinación** con los centros de salud mental infanto-juvenil, especialmente por lo que se refiere a los expedientes de valoración de las situaciones de riesgo de menores.

6.6. Casi la totalidad de las personas menores con problemas de salud mental se encuentran escolarizadas y, por tanto, son atendidas también en los servicios de **educación**, al menos en algunas de sus necesidades.

La respuesta a estas personas en el sistema educativo se encuadra dentro de la atención a las necesidades educativas especiales, pero carecemos de información concreta que indique cuántas de estas lo son por problemas derivados o asociados a problemas de salud mental. Los equipos multiprofesionales, formados por psicólogos/as, pedagogos/as y otras figuras profesionales de perfil educativo, elaboran sus diagnósticos y planes de actuación siguiendo sus propias categorías y criterios, no coincidentes con los utilizados por el personal sanitario. Tampoco nos consta que exista una explotación de las bases de datos de Educación y de Sanidad que permita su comparación.

Como ya indicábamos en el apartado 3, en el año 2008 se firmó un convenio de colaboración entre el Departamento de Educación y el Departamento de Sanidad/Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, para la atención de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales asociadas a la salud mental y cuyo objetivo fue la puesta en marcha de los centros terapéutico-educativos en los tres territorios históricos (dependientes de los centros territoriales de atención domiciliaria, hospitalaria y terapéutico-educativa), como ya indicamos anteriormente.

El proyecto pretende posibilitar la atención terapéutico-educativa a los menores con graves enfermedades mentales, en edad de escolarización obligatoria, que requieran una intervención específica en un período de tiempo definido (no se concibe como una unidad de larga estancia). Entre los requisitos de acceso se señalan:

- edad entre 6 y 16 años;
- matriculado/a en un centro escolar de la CAPV;
- patología mental grave, atendido/a en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil;
- gran dificultad de adaptación educativa, familiar y social;



- no estar diagnosticado/a con retraso mental;
- autorización expresa del padre, la madre o su representante legal;
- acuerdo de la comisión de valoración.

Existen 4 unidades en total con 40 plazas (30 de Educación Primaria y 10 de Educación Secundaria), atendidas por un equipo mixto de personal docente y sanitario. Para el curso 2010/2011 estas unidades contaban con 16 profesores/as y 8 especialistas de apoyo educativo; 4 técnicas de enfermería, 4 psicólogas y 4 psiquiatras a media jornada.



7. Aspectos relativos a la formación de los y las profesionales que trabajan con colectivos especiales de jóvenes y mayores con enfermedad mental

- 7.1. En opinión de esta institución, resulta imprescindible impulsar medidas formativas específicas para profesionales sanitarios, educativos, jurídicos, de los servicios sociales y de los medios de comunicación, con el fin de erradicar el estigma y la discriminación de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas mayores con problemas de salud mental.
- 7.2. Nos parece muy oportuno que las y los responsables de la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales se muestren receptivos/as a las demandas de las asociaciones de familiares y profesionales, y puedan servirse de su experiencia y conocimiento para llevar a cabo el trazado de sus políticas en esta materia.
- 7.3. Se hace necesario continuar con la labor de consensuar criterios diagnósticos y guías de práctica clínica con el fin de reducir la variabilidad clínica y mejorar la calidad de la atención. Así mismo, resulta necesario fomentar la investigación básica y aplicada en salud mental de los grupos objeto de nuestro estudio.
- 7.4. Consideramos preciso impulsar la creación de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, con sus correspondientes estructuras docentes y asistenciales.

En este sentido, parece oportuna la materialización del [Proyecto de Real Decreto por el que se crean nuevos títulos de especialista y se actualiza el sistema formativo de determinadas especialidades en ciencias de la salud.](#)

De acuerdo con su tenor literal, se incorporaría a nuestro sistema de formación sanitaria la especialidad de la Psiquiatría Infanto-Juvenil. El proyecto normativo considera esta especialidad muy significativa desde el punto de vista científico y social, y reconoce que existe un alto nivel de consenso sobre su creación en el sector profesional; consenso que viene avalado, asimismo, por la inclusión de la citada especialidad en la mayoría de los países de la Unión Europea (en 22 países, según relación contenida). Prevé también la constitución de la nueva Comisión Nacional de esta especialidad.

- 7.5. Como indicábamos en el apartado 0 de este informe, las especiales características biológicas, psicológicas y sociales de las personas mayores imprimen a sus enfermedades y problemas psicológicos unos aspectos diferenciales que han de ser abordados desde una perspectiva peculiar.

En tal sentido, conviene, cuando menos, realizar una reflexión sobre la conveniencia de impulsar el desarrollo de la especialidad de Psiquiatría



Geriátrica, con programas de formación específicos, estructura de carrera profesional y red de apoyo multidisciplinar.

En cualquier caso, consideramos necesario favorecer la formación de las y los profesionales en la atención psiquiátrica de la vejez y las peculiaridades de los problemas de salud mental de las personas mayores.



8. El nuevo modelo de atención temprana para la CAPV

El 28 de febrero de 2011, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria ha aprobado el documento relativo al [Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco](#).

Define la atención temprana como *“el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”*⁶.

El modelo aprobado constituye un documento de capital importancia en este ámbito, puesto que fija las pautas de actuación coordinada por parte de todos los sectores implicados –sistemas educativo, sanitario y social– y todas las instituciones afectadas. Es fruto del trabajo de una comisión creada al efecto e integrada por miembros de dichos sectores e instituciones.

