

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

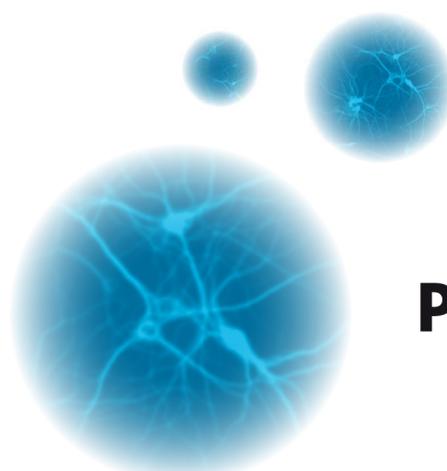
ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

## Taller III “Enfermedad mental y colectivos especiales de jóvenes y mayores”.

Vitoria, 23 de marzo de 2012.

### Índice

<b>0.- Introducción</b> .....	
<b>I.- Principales déficits detectados con relación a la atención dispensada a la salud mental de la población general que inciden de manera especial en los colectivos analizados.</b> .....	
<b>II.- Problemática actual con relación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia y juventud</b> .....	
II.1.- La salud mental de la infancia, adolescencia y juventud requiere de una atención específica ..	
II.2.- La promoción y prevención de la salud mental en estas fases vitales como objetivos prioritarios.	
II.3.- La planificación estratégica, una herramienta indispensable .....	
II.4.- La necesidad de una dotación suficiente de recursos en todos los sistemas implicados en la atención de la salud mental infanto-juvenil .....	
II.5.- El necesario impulso de la coordinación interinstitucional e intrainstitucional en la atención de la salud mental infanto-juvenil .....	
II.6.- La necesidad de favorecer la formación específica y la investigación en salud mental infanto-juvenil	
II.7.- Especial mención a los trastornos de conducta de la infancia, adolescencia y juventud. .	
II.8.- Especial mención a los trastornos de la conducta alimentaria .....	
II.9.- Especial mención a los trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDA-H) .....	
II.10.- Especial mención a los trastornos de la personalidad .....	
II.11.- Especial mención a los trastornos del espectro autista .....	
<b>III.- Problemática actual con relación a la atención de la salud mental de las personas mayores</b>	
III.1.- La salud mental de las personas mayores requiere de una atención específica .....	
III.2.- La promoción y prevención de la salud mental en la edad avanzada han de plantearse como objetivos prioritarios. ....	
III.3.- La necesidad de una dotación suficiente de recursos en todos los sistemas implicados en la atención de la salud mental de la persona mayor .....	
III.4.- La coordinación socio-sanitaria como presupuesto indispensable para una atención de calidad a la salud mental de las personas mayores .....	
III.5.- Algunas cuestiones sobre la afectación de los derechos fundamentales de las personas mayores con problemas de salud mental .....	
III.6.- La tutela de la persona mayor con enfermedad mental: déficits y propuestas de mejora.	



# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

III.7.- La necesidad de favorecer la formación específica y la investigación en salud mental de la persona mayor .....

III.8.- Especial mención a la enfermedad de Alzheimer .....

**IV.- Recomendaciones de carácter general relativas a la atención de la salud mental de la población general con incidencia en los colectivos objeto de nuestro análisis. ....**

**V.- Algunas buenas prácticas reseñables en materia de atención a jóvenes y mayores con problemas de salud mental. ....**

**VI.- Conclusiones y recomendaciones finales. Sinopsis .....**

VI.1.- Reconocimiento de los derechos y principio de responsabilidad pública en la atención sociosanitaria de estos colectivos .....

VI.2.- Contexto socio-económico .....

VI.3.- Erradicación del estigma .....

VI.4.- Coordinación inter e intrainstitucional y con el resto de los agentes implicados .....

VI.5.- Promoción y prevención .....

VI.6.- La atención .....

VI.7.- Formación, investigación e información .....

VI.8.- Recomendaciones generales .....

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

## 0.- Introducción

Las **Defensorías del Pueblo**, como instituciones **garantistas de los derechos y libertades** de la ciudadanía, dedican una atención especial a los **colectivos más desprotegidos y desfavorecidos de la sociedad**, con el fin de contribuir a garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y su amparo por parte de las administraciones públicas.

Los problemas que atenazan a las personas con problemas de **salud mental**, en general, y a los colectivos de jóvenes y mayores con tales problemas, en particular, demandan de las Defensorías un **abordaje en común** capaz de poner de relieve los **déficits** detectados en la atención que las distintas administraciones públicas les dispensan, así como de incidir en aquellas **propuestas de mejora** que permitan alcanzar el efectivo disfrute de sus derechos.

Las personas afectadas por esta problemática, sobre todo cuando se trata de procesos de enfermedad mental grave y duradera, han compartido con otros colectivos desfavorecidos los avatares de la ignorancia, los perjuicios, la falta de reconocimiento de derechos y recursos y, por tanto, **la insolidaridad**.

Resulta incomprensible que una sociedad avanzada como la nuestra siga sin dar solución a una materia tan importante y necesitada de adecuado tratamiento social y jurídico, como es la salud mental, y que muchas personas y sus familias, deban hacer frente diariamente a múltiples deficiencias y lagunas. Por unas u otras razones, especialmente ahora agravadas por motivos de la profunda crisis económica que nos afecta, **la cuestión sigue sin tener el tratamiento y atención multidisciplinar que requiere**.

Son ya cerca de 30 años los transcurridos desde que comenzara a plantearse el reto de superar esta situación y proceder a la búsqueda de modelos de atención inspirados en el concepto de ciudadanía y los valores humanos; sin embargo a día de hoy, podemos afirmar que el camino recorrido no ha sido suficiente.

Como se recoge en el Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas *Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, “sin salud mental no hay salud; para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo; para las sociedades, **la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social**; en cambio, las enfermedades mentales conllevan costes, pérdidas y cargas de diversa índole, tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales”.

Los **niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas de edad avanzada con problemas de salud mental** constituyen grupos de población especialmente vulnerables, con mayores dificultades

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

para el acceso a los recursos públicos. Son, sin embargo, **miembros de pleno derecho** de la comunidad a la que pertenecen, lo que obliga a los poderes públicos a garantizar las condiciones que posibiliten un efectivo ejercicio de los derechos de los que son titulares.

El abordaje de la atención a la salud mental de estos colectivos no debe circunscribirse exclusivamente a las cuestiones sanitarias o judiciales, siendo necesario incluir todas aquellas cuestiones que permiten su **efectiva integración en la comunidad**: alojamiento, educación, empleo, suficiencia económica, eliminación del estigma, participación, etc.

Son numerosos los **instrumentos jurídicos del ámbito estatal e internacional que reconocen los derechos de estos colectivos y la correspondiente responsabilidad que han de asumir las administraciones públicas** en la dispensa de su adecuada atención. Destacaremos, a continuación, los más relevantes:

- Constitución Española: protección a la infancia y la vejez (artículos 39.4 y 50), protección de la salud (43) y protección de las personas con discapacidad (49).
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su capítulo III dedicado a la salud mental (artículo 20.1) tras declarar la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del/a enfermo/a mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, exige a las administraciones sanitarias competentes adecuar su actuación al principio de intervención en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización y considerando de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- 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).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículos 7 y 8).
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, actualiza las prestaciones contempladas en el Real Decreto previo de 1995 y detalla las mismas, incluyendo, tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada, un apartado específico en materia de salud mental infanto-juvenil, cuyo tenor literal es el siguiente: *“detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas sanitarias”*.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- [Ley 39/2006, de 14 de diciembre](#), de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAAD).
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por el Estado Español el 6 de diciembre de 1990.
- 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).

*“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)

Conviene destacar, además, que la Convención asume el modelo social de la discapacidad al reconocer que ésta *“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.

- La Disposición Adicional Séptima de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: *“El Gobierno, en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de esta Ley (3 de agosto de 2011), remitirá a las Cortes Generales un proyecto de ley de adaptación normativa del ordenamiento jurídico para dar cumplimiento al artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica por las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones que las demás en todos los aspectos de la vida. Dicho proyecto de ley establecerá las modificaciones necesarias en el proceso judicial de determinación de apoyos para la toma libre de decisiones de las personas con discapacidad que los precisen”*.

Supone un cambio en la concepción de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (incluso se destierra la palabra “incapacidad” de la terminología).

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

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

**La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, aprobada en 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, fija la atención a la población infantil y mayor como una prioridad de los gobiernos autonómicos.

Destacaremos, a continuación, algunas de las **conclusiones** en ella contenidas -que guardan conexión con la atención a la salud mental infanto-juvenil y de mayores- y que nos acercan a la situación en la que nos encontrábamos en aquella fecha:

- Inexistencia de estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia, adolescencia y edad avanzada en población general y de ámbito nacional.
- Insuficiente dotación de recursos humanos y estructuras para una rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Inexistencia, en algunos territorios, de programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables (menores y adolescentes, personas mayores, etc.).
- Necesidad de una adecuada coordinación entre la psiquiatría, la psicología clínica y la pediatría.
- Escasa presencia, y en algunos lugares inexistencia, de dispositivos intermedios específicos, tales como hospitales de día o unidades comunitarias de intervención en crisis.
- Derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, a los profesionales del sector privado y, sobre todo, a las iniciativas de los familiares.
- Práctica inexistencia de programas de formación en estrategias de intervención y técnicas terapéuticas de eficacia probada, específicas para niños, niñas y adolescentes.
- Importante medicalización y tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia e implicación de los profesionales, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas.
- Variabilidad de la práctica clínica, mayor en salud mental que en otros ámbitos.
- Falta de una integración generalizada de la red de atención a las drogodependencias.

En relación con los puntos críticos detallados, el referido documento reflejaba también un amplio elenco de **recomendaciones** a las administraciones públicas, entre las que cabe destacar:

- Realización de intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y adolescencia (hijos e hijas de padres/madres con trastorno mental o con adicciones, hijos e hijas víctimas de abusos o de abandono y otros).
- Materialización de intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riesgo social alto, con la finalidad de reducir los determinantes y las consecuencias de conductas violentas en la escuela (acoso escolar) y en el hogar (maltrato infantil y de personas mayores).
- Estudio y evaluación de intervenciones orientadas a informar y a educar sobre los riesgos que tiene, para la salud en general y para la salud mental en particular, el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Protocolización de procesos de atención relativos al trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo;
- Implantación de un modelo de coordinación entre servicios sociales, educación y justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y adolescentes en tratamiento;
- Desarrollar intervenciones preventivas en centros docentes y residencias geriátricas.

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

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

Aún cuando **se han producido avances** en la atención a la salud mental de jóvenes y mayores: incremento de recursos públicos destinados a estos grupos de población (residenciales, centros de atención diurna o de rehabilitación psicosocial, refuerzos educativos, etc.) y reconocimiento de derechos subjetivos o de prestaciones garantizadas en el ámbito de la atención social a dichos grupos. Sin embargo, la demanda de atención a la salud mental se ha diversificado y ha crecido de manera notable, a un ritmo más acelerado que la dotación de nuevos recursos. Es preciso reconocer que, en tanto se hacen efectivas las recomendaciones a que aludíamos, las defensorías del Estado continúan recibiendo quejas que ponen de manifiesto una serie de **déficits en la atención prestada a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mayores con problemas de salud mental**, que exigen actuaciones ineludibles por parte de nuestras administraciones públicas.

Estas personas, además de destinatarias de atención han de ser también **protagonistas**. De ahí la importancia de potenciar todas aquellas actuaciones encaminadas a garantizar la mayor autonomía posible en la toma de decisiones sobre las respuesta que el sistema les ofrece, y en la propuesta de alternativas viables a dicha respuesta en función de sus necesidades.

Resulta indiscutible el papel de **la familia** como soporte básico en la atención a estos colectivos y como pilar de la desinstitucionalización pretendida por la reforma psiquiátrica. De ahí la ineludible necesidad de un apoyo eficaz a aquellas por parte de las administraciones públicas en aspectos claves como la información, formación, orientación, respiro, apoyo psicológico, ayuda en el domicilio, y dotación de recursos residenciales cuando fuera preciso.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Las **asociaciones de familiares y de personas con problemas de salud mental**, así como las **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.) constituyen otro puntal básico en la atención y la integración de los grupos objeto de nuestro análisis. Su labor, en ocasiones, en clara suplencia de los poderes públicos, requiere de un apoyo institucional ineludible.

Por último, el escenario de profundos cambios en que nos encontramos inmersos, con motivo de la **grave crisis económica actual**, motiva nuestra preocupación por las posibles limitaciones en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a las Administraciones públicas.

La protección de las personas con enfermedad mental debe constituir una prioridad en las políticas de los países avanzados.

En este contexto, especial mención merece el informe *“Impact of economic crises on mental health”*, publicado en el año 2011 y elaborado por la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este informe, tras resaltarse la importancia de invertir en salud mental, se detallan líneas estratégicas de acción que los países deben implantar para mitigar los efectos de la situación actual de recesión sobre la incidencia de problemas de salud mental en la población.

En el citado informe, los expertos de la OMS refieren que el **incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público**, experimentados en Europa desde el inicio de la crisis, en el año 2007, **han conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía europea**; la evidencia científica ha puesto de manifiesto, además de forma indubitada, que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de proteger la salud mental de las y los ciudadanos, principalmente en tiempos de crisis, mediante la mejora del acceso a los servicios de salud mental y de la formación de los profesionales sanitarios.

**I.- Principales déficits detectados con relación a la atención dispensada a la salud mental de la población general que inciden de manera especial en los colectivos analizados.**

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

I.1.- Se percibe un alto grado de **estigmatización** que dificulta gravemente la integración de estas personas, resultando insuficiente la actual labor institucional tendente a la reducción del estigma.

I.2.- Los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental y los medios y responsabilidades que las administraciones públicas han de asumir desde los distintos sistemas implicados, no se encuentran recogidos de manera sistemática en instrumentos jurídicos a modo de *Carta de derechos de la persona con enfermedad mental y cartera de servicios o Estatuto de la persona con enfermedad mental*, que ofrezcan seguridad jurídica a las personas afectadas y sus familias, y permitan dimensionar los recursos que han de ser destinados a la atención de dichas personas.

Así pues, se estima **insuficiente la información ofrecida tanto sobre los derechos de ciudadanía como sobre los recursos, servicios y prestaciones existentes** para la atención de las personas con problemas de salud mental, lo que viene propiciado por la falta de desarrollo, por las comunidades autónomas y de forma concreta y específica, de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

De cara a la ciudadanía no existe suficiente claridad en las responsabilidades asumidas por cada una de las áreas intervinientes en la dispensa de la atención (fundamentalmente las del sistema social y el sanitario).

I.3.- Se registra una **insuficiencia de programas** de atención que contemplen una **dimensión integral y multidisciplinar** de la persona, precisándose actuaciones coordinadas desde el punto de vista sanitario, social, educativo, del empleo, la vivienda y otros.

Aún siendo conscientes de los avances experimentados en los últimos años en materia de dispositivos sanitarios y sociales de atención a la salud mental, su dotación e idoneidad se sigue considerando insuficiente.

Esta insuficiencia resulta especialmente preocupante en el marco comunitario, por lo que se refiere a **estructuras intermedias** tales como hospitales o centros de día, talleres, programas de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, comunidades terapéuticas, pisos protegidos o viviendas tuteladas, centros ocupacionales, clubes, etc. 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, con el fin de que la persona con problemas de salud mental pueda llevar una vida lo más autónoma posible, acorde a sus necesidades.

I.4.- El aumento de la demanda asistencial y la insuficiente dotación de recursos personales y materiales genera, en ocasiones, **retrasos** en la emisión de los diagnósticos y la iniciación del tratamiento correspondiente.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

I.5.- Se constata un **desigual acceso** a los recursos y servicios en perjuicio de las zonas rurales frente a las urbanas.

I.6.- Resultan preocupantes las **demoras** registradas, en ciertas comunidades, en el conocimiento de los expedientes de carácter social asociados a la **dependencia** de estas personas.

Por otro lado, se detecta una **infravaloración de la situación de dependencia de las personas que padecen una enfermedad mental**. La aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia, no concebido en origen para la enfermedad mental, no parece evaluar debidamente los apoyos que dichas personas precisan para su autonomía personal –más relacionados con los problemas de iniciativa y motivación que con los funcionales– o para valorar la necesidad de apoyo externo o dependencia de terceras personas.

I.7.- En determinadas ocasiones se han detectado problemas de **acceso a la información** en cuanto al diagnóstico e historia clínica que pudieran afectar al derecho a la información sanitaria reconocido en la normativa vigente como elemento básico del sistema sanitario.

I.8.- Según la doctrina científica, un significativo número de los procesos de enfermedad mental presentan algún tipo de comorbilidad (dependencia al alcohol, cannabis, cocaína, etc.; ansiedad, depresión, distimia, etc.). La principal dificultad para tratar a pacientes con abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica estriba en la existencia de dos **redes** –la de **atención a la salud mental** y la de **atención a las drogodependencias- no adecuadamente coordinadas**, en ocasiones, para una atención de calidad a pacientes con patología dual.

## II.- Problemática actual con relación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia y juventud

### **II.1.- La salud mental de la infancia, adolescencia y juventud requiere de una atención específica**

La comunidad médica y los organismos sanitarios nacionales e internacionales coinciden en señalar que la atención de la salud mental en estas fases vitales exige una atención de carácter específico.

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes presentan una especificidad en cuanto a su personalidad (vulnerabilidad, dependencia, influenciabilidad, carácter esencialmente evolutivo, etc.) y una expresión patológica propia en su enfermar psíquico que los diferencia esencialmente de la persona adulta.

El tremendo impacto que la enfermedad mental en estas fases vitales tiene en la vida adulta exige priorizar su atención, máxime si tenemos en cuenta los siguientes factores:

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- La proyección de las intervenciones es mayor que en cualquier otra época de la vida.
- Las intervenciones tienen mayor posibilidad de ser eficaces y rentables dada la plasticidad del psiquismo infantil y su trascendencia a lo largo de los años.
- Es el sector de población más apropiado para cualquier intervención de carácter preventivo.
- El cuidado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes no sólo responde a un derecho de las personas como individuos, sino que contribuye de manera muy relevante al bienestar de la comunidad.
- El psiquismo de los seres humanos, toda su vida mental, su personalidad, queda esencialmente definida en los primeros años de vida.
- Los problemas de salud mental en menores van a condicionar su futuro, disminuyendo la posibilidad de completar su aprendizaje escolar y su posterior capacitación para tener un trabajo digno y una integración social satisfactoria.
- Los costes emocionales, personales, familiares, sociales y también económicos que conlleva la enfermedad mental en la infancia y adolescencia son muy elevados.
- La aparición de trastornos disociales, delincuencia, drogadicción, conductas de riesgo, etc. están estrechamente relacionados con los primeros signos de psicopatología, siendo el tratamiento precoz la mejor manera de prevenir la cronicidad de estas problemáticas.

Si bien no cabe afirmar la existencia de una dotación generalizada de programas sanitarios de atención específica para menores con estos problemas de salud, en la práctica totalidad de las comunidades se da una diferenciación de los espacios asistenciales en hospitalización y atención a la salud mental destinados a la infancia y la adolescencia.

## **II.2.- La promoción y prevención de la salud mental en estas fases vitales como objetivos prioritarios.**

II.2.1.- No se dispone de una adecuada información sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos de la población infanto-juvenil por lo que resultaría conveniente impulsar estudios que nos permitan identificar la situación del colectivo y sus necesidades reales.

Se estima que un 20% de la población mundial infanto-juvenil padece trastorno mental. Quienes sufren un trastorno mental grave representarían entre un 4 y 6% (AEN y MSPS, 2009).

En España, la prevalencia de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente se estima entre un 10% y un 20% (AEN y MSPS, 2009).

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

II.2.2.- A la vista de estos datos y de las cuestiones que reflejábamos en el apartado anterior sobre el impacto de la enfermedad mental en estas fases vitales, desarrollar programas de prevención y detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia constituye un objetivo prioritario.

Así pues, las actuaciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil no pueden quedar limitadas a las tareas asistenciales propiamente dichas, sino que es preciso conseguir un desarrollo equilibrado de la **función preventiva** en la que se incluyan todas las áreas que configuran la vida del niño o adolescente (promoción de la salud mental de la madre en el período prenatal y de un vínculo adecuado después del nacimiento, potenciación de factores protectores, conocimiento de las señales de alarma de la patología psiquiátrica de cada etapa, reducción de conductas de riesgo y superación de situaciones de desventaja social y económica, etc.).

Promover la autoestima, asertividad, resiliencia, tolerancia a la frustración, autoconocimiento, educación afectiva, capacidad para la resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento del estrés, hábitos de vida saludables, actividades participativas, capacidad crítica, etc. en los entornos familiar, escolar y de ocio se revela como herramienta indispensable para minimizar los riesgos de actitudes y comportamientos que pueden propiciar la aparición de patologías mentales o agravar sus consecuencias.

La implantación de estos programas de **promoción de la salud mental** habrá de darse, con especial incidencia, tanto en el marco de la atención primaria de salud como en el medio escolar. En este último, parece conveniente que este tipo de actuaciones se integren de forma transversal en el currículo y se dirijan a toda la comunidad escolar, ya que las intervenciones que implican a las familias, el alumnado y profesorado resultan más eficaces.

Es necesario, también, un manejo adecuado de los problemas funcionales o síntomas aislados que puedan aparecer en el desarrollo del niño/a, aún cuando no fueran lo suficientemente graves para ser diagnosticados como trastorno psiquiátrico, ante el riesgo de desembocar en tales trastornos si no se interviene de forma correcta.

II.2.3.- Por lo que se refiere a los programas y recursos para la prevención y rehabilitación en drogodependencias dirigidas a la población infantil y adolescente, dos son las principales áreas necesitadas de mejora:

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

En cuanto a las **actuaciones de prevención selectiva** resulta prioritario desarrollar los siguientes programas:

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Programas de prevención selectiva dirigidos a superar en la población vulnerable la concurrencia de déficits de carácter psico-social y socioeducativo.
- Programas dirigidos específicamente a la población adolescente con consumos problemáticos y problemas con la justicia.
- Programas dirigidos a la población menor de edad con problemas de salud mental.
- Programas dirigidos a sectores especialmente vulnerables, como los menores extranjeros no acompañados.
- 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.
- Crear recursos de este tipo en el caso de que los existentes se muestren insuficientes.

II.2.4.- Resulta preciso avanzar en la promoción de las actuaciones preventivas para la detección precoz de la depresión infantil, especialmente en el ámbito de la atención primaria.

Si bien es cierto que las causas de la depresión son múltiples y se pueden combinar de forma distinta en cada caso clínico (factores genéticos, biológicos y ambientales), las personas menores sometidas a medidas de protección tienen añadidos otros factores de riesgo que les hacen más vulnerables y propician la existencia de esta patología (ausencia de refuerzos positivos, abuso o maltrato, experiencias de rechazo, trastornos de conducta, etc.).

Es necesario tener presente que los desórdenes afectivos que se producen en la infancia y adolescencia como consecuencia de los estados depresivos son recurrentes si no se abordan y tratan adecuadamente, pudiendo desencadenar en conductas suicidas.

II.2.5.- Se registra una insuficiencia de programas destinados a la **detección temprana** de la enfermedad mental y de los trastornos generalizados del desarrollo.

El papel que juegan los servicios de salud de atención primaria y los centros docentes en la detección de las necesidades de atención temprana y la derivación a los servicios especializados resulta esencial. Habrá de darse un impulso, pues, a las acciones formativas para la mejora de la detección precoz y el conocimiento de las situaciones de riesgo en los sistemas educativo y sanitario, haciendo especial hincapié en la infancia y adolescencia con alto riesgo psicosocial (sistema social y educativo) o neuropsicológico (servicios de neonatología).

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

La infancia y la adolescencia expuesta a situaciones de violencia, considerada como tal no sólo la violencia física o psicológica manifiesta y explícita, sino también las situaciones de desamparo, tiene un riesgo mayor de padecer problemas de salud mental, por lo que ha de prestarse especial atención a la detección temprana de estos supuestos por parte de los agentes que habitualmente atienden estas situaciones: servicios sociales, dispositivos de atención a mujeres víctimas de violencia de género, etc.

En el concreto supuesto de la infancia y la adolescencia expuesta a violencia de género, los estudios inciden en la existencia de síntomas de estrés postraumático, conductas regresivas, síntomas depresivos, alteraciones del desarrollo afectivo, etc., lo que de nuevo exige una especial atención en la detección temprana por parte de los agentes que atienden tanto a las mujeres víctimas de este tipo de violencia como a los menores, en especial, los del ámbito educativo.

II.2.6.- Por lo que se refiere a la **atención temprana** se observan problemas en la continuidad asistencial y la coordinación interinstitucional.

Parece adecuado que la atención se dispense en toda nuestra geografía hasta los 6 años, con derivaciones adecuadas, una vez cumplida esa edad, para dar respuesta a las necesidades de atención posteriores.

La designación de un profesional como responsable-referente y la homologación y acreditación de los centros de atención temprana existentes son premisas para la dispensa de una atención de calidad en este ámbito.

## II.3.- La planificación estratégica, una herramienta indispensable

En la práctica totalidad de las comunidades autónomas la planificación estratégica en materia de Salud Mental da un tratamiento específico a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia; incluso, en algunas comunidades, se han aprobado programas de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia específicos.

Como indicábamos, las actuaciones en materia de salud mental infanto-juvenil aun integradas en las planificaciones generales, precisan desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos de la población a la que se dirigen. Las etapas evolutivas desde el nacimiento a la adolescencia cuentan con especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa, entendiendo que el proceso psicopatológico y, en definitiva, el abordaje terapéutico conlleva sus propias diferencias.

Resulta necesaria una planificación que permita consolidar una red suficiente de recursos destinada a ofrecer soluciones integrales y continuadas, que incluyan la atención a las necesidades de rehabilitación y de alojamiento residencial cuando éste fuera preciso.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

En general, la configuración de los planes en esta materia parece adecuada pero su materialización en la práctica adolece de falta de implementación. Así pues, en los casos en los que existen planes integrales de salud mental no nos encontramos ante un problema de falta de definición del modelo de atención sino con problemas en la creación y organización de los recursos de la red pública.

En aquellas comunidades en las que no se ha elaborado un Plan Integral de Salud Mental se registran mayores déficits en los siguientes aspectos:

- La definición del marco de responsabilidad pública y posible participación de la iniciativa privada en la atención a estas personas.
- La definición de la actuación que han de desarrollar los servicios sanitarios y los servicios sociales, con delimitación de funciones y establecimiento de órganos competentes.
- La definición de las prioridades en la atención.

## **II.4.- La necesidad de una dotación suficiente de recursos en todos los sistemas implicados en la atención de la salud mental infanto-juvenil**

II.4.1.- La insuficiencia, y en ocasiones ausencia, de determinados recursos es una de las principales limitaciones para la garantía de una atención de calidad.

A continuación, destacamos los principales **recursos y programas dirigidos a la población infanto-juvenil que requieren de una mayor dotación:**

- Programas destinados a la atención integral.
- Unidades específicas de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.
- Camas en hospitales para el ingreso de menores con problemas graves de salud mental que precisan hospitalización.
- Hospitales de día de carácter específico.
- Plazas específicas en centro de día y/o rehabilitación como recurso “puente” entre el hospital de día y el sistema educativo. En algunos casos los jóvenes que han finalizado su tratamiento en un hospital de día no encuentran un recurso adecuado a sus características.
- Centros de rehabilitación psicosocial, centros específicos a modo de comunidades terapéuticas para los casos más graves y recursos de carácter residencial de media estancia específicos para menores.
- Recursos específicos en centros de carácter social de los sistemas de protección y reforma para atender a menores que presentan problemas sanitarios y de conducta asociados a determinadas patologías psiquiátricas.
- La atención a menores con problemas de salud mental dentro del sistema de protección es especialmente complicada, ya que los recursos no están preparados para la intervención con este colectivo. Ello repercute de manera preocupante en el resto de menores protegidos. Estas

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

dificultades son especialmente evidentes en los problemas de conducta. Ello exige la puesta en marcha de protocolos de actuación y coordinación entre el sistema de protección y el sanitario para la evaluación y tratamiento de los problemas de salud mental de estos menores.

- Programas de atención psicoterapéutica para pacientes atendidos en las unidades de salud mental infanto-juvenil. A menudo esta carencia se vincula al uso excesivo de psicofármacos.

Se observan desigualdades territoriales en los recursos especializados de atención a la salud mental infanto-juvenil y dificultades de accesibilidad en determinadas comarcas.

En algunas comunidades la insuficiencia de los servicios, unida a la presión asistencial existente genera demoras en el acceso a la atención e incluso una saturación en el caso de las unidades de salud mental infantojuvenil que provoca listas de espera para la exploración y diagnóstico y deficiencias en la intensidad del tratamiento con relación a la frecuencia de las sesiones terapéuticas. Ello puede suponer un elemento de desigualdad en el desarrollo pleno del derecho a la salud de niños/as y adolescentes, pues los grupos de población con menos recursos económicos –y a la vez con más posibilidades de sufrir problemas de salud mental- pueden tener más dificultades para acceder a los recursos de salud mental de carácter privado.

II.4.2.- Esta situación nos conduce a emitir las siguientes **recomendaciones**:

- Incrementar los recursos sanitarios de salud mental, personales y materiales, dirigidos a la población infanto-juvenil, completando la red de unidades de salud mental infanto-juvenil de carácter ambulatorio y garantizando la atención de aquellos casos que lo precisen, mediante dispositivos específicos de hospitalización breve, tanto en régimen de día como residencial, todo ello con el fin de asegurar la accesibilidad de este servicio público a toda la población infanto-juvenil.
- Ampliar la edad de intervención en estas unidades específicas hasta los 18 años, en aquellas comunidades en que se contemplan límites de edad inferiores.
- Avanzar en la creación de centros de rehabilitación psicosocial adaptados a las necesidades específicas de la población infanto-juvenil
- Adecuar las infraestructuras a este grupo de población.
- Garantizar la accesibilidad de los centros y la adecuación de los horarios a los de las menores en edad escolar y sus familias.
- Dotar a los dispositivos de salud mental de los recursos personales, materiales, e infraestructuras necesarios para prestar una atención sanitaria de calidad a este grupo de población, en función de sus necesidades.
- Intensificar el recurso a la psicoterapia y atenuar el uso de psicofármacos.
- Suplir la insuficiencia de recursos intermedios.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Creación de nuevos centros ocupacionales y mantenimiento de los existentes, por cuanto que constituyen un recurso especializado de atención diurna, abierto y polivalente, dirigido a lograr el desarrollo personal y la integración social de las personas usuarias mediante la realización de actividades capacitadoras y terapéuticas de formación ocupacional y de desarrollo de habilidades personales y sociales.
- Incrementar los recursos de apoyo social a las familias con menores con problemas de salud mental atendiendo las dos carencias principales detectadas: falta de información (fundamentalmente motivada por la falta de tiempo y recursos profesionales en el ámbito sanitario) y las ayudas domiciliarias profesionalizadas.
- Favorecer la creación de que acojan a las y los menores en períodos cortos de descanso de sus progenitores.
- Implementar recursos específicos en centros de protección de menores para las y los menores tutelados que padecen algún tipo de trastorno mental.
- Favorecer la habilitación de programas y dispositivos adecuados para cierto conjunto de situaciones clínico-asistenciales y colectivos, relevantes en número e impacto social, que no encuentran respuesta y acomodo en las estructuras asistenciales sociales o sanitarias actuales y que acumulan un riesgo creciente de exclusión: demencias juveniles y autismos, trastornos de personalidad, psicosis refractarias, etc.
- Impulsar Programas de Acompañamiento Terapéutico con apoyo domiciliario y tutoría de menores orientada a los casos con problemática familiar grave, dificultades escolares derivadas de problemas de salud mental y desajustes emocionales entre los miembros.
- Reforzar la atención del alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad mental.
- En general, adoptar las medidas oportunas para superar las deficiencias recogidas en el apartado II.4.1.

## II.5.- El necesario impulso de la coordinación interinstitucional e intrainstitucional en la atención de la salud mental infanto-juvenil

II.5.1.- Una de las mayores lagunas o debilidades del sistema de atención a la salud mental infanto-juvenil en su conjunto se sitúa en aquellos espacios en los que han de confluir los diferentes sistemas de atención, o las diversas áreas dentro de un mismo sistema. Es precisamente el engranaje de esas piezas de la maquinaria –si nos permitimos este símil- el que a menudo falla, desbaratando, en no pocas ocasiones, la labor realizada por cada una de ellas o impidiendo el impulso adecuado de su conjunto.

Así pues, **estas deficiencias se detectan en los siguientes espacios de indispensable coordinación:**

- Entre las diversas administraciones concernidas: sanitaria, social, educativa, de justicia, vivienda y empleo.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Entre la atención primaria y la especializada del sistema sanitario.
- Entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y los de adultos, para garantizar la continuidad asistencial cuando el menor cumple los 18 años.
- Entre los servicios sociales de base y los especializados.
- Entre los sistemas de justicia juvenil, servicios sociales y empleo en la búsqueda de alternativas al momento de la salida del centro de cumplimiento.
- Entre los diferentes agentes del sistema educativo y entre éstos y los de los sistemas social y sanitario, tanto en la detección de los síntomas iniciales como en la propia atención educativa de las necesidades específicas que su tratamiento conlleva. Ello, en ocasiones, limita el ejercicio del derecho a la educación del niño, niña, adolescente o joven con problemas de salud mental.

II.5.2.- Ante la necesidad de arbitrar una adecuada coordinación en los procesos de atención de la salud mental infantojuvenil, se proponen las siguientes **recomendaciones**:

- Avanzar en el proceso integrado de atención sociosanitaria a la salud mental de la población infanto-juvenil, de forma que su asistencia social y sanitaria esté garantizada, tanto si ha de darse una continuidad asistencial entre el sistema de salud y el de servicios sociales, como si la atención debe prestarse de forma simultánea.
- Articular cauces protocolizados, mecanismos y espacios de coordinación estables entre la atención primaria y la especializada; las estructuras hospitalarias y los dispositivos ambulatorios, para asegurar la continuidad terapéutica; entre las distintas administraciones públicas concernidas (sanitaria, educativa, social, de justicia).
- Habilitar cauces de coordinación con la familia como agente fundamental en el proceso terapéutico y de integración. En igual sentido, favorecer la información dispensada a aquella y el apoyo social y psicológico que requiere.
- Mejorar la coordinación y colaboración con las asociaciones del sector. Es necesario impulsar un marco de colaboración estable con dichas organizaciones, que impulse la participación de sus miembros y la captación de otros nuevos, incentivando la disminución de la tensión familiar desde la acción comunitaria a la que contribuyen.
- En general, adoptar las medidas necesarias para garantizar una adecuada coordinación entre los espacios de indispensable coordinación a que aludíamos en el apartado 2.5.1.

## II.6.- La necesidad de favorecer la formación específica y la investigación en salud mental infanto-juvenil

Los procesos terapéuticos y las intervenciones en salud mental en estas edades requieren una capacitación metodológica y técnica específica. En igual sentido, las y los profesionales que desarrollan tareas de atención a la población infanto-juvenil con problemas de salud mental desde otros sistemas (social, educativo, de justicia, etc.) deben dotarse de la cualificación adecuada en materia de detección y manejo de tales problemas.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

La formación de pregrado, postgrado y continuada en salud mental infanto-juvenil, que se oferta a los profesionales sanitarios que trabajan con infancia y adolescencia no está regulada, es muy heterogénea y, en ciertos casos, deficiente.

La actual ausencia de las especialidades de psiquiatría y psicología clínica infanto-juvenil en el sistema MIR/PIR dificulta la garantía de una adecuada formación en este campo de los y las profesionales de la psiquiatría y psicología clínica e impide la representación en las comisiones nacionales de las especialidades de profesionales especialmente cualificados en la salud mental infantojuvenil.

Por tal motivo **se considera necesario:**

- Impulsar medidas formativas específicas en salud mental infanto-juvenil para las y los profesionales sanitarios, con especial incidencia en la atención primaria y pediatría.
- Continuar avanzando en la capacitación de docentes y profesionales del ámbito educativo, así como de profesionales de los servicios sociales, para la identificación e intervención en los principales indicadores de riesgo de evolución hacia problemas de salud mental.
- Favorecer la formación de todos los agentes implicados en la erradicación del estigma.
- 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.

- Impulsar la formación continuada de las y los profesionales de los centros de protección de menores y de cumplimiento, fomentar los cauces de participación de aquellos y adoptar medidas encaminadas a la reducción del fenómeno conocido como *síndrome del burnout*, en evitación de una excesiva rotación y la consiguiente baja cualificación del personal de sustitución.
- Favorecer la investigación en el campo de la intervención psicoterapéutica, el desarrollo de iniciativas asistenciales, las estrategias e intervenciones comunitarias, el diagnóstico e intervención precoz, la incidencia genética en diversas patologías, etc. mediante la financiación, el reconocimiento y motivación de las y los profesionales y la asignación de tiempos y recursos suficientes.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

## II.7.- Especial mención a los trastornos de conducta de la infancia, adolescencia y juventud.

A continuación, expondremos los principales **déficits detectados** en el abordaje de los trastornos de conducta que presentan menores y jóvenes:

- Falta de respuesta adecuada de las administraciones públicas tanto en los procesos de detección y diagnóstico de este tipo de trastornos, como en los de tratamiento terapéutico.
- Insuficiencia de medios personales en los recursos especializados de salud mental infanto-juvenil.
- Insuficiencia de los recursos especializados en el ámbito educativo destinados al diagnóstico de las y los menores con necesidades educativas especiales; ello conduce, en ocasiones, a un abordaje exclusivamente disciplinario de estos trastornos en dicho ámbito. La falta de formación del personal docente sobre este tipo de trastornos tampoco favorece la correcta atención del problema.
- En cuanto al tratamiento, ausencia de protocolos de intervención con participación de la familia y los sistemas sanitario, educativo y social, lo que genera un riesgo de abordar dicho tratamiento desde una perspectiva exclusivamente sanitaria (tratamiento farmacológico y ambulatorio).
- Clima de conflictividad existente en determinados centros de protección de menores y la consiguiente rotación continua del personal de tales centros lo que provoca, en determinados casos, que estos puestos sean ocupados por profesionales insuficientemente cualificados; se registran, además, preocupantes irregularidades y deficiencias en el funcionamiento de dichos centros.
- La carencia de recursos específicos en el ámbito de la salud mental para atender a este tipo de trastornos conduce, en algunas ocasiones, a la derivación de las y los jóvenes que los padecen a centros de protección, a pesar de parecer más adecuado que el abordaje se realice desde la sanidad pública y no desde el sistema de protección social.
- Ausencia de regulación sobre dotación de recursos materiales y personales, funcionamiento, actuaciones e intervención en centros de protección de menores con trastornos de conducta.
- La indefinición de los programas y atenciones que se ofertan en los centros de menores con trastornos de conducta propicia, en ocasiones, ingresos injustificados que posteriormente deben ser rectificadas, e impide la derivación a otros recursos más adecuados para atender el trastorno que presenta la o el menor.
- Se registran internamientos de menores con enfermedad mental en centros de trastornos de conducta mediante decisión administrativa, sin contar con la preceptiva autorización judicial, contraviniendo de este modo las normas contenidas en el artículo 271 del Código Civil para las y los menores tutelados, o las previsiones del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil por lo que a menores sometidos a patria potestad se refiere.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

La constatación de estas deficiencias y el éxito de algunas iniciativas en esta materia nos permiten plantear las siguientes **recomendaciones**:

- Incidir en la acción preventiva sobre los factores de riesgo.
- Reforzar la red de servicios especializados de atención a la familia y la infancia.
- Atender de manera prioritaria al menor en su propio entorno, mediante la utilización de los recursos comunitarios y las medidas de apoyo a la familia ofrecidas por las redes públicas de educación, sanidad y servicios sociales.
- Impulsar el diseño de protocolos de intervención que, partiendo de un diagnóstico integrado, definan un plan de intervención conjunto en el que se especifique el papel que cada agente (la familia, el sistema sanitario, el educativo y el social) debe desempeñar en el proceso terapéutico
- Formación de las y los profesionales de atención primaria (pediatría y medicina general), orientadores/as educativos/as y docentes, así como de los miembros de los equipos de tratamiento familiar en el ámbito de los servicios sociales, especialmente en la detección temprana de los síntomas propios de dicho trastorno, con el fin de garantizar una pronta derivación a los servicios especializados.
- Mayor dotación de medios personales en los recursos especializados de salud mental infanto-juvenil.
- Impulsar la conformación de equipos especializados en la intervención de menores con problemas de conducta en el contexto escolar y los programas de atención psicológica dirigidos al alumnado afectado y sus familias.
- Incorporar orientadores/as especializados en alumnado con trastorno de conducta en los equipos de orientación educativa para asesorar al profesorado y a las familias en el diseño de planes de actuación y adaptaciones curriculares y colaborar con dichos equipos en la identificación y valoración del alumnado con este tipo de trastornos.
- Fomentar la figura del educador de atención social, psicopedagógica y asistencial, en los servicios y centros escolares.
- Continuar con la implantación de centros o unidades educativo-terapéuticas (centros educativos especializados en trastornos de conducta con patología mental).
- Creación de centros terapéuticos de corta y media estancia para la atención de los casos más graves.
- Integrar la atención psiquiátrica en los centros de protección de menores mediante convenios de colaboración con la red sanitaria pública.
- Establecer procedimientos de coordinación entre centros de protección de menores y unidades de salud mental infantojuvenil, favoreciendo la generación de programas de intervención conjunta.
- Concertación por parte de la Administración, en ausencia de recurso terapéutico para tratar la patología del menor, de una plaza en un centro de titularidad privada o, en su defecto, abono de los gastos derivados de la atención en centro terapéutico privado.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

En cuanto a los **centros de menores con trastornos de conducta**, procede emitir las siguientes **recomendaciones**:

- Es necesario llevar a cabo una ordenación más racional y adecuada de los recursos específicos actualmente existentes, tratando de graduar la respuesta terapéutica para incrementar las opciones de tratamiento disponibles, y procurando acomodar tales recursos a las denominaciones oficiales de los programas que desarrollan.
- La derivación de menores a estos centros deberá ser prescrita por profesionales especializados en salud mental, con indicación del recurso específico más idóneo para el ingreso terapéutico, atendiendo a su patología.
- El internamiento de menores con enfermedad mental tutelados/as por una Entidad pública deberá contar con la preceptiva autorización judicial, conforme a lo preceptuado en el artículo 271 del Código Civil. A tal efecto, se hace necesario impulsar fórmulas de coordinación entre la Entidad Pública y la Administración de justicia que propicien la celeridad de estos procedimientos.
- La administración de fármacos, en este contexto, habrá de ser acorde con las prescripciones establecidas en el artículo 9.3 c) 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:
  - Concurrencia del consentimiento de la entidad pública competente como representante legal del menor, en la aplicación de determinados tratamientos médicos, cuando éste no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.
  - Autorización judicial en el supuesto de que hubiera cumplido los 16 años y no prestara su consentimiento para someterse al tratamiento prescrito.
  - En el caso de que el tratamiento se dispense a menores de 16 años, conveniencia de informar al Ministerio Fiscal sobre su aplicación, en virtud de lo dispuesto en el artículo 174.2 del Código Civil.
- Los centros para menores con trastornos de conducta deberán prestar especial atención en el respeto a los derechos de aquellos (derecho a ser oído, al honor y la intimidad, a la libertad, a la educación, a las relaciones personales, etc.).
- Elaborar una norma específica que aborde, entre otros, los siguientes aspectos:
  - Funcionamiento.
  - Actuaciones e intervenciones.
  - Recursos personales, garantizando la existencia de un equipo técnico y educativo especializado y suficiente para desarrollar adecuadamente los programas establecidos.
  - Recursos materiales: requisitos mínimos garantizando, en todo caso, la existencia de espacios exclusivos para menores (no compartidos con personas adultas) cuya ubicación física permita el acceso a programas complementarios y recursos normalizados.

## II.8.- Especial mención a los trastornos de la conducta alimentaria

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Estudios recientes en el ámbito español indican que un 4% de las mujeres adolescentes de entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia, y el 20% de los jóvenes se encuentra en riesgo de padecerlo; también inciden en el incremento registrado en la población masculina que padece estos trastornos y en la de jóvenes de estratos socioeconómicos más bajos que se ven afectados.

Se trata de enfermedades culturales que emergen junto a los trastornos de la personalidad del adolescente y que tienen en la actualidad una trascendencia social e impacto familiar relevantes.

Se percibe un notable avance en todos los extremos relativos a la atención de la población infanto-juvenil que padece este tipo de trastornos: prevención, detección diagnóstico y tratamiento.

A ello han contribuido fundamentalmente dos factores:

- Contar con un Proceso Asistencia Integrado relativo a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y una Guía de Práctica Clínica sobre esta patología (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)
- La activación de Protocolos de Coordinación en el seno de los centros hospitalarios

No obstante, se detectan algunos déficits en la atención que hacen procedente emitir las siguientes **recomendaciones:**

- Reforzar la red de dispositivos de atención hospitalaria (hospitalización completa y hospital de día) en espacios diferenciados y especialmente acondicionados.
- Aplicar el Proceso Asistencial Integrado de los TCA en todos los dispositivos de la red de Salud Mental.
- Favorecer la elaboración de planes individualizados de intervención.
- Garantizar plazos adecuados de atención a la paciente:
  - En atención primaria.
  - Para iniciar el tratamiento integral -orgánico- nutricional y psíquico-.
  - Para la derivación a hospital de día, si fuera preciso.
  - Para la designación de responsable clínico del caso que dé continuidad a las diversas actuaciones terapéuticas.
- Favorecer el apoyo a programas interdisciplinarios
- Intensificación del apoyo psicoterapéutico.
- Mejorar la coordinación entre diferentes instituciones y profesionales implicados.
- Impulsar la elaboración de guías clínicas para unificar criterios de asistencia en este tipo de trastornos, evitar desajustes asistenciales y favorecer una buena práctica clínica.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Impulsar la coordinación con el programa de Trastorno de la Personalidad y sus recursos, dada la elevada comorbilidad psiquiátrica existente entre ambas patologías que justifica un trabajo conjunto.
- Dotar de mayor flexibilidad horaria a los dispositivos.
- Completar la instauración de comedores terapéuticos en las unidades de la red.
- Considerar los casos más graves (con riesgo para la vida del menor) como “urgencia vital”, en orden a su derivación o reintegro de gastos por la atención dispensada en centros privados, en los casos de insuficiencia de los dispositivos públicos.

## II.9.- Especial mención a los trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDA-H)

Como reflexión previa, parece oportuno hacer notar la preocupación que en mayor o menor medida es trasladada por profesionales de la educación, los servicios sociales y servicios terapéuticos por 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.

La gravedad de algunos casos que presentan comportamientos contrarios a las normas de convivencia en el centro escolar hasta el punto de impedir el normal desarrollo de la actividad docente, y la conveniencia, a pesar de ello, de incluir a este alumnado -en coherencia con los criterios pedagógicos y éticos que inspiran el actual espíritu integrador de la legislación educativa-, hacen oportuno emitir las siguientes **recomendaciones**:

- Impulsar la realización de campañas de sensibilización social sobre el trastorno, su detección y manejo.
- Garantizar que el alumnado que padece este tipo de trastorno encuentre los apoyos necesarios y las medidas de atención a la diversidad precisas para adaptar el proceso de enseñanza a sus especiales circunstancias.
- Favorecer la protocolización de la coordinación socioeducativo-sanitaria y familiar resulta indispensable mediante la articulación de procedimientos multidisciplinares e interdepartamentales, debidamente coordinados, que vayan desde la detección del trastorno hasta su adecuado tratamiento y seguimiento, con implicación de la familia.
- Continuar, en el ámbito educativo, con la elaboración de los correspondientes programas o planes especiales para la detección (principal y más eficaz medida para gestionar adecuadamente el problema) y atención educativa y psicopedagógica de los niños, niñas y adolescentes con posible hiperactividad.
- Favorecer la formación del profesorado, familia, educadores/as y orientadores/as escolares en la detección de los síntomas, el conocimiento del trastorno y su adecuada gestión.
- Estructuración de alternativas educativas de iniciación profesional cuando se produce el fracaso escolar, con adecuada dotación de profesionales cualificados implicando y coordinando a los departamentos competentes en las materias de educación, trabajo, salud y bienestar social.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Reforzar la atención psicoterapéutica dirigida a estos trastornos en las unidades de salud mental infanto-juvenil.
- Dotar adecuadamente de personal a los servicios de neuropsiquiatría.
- Minimizar el coste económico de la medicación, en los casos que reciban tratamiento farmacológico, con especial atención a las situaciones crónicas.
- Favorecer la colaboración institucional con las asociaciones de personas y familias con TDA-H.

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

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

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

Esta situación exige la **urgente adopción de las siguientes medidas:**

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

## II.11.- Especial mención a los trastornos del espectro autista

Resulta preciso continuar impulsando programas de detección temprana de los trastornos del espectro autista en los diferentes entornos del niño, niña, adolescente o joven.

Asimismo, constatamos la necesidad de intensificar la dotación de recursos personales y materiales al sistema educativo, con el fin de garantizar las pertinentes adaptaciones curriculares y la formación del

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

profesorado, las y los profesionales de la orientación pedagógica y especialistas en pedagogía terapéutica, en el abordaje de tales trastornos, con el fin de impulsar soluciones integradoras en el ámbito escolar.

Para aquellos supuestos en los que la integración escolar normalizada resulta inviable, se hace preciso suplir la insuficiencia registrada de centros educativo-terapéuticos especializados en la atención permanente de la infancia y adolescencia con estos trastornos, dotados de una estructura espacial determinada, en un contexto temporal muy estructurado, y con una atención llevada a cabo por profesionales especializados con un perfil eminentemente educativo, fundamentada en programas específicamente dirigidos a este colectivo.

En el ámbito sanitario se hace preciso impulsar la puesta en marcha de programas de detección temprana, así como la conformación de equipos especializados de detección y diagnóstico con el fin de garantizar la pronta derivación a los servicios de atención temprana, especialistas de referencia o asociaciones con trayectoria en la adecuada atención a estos trastornos.

En el ámbito de los servicios sociales, parece oportuno:

- Aumentar la intensidad mínima (horas semanales) de la atención temprana prestada a la infancia con autismo.
- Impulsar la creación, consolidación y financiación adecuada de plazas de centro de día y de vivienda en la edad adulta.
- Incrementar las líneas de financiación de los programas de apoyo y respiro familiar.
- Remover los obstáculos que impiden acceder a este colectivo a los programas de ocio y tiempo libre ofertados por la administración.
- Desarrollar programas de prevención del deterioro físico en los centros de día, incentivos económicos a los clubes deportivos de los colectivos gravemente afectados y promocionar escuelas de deporte adaptado.

### **III.- Problemática actual con relación a la atención de la salud mental de las personas mayores**

#### **III.1.- La salud mental de las personas mayores requiere de una atención específica**

III.1.1.- 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 y/o estabilidad económica, ausencia de actividad laboral con motivo de la jubilación, etc.).
- Especial incidencia de los trastornos afectivos y de ansiedad, demencias y psicosis de la vejez.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Coexistencia de los problemas de salud mental con dolencias físicas y problemas sociales.
- Debilitamiento del tejido familiar y social de apoyo.
- Pluridiagnóstico psiquiátrico.
- Incidencia del uso incorrecto de medicamentos en el agravamiento de los trastornos mentales.
- 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.

III.1.2.- La atención a la salud mental de las personas mayores viene condicionada por dos situaciones clínicas diferenciables:

- La problemática mental sobrevenida en las personas mayores, frecuentemente asociada a patologías y síndromes geriátricos, entre los que podemos destacar los síntomas neuropsiquiátricos asociados al deterioro cognitivo, las demencias degenerativas que pueden cursar con trastornos conductuales (enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, etc.), los trastornos afectivos (depresión mayor y síntomas depresivos) y los trastornos de ansiedad (trastorno generalizado de ansiedad, fobias, etc.).
- La enfermedad mental crónica previamente diagnosticada (esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de alcohol, etc.). En estos casos las personas evolucionan en su proceso de envejecimiento y desarrollan la problemática física, psíquica y social asociada a éste.

**III.2.- La promoción y prevención de la salud mental en la edad avanzada han de plantearse como objetivos prioritarios.**

III.2.1.- Los planes de salud de la práctica totalidad de las comunidades ponen la atención en la promoción de la calidad de vida del envejecimiento mediante el fomento de hábitos de vida saludable, autonomía y autocuidado, participación social (en evitación de la soledad y el aislamiento) y la atención a la salud mental de nuestros mayores, sin pasar por alto el apoyo a las familias cuidadoras.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Así pues, la promoción de un estilo de vida saludable, la participación social y el envejecimiento activo se revelan como factores protectores del bienestar mental en la edad avanzada. Ello exige continuar con la implementación de programas dirigidos a tales fines tanto en el entorno de los servicios comunitarios, como en entornos residenciales, contribuyendo a la promoción de la autonomía personal.

III.2.1.- La prevención de los problemas de salud mental en la vejez requiere **impulsar programas** como los que se exponen continuación:

- Programas específicos de detección de factores de riesgo: enfermedades crónicas o discapacidad física, aislamiento social, situaciones de soledad, abusos y maltrato, precariedad económica, etc.
- Programas dirigidos a combatir los factores de riesgo antedichos en los diversos entornos (hospitales, atención primaria, servicios de enfermería, atención domiciliaria, centros residenciales, centros de día, etc.).
- Programas de detección y abordaje de los trastornos afectivos y de ansiedad en el marco de los servicios de actividades preventivas de atención primaria.
- Programas de prevención de adicciones en los grupos de personas mayores.
- Programas de prevención del suicidio dirigidos a este grupo de población.
- Programas de prevención del riesgo de empeoramiento de la salud mental de las personas mayores con trastornos psiquiátricos previos al envejecimiento.
- Programas dirigidos a la prevención del envejecimiento prematuro.
- Programas de prevención destinados a reducir la vulnerabilidad de ciertos grupos de alto riesgo:
  - Personas mayores que se encuentran en situación de exclusión social.
  - Personas mayores pertenecientes a minorías étnicas o culturales.
  - Personas mayores víctimas de abusos.
  - Personas mayores que padecen enfermedades crónicas.

**III.3.- La necesidad de una dotación suficiente de recursos en todos los sistemas implicados en la atención de la salud mental de la persona mayor**

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, estancias temporales, pisos protegidos o minirresidencias y variedad de atención residencial para aquellas personas que no puedan vivir en sus propios hogares.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

El incremento de la demanda asistencial, motivado por el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la prevalencia de trastornos mentales orgánicos y trastornos afectivos en este rango de edad, exigen adecuar la atención a las necesidades asistenciales reales.

A continuación, señalaremos los **principales déficits detectados**:

- Práctica inexistencia de recursos específicos para personas con enfermedad mental de carácter psiquiátrico, mayores de 65 años, en el sistema de servicios sociales.
- Inadecuación de los modelos de intervención ofrecidos por las administraciones públicas para afrontar el envejecimiento de la persona con enfermedad mental. Ello hace precisa una progresiva adaptación de los recursos existentes y la creación de nuevos servicios específicos.
- Los recursos residenciales destinados a la atención de las personas mayores se orientan, generalmente, al cuidado de las discapacidades físicas o cognitivas asociadas al envejecimiento de la población en general, con dificultades para el abordaje del trastorno mental en esta población.
- Insuficiencia de recursos residenciales psicogeriátricos en determinadas comarcas, con listas de espera de excesiva duración, que conducen a traslados a otras comarcas, con el consiguiente perjuicio para la familia y el desarraigo que ello supone para la persona mayor.
- Insuficiencia de programas y recursos de rehabilitación e integración social, dotados de la especificidad necesaria para la atención de personas mayores con problemas de salud mental, tales como minirresidencias, pisos tutelados, alojamientos con diverso grado de supervisión o programas de atención domiciliaria, recursos todos ellos que gozan de una alta valoración y demanda.
- El sistema sanitario público presenta ciertos déficits de médicos/as especialistas en geriatría y enfermeras expertas en dicha área, en los centros sanitarios.
- En general, la normativa de los centros residenciales para personas mayores excluye a aquellas que tengan trastornos de la conducta que perturben gravemente la convivencia.
- Por lo que se refiere a los centros de rehabilitación y centros de día dirigidos a personas con enfermedad mental en general, resulta difícil que, por las características de la enfermedad mental en las personas mayores, la coexistencia de otras patologías crónicas asociadas al envejecimiento y las propias características y objetivos rehabilitadores e integradores de estos recursos, aquellas compartan centro y programas con personas más jóvenes con enfermedad mental, con un enfoque más dirigido a la rehabilitación e integración psicosocial.
- La demanda de tratamiento psicológico ha registrado un notable incremento; ello, unido a la falta de dotación de recursos suficientes ha duplicado las demoras registradas en algunas comunidades.

A la vista de esta situación procede emitir las siguientes **recomendaciones**:

- Continuar con la implantación de unidades de alta dependencia psiquiátrica y unidades psicogeriátricas en el seno de los centros residenciales para personas mayores.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Garantizar la continuidad y la normalización de cuidados en la red sociosanitaria mediante el incremento de recursos de rehabilitación e integración psicosocial, así como de alojamientos con diverso grado de supervisión dirigidos a las personas mayores con problemas de salud mental, todavía institucionalizadas en hospitales psiquiátricos.
- Continuar con el desarrollo de programas de psicogeriatría que incluyan la atención de los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores (depresión, deterioro cognitivo-demencias, ansiedad, trastornos afectivos, etc.); el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social, especialmente en cuanto a problemas de conducta, de deterioro cognitivo o psiquiátricos; y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen.
- Incrementar, en general, los programas y recursos relativos al alojamiento de las personas mayores con problemas de salud mental.
- Intensificar la conformación de equipos multidisciplinares -en los servicios sanitarios y sociales- con capacitación para detectar y tratar los trastornos mentales en las personas mayores.
- Garantizar una asistencia sociosanitaria de calidad en los centros residenciales y centros hospitalarios de larga duración a través de personal especializado y suficiente, con especial participación de los servicios de salud mental.
- Incrementar la dotación de plazas residenciales y de estancia diurna psicogeriatricas para atender la demanda existente y adaptar los recursos existentes a las necesidades derivadas de la enfermedad mental en mayores.
- Proporcionar servicios de tratamiento de las adicciones adecuados para las personas mayores.
- Facilitar el acceso de las personas mayores con enfermedad mental a los recursos de la red de asistencia psiquiátrica dirigida a la población general.
- Desarrollar protocolos específicos para la identificación de las personas mayores que padezcan enfermedades mentales o problemas psíquicos por el consumo de alcohol o las drogas.
- Impulsar y mantener todos aquellos dispositivos dirigidos a ofrecer formación, apoyo y respiro a las personas cuidadoras de personas mayores con problemas de salud mental, así como a dotarlas de habilidades y herramientas válidas para hacer frente a su responsabilidad, y paliar el impacto negativo que pudiera provocar la labor de cuidado en su salud.

### **III.4.- La coordinación socio-sanitaria como presupuesto indispensable para una atención de calidad a la salud mental de las personas mayores**

La adecuada coordinación socio-sanitaria tiene una especial relevancia en el ámbito de la salud mental de las personas mayores. Resulta preciso continuar profundizando en este tipo de coordinación y atender, de manera especial, las siguientes **necesidades**:

- Suplir la ausencia detectada, en determinados casos, de protocolos de derivación entre recursos de Salud Mental (sistema sanitario) y de Mayores (sistema social).

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- La atención psiquiátrica de las personas mayores que se encuentran en centros residenciales del sistema social requiere una especial coordinación con la administración sanitaria.
- En el caso de las unidades de alta dependencia psiquiátrica y unidades psicogerítricas ubicadas en el seno de los centros residenciales para personas mayores, resulta ineludible garantizar la adecuada coordinación de dichas unidades con las de hospitalización psiquiátrica, con el fin de lograr una atención sociosanitaria adecuada y la continuidad de los cuidados.
- Protocolizar la coordinación necesaria entre la atención primaria, neurología, geriatría, servicios sociales y salud mental.
- Desarrollar servicios integrados para el tratamiento de las personas mayores con trastornos mentales, orientados a los pacientes ambulatorios, garantizando la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, y entre los servicios de salud generales y los de salud mental.

Ello requerirá **seguir impulsando**:

- La creación de comisiones de valoración.
- La elaboración de protocolos de derivación.
- La designación de gestores/as de caso.
- La creación de equipos multidisciplinares de profesionales debidamente capacitados para la detección y la práctica asistencial, que asegure la coordinación efectiva en el proceso de cuidados ambulatorio, hospitalario y comunitario.
- La presencia de profesionales de trabajo social en los servicios sanitarios, así como de profesionales de la sanidad en los servicios sociales

### **III.5.- Algunas cuestiones sobre la afectación de los derechos fundamentales de las personas mayores con problemas de salud mental**

El ingreso en centro residencial de una persona mayor con problemas de salud mental en contra de su voluntad, puede resultar lesivo para sus derechos fundamentales si no se observan las debidas garantías.

En nuestra opinión, si la persona mayor no se encontrara en condiciones de prestar un consentimiento válido, deberían resultar de aplicación las garantías establecidas en el artículo 271 del Código civil y 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y, por tanto, exigirse la debida autorización judicial del internamiento, ello incluso en los casos en que la persona mayor se encontrara legalmente incapacitada.

Por otro lado, las personas mayores con problemas de salud mental sometidas a restricciones físicas se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima que exige que su aplicación responda a criterios objetivos y contrastados, 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.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Parece oportuno fomentar la investigación, creación y difusión de nuevos métodos de cuidados que promuevan los derechos fundamentales de las personas mayores, el respeto a su dignidad y la atención centrada en la persona. En tal sentido, resulta necesario que tales principios vayan calando en nuestras organizaciones proveedoras de cuidados.

Todo lo antedicho entronca con la conveniencia de impulsar la reforma legal adecuada para regular, de manera armónica, todos los aspectos que atañen a las personas mayores, como son los internamientos involuntarios en los centros residenciales para personas mayores, los derechos de las personas internadas en los mismos y su limitación cuando ésta sea precisa para proteger su vida, salud o integridad física, o las de terceras personas. Ello guarda conexión con la ausencia de una regulación, en los centros de internamiento de naturaleza sanitaria o social, que garantice suficientemente los derechos de los usuarios (como son los relativos a los ingresos, salidas, visitas, uso de salas de aislamiento y de medios mecánicos de contención, comunicaciones postales y telegráficas, etc.) y las eventuales restricciones de los mismos que fueran necesarias para la protección de su vida, salud e integridad física.

### **III.6.- La tutela de la persona mayor con enfermedad mental: déficits y propuestas de mejora.**

La normativa vigente en esta materia establece el carácter subsidiario de la tutela ejercida por las entidades y fundaciones tutelares, respecto a la tutela familiar, limitándose aquella a los casos de ausencia de familiares o idoneidad de éstos para ejercer el cargo con las debidas garantías.

En ausencia de familiares idóneos o fundaciones privadas adecuadas para asumir la tutela de las personas incapacitadas por razón de su enfermedad mental, las entidades públicas competentes habrán de asumir la tutela de estas personas.

En buena parte de las comunidades autónomas, la función tutelar de las personas incapacitadas judicialmente ha sido asumida por las administraciones públicas. En otros casos, son las entidades privadas quienes ejercen dicha función.

En alguna comunidad autónoma, la falta de idoneidad de las entidades privadas para asumir las obligaciones derivadas de la asignación de una tutela determinada, han llevado a la Defensoría a requerir a la administración competente la constitución de organismos o estructuras aptas para asumir funciones tutelares, ello sin perjuicio de la obligación de favorecer la creación y mantenimiento de fundaciones privadas que cuenten entre sus finalidades con esa protección.

Además del problema mencionado, destacaremos, a continuación, otros **déficits observados**:

- Insuficiencia de personal para garantizar una tutela de calidad, dado el elevado número de tutelas que se vienen asumiendo por las entidades públicas o las fundaciones tutelares.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Problemas relacionados con la calidad de la gestión de la función tutelar, en concreto, en la consecución de algunos de los fines a que esta se dirige:
  - Integración de los tutelados en su propio medio social.
  - Rehabilitación.
- Insuficiencia de profesionales especializados en la atención a la persona mayor con enfermedad mental, demencia o deterioro cognitivo, con conocimiento de los recursos públicos existentes y con capacidad suficiente para realizar cuantas actuaciones sean precisas para cumplir el mandato legal de promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor integración en la sociedad.
- Falta de estructuras específicamente diseñadas para responder a la naturaleza cuasifamiliar de la tutela y la necesidad de atención material, moral y afectiva de la persona incapacitada, que posibilite el pleno desarrollo de su dignidad y personalidad.
- Se registra una falta de concreción en las sentencias de incapacitación parcial sobre los actos que la persona incapaz puede realizar por sí misma y aquellos para los que precisa de asistencia. En igual sentido, se observa una falta de claridad en las sentencias de curatela que determinan la responsabilidad del curador sobre el tratamiento psiquiátrico, pues en un buen número de ellas no se determina la actuación procedente en los casos de negativa al tratamiento.
- Se observa un déficit de plazas en viviendas tuteladas para la integración social de la persona mayor con enfermedad mental tutelada.
- En los casos de mantenimiento en el domicilio, se registran algunos problemas de coordinación entre las unidades de salud mental, los servicios sociales y los recursos de apoyo (centros u hospitales de día).

A la vista de lo expuesto procede emitir las siguientes **recomendaciones**:

- Ampliar los equipos técnicos y humanos dirigidos a ejercer la función tutelar.
- Arbitrar medidas que individualicen la tutela y hagan partícipes a la persona mayor con enfermedad mental de su proceso de atención.
- Regular los perfiles profesionales y las ratios de profesionales exigibles para la garantía de una función tutelar de calidad.
- Reforzar el control institucional del ejercicio de la tutela por parte de las entidades privadas sin ánimo de lucro que asumen tal función.
- Dotar a las entidades públicas que ejercen esta función -y fomentar la dotación en las privadas- de los recursos necesarios para ofrecer una tutela idónea, con profesionales que cuenten con experiencia en el abordaje de problemáticas vinculadas a trastornos mentales, demencias, trastornos de conducta, etc. y la adecuación de sus medios a tales realidades.
- Dotar a las fundaciones tutelares privadas de un sistema de financiación adecuado y fundamentado en mínimos de calidad y asistencia, conforme al grado de dificultad de las tutelas propuestas, que permita disponer de los recursos necesarios para ejercer con garantías el cargo tutelar.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Arbitrar las medidas oportunas para garantizar que se hayan agotado previamente todos los mecanismos previstos para tratar y atender a la persona mayor, antes de instar un proceso de incapacitación.
- Procurar la integración de la persona tutelada en su propio medio social.
- Hasta tanto se apruebe la ley de adaptación normativa del ordenamiento jurídico para dar cumplimiento al artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica por las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones que las demás en todos los aspectos de la vida, potenciar el empleo de la curatela, para evitar cualquier tipo de exceso de protección con la figura de la incapacitación genérica. En tal sentido, parece conveniente que, en el marco de todo proceso judicial de incapacitación que pudiera afectar a una persona mayor, se intente priorizar este instituto alternativo al todo o nada que supone la no incapacitación o la incapacitación genérica. Para ello será preciso contar con diferentes informes técnicos que permitan un estudio más detenido de cada caso.
- Ampliar y flexibilizar las formas de protección jurídica de la persona, siguiendo una línea de mayor reforzamiento de la autonomía personal. En tal sentido parece oportuno contemplar figuras de protección de la persona como las del poder preventivo<sup>1</sup> y la asistencia<sup>2</sup>.
- Suplir el déficit de viviendas tuteladas y los problemas de coordinación detectados.

### III.7.- La necesidad de favorecer la formación específica y la investigación en salud mental de la persona mayor

Resulta preciso continuar avanzando en la cualificación de los profesionales que actúan con las personas mayores, fomentando la formación específica en sus problemáticas de salud mental, en sus diversas manifestaciones.

En esta línea, se proponen las siguientes **recomendaciones**:

<sup>1</sup> En sintonía con los principios que derivan de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, en cuanto a la proporcionalidad y adaptación a las circunstancias de las medidas de protección, la figura del poder preventivo prevista en la Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia, flexibiliza la respuesta jurídica ante la pérdida de facultades cognitivas y volitivas de la persona. Así, se permite que, sin necesidad de constituir la tutela, la persona apoderada pueda continuar cuidando de los intereses de la persona que ya no puede valerse por sí misma, si con anterioridad a esta situación hubiera nombrado a aquella para tal fin; en tal caso, la pérdida sobrevenida de capacidad del poderdante no comporta necesariamente la extinción del poder. Ello, sin perjuicio que si, en interés de la persona protegida, se llega finalmente a constituir la tutela, la autoridad judicial pueda, a instancia del tutor, acordar la extinción del poder.

<sup>2</sup> Con esta figura se prevé que la persona mayor de edad que lo necesita para cuidar de ella misma o de sus bienes, debido a una disminución no incapacitante de sus facultades físicas o psíquicas, pueda solicitar a la autoridad judicial el nombramiento de un asistente. El ámbito de la asistencia debe ser fijado en la resolución de nombramiento, y para ello la autoridad judicial debe respetar la voluntad de la persona que habrá de ser asistida, en cuanto al nombramiento o la exclusión de alguna persona para ejercer esta función de asistencia. Los actos jurídicos que la persona asistida realice sin la intervención del asistente, cuando fuera precisa, son anulables a instancia del asistente o de la persona asistida; y también a instancia del tutor, si se constituye la tutela, y de los herederos de la persona asistida en el plazo de cuatro años a contar desde la constitución de la tutela o el fallecimiento.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Impulsar el desarrollo de la especialidad de Psiquiatría Geriátrica, con programas de formación específicos, estructura de carrera profesional y red de apoyo multidisciplinar.
- Favorecer la especialización en el ámbito de la psicogeriatría de las y los profesionales que atienden a las personas mayores en recursos sanitarios o sociales, mediante el desarrollo de programas específicos de formación y capacitación.
- Favorecer la capacitación de las y los profesionales para la detección de la demencia y la enfermedad mental en mayores.
- Impulsar la formación continua de las y los profesionales en todos los niveles de cuidados, con la finalidad de que sean capaces de reconocer y manejar las complejidades y particularidades de los trastornos mentales entre las personas mayores. Ello se hace especialmente necesario en aquellos perfiles profesionales que como el personal de enfermería, auxiliar de psiquiatría y profesionales de la fisioterapia, se encuentran en contacto más directo con la persona mayor.
- Impulsar la conformación de equipos especializados en patología mental de la vejez, en los centros residenciales y de día.
- Incluir en los Servicios de Atención al paciente inmovilizado y terminal en Atención Primaria, contenidos de salud mental.
- Elaborar protocolos o guías para facilitar la labor de los profesionales sanitarios y sociales y su coordinación.
- Impulsar y fomentar la investigación sobre los problemas de salud mental en la vejez, con atención especial a la prevención del envejecimiento prematuro, el retraso de la pérdida de las facultades cognitivas y la reducción de la sintomatología en la demencia.

### III.8.- Especial mención a la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa vinculada al envejecimiento. De hecho, las cifras de prevalencia de esta demencia degenerativa aumentan desde el 1% en la población de entre 65-69 años, hasta el 32-38% a los 90 años y el 40-50% entre las personas con 95 o más años.

En un estado avanzado, afecta a la memoria, la orientación temporo-espacial, el lenguaje, el razonamiento, el juicio crítico y la capacidad para tomar decisiones, y se acompaña de alteraciones motrices y otros trastornos de conducta. Todo ello provoca en la persona una situación de gran dependencia.

Esta enfermedad afecta a la persona que la padece, a su familia y a toda la sociedad. El proceso de deterioro de la persona enferma genera un gran impacto emocional en sus seres queridos que, además, soportan la dura carga física y psíquica vinculada a los cuidados ofrecidos.

Los déficits observados en la atención a las personas que sufren esta patología y sus familiares nos conducen a realizar las siguientes **recomendaciones**:

- Suplir la insuficiencia de las plazas residenciales y de atención diurna para personas con Alzheimer y otras demencias.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Impulsar la formación y cualificación en la detección temprana y manejo del Alzheimer de las trabajadoras y trabajadores de los centros residenciales y de atención diurna.
- Impulsar medidas que favorezcan la detección precoz de la enfermedad.
- Proporcionar a los centros de día/estancia diurna de Alzheimer un mayor acceso a fuentes de información, mejor conocimiento de la enfermedad y una mayor fluidez en el intercambio de información entre centros y con el personal sanitario.
- Favorecer la asignación de profesionales médicos/as y enfermeros/as para la atención directa en las unidades de estancia diurna de Alzheimer.
- Facilitar la conexión telemática entre los centros de salud, los centros de día, las unidades de estancia diurna y los centros de atención especializada, para la realización de consultas e interconsultas, tramitación de citas y derivación a especialistas.
- Mejorar la formación y cualificación de las y los cuidadores familiares.
- Potenciar las sesiones de apoyo a la familia de la persona mayor con Alzheimer.
- Reforzar las medidas de cuidados domiciliarios y fisioterapia/rehabilitación.
- Favorecer la puesta en marcha y el mantenimiento de programas de apoyo en el hogar a cuidadores/as de personas mayores con Alzheimer, tales como ayudas para la adaptación funcional del hogar, teleasistencia, programas de control de errantes, estancias temporales, etc.
- Establecer canales estables de colaboración con asociaciones de familiares y personas enfermas de Alzheimer.
- Favorecer la investigación en Alzheimer.

#### **IV.- Recomendaciones de carácter general relativas a la atención de la salud mental de la población general con incidencia en los colectivos objeto de nuestro análisis.**

- Reforzar la labor institucional tendente a la **reducción del estigma**:
  - Aumentar el grado de sensibilización de la población general, del movimiento asociativo, de los ámbitos profesionales y del mundo empresarial y sindical, con el fin de evitar actitudes de rechazo hacia la persona con enfermedad mental, facilitando su integración social y laboral.
  - Favorecer la elaboración de protocolos y procedimientos encaminados a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.
  - Favorecer la participación de la persona con enfermedad mental y sus redes de apoyo (sociales, familiares y comunitarias) en el Proyecto Individual de Integración Social de aquella.
  - Desarrollar programas de ocio adaptado.
  - Favorecer la integración laboral mediante el cumplimiento de la normativa sobre creación de puestos de trabajo destinados a personas con discapacidad y la puesta en marcha de programas ocupacionales.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Favorecer los canales de información sobre los derechos de ciudadanía, recursos, servicios y prestaciones existentes para la atención a la población con problemas de salud mental. En este sentido, resulta conveniente la aprobación de las correspondientes carteras o **catálogos** de recursos disponibles, instrumentos muy eficaces para garantizar el conocimiento y ejercicio de los derechos.
- Disponer de instrumentos que posibiliten un **conocimiento periódico de los niveles de utilización y ocupación de los servicios y recursos** existentes. La ausencia de estos instrumentos minora la virtualidad de los principios de eficacia, transparencia y buena fe que han de presidir la gestión pública.
- Promover la regulación del **estatuto de la persona con enfermedad mental**, con el fin de aportar seguridad jurídica a la ciudadanía y claridad a la determinación de las atribuciones de los distintos sistemas implicados.
- Avanzar en la tarea de **control e inspección** de los diversos recursos por parte de las administraciones públicas mediante las correspondientes medidas de registro, autorización, acreditación y homologación.
- Necesidad de establecer en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, criterios comunes que permitan fijar **estándares mínimos** y suficientes para la prevención y atención de estas patologías en el conjunto del sistema público sanitario (objetivos en materia de formación, desarrollo de líneas de investigación, protocolos clínicos, guías prácticas de actuación, etc.).
- Extender el uso y elaboración de **guías de práctica clínica** debidamente consensuadas.
- Impulsar la constitución de **consejos asesores de salud mental** -órganos consultivos cuya función es orientar a las administraciones públicas sobre políticas de actuación en materia de salud mental- en los que se encuentren representadas todas las administraciones concernidas, las familias y las entidades sociales de apoyo.
- Establecer marcos estables de **participación con las asociaciones de familiares y personas usuarias** de los servicios de Salud Mental, tanto en la planificación, como en la programación y ejecución de las acciones que se lleven a cabo.
- Impulsar la conformación de **comités de ética asistencial en salud mental** y atender sus recomendaciones.
- Impulsar la reforma legal adecuada para regular de manera armónica todos los aspectos que atañen a los **internamientos involuntarios** de personas con enfermedad mental, sus derechos y posibles limitaciones cuando éstas sean precisas para proteger su vida, salud o integridad física, o las de terceras personas (cuestiones relativas a ingresos, salidas, visitas, uso de salas de aislamiento y de medios mecánicos de contención, comunicaciones postales y telegráficas, tratamientos especialmente invasivos, etc.)
- Continuar con la aprobación de **protocolos de actuación** en supuestos de **internamiento** que vinculen a las diferentes instancias implicadas y permitan garantizar los derechos de la persona afectada por estas intervenciones (autorización judicial en todo caso, derecho a ser

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

examinada por la autoridad judicial en las 72 horas en los casos de internamiento no voluntario de carácter urgente, información de los derechos que le asisten –incluido el de asistencia letrada-, etc.).

- Favorecer la elaboración de guías generales, referidas a las **buenas prácticas**, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad.
- Impulsar las **vías de ayuda y colaboración a las entidades** sin ánimo de lucro que trabajan en favor de los derechos y la mejora de la calidad de vida de la persona con enfermedad mental que superen el reducido marco temporal del año presupuestario y ofrezcan una mayor seguridad (créditos de compromiso plurianual, convenios a medio plazo, etc.).
- Desarrollar **el espacio sociosanitario**:
  - Continuar con la creación de mecanismos reales de coordinación interadministrativa entre los departamentos de Sanidad y Asuntos Sociales
  - La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere el diseño y la aplicación de instrumentos comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos o exclusiones entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de esfuerzos. Desde esta óptica, resulta indispensable acelerar el ritmo de avance hacia una aplicación efectiva de instrumentos comunes de valoración en los ámbitos preferentes o prioritarios de la atención sociosanitaria y el diseño e implementación de procedimientos comunes de acceso, que se vería ampliamente facilitado si se contara con un sistema común de información.
  - Mejorar la experiencia en la gestión de organizaciones en red y dirección de proyectos por parte de responsables de instituciones sanitarias o sociales.
  - Desarrollar la cultura de coordinación efectiva.
  - Integrar de forma estable y protocolizada la participación de las personas usuarias y de las asociaciones en las diversas estructuras de coordinación sociosanitaria.
  - Impulsar la aprobación de catálogos de prestaciones sociosanitarias.
- Favorecer la incorporación de profesionales del trabajo social, la terapia ocupacional y la educación social en las unidades sanitarias y la elaboración de protocolos de trabajo social y salud mental.
- Reforzar la red de **recursos intermedios y ambulatorios**.
- Impulsar programas de **tratamiento asertivo comunitario**.
- Reforzar la intervención en medio abierto realizada por educadores sociales de calle con profesionales del ámbito de la psiquiatría, capaces de atender a las personas con enfermedad mental en situación de **exclusión social grave** que no acuden a los centros de salud mental (personas sin hogar, toxicómanos refractarios al tratamiento, etc.).
- Suplir la falta registrada de especialistas mediante la **ampliación del número de plazas MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de Salud Mental**.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Impulsar y mantener todos aquellos dispositivos dirigidos a ofrecer formación, apoyo y respiro a las **familias y personas cuidadoras**, así como a dotarlas de habilidades y herramientas válidas para hacer frente a su responsabilidad, y paliar el impacto negativo que pudiera provocar la labor de cuidado en su salud.  
Cualquier política dirigida a la atención de la persona con problemas de salud mental que pretenda ser adecuada y efectiva habrá de articular un sistema óptimo de atención y apoyo a las **personas cuidadoras**. De ahí la necesidad de:
  - incrementar el número de los recursos de corta estancia en residencias y centros de día;
  - reforzar el servicio de ayuda a domicilio mediante un incremento de las tasas de cobertura, una mayor agilidad en su puesta en marcha, una adecuación de las intensidades del servicio a las necesidades individuales.
  - impulsar el desarrollo de programas de respiro, atención psicoterapéutica, formación, así como los grupos de ayuda mutua;
  - profundizar en políticas de igualdad entre hombres y mujeres que promuevan la corresponsabilidad en las tareas del cuidado.
- 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 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, incorporando nuevas dimensiones relacionadas con la autonomía personal, la participación y la comunicación.
- Continuar con la labor de formación dirigida a garantizar la cualificación de las y los profesionales que conforman los **equipos de valoración de la dependencia**, así como de quienes realizan las entrevistas en el domicilio de la persona solicitante, mediante la organización de cursos sobre la incidencia de la enfermedad mental en la autonomía personal y contactos formales de los equipos de valoración con las entidades sociales de apoyo a personas con enfermedad mental.
- Propiciar la **compatibilidad entre los servicios y las prestaciones económicas, (así como entre los distintos servicios)** contemplados en el artículo 15 de la LAAD con el fin de garantizar una adecuada atención a la dependencia y una efectiva promoción de la autonomía personal
- Garantizar la **atención a la discapacidad** de la persona con enfermedad mental al margen de que no obtenga un reconocimiento suficiente de su situación de dependencia para el acceso a los recursos.
- **Impulsar la formación específica y la investigación:**
  - La especialización en psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental y su regulación legal y administrativa ha sido muy positiva en la mejora de la atención de las personas con problemas de salud mental. Parece oportuno el desarrollo de capacitaciones

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- específicas como las de la psiquiatría infantojuvenil, psicoterapia, drogadicciones y psicogeriatría; psicología clínica infantojuvenil, psicología de la salud, y neuropsicología.
- La formación de los agentes intervinientes (sanitarios, sociales, educativos o del ámbito judicial) debe ir orientada hacia la consecución del enfoque integrado y combinado entre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de os/as usuarios/as, la coordinación inter e intrainstitucional, así como hacia la adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas con estos trastornos.
  - Los servicios sanitarios son considerados en la actualidad como organizaciones intensivas de conocimiento. La Gestión del Conocimiento, constituye una de las principales estrategias de gestión en las organizaciones sanitarias para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria ofertada, y requiere una integración lo más completa posible entre las áreas de gestión, la clínica asistencial y el área de formación (pregrado, especializada y continuada), docencia e investigación. Resulta conveniente, pues, la creación de Unidades de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental que tengan como fin último promover una asistencia de calidad a los problemas de salud mental coherente con el modelo de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo personal y profesional de los diferentes trabajadores de la red asistencial, fomentando una cultura de servicio, de innovación continuada y de compromiso con la organización sanitaria y con la excelencia profesional al servicio de la ciudadanía.
  - Asegurar el desarrollo de una Formación Continuada acorde con programas y prioridades asistenciales, estrategias de gestión (Gestión Clínica, Gestión por Procesos, mejora de la efectividad y eficiencia) y satisfacción de expectativas de los profesionales.
  - Propiciar espacios de formación continuada compartida con otros ámbitos de atención y servicios, tales como atención sanitaria primaria, y otros servicios de atención especializada, Educación, Bienestar social, Justicia, personas usuarias y familias.
  - El necesario impulso de la formación de las y los profesionales del ámbito público que trabajan con personas con problemas de salud mental, ha de hacerse extensivo, exigirse y potenciarse también en el ámbito de la gestión de los servicios públicos de forma indirecta, especialmente en el ámbito de la atención social.
  - Inclusión de la especialización de enfermería psiquiátrica y de salud mental en los planes de estudio de enfermería con contenidos específicos sobre psiquiatría infanto-juvenil y geriátrica. Avanzar en la ocupación de las plazas de enfermería en centros de salud mental y unidades psiquiátricas de tales profesionales especializados/as.
  - Inclusión de contenidos sobre psiquiatría infanto-juvenil y geriátrica en los programas formativos pregrado y laborales/postgrado de las diferentes disciplinas académicas implicadas en esta temática (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, educación social, etc.).

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

- Promover la **formación** de las y los profesionales sobre **aspectos éticos y legales relacionados con la atención a las familias.**

## **V.- Algunas buenas prácticas reseñables en materia de atención a jóvenes y mayores con problemas de salud mental.**

A continuación, recogemos una serie de iniciativas puestas en funcionamiento en distintas comunidades autónomas que, por sus características innovadoras o por la bondad de los resultados que vienen obteniendo merecen ser mencionadas con el fin de contribuir a su difusión y reconocimiento.

### ***Andalucía: Comisión Técnica de Seguimiento de intervención con personas con problemas de enfermedad mental.***

El Defensor del Pueblo Andaluz constituyó una Comisión para abordar y tratar los problemas que presentan las personas con discapacidad grave y las dificultades de las Administraciones intervinientes en aquellas situaciones que conllevan la incapacitación. Forman parte de dicha Comisión la Administración de Justicia (Fiscalía, Magistratura, Medicina Forense), Junta de Andalucía (Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Dirección General de Personas Mayores), Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, Salud Mental y la FAISEM (Fundación para la Integración Social de los Enfermos Mentales) y el Centro Provincial de Adicciones.

Fruto del trabajo de esta Comisión es la *Guía de Intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos*, con la que se le ha pretendido racionalizar las intervenciones por parte de los distintos agentes intervinientes.

Una vez concluido el trabajo inicial de la Comisión, se crea un grupo amplio de trabajo que analiza historias de vida de pacientes con una largo recorrido por las distintos dispositivos y recursos y que, por la patología que presentan, encuentran dificultades de encaje para la solución de sus problemas. A partir de una metodología de estudio de casos, se pretende protocolizar un modelo de intervención que garantice unos resultados satisfactorios, tanto en los casos planteados como en el funcionamiento de los diversos dispositivos terapéuticos que intervienen en situaciones complejas.

### ***Asturias: Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Avilés.***

Se configuran como una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente.

Las intervenciones domiciliarias constituyen la piedra angular del Tratamiento Asertivo Comunitario tratando de integrar actuaciones diversas (farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, familiares y laborales). Su funcionamiento fija la derivación desde el Centro de Salud Mental como única vía de

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

entrada posible y el propio equipo de tratamiento asertivo comunitario es un dispositivo de nexo y transición entre el centro de salud mental y el resto de dispositivos rehabilitadores.

Esta forma de actuación que favorece la continuidad de cuidados, contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias y su red social más próxima. Además, evita las recaídas en un alto porcentaje, haciendo innecesarios en su totalidad los tratamientos involuntarios y las hospitalizaciones, al actuar de forma precoz.

Entre las actuaciones previstas por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario están las intervenciones psicoeducacionales, que contribuyen extraordinariamente a la prevención de patologías físicas y mentales propias de los familiares y cuidadores y del resto de miembros de la familia.

## ***Canarias: Red de Recursos del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).***

Es un órgano de participación creado por el Gobierno de Canarias, adscrito a la dirección de Área de Salud de la Consejería de Sanidad y su objetivo es atender las necesidades de las personas con un trastorno mental grave y sus familias. En el mismo está representado el Servicio Canario de la Salud, la Dirección General de Bienestar Social, la Dirección General de Empleo, el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) del Cabildo Insular correspondiente, una representación de los ayuntamientos de la isla a través de la FECAM y las asociaciones de familiares o de enfermos mentales y/o entidades cívicas relacionadas con el sector.

El conjunto de recursos complementarios necesarios para cubrir las necesidades y demandas de las personas y sus familias con una discapacidad por la presencia de un trastorno mental grave, constituye el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Para cada una de las Áreas de Salud, este PIRP se ha ido ejecutando en el marco cronológico y administrativo del Plan de Atención a la Discapacidad (PAD) donde se recoge que el CIRPAC es el órgano de planificación y evaluación en el sector de la salud mental.

## ***Castilla y León: Modelo específico de intervención integrada de carácter sociosanitario.***

Dirigido a la población con enfermedad mental que necesita apoyo de los sistemas de salud y servicios sociales, y orientado a garantizar la continuidad de la atención sanitaria y social mediante la coordinación y desarrollo de recursos específicos por parte de ambos sistemas. Con la aplicación de este nuevo proceso de atención (que han de seguir por todos los profesionales implicados) se deberá favorecer la vida autónoma y la integración en la comunidad, proporcionar soporte social, incluido el alojamiento, garantizar la atención aun cuando el recurso idóneo no este disponible y coordinar las atenciones sociales y sanitarias.

## ***Cataluña: Programa Salud y Escuela.***

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Dirigido especialmente a las y los adolescentes que cursan el segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, y en el que intervienen el Departamento de Salud y el Departamento de Educación, y también están implicadas las administraciones locales.

Tiene como finalidad mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones de promoción de la salud, de prevención de las situaciones de riesgo, y de atención precoz, vertebradas en cuatro ejes fundamentales: la salud mental, la salud afectiva y sexual, el consumo de drogas y sustancias adictivas, y los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello interviene el profesorado con el apoyo de uno o más miembros del equipo de atención primaria de salud, que preferentemente será personal de enfermería. Este último profesional, además, dispone de una consulta abierta en el centro educativo donde los jóvenes pueden acceder de manera espontánea para consultar aquellos temas relacionados con la salud que les preocupan.

## ***Comunidad Valenciana: Protocolo de ingreso involuntario.***

El protocolo regula los internamientos en unidades hospitalarias psiquiátricas o en centros residenciales de personas que padezcan un trastorno psíquico y que presenten una falta de capacidad de decisión, cuando el indicado trastorno es de un tipo o grado tal que requiera internamiento forzoso.

En el primero de los casos se atiende al principio de coordinación de las administraciones sanitarias, sociales, judiciales y, en su caso, policía, bomberos o cualquier otro organismo que se considere necesario.

Respecto a los internamientos en centros residenciales de servicios sociales, el Protocolo regula la casuística en la que podrán ser practicados por la Administración los internamientos por razón de urgencia, requiriendo que la situación suponga un grave riesgo para la salud del paciente y que resulte imposible o hayan fracasado mecanismos sociales para su abordaje. De igual forma que en el supuesto anterior, se establece la coordinación entre las administraciones sanitarias, de bienestar social y judiciales para la adopción de las medidas.

La redacción del Protocolo ha sido realizada por la Administración de Sanidad y de Bienestar Social, representantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Jueces, Fiscales y representantes de la Clínica Forense, creándose una Comisión Coordinadora en la que participan representantes de todas ellas así como asociaciones de familiares y personas afectadas que tienen derecho a asistencia a las reuniones y participación en los debates.

## ***Murcia: Líneas de Investigación.***

Se han iniciado dos líneas estratégicas de investigación. Una sobre la detección y la atención sanitaria a los problemas de violencia de género en los centros asistenciales de Salud Mental regionales, y otra, un

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

ambicioso proyecto epidemiológico en coordinación con el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Murcia, el Instituto de Neurociencias de Alicante y el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona. Este último proyecto, *Epidemiología de los Trastornos Mentales en la Región de Murcia (Proyecto Pegasus-Murcia): factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales*, pretende analizar la prevalencia en la población general de las principales patologías mentales en Murcia, así como la comorbilidad, la calidad de vida percibida y discapacidad asociada, la utilización de los recursos asistenciales, la adecuación del tratamiento recibido, y el análisis de los principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales.

## ***Navarra: Limitaciones al uso de sujeciones físicas y farmacológicas en centros residenciales del ámbito de la atención social.***

Regulación expresa mediante Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre. La norma parte de la afirmación de que estas sujeciones o restricciones, además de que limitan la libertad individual, pueden suponer graves riesgos o inconvenientes para la salud de las personas, estableciendo una serie de medidas para garantizar un uso proporcionado, no excesivo y sometido a control: en síntesis, procedimientos que observar (ordinario y de urgencia), garantías en el uso de las sujeciones y control administrativo de esta práctica.

## ***País Vasco: Centros terapéutico-educativos.***

Desarrollan su intervención en Unidades de Día, en contextos de colaboración entre la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil y el sistema educativo, de acuerdo con lo establecido por el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, que regula el apoyo educativo al alumnado que no pueda asistir de una manera habitual a su centro escolar por prescripción facultativa.

El convenio de colaboración entre el sistema educativo y el sanitario que articula y pone en marcha en 2008 estos recursos, posibilita la atención terapéutico-educativa a menores con graves enfermedades mentales, en edad de escolarización obligatoria y que requieran una intervención específica en un período de tiempo definido. En la actualidad existen 4 unidades, con 40 plazas atendidas por un equipo mixto de personal docente y sanitario.

## **VI.- Conclusiones y recomendaciones finales. Sinopsis**

La **atención** a los problemas de salud mental que presenta la población en general y las personas mayores y la infancia, adolescencia y juventud, en particular, continúa presentando graves **déficits** a pesar de los avances registrados en las últimas décadas.

La salud mental de los colectivos mencionados requiere de una **atención específica** con intervenciones y estrategias diferenciadas, propias de cada etapa vital.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

## VI.1.- Reconocimiento de los derechos y principio de responsabilidad pública en la atención sociosanitaria de estos colectivos

1.- Un buen número de **instrumentos jurídicos** del ámbito 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**.

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.

3.- La elaboración, en la mayoría de las comunidades autónomas de **Planes** Integrales de Salud Mental, e incluso, de documentos de planificación estratégica relativos a los colectivos de jóvenes y mayores, se revela como una herramienta imprescindible para la dispensa de una atención adecuada. En la práctica, la **materialización** de las previsiones contenidas en estos instrumentos es **insuficiente**. 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**.

## VI.2.- Contexto socio-económico

La 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 redoblar los esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud mental, la atención dispensada y la formación de las y los profesionales.

## VI.3.- 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.

## VI.4.- Coordinación inter e intrainstitucional y con el resto de los agentes implicados

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

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 impulsar el denominado espacio sociosanitario.

2.- Igualmente, en el seno de **cada red** ha de asegurarse la **adecuada coordinación** entre los distintos servicios: atención sanitaria primaria y especializada; dispositivos de salud mental infantojuvenil 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.).

3.- Incluso, en ocasiones, 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).

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.

## VI.5.- Promoción y prevención

Ha de otorgarse máxima prioridad a los programas de **promoción de la salud mental infantojuvenil 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.

## VI.6.- La atención

1.- Existen **desigualdades territoriales** en la dotación de recursos especializados en atención a la salud mental infantojuvenil y de mayores, lo que impide un igual disfrute de derechos y exige intervenciones encaminadas a la superación de tales desigualdades mediante una mayor dotación de recursos personales y materiales.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

Así, entre otras actuaciones, procede **ampliar la edad de intervención en unidades específicas infanto-juveniles hasta los 18 años** en aquellas comunidades en que se contemplan límites de edad inferiores. En igual sentido, resulta urgente suplir la preocupante **insuficiencia de plazas** residenciales y de atención diurna para personas con **Alzheimer y otras demencias** registrada en determinados ámbitos geográficos.

2.- Los dispositivos sanitarios y sociales dirigidos a estos colectivos (mayores e infantojuvenil) resultan todavía **insuficientes**, en especial por lo que se refiere a los **servicios de promoción de la autonomía personal, los recursos residenciales psicogerítricos y 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, recursos de apoyo social (a la persona afectada y las familias) y rehabilitación psicosocial, y centros educativo-terapéuticos. Nuestras administraciones públicas deben realizar un especial esfuerzo por favorecer la creación de dichas estructuras y el mantenimiento de las existentes.

3.- Observamos una **inadecuación 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.

4.- Las **demoras** registradas, en ciertas comunidades, en el conocimiento de los **expedientes** de carácter social asociados a la **dependencia** de estos colectivos han de ser urgentemente corregidas. Debe ser superada también la **infravaloración** de la situación de dependencia que padecen estas personas.

5.- La **atención psicoterapéutica** ofrecida desde la red pública a estos colectivos resulta deficitaria, al igual que los **tratamientos** de carácter **asertivo-comunitario**. Es preciso fomentar su acceso y disfrute.

6.- Es necesario favorecer la habilitación de programas y dispositivos adecuados para atender diversas **situaciones clínico-asistenciales que no encuentran la debida respuesta**: demencias juveniles y autismo, trastornos de personalidad, trastornos graves de la conducta y psicosis refractarias en población infantojuvenil.

7.- Los **centros de menores con trastornos de conducta** registran preocupantes déficits que han de ser superados mediante la correspondiente regulación y consiguiente cumplimiento de ésta, todo ello con el fin de garantizar el respeto a los derechos fundamentales de los menores y una adecuada atención a sus problemas de salud mental.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

8.- Conviene impulsar una adecuada reforma legal que garantice la protección efectiva y con las debidas garantías de los **derechos fundamentales de la persona mayor**. Así, convendría contemplar dichas garantías, entre otros, en supuestos de internamiento involuntario en centros residenciales y ante situaciones de restricción de derechos de diversa índole (sujeciones físicas, restricciones farmacológicas, etc., en centros de carácter social y sanitario), lo que tiene una especial incidencia en la persona mayor con problemas de salud mental.

Así, en nuestra opinión, el ingreso en residencia de una persona mayor con problemas de salud mental en contra de su voluntad, cuando aquella no se encontrara en condiciones de prestar consentimiento válido, debe contar con la debida **autorización judicial** incluso en los casos en que se encontrara legalmente incapacitada.

Asimismo, es necesario impulsar la elaboración de **guías** de buena práctica, sobre **aspectos éticos y legales** de la praxis asistencial de cualquier modalidad de intervención, en contra de la voluntad.

Hasta que se modifique nuestro ordenamiento jurídico para dar cumplimiento a los preceptos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en lo relativo al ejercicio de la **capacidad jurídica de las personas con discapacidad**, se debe reforzar la autonomía personal, potenciando el empleo de la curatela u otras fórmulas como el poder preventivo o la asistencia, para evitar el exceso de protección que en ocasiones comporta la figura de la incapacitación genérica.

9.- Es preciso impulsar la **función tutelar** pública y privada, y adoptar las medidas oportunas en cuanto a dotación de recursos, ratios de personal, formación de profesionales en salud mental, adecuada gestión, estructuras diseñadas para responder a la naturaleza cuasi familiar de la tutela, todo ello con el fin de ofrecer una tutela de calidad que contribuya a la rehabilitación y la integración de la persona tutelada en su medio social.

10.- Dadas las carencias detectadas, resulta preciso impulsar la **atención psiquiátrica y psicogerítrica en centros residenciales**.

11.- Constatamos la necesidad de intensificar la dotación de recursos personales y materiales al **sistema educativo** con el fin de mejorar los servicios 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.

## VI.7.- Formación, investigación e información

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.

# PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ZARAGOZA, 19 Y 20 DE JUNIO DE 2012

2.- Procede impulsar la creación de las especialidades de **psiquiatría y psicología clínica infantojuvenil**, así como **psiquiatría geriátrica** con sus correspondientes estructuras docentes y asistenciales, programas de formación específicos y red de apoyo multidisciplinar.

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**.

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.

## VI.8.- Recomendaciones generales

Una serie de recomendaciones de carácter general en lo relativo a la atención de la salud mental de toda la población inciden en los colectivos que son objeto de nuestro análisis (capítulo IV).