



LOS PSIQUIATRICOS

SITUACION DE LOS ENFERMOS MENTALES
EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Amnia vincit amor



LOS PSIQUIATRICOS

SITUACION DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

AUTORES:

Por parte de la Institución del Ararteko:

Juan San Martín, Ararteko.

Jesús M^a Arteaga, Adjunto al Ararteko.

Faustino López de Foronda, Asesor Jefe de la Institución del Ararteko.

Alex Andía, Asesor jurídico de la Institución del Ararteko.

Iñaki Mendieta, Asesor jurídico de la Institución del Ararteko.

Por parte de la Fundación OMIE:

José Guimón, Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU y colaborador médico de la Institución del Ararteko.

Eduardo de la Sota, Director de OMIE.

César San Juan, Doctor en Psicología y coordinador de programas de OMIE.

Otros colaboradores:

Edorta Cobreros, profesor titular de la UPV/EHU y colaborador jurídico de la Institución del Ararteko.

José Andrés, Gerente de la empresa G.O.C. (Gestió, Organització, Comunicació).

© ARARTEKO

Edita: Ararteko-OMIE

Fotocomposición e impresión: Estudios Gráficos ZURE, S.A.

Ilustración de cubierta: *Volvia a oír de nuevo*: INTZA

Pintura sobre madera de Eugenio Ortiz. 1990.

Papel reciclado.

D.L.: BI-1549-92

ISBN: 84-87122-41-8

LOS PSIQUIATRICOS

SITUACION DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS



Coedición: Ararteko y OMIE.

Vitoria-Gasteiz
1992



INDICE

CAPITULO I. PRESENTACION DEL ARARTEKO	13
CAPITULO II. INTRODUCCION	19
CAPITULO III. EL SISTEMA DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA	23
3.1. LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN EL CONTEXTO DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA	26
3.1.1. El concepto de psiquiatría de comunidad	26
3.1.2. Los límites de la psiquiatría de comunidad	27
3.1.3. Período de la llamada aproximación sistémica	28
3.2. EL EQUIPO TERAPEUTICO EN LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA Y SU DIFERENCIACION FUNCIONAL	28
3.3. LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA	30
3.3.1. El hospital psiquiátrico en la moderna asistencia psiquiátrica	30
3.3.2. Desarrollo de ambientes terapeuticos activos	31
3.3.3. La hospitalización psiquiátrica en el Estado y el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en España	32
CAPITULO IV. EL SISTEMA DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN LA CAPV	35
4.1. DESCRIPCION	37
4.2. EL PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL DE 1983 Y SU SEGUIMIENTO	41
CAPITULO V. OBJETIVOS Y METODOLOGIA EN LA ELABORACION DE ESTE ESTUDIO	45
5.1. OBJETIVOS	47
5.2. METODOLOGIA	47

CAPITULO VI. DESCRIPCION DE LA SITUACION DE LOS CENTROS	49
6.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION DE LOS INTERNOS EN LOS CENTROS VISITADOS	51
6.2. ARQUITECTURA Y DISEÑO INTERIOR E INSTALACIONES	55
6.2.1. Criterios generales	55
6.2.2. Situación de los centros psiquiátricos en la CAPV	56
6.2.3. Recomendaciones generales	61
6.3. INGRESOS INVOLUNTARIOS E INCAPACITACIONES	61
CAPITULO VII. ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA ASISTENCIA	65
7.1. METODO	67
7.2. INSTRUMENTOS	67
7.3. RESULTADOS	68
7.3.1. Ambiente terapéutico	68
7.3.2. Satisfacción laboral del personal asistencial: síndrome del «quemado»	71
7.3.3. Restricciones impuestas a los pacientes	72
7.3.4. Satisfacción de los usuarios	74
CAPITULO VIII. PROBLEMAS ESPECIALES	81
8.1. PSICOGERIATRIA	83
8.2. RETRASO MENTAL	84
8.3. PACIENTES TOXICOMANOS CON DOBLE DIAGNOSTICO	84
8.4. SINDROMES PSIQUIATRICOS INCAPACITANTES TRAS CONTUSION CEREBRAL	85
8.5. EL PROBLEMA DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS	85
8.6. INGRESOS HOSPITALARIOS INVOLUNTARIOS	86
CAPITULO IX. REGIMEN JURIDICO	89
9.1. INTRODUCCION	91
9.2. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA PRESTACION SANITARIA PSIQUIATRICA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO	91
9.2.1. Delimitación competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco	91

9.2.2.	Delimitación competencial en el seno de la Comunidad Autónoma del País Vasco	93
9.2.3.	Conclusión: la responsabilidad de la atención psiquiátrica	94
9.3.	LA NORMA BASICA SOBRE SALUD MENTAL: EL ART. 20 DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD	95
9.3.1.	Breve referencia a su génesis parlamentaria	95
9.3.2.	Contenido y alcance de las prescripciones relativas al tratamiento de la salud mental	96
9.3.3.	La necesaria estructura de la asistencia social y sus disfunciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco	97
9.4.	REFERENCIA A LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS RECONOCIDOS POR LA LEGISLACION	99
9.4.1.	El art. 10 de la Ley General de Sanidad	99
9.4.2.	El Decreto del Gobierno Vasco 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza	100
9.4.3.	Su aplicación a los pacientes psiquiátricos	100
9.5.	EL REGIMEN JURIDICO DEL INTERNAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES:	101
9.5.1.	Sobre las garantías mínimas en los internamientos, con especial referencia al Tribunal Europeo de Derechos Humanos	101
9.5.2.	Legislación aplicable al internamiento de los enfermos mentales	110
9.5.3.	Observaciones	122
CAPITULO X. CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES		125
10.1.	CONCLUSIONES GENERALES	127
10.2.	RECOMENDACIONES	133
10.2.1.	Recomendaciones médico-organizativas	133
10.2.2.	Recomendaciones jurídico-organizativas	134
ANEXOS		
I.	Normas para la admisión de pacientes psiquiátricos en hospitales de la red del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza	137
II.	Evaluación de los objetivos propuestos por el «Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica» del Gobierno Vasco 1983, realizada por la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV	143
IIa.	Evaluación de objetivos en noviembre de 1989	145

IIb. Evaluación de objetivos en enero de 1991	152
III. La omisión del doble diagnóstico: esquizofrenia-abuso de sustancias	155
IV. Síndromes psiquiátricos incapacitantes tras contusión cerebral	161
V. Las urgencias psiquiátricas	165
VI. Ingresos psiquiátricos involuntarios	175
VII. Creación de un centro de atención a pacientes psiquiátricos judiciales y conflictivos en la CAPV	181
BIBLIOGRAFIA	185

CAPITULO I

PRESENTACION DEL ARARTEKO

Omnia vincit amor
(Virgilio, *Eglogas*, X, 69)

Este es el segundo informe monográfico que el Ararteko presenta ante el Parlamento Vasco, para su tramitación como informe extraordinario, y corresponde a una actuación de oficio realizada en el año 1991 que ha culminado con la elaboración del presente volumen.

Con el mismo se quiere dar continuidad al estudio de los colectivos más desprotegidos, en la línea marcada por el precedente informe sobre la situación de los detenidos en los centros de detención municipales y de la Ertzaintza, que fue presentado al Parlamento el año pasado como anexo al informe ordinario de la Institución.

Como Ararteko, entiendo que la Administración pública ha de dirigir sus esfuerzos a crear los dispositivos asistenciales necesarios siguiendo criterios de solidaridad e integración; complementariamente, los ciudadanos deberían colaborar ética y moralmente en el restablecimiento de un equilibrio social justo. El amor lo supera todo, como advirtió Virgilio en su serie de eglogas de *Las Bucólicas*.

Guiado por esa intención, durante el primer año de ejercicio como Ararteko visité el Hospital Psiquiátrico Santa María de Las Nieves. Contemplar la situación general del establecimiento me produjo una honda tristeza y algunos desvelos. Sinceramente, no estaba acostumbrado a ver tanto desamparo. Fue entonces cuando me propuse realizar una inspección rigurosa sobre la situación de los enfermos en los hospitales psiquiátricos de esta Comunidad Autónoma.

En aquella visita pude comprobar que el inmueble no reunía las mínimas condiciones de alojamiento. Observé además que los enfermos presentaban patologías muy diversas, había desde esquizofrénicos y paranoicos hasta enfermos seniles y oligofrénicos. La mayoría de ellos reflejaba tristeza, depresión e infelicidad. Sin embargo, se observaba bondad en casi todos, e incluso, cuando tenían oportunidad, demostraban su voluntad de contribuir en aquellas pequeñas tareas que su limitada capacidad les permitía. Ello trajo a mi memoria, retrocediendo en el tiempo, el recuerdo de «El sembrador de lo que no hay», de las *Parábolas* de Tomás Meabe, que traduje al vascuence en mi juventud: «¡Bienaventurados aquellos que en sus locuras son pacíficos!»

El objetivo perseguido por esta investigación ha sido el de conocer la situación de los internos en los hospitales psiquiátricos de la CAPV, tanto en los públicos como en los privados con camas concertadas con Osakide-

tza, tratando de averiguar si éstos se han convertido más en centros de internamiento que en centros médicos o si cumplen más funciones asilares que terapéuticas. En definitiva, hemos intentado averiguar qué prácticas coercitivas o restrictivas de los derechos de los internos se siguen y comprobar si se apoyan o no en prescripciones médicas; una vez analizada esta situación, hemos formulado aquellas recomendaciones que se consideran necesarias para garantizar que los internos psiquiátricos sean debidamente tratados y puedan ejercer sus derechos como un ciudadano más.

Durante la investigación previa al estudio, este Ararteko, acompañado de un equipo de profesionales, ha inspeccionado personalmente las once unidades y hospitales psiquiátricos existentes en nuestra Comunidad Autónoma. Desde un principio, era plenamente consciente de que los derechos de los internos solo podían resultar efectivos en la medida en que la estructura hospitalaria y asistencial ofreciera unas prestaciones a un nivel material y sanitario adecuado, y en la medida en que el trato y la relación con el personal fuera humana, respetuosa y comprensiva.

En los psiquiátricos hemos visto una parte de la trastienda de nuestra sociedad. Ancianos dementes inmóviles en sus sillas de ruedas, oligofrénicos mezclados con los llamados vulgarmente locos... Esto me ha planteado la duda sobre si los internos están agrupados de manera conveniente, ya que los facultativos en la especialidad psiquiátrica puntualizan y recomiendan, con criterio científico, la necesidad de un tratamiento diferenciado para las distintas patologías.

He de constatar que, afortunadamente, después de dos años, el Hospital Psiquiátrico Santa María de las Nieves ha mejorado algo, y espero que cuando se habilite el nuevo centro que se halla en construcción pueda cobijar con mayor dignidad a los pacientes. No obstante, ruego a los responsables de la sanidad pública que presten mucha atención a los lugares de alojamiento extrahospitalario de pacientes, para evitar casos tan vergonzosos como el que tuvimos que presenciar en un hostel de Bilbao, donde descubrimos veintiuna personas en condiciones infrahumanas; se trata, pues, de un caso de negligencia, sin duda. Por otra parte, observamos en el Hospital de Basurto que los delincuentes con perturbaciones mentales, que se encuentran internados en el pabellón Jado, permanecen meses en soledad, en una situación que no resulta nada beneficiosa para su estado; consideramos que ello constituye una vulneración de derechos por abuso en el celo del cumplimiento legal.

Quisiera agradecer, de una forma sincera, la colaboración de cuantas personas e instituciones han hecho posible la confección de este informe: al propio Consejero de Sanidad, Excmo. Sr. Inaki Azkuna, por su buena disposición, así como la de su equipo, facilitando la inspección de los centros y cuantos datos y consultas han sido precisas; al doctor José Guimón como asesor de la Institución en los aspectos médico-psiquiátricos; al profesor titular de la UPV Edorta Cobreros, en los aspectos jurídicos; al equipo de la fundación psiquiátrica OMIE; en especial a los doctores Eduardo Sota y César San Juan; a los distintos responsables de los centros visitados; a cuantas personas que de una u otra manera han intervenido o han sido consultadas, y como no, a los miembros de mi propio equipo.

Finalmente, sólo me queda desear que las recomendaciones de este informe tengan la debida transcendencia, e influyan sobre quienes tienen la

responsabilidad de adoptar decisiones en materia de psiquiatría hospitalaria, para que entre todos colaboremos en eliminar la marginación, e incluso el estigma que padecen los internos psiquiátricos, y hagamos todo lo posible para favorecer su pleno y libre desarrollo social haciéndoles partícipes, como unos ciudadanos más, de la vida colectiva que es la de todos y cada uno de nosotros.

Obremos en conciencia y sólo así podremos repetir con Tomás Meabe: «¡Bienaventurados aquellos que en sus locuras son pacíficos! ¡Bienaventurados aquellos que hasta cuando los coge la locura se presentan nobles!...». *Omnia vincit amor.*

EL ARARTEKO

Juan San Martín

CAPITULO II

INTRODUCCION

La Ley 3/85, de 27 de febrero, por la que se crea y regula la Institución del Ararteko, contempla entre sus facultades la de iniciar la investigación de oficio e inspeccionar cualquier servicio o dependencia de la Administración Pública Vasca, y procurar o proponer las soluciones más adecuadas en defensa de los intereses legítimos de los ciudadanos. También establece que el Ararteko podrá presentar en cualquier momento, a iniciativa propia, un informe extraordinario ante el Parlamento Vasco dando cuenta del resultado de sus investigaciones.

Este documento constituye el informe que la Institución del Ararteko ha elaborado sobre los derechos y situación de los internos en hospitales psiquiátricos de la CAPV, y contiene en su parte última unas propuestas, en forma de recomendaciones, para que se lleven a cabo actuaciones de mejora en el sistema hospitalario psiquiátrico que redundaría, en la situación de los enfermos.

La investigación y elaboración del informe no responde a quejas concretas que se hayan presentado ante la Institución, sino a una decisión del Ararteko, por propia iniciativa, siguiendo el criterio de que cada año de su mandato se estudie la situación y derechos de aquellos colectivos que requieran una especial protección, y que en 1991 ha correspondido al de los pacientes internos en hospitales psiquiátricos.

Es importante, ya desde un principio, precisar el objeto del informe: conocer cuál es el régimen y condiciones de vida de los internos psiquiátricos en la CAPV, examinar si se produce alguna restricción innecesaria de sus derechos más allá de lo que el tratamiento terapéutico pueda exigir, comprobar si disfrutaban de unas condiciones asistenciales dignas y, finalmente, proponer aquellas mejoras del sistema que puedan contribuir a elevar las condiciones de vida de que disfrutaban los internos.

Por tanto, no es objeto del informe el estudio del conjunto del sistema de asistencia psiquiátrica. En ese sentido, no se aborda la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, y el estudio del sistema hospitalario parte siempre de las estructuras hospitalarias psiquiátricas que existen hoy en día en nuestra comunidad, sin entrar a valorar el modelo médico ni las prácticas terapéuticas que se aplican en cada hospital.

A lo largo del informe queda patente que no se pueden deslindar las condiciones de vida y derechos de los internos de la estructura y organización de los hospitales psiquiátricos, por lo que también se abordan algunos de sus aspectos. Derechos tan fundamentales como el de la intimidad o el de la libertad de los individuos están supeditados a que el sistema hospitalario ofrezca condiciones adecuadas para su ejercicio. Un hospital que careciera de los medios personales o materiales adecuados obligaría a unas

prácticas excesivamente restrictivas para con los internos, más allá de lo que un correcto tratamiento terapéutico pudiera justificar.

En la elaboración de este informe hemos podido contar con las aportaciones del «Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España», publicado en diciembre de 1991.

No obstante, en cada uno de los informes se ha utilizado un método distinto. Dada la dificultad que supone inspeccionar las 179 unidades y hospitales psiquiátricos que existen en todo el Estado, el Defensor del Pueblo ha seguido un sistema de muestreo (se visitaron 49 establecimientos). En cambio, en nuestro caso, el menor número de centros nos ha permitido realizar un trabajo que nos atrevemos a calificar como exhaustivo, en la medida en que ha sido inspeccionada la totalidad de los centros psiquiátricos y haber sido examinados, creemos, todos los aspectos que afectan al régimen de vida de