El Modelo de Atención Temprana constituye un plan integral de atención y está dirigido a niños y niñas de entre 0 y 6 años de edad (amplía, por tanto el límite de edad). Su finalidad es ofrecer tratamiento para prevenir o evitar las situaciones de riesgo de los trastornos en el desarrollo infantil, así como para corregir, en todo o en parte, tales trastornos y paliar, en lo posible, sus consecuencias. Por tanto, tiene en cuenta a esas niñas y niños, a sus familias y a las y los distintos tipos de profesionales que intervienen en el proceso.

Según se indica en el documento, en la CAPV nacen en torno a 2.000 niñas y niños al año (aproximadamente, el 10%) necesitados de los servicios de atención temprana. Puede tratarse de trastornos en el desarrollo motriz, cognitivo, sensorial, en el lenguaje, la conducta, el desarrollo emocional, la expresión o de retraso evolutivo. Es de suma importancia ofrecer, cuanto antes, a esos menores y a sus familias, los recursos adecuados pues es en fases tempranas cuando interactúan múltiples factores biológicos y psicosociales, y se adquieren funciones muy importantes para la evolución futura.

La atención temprana se configura como una serie de actuaciones de carácter general, no centradas exclusivamente en los y las niñas, sino también en su entorno (en especial, los padres y madres). Su función no se circunscribe a la solución de un problema específico, sino que pretende desarrollar todo el potencial de las personas usuarias. De ahí que se trate de un modelo con una triple naturaleza, sanitaria, social y educativa, aunque integrado en el ámbito de los servicios sociales. Ello significa que, en función de las necesidades de cada caso, el proceso se centrará en uno de los tres sectores, no necesariamente de forma exclusiva, con una posible derivación posterior a alguno de los otros sectores en función de la evolución y las necesidades que puedan ir detectándose a lo largo del proceso.

⁶ FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA. *Libro Blanco de la Atención temprana*. 3ª ed. Real Patronato sobre la Discapacidad: Madrid, 2010. Documento 55/2005.



El modelo propone dos tipos de equipos de atención temprana: los de valoración y los equipos de intervención. Los primeros, realizan las valoraciones de reconocimiento de la discapacidad y/o dependencia, elaboran un plan de intervención y realizan su seguimiento. Habrán de estar compuestos, como mínimo, por un psicólogo/a, un médico/a y un trabajador/a social. Los equipos de intervención, por su parte, llevan a cabo las actuaciones necesarias para aplicar el plan de intervención y coordinar los diferentes recursos necesarios. Lo compone un equipo de profesionales del ámbito biopsicosocial dirigidos por un coordinador o coordinadora. Ambos equipos deberán trabajar de forma totalmente coordinada.

Además, al ser un modelo basado en tres sistemas –el de servicios sociales, el sanitario y el educativo–, se hará especial hincapié en que el eventual tránsito entre ellos sea fluido, sin que la integración en un nuevo entorno tenga que suponer alteración negativa alguna para las niñas y niños, ni una ruptura de vínculos con el anterior sector, pues, en definitiva, se propone un modelos integral de atención.

El modelo crea una comisión interinstitucional para su puesta en marcha, desarrollo y seguimiento, así como para su difusión entre la población. También se crea una comisión técnica permanente en cada territorio histórico, integrada por los tres sistemas, para el seguimiento.

El modelo propuesto se inspira, entre otros, en los siguiente principios: el derecho de las niñas y niños y de sus familias a la atención; la prevención y el tratamiento por parte de los tres sistemas citados; la universalidad; el carácter integral; la prontitud, agilidad y fácil acceso; la responsabilidad y financiación públicas, la homogeneidad en toda la CAPV, y la participación de las familias en las distintas fases de la atención.

Confiamos en que este documento va a contribuir eficazmente a desarrollar, de manera coordinada en toda la CAPV, la atención temprana, para su mayor eficacia, cobertura y atención adecuadas. De su materialización habremos de dar seguimiento en próximos ejercicios.

La recomendación 11.22 del informe extraordinario [La aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en la CAPV](#) hace hincapié en la necesidad de poner en marcha las medidas oportunas para la materialización de las propuestas y previsiones contenidas en dicho documento, lo que requerirá la creación y adaptación de los dispositivos correspondientes; la generación de los cauces adecuados de coordinación entre los sistemas social, sanitario y educativo; la dotación de los medios precisos para garantizar la ampliación de la atención hasta los 6 años; la aprobación de la normativa específica en los casos de Araba/Álava y Gipuzkoa y la adaptación de la existente, en el caso de Bizkaia⁷. Todo ello dirigido a la prevención, la detección precoz de los riesgos de las deficiencias y la consecución del máximo desarrollo físico, mental y social de las niñas y niños afectados.

⁷ A la fecha de cierre de este informe y con motivo de la tramitación de una queja por esta institución, la Diputación Foral de Bizkaia ha modificado el anterior decreto ampliando la atención hasta los 6 años.

9. Especial mención a la atención residencial y diurna de personas mayores con problemas de salud mental

La CAPV dispone de una regulación autonómica de los servicios residenciales y de los centros de día para las personas mayores dependientes. Ambas normativas fueron aprobadas hace ya algunos años y las condiciones que establecen han quedado superadas a día de hoy, por lo que se hace precisa su actualización mediante la aprobación de los correspondientes nuevos decretos sobre requisitos materiales y funcionales de los centros residenciales.

Entendemos que esta actualización se realizará una vez que el Gobierno Vasco apruebe, mediante decreto, la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales a la que nos referíamos en el apartado 2 de este informe.

Los **servicios residenciales** para las personas mayores están regulados en el Decreto 41/1998, de 10 de marzo. Admiten a personas a partir de los 60 años de edad. Esta norma realiza una breve mención al trastorno mental (anexo II: *Requisitos materiales y funcionales específicos para las residencias*) en dos aspectos concretos:

- Por un lado, al referirse a los requisitos de las habitaciones (especificación técnica nº 6), se indica que *“en el caso concreto y exclusivo de aquellas personas residentes con trastornos psíquicos que puedan alterar la normal convivencia del centro y estén necesitadas de cuidados especiales, el diseño de la habitación destinada a las mismas podrá experimentar alguna desviación con respecto al definido en el apartado A, tendente a mejorar la seguridad y la atención de estas personas”*. El apartado A se refiere a las condiciones generales de las habitaciones.
- Por otro, al referirse a la programación (especificación técnica nº 11) se señala que el centro contará con un *“programa anual de actividades, organizadas y diversas, con indicación de los objetivos, calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistemas de evaluación”* y añade que *“con carácter específico e idénticas indicaciones, existirá un programa de animación socio-cultural y, en su caso, un programa de prevención y tratamiento para las personas con confusión mental”*.

Los **centros de día** están regulados mediante el Decreto 202/2000, de 17 de octubre. Podrán acceder a estos centros las personas mayores de 60 años que presenten dificultad de grado medio o alto para la realización de actividades de la vida cotidiana *“ya sea por causas físicas o psíquicas”*.

La ratio de personal de atención directa, en estos centros, para personas usuarias *“diagnosticadas de demencia”* es la mayor: 1 profesional por cada 5 personas usuarias.

No obstante, el decreto excluye de su ámbito a las personas con trastornos de conducta. Así, el artículo 2.2, sobre el perfil de las personas usuarias, indica: *“Con carácter general quedará excluida la posibilidad de acceso al centro de día a las*



personas mayores que necesiten atención sanitaria intensiva y las que padezcan trastornos conductuales que pudieran dificultar gravemente la convivencia u originar algún tipo de riesgo para el resto de personas usuarias”.

En los centros mencionados existen unidades de psicogeriatría para personas con trastorno cognitivo grave.

El Decreto 64/2004, de 6 de abril, aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales de la CAPV y el régimen de sugerencias y quejas. Uno de los derechos reconocidos es el derecho a la dignidad, que incluye el derecho a ser tratado de forma individualizada y personalizada, con respeto pleno a sus necesidades y no ser discriminado por, entre otras, su discapacidad psíquica o cualquier otra condición (artículo 5).

Dado que las competencias en materia de servicios sociales están transferidas a las diputaciones forales, estas han regulado diversos aspectos que conciernen a los servicios de atención a las personas mayores; en concreto, residencias y centros de día.

9.1. Los centros residenciales y centros de día en Gipuzkoa están regulados mediante el Decreto Foral 20/2002, de 30 de abril, por el que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas para personas mayores dependientes en Gipuzkoa, modificado por el Decreto Foral 43/2006, de 10 de octubre.

Se accede a partir de los 60 años. Entre los requisitos, no se indica nada en relación con el estado cognitivo, pero sí se indica que la persona solicitante ha de *“ser considerada persona apta para la red social en base a los criterios establecidos por el Departamento para la Política Social”* (artículo 5.1). Estos criterios no se han hecho públicos. Destacamos que este texto procede de la modificación introducida en 2006. Anteriormente, en el DF 20/2002, se recogía, entre los requisitos de acceso, *“no padecer trastornos de conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el establecimiento, salvo en casos de centros que estén preparados específicamente para atender a las personas con este tipo de problemática”.*

Esta diputación ha trabajado de manera especial el aspecto relativo a la atención de las personas mayores con deterioro cognitivo y dispone de una norma que determina las condiciones que han de cumplir las unidades de psicogeriatría de los centros residenciales, tanto propios como concertados. Se trata de la Orden Foral 394/2006, de 2 de junio, modificada por la Orden Foral 1425/2008, de 30 de setiembre.

Cuando se aprobó esta norma, en 2006, se justificó alegando que más del 40% de las personas atendidas en residencias en Gipuzkoa presentaban procesos demenciales en alguno de sus diversos estadios, representando la primera causa de ingreso en un centro residencial. El decreto define las unidades de psicogeriatría como aquellos módulos específicos y diferenciados dentro del propio centro residencial, que se distinguen, entre otras cosas, por

“prestar atención a personas residentes afectas de procesos demenciales (Alzheimer, demencias vasculares y otras) que presenten algún trastorno del comportamiento, tales como: gritos, agitación psicomotriz, deambulación incontrolada, riesgo de agresividad, insomnio grave o posibilidades de fuga, entre otros”.

La norma señala que estas unidades han de proporcionar un ambiente lo más parecido posible a un domicilio particular y, así, establece los requisitos materiales, funcionales y de personal. Los primeros –materiales– se refieren a su estructura física, número de plazas (15 personas máximo), distribución del espacio y los elementos ambientales. Los segundos –requisitos funcionales– contemplan diversos aspectos de funcionamiento. Se tiene en cuenta que el ingreso en estas unidades puede comportar limitaciones de los derechos individuales, para lo cual establece ciertas medidas específicas, como autorizaciones para la aplicación de medidas de contención. Por último, entre los requisitos de personal, además de las categorías habituales en cualquier centro, se incluyen la de psicólogo/a (1 hora diaria/unidad) y psiquiatra (2 horas mensuales/unidad). Cuando no es posible la presencia de psiquiatra, las horas asignadas deberá cumplirlas el médico o médica del centro. Se añade que el personal deberá adquirir las habilidades suficientes para tratar con personas con trastornos cognitivos, alteraciones del comportamiento y otras, teniendo importancia relevante las técnicas conductuales (artículo 5.2).

En esta línea, la Diputación guipuzcoana organiza cursos de formación dirigidos al personal de atención directa en centros de personas mayores con demencia y deterioro cognitivo. Igualmente, otras entidades organizan cursos de formación en este sentido. Así, por ejemplo, dos entidades vascas sin ánimo de lucro (la Fundación Asmoz y Matía Innova) organizan, con la colaboración del Gobierno Vasco, un curso sobre [“La atención a personas con demencia. Importancia de la actitud en la atención”](#). Se enmarca dentro del programa de [atención gerontológica centrada en la persona](#) y está dirigido a profesionales de atención directa a este tipo de personas.

Por otro lado, esta Diputación, en coherencia con lo señalado, exige a los centros con los que concierta que ofrezcan determinados servicios. Entre los relativos a la ayuda personal, figuran los referentes a ayudas para el manejo de trastornos del comportamiento y, en ellas, se incluye el *“tratamiento para el exceso y/o inhibición de conducta, apoyo en contención”*. Así consta en el Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes.

- 9.2. En Bizkaia, el acceso al **servicio público residencial** se regula mediante el Decreto Foral 29/2009, de 24 de febrero, modificado por el Decreto Foral 163/2009, de 1 de diciembre. Prevé el acceso a estos centros a partir de los 60 años e, incluso, a partir de los 50 en el caso de personas que, por sus circunstancias, puedan equipararse a las de 60 o más. Excluye expresamente de este acceso a quien *“padezca trastornos graves de conducta y/o comportamientos que puedan distorsionar gravemente el funcionamiento del*

centro o la normal convivencia en el mismo, no controlables con los medios propios de este tipo de centro residencial para personas mayores". Estos motivos lo serán también de baja residencial, temporal o definitiva, cuando se den de forma sobrevenida al alta (artículo 10.e.). La baja se realizará mediante el oportuno procedimiento y contando con el dictamen de la Comisión Técnica de Personas Mayores. Para el ingreso en el centro se requiere autorización de la persona afectada *"en condiciones inequívocas de validez jurídica"* y cuando la persona no esté en condiciones de darla, por presunta incapacidad, se deberá aportar la solicitud de autorización judicial para el ingreso.

Respecto a los **centros de día** (Decreto Foral 145/2001, de 22 de agosto) se admite a personas que "presenten patología psiquiátrica y no requieran de internamiento en un centro específico, ni planteen problemas importantes de convivencia" (artículo 3). Sin embargo, excluye a quienes "padezcan trastornos graves de conducta y/o comportamientos agresivos u otro tipo de trastorno, que requieran ser atendidos en un centro diferente al centro de día".

- 9.3. En **Araba/Álava**, entre los requisitos de acceso a las **residencias** para personas no dependientes, (DF 45/2007, de 8 de mayo) se encuentra el de superar los 65 años y disponer de un informe favorable del órgano valorador o subdirección técnica correspondiente (artículo 3). Quedan excluidas las personas que padezcan *"trastornos graves de conducta y/o comportamientos agresivos que deban ser atendidos por los recursos psiquiátricos de la red sanitaria"* (artículo 8.b.)

En lo que respecta a los dependientes (DF 39/2007, de 24 de abril), no dice nada al respecto.

En cuanto a los **centros de día**, nos consta que existe uno específico para personas afectadas de Alzheimer.

Esta Diputación ha convocado, en 2011, ayudas económicas destinadas a empresas gestoras de servicios de ayuda a domicilio y a residencias privadas de personas mayores, para la realización de actividades formativas dirigidas a sus profesionales, relacionadas con la enfermedad de Alzheimer y/o con otros tipos de demencia.

- 9.4. Las personas mayores sometidas a **restricciones físicas o farmacológicas** se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima que exige que su aplicación responda a criterios objetivos y contrastados, concurrencia, en su caso, del consentimiento informado, prescripción facultativa y una serie de garantías dirigidas a salvaguardar sus derechos. La aplicación de estas medidas habrá de constituir, en todo caso, un último recurso tras constatar el fracaso de otras medidas establecidas previamente.



10. Especial mención a los trastornos de conducta, trastornos de la personalidad, y trastornos de déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes

10.1. Los y las profesionales de servicios sociales de infancia en desprotección y justicia juvenil con los que hemos mantenido contacto (visitas, reuniones de programas y servicios, etc.) constatan la creciente presencia de chicos y chicas con **trastornos de conducta**. Traslada las dudas que tienen sobre:

- si son problemas de salud mental propiamente dichos o “solo” malestar emocional muy intenso que manifiestan con conductas disruptivas, violentas (gritar, romper cosas), de confrontación intensa con la autoridad, etc. y también relacionadas con su etapa adolescente;
- quién ha de diagnosticar estos problemas, porque su percepción es que el sistema sanitario dice que son “subclínicos” y no lo hace, abriendo la puerta a que se catalogue como trastorno de conducta cualquier comportamiento que tensione los recursos;
- los apoyos necesarios para que, independientemente de si son más o menos clínicos, se pueda intervenir y ayudar a los chicos y chicas a su desarrollo personal desde esta dificultad. Entienden que el papel de sanidad es inexcusable y que no lo perciben.

Según la información obtenida en nuestra relación con los recursos de servicios sociales para infancia en desprotección especializados en problemas de conducta, solventan sus necesidades terapéuticas con consultas en la red extrahospitalaria (frecuencia bimensual, como mucho) y, fundamentalmente, gabinetes privados con los que la administración tiene concertados servicios. Desde aquí se establecen algunas pautas de intervención (programas de modelaje y habilidades psicosociales, fundamentalmente) que los educadores y educadoras de los recursos residenciales siguen incorporándolas a los momentos de vida cotidiana.

10.2. A continuación, exponemos las principales conclusiones de la investigación publicada en 2010 (sobre datos de 2007) por Osakidetza [Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia:](#)

- Los trastornos de conducta en la adolescencia son una patología muy frecuente (algunos datos hablan de que afectan al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres) y grave que menoscaba el funcionamiento de la o el adolescente y ensombrece su desarrollo y futuro.
- No existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos de conducta en el/la adolescente en nuestro medio. Los datos de esta investigación son la primera evidencia y reflejan su alta frecuencia: son el motivo de consulta del 25-40% de los y las adolescentes que se atienden en los dispositivos de salud mental extrahospitalarios y la causa de ingreso psiquiátrico del 47-76% de las y

los adolescentes atendidos en las unidades de psiquiatría infanto-juvenil hospitalarias.

- No existen programas específicos de tratamiento para adolescentes con trastornos de conducta, ni en la CAPV, ni en el ámbito nacional que engloben el abordaje intra y extrahospitalario.
- Los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad con base en diferentes investigaciones en el ámbito internacional son programas conductuales de manejo de contingencias, modelos cognitivos de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y en habilidades sociales (recomendando ser realizados en entornos grupales), entrenamiento a padres y madres para el manejo conductual de sus hijos e hijas, terapia de familia funcional y terapia multisistémica.
- El Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta que proponemos incluye un abordaje coordinado tanto intra como extrahospitalario. Está diseñado en módulos de tratamiento en función de las necesidades de cada caso. Incluye los abordajes terapéuticos que han demostrado su efectividad. Los módulos que lo componen son los siguientes: (1) módulo de hospitalización psiquiátrica completa, (2) módulo de hospitalización psiquiátrica parcial, (3) módulo de tratamiento individual (psicoterapéutico y psicofarmacológico), (4) módulo de entrenamiento grupal en habilidades psicosociales, (5) módulo de intervención con padres y madres, (6) módulo de psicoterapia familiar sistémica.

A fecha de hoy, no tenemos noticia de que esta propuesta se haya puesto en marcha o tenga visos de hacerlo.

- 10.3. Algunas voces hablan de la prescripción excesiva de psicofármacos en la infancia, adolescencia y juventud e incluso de una innecesaria categorización de lo que podría entenderse como malestar e inadaptación en el concepto de trastorno.

Refieren que ello tal vez supedita la atención a parámetros de carácter psiquiátrico en lugar de favorecer el **impulso de medidas integradoras**, de desarrollo global de la persona o un abordaje del problema como oportunidad, desde la perspectiva de la **psicoterapia**.

Surge en este contexto, pues, la necesidad de "crear servicios en salud mental adecuados a las necesidades de niños y niñas, adolescentes y jóvenes, que les resulten atractivos (OMS Adolescent friendly health services. An agenda for change. World Health Organization. 2002) cercanos, participativos, en los que puedan sentirse escuchados y escuchadas y en los que se les otorgue un papel activo en la gestión de su malestar y las soluciones, espacios que garanticen la privacidad, intimidad y confidencialidad".

- 10.4. Las y los profesionales consultados coinciden en la dificultad del manejo de los **trastornos de personalidad**, la falta de circuitos reales de atención a



pacientes que son frequentadores de los servicios de urgencias de los hospitales generales y que ingresan con frecuencia en las unidades de agudos, donde no se puede ofertar una alternativa terapéutica a menos que se encuentren afectados/as por una patología dual, consumo de alcohol o de tóxicos, o trastorno de la conducta alimentaria, en cuyo caso se incorporarían los dispositivos existentes.

En el informe de evaluación [Abordajes de los trastornos de la personalidad en la Red de Salud Mental del País Vasco](#) publicado por OSTEBA (en el marco del plan de actuación para este tipo de trastornos), se recomendaba la creación de una Unidad Piloto de Asistencia, Formación e Investigación de Trastornos de Personalidad (centro comunitario extrahospitalario) como herramienta indispensable para la mejora de la atención de este tipo de trastornos.

En sede parlamentaria, el año pasado, fue manifestada por el consejero de Sanidad y Consumo la voluntad de poner en marcha este proyecto y las dificultades económicas que impedían su inmediata materialización.

Solicitada información recientemente, nos informan de que esta previsión no se ha materializado aún.

Consideramos conveniente poner en marcha este tipo de estructuras y retomar el proyecto o adaptarlo, en su caso. Ello iría en la línea del cumplimiento de las propuestas de acción planteadas en la Estrategia en Salud Mental de la CAPV ESM-2010 (objetivo específico 4.1., prioridad 1; objetivo específico 4.4, prioridad 2; objetivo específico 4.5 prioridad 2), en el ámbito de la atención de los trastornos de la personalidad.

- 10.5.** En cuanto a los **trastornos de déficit de atención e hiperactividad**, estos trastornos tienen una especial incidencia en la infancia y la adolescencia, y su carácter crónico parece estar suficientemente probado. Así, de acuerdo con la información que manejamos, estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60% y el 75% de las y los niños con TDA-H continúa presentando síntomas hasta la vida adulta.

Según la información de que disponemos, la mayoría de los niños y niñas que padecen estos trastornos tiene baja autoestima, irritabilidad e incluso síntomas de depresión que permanecen ocultos tras una máscara de apatía, dejadez e, incluso, conducta desafiante. Parece existir un riesgo cierto de no finalizar la Educación Secundaria, desarrollar cuadros severos de problemas de conducta o iniciar conductas conflictivas, si no les ofrecemos una atención adecuada. Un 25% de quienes sufren estos trastornos incurrir en actos de relevancia penal, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta. La impulsividad no conduce a estos niños hacia la autonomía, sino al riesgo y la vulnerabilidad.

Las quejas que han llegado a la institución lo hacen desde el ámbito educativo y del de la protección a la dependencia.

En el primero de los casos, algunos padres y madres consideran que no se ha prestado la atención específica que sus hijos e hijas con TDA-H necesitan: dedicar más tiempo a las tareas (repetir la lectura, leer con ellos/ellas y cerciorarse de su comprensión), posicionarles en primera línea para que mantengan mejor la atención al profesor, hacer pausas que les permitan moverse, etc. En algunos casos, incluso, manifiestan cierta “presión” para que controlen a su hijo/hija, medicándole más, si es preciso.

En el segundo, las quejas relacionadas con la atención a la dependencia de estos y estas menores, se refieren a la disconformidad con el grado y nivel obtenidos en la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia. En nuestra opinión, sería conveniente aplicar el baremo de valoración de la dependencia (BVD) mediante un análisis contextualizado que tenga en cuenta, en mayor medida, la necesidad de otro tipo de apoyos a la autonomía personal como los relacionados con las dificultades cognitivas, de tipo conductual, de autodeterminación personal o de comprensión del entorno social. De hecho, expertos en la materia remarcan la necesidad de una dedicación constante y una atención continuada a estos menores en el ámbito familiar, con una intensidad muy superior a la que precisan niños y niñas de su misma edad.

Por otro lado, contamos con ciertas “alertas” trasladadas por profesionales de la educación, los servicios sociales y servicios terapéuticos. Con mayor o menor intensidad trasladan la preocupación de lo que entienden un sobrediagnóstico de esta dolencia, propiciado por una sociedad que, cada vez más, demanda niños y niñas que estén formales y atentos durante largos espacios de tiempo y en contextos muy limitadores de su expresión corporal y movimiento.

Además, según su opinión, se está dando una exclusiva atención farmacológica del problema, buscando la desaparición del síntoma de “excesivo movimiento”. Esta medicación calma a los niños y niñas, pero a costa de rebajar su capacidad de respuesta a los estímulos y, en definitiva, de interactuar con el medio, lo que concluye en dificultades para el aprendizaje y la experimentación personal.



11. Nota final: el necesario apoyo institucional al tercer sector

Por último, deseáramos hacer notar que el tratamiento que le hemos dado a esta cuestión se centra fundamentalmente en la atención que ofrecen nuestras administraciones públicas; por tal motivo, no hemos abordado el extraordinario trabajo que en la CAPV desarrollan numerosas **entidades sociales sin ánimo de lucro** en materia de atención a la salud mental de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mayores, con relación a diferentes problemáticas (autismo, Alzheimer, parálisis cerebral, enfermedad mental, drogodependencias, trastornos diversos, etc.) y gran eficacia.

Por tal motivo, nos parece imprescindible el apoyo institucional a tales entidades.

En algunas ocasiones detectamos que las convocatorias anuales de ayudas y subvenciones se efectúan con el año muy avanzado, lo que constituye una mala práctica administrativa que ha de ser superada. Ello perjudica el mantenimiento de los programas o servicios ofrecidos por las asociaciones, de indudable valor para la mejora de la calidad de vida de quienes padecen los problemas mencionados. La estabilidad y continuidad de dichos servicios y programas ha de verse garantizada por el departamento concernido mediante la publicación y resolución de las convocatorias en los primeros meses del año, así como mediante el impulso de vías de ayuda y colaboración que superen el reducido marco temporal del año presupuestario y ofrezcan una mayor seguridad (créditos de compromiso plurianual, convenios a medio plazo, etc.).



12. Conclusiones y recomendaciones del Ararteko. Sinopsis

La salud mental de los colectivos que son objeto de nuestro estudio requiere de una **atención específica** con intervenciones y estrategias diferenciadas, propias de cada etapa vital.

Con base en el análisis de las quejas ciudadanas, la información recabada de las administraciones concernidas, los estudios de campo realizados con ocasión de la elaboración de diversos informes extraordinarios, y el contacto con colectivos y asociaciones que operan en este ámbito, concluimos que, en los últimos años, la CAPV ha experimentado una **notable pero insuficiente evolución** en la protección y atención de las personas mayores y la infancia, adolescencia y juventud con problemas de salud mental, colectivos todos ellos especialmente vulnerables.

En estos años hemos asistido a un remarcable **impulso en la creación, implantación y mejora** de centros de salud mental para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de hospitalización breve, hospitales de día para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de media estancia, unidades de rehabilitación y psicogerítricos, así como a la paulatina creación y ampliación de estructuras residenciales no hospitalarias como pisos tutelados, pisos supervisados, minirresidencias, hogares, comunidades terapéuticas, pensiones y hostales protegidos, todo ello en el marco de un inacabado proceso de desinstitucionalización.

La **adopción de normativas, protocolos de actuación e instrumentos de planificación**, así como la **suscripción de diversos convenios** entre las administraciones concernidas y la **instauración de buenas prácticas de coordinación sociosanitaria**, han supuesto una notable –aunque todavía insuficiente– contribución en el proceso que tiene como fin último la rehabilitación psicosocial, el empoderamiento y la efectiva integración social de estos colectivos.

Así pues, seguimos registrando **déficits, necesidades no atendidas y lagunas** en la atención y la protección de jóvenes y mayores con problemas de salud mental.

Planteamos, por tanto, una serie de **áreas de mejora** en las que entendemos es preciso incidir por parte de las administraciones públicas vascas:

12.1. Reconocimiento de los derechos y principio de responsabilidad pública en la atención sociosanitaria de estos colectivos

12.1.1. Un buen número de **instrumentos jurídicos** del ámbito autonómico, estatal e internacional reconocen los derechos de estos colectivos y la correspondiente responsabilidad que han de asumir las administraciones públicas en la dispensa de su adecuada atención. En tal sentido, el problema no se encuentra en la **falta** de regulación sino en la ausencia de una adecuada **implementación**.



12.1.2. Resulta urgente **desarrollar la cartera de servicios** del sistema nacional de salud en todas aquellas cuestiones específicas de la atención a jóvenes y mayores con problemas de salud mental y, consiguientemente, garantizar la información a la ciudadanía sobre sus derechos, y los recursos, servicios y prestaciones existentes.

12.1.3. La elaboración de instrumentos de planificación estratégica relativos a los colectivos de jóvenes y mayores, se revela como una herramienta imprescindible para la dispensa de una atención adecuada. Es imprescindible **favorecer la ejecución** de estos planes e incluir en ellos, con claridad, los programas proyectados, los plazos de ejecución, la dotación presupuestaria y consiguiente asunción de compromisos institucionales, la adecuada metodología y los indicadores de evaluación que van a ser utilizados, así como promover fórmulas que garanticen su **cumplimiento**.

12.1.4. La **materialización** de las previsiones contenidas en la [*Estrategia en Salud Mental de la CAPV \(ESM-2010\)*](#) es **insuficiente**. Se hace necesario **impulsar el cumplimiento** de esta estrategia, con atención especial a los siguientes objetivos y acciones:

- Objetivo específico 4.14, en cuanto a la elaboración de una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad.
- Objetivo específico 4.1, prioridad 1; objetivo específico 4.4, prioridad 2; objetivo específico 4.5 prioridad 2, en el ámbito de la atención de los trastornos de la personalidad.
- Las 27 acciones destacadas en el apartado 4.4 de este estudio.

12.2. Coordinación inter e intrainstitucional y con el resto de los agentes implicados

12.2.1. Resulta indispensable que las **distintas redes** que han de operar en esta materia con el fin de atender de manera integral y multidisciplinar a los colectivos referidos –la red sanitaria (salud mental y drogodependencias), de servicios sociales, educativa, de justicia, empleo, vivienda, etc.– se encuentren **debidamente coordinadas** y garanticen una **efectiva continuidad asistencial**. En tal sentido, se hace necesario crear espacios de coordinación interinstitucional estables, así como regular y protocolizar adecuadamente dicha coordinación interinstitucional y, en los supuestos en que ya existen tales instrumentos jurídicos, asegurar su correcto cumplimiento.

De manera especial resulta imprescindible **desarrollar** el denominado **espacio sociosanitario** en todas sus vertientes, incluida la del



impulso de los convenios de colaboración entre el Gobierno Vasco y las diputaciones sobre prestación y financiación de los servicios sociosanitarios, con el fin de garantizar, entre otras, prestaciones de servicios de asistencia psiquiátrica rehabilitadora en centros residenciales, centros de día psicosociales, centros ocupacionales o unidades residenciales sociosanitarias, así como dimensionar adecuadamente los recursos comunitarios de carácter intermedio.

Hay una **población** de personas usuarias con enfermedad mental, en recursos de la red de **inserción social**, centros residenciales de **menores con problemas severos de conducta** y en **unidades psicogerítricas** de centros gerontológicos que precisan una mejora de la coordinación de la atención entre ambas redes.

A menudo percibimos que las relaciones y acciones entre salud mental, atención primaria y servicios sociales dependen mucho de la sensibilidad individual de las y los distintos profesionales, y no de acuerdos coordinados y compartidos, cuya articulación es preciso promover, al igual que resulta imprescindible promover la **formación, la investigación y la innovación en este ámbito sociosanitario**.

- 12.2.2. Igualmente, **en el seno de cada red ha de asegurarse la adecuada coordinación entre los distintos servicios**: atención sanitaria primaria y especializada; centros de salud mental y unidades de agudos; dispositivos de salud mental infanto-juvenil y de adultos; servicios sociales de base y servicios de atención especializada – mayores, atención temprana, desprotección, dependencia, discapacidad, etc.–; atención a la salud mental y atención a la drogodependencia, etc.
- 12.2.3. Se hace preciso impulsar la **coordinación** de los correspondientes **programas y procesos de asistencia** de aquellos trastornos que presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica (es el caso, por ejemplo, de la **comorbilidad** existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y los de la personalidad o los supuestos de patología dual).
- 12.2.4. La **coordinación y colaboración** con las **asociaciones y entidades sociales** del sector de manera estable, el trabajo conjunto con las **familias** y el apoyo a estas resulta imprescindible en todo proceso terapéutico y de integración de los dos colectivos objeto de nuestro análisis. Conviene otorgar mayores cotas de **participación** a estos agentes en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales.



12.3. Promoción y prevención

Ha de otorgarse máxima prioridad a los programas de **promoción de la salud mental infanto-juvenil y de personas mayores**, así como de **prevención** –con especial incidencia en actuaciones de prevención selectiva y análisis de factores de riesgo– y **detección precoz** de los trastornos mentales en estas fases vitales.

12.4. Desinstitucionalización, desarrollo de los recursos comunitarios y atención

12.4.1. La desinstitucionalización de personas con enfermedad mental (con diferente incidencia en nuestros territorios) constituye un **proceso inacabado** que requiere del **impulso de los recursos comunitarios**, aspecto en el cual las carencias son manifiestas.

Los dispositivos sanitarios y sociales dirigidos a estos colectivos (mayores e infanto-juvenil) resultan todavía **insuficientes**, en especial por lo que se refiere a los **servicios de promoción de la autonomía personal, los recursos residenciales de alta dependencia psiquiátrica** y las **estructuras intermedias**: hospitales o centros de día, recursos de alojamiento con distinto grado de supervisión, centros ocupacionales, comunidades terapéuticas, clubes sociales y recursos de rehabilitación psicosocial.

Nuestras administraciones públicas deben realizar un especial esfuerzo por favorecer la creación de dichas estructuras y el mantenimiento de las existentes.

Merece especial mención la **preocupante insuficiencia de recursos de alojamiento con distinto grado de supervisión**. Para hacer frente a esta problemática resulta urgente reforzar la puesta en marcha de iniciativas que favorezcan los **acuerdos entre las diferentes administraciones concernidas** (administración sanitaria, de servicios sociales y de vivienda, con la consiguiente implicación de los niveles autonómico, foral y municipal). Se hace preciso también que la **gestión del parque de viviendas de titularidad pública** contemple esta necesidad mediante los diferentes cauces de que dispone y le dé una **respuesta adecuada**.

12.4.2. Es necesario garantizar una **adecuación de los modelos de intervención** ofrecidos por las administraciones públicas para afrontar tanto el envejecimiento de la persona con enfermedad mental, como la **enfermedad mental** con graves trastornos de conducta en la **vejez**. Ello exige una progresiva adaptación de los recursos existentes y la creación de nuevos servicios específicos.



- 12.4.3. Insistimos en la necesidad de **aplicar el Baremo de Valoración de la Dependencia** mediante un análisis contextualizado **que tenga en cuenta, en mayor medida, la necesidad de otro tipo de apoyos a la autonomía personal** como los relacionados con la capacidad mental, el grado de iniciativa en la realización de las tareas y las dificultades cognitivas, de tipo conductual, de autodeterminación personal o de comprensión del entorno social.

Consideramos urgente que las administraciones concernidas se **replantéen** (de cara a la publicación del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales) los **requisitos de acceso a las prestaciones y servicios de atención a las personas con problemas de salud mental**, pues la exigencia de una determinada gradación de dependencia podría arrojarnos a un escenario de desatención nada deseado. En tal sentido, resulta oportuno situar el **acceso a dichas prestaciones y servicios a partir de la situación de riesgo de dependencia, situación que habrá de ser valorada por el instrumento que se considere más fiable**. En cualquier caso, tal herramienta habrá de permitir valorar adecuadamente todas las situaciones de riesgo de dependencia, con especial mención de las motivadas por la enfermedad mental, incorporando nuevas dimensiones relacionadas con la autonomía personal, la participación y la comunicación.

- 12.4.4. La **atención psicoterapéutica** ofrecida desde la red pública a estos colectivos resulta deficitaria por lo que es preciso fomentar su acceso y disfrute.

- 12.4.5. Se hace necesario dotar de más recursos a los **equipos de tratamiento asertivo comunitario** fomentando el acceso a este tipo de recurso.

Es preciso reforzar la intervención en medio abierto de profesionales del ámbito de la psiquiatría para la atención de jóvenes y mayores **con enfermedad mental en situación de exclusión social extrema** que no acuden a los centros de salud mental (personas sin hogar, toxicómanos refractarios al tratamiento, etc.).

- 12.4.6. Es preciso favorecer la habilitación de programas y dispositivos adecuados para atender diversas **situaciones clínico-asistenciales que no encuentran la debida respuesta**: trastornos de personalidad y trastornos graves de la conducta.

En tal sentido resulta urgente la puesta en marcha de la proyectada unidad especializada en trastornos de la personalidad en su modalidad de centro de día, en el ámbito de la CAPV, así como del



Programa de Tratamiento Intensivo para Adolescentes con Trastornos de Conducta de abordaje coordinado intra y extrahospitalario.

- 12.4.7. Parece adecuado reconsiderar el modelo actual de atención de la salud mental en el ámbito penitenciario de acuerdo con tres espacios diferenciados, como se indica en el apartado 1.9 de este estudio.
- 12.4.8. Se hace necesario suplir la laguna existente con relación a recursos de media o larga estancia para menores infractores/as con necesidades de internamiento prolongado.
- 12.4.9. Procede continuar favoreciendo e intensificando la dotación de recursos personales y materiales al **sistema educativo** en materia de orientación pedagógica, formación del profesorado, coordinación con las familias y los sistemas sanitario y social, todo ello dirigido a la adecuada prevención, detección y atención de los trastornos mentales en menores.

12.5. Formación, investigación e información

- 12.5.1. Se considera imprescindible favorecer la **formación específica en salud mental infanto-juvenil y de la persona mayor** tanto del personal sanitario como de profesionales del ámbito social, educativo, de instituciones tutelares, justicia juvenil, etc., así como **la investigación** en dichas áreas del conocimiento.
- 12.5.2. En la medida de lo posible, y conscientes de que la cuestión se enmarca en el ámbito de una competencia estatal, procede contribuir a la creación de las especialidades de **psiquiatría y psicología clínica infanto-juvenil**, así como **psiquiatría geriátrica** con sus correspondientes estructuras docentes y asistenciales, programas de formación específicos y red de apoyo multidisciplinar.
- 12.5.3. Es necesario impulsar la elaboración de **guías clínicas** para unificar criterios de diagnóstico y asistencia en los trastornos específicos a que nos hemos referido en nuestro análisis, así como impulsar el intercambio de **buenas prácticas**.
- 12.5.4. Resulta preciso poner en marcha sistemas de información específicos que permitan disponer de una adecuada **información**



sobre la **epidemiología** de los trastornos psiquiátricos de la población mayor e infanto-juvenil.

12.6. Erradicación del estigma

La labor institucional tendente a la **erradicación del estigma** que sufren estos colectivos resulta insuficiente por lo que se hace preciso favorecer programas y actuaciones institucionales dirigidas a tal fin.

Por último, parece oportuno señalar que le grave **crisis económica actual** supone un preocupante riesgo para el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, además de haber conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía, en general. En nuestra opinión, es precisamente en estos momentos cuando han de redoblarse los esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud mental, la atención dispensada y la formación de las y los profesionales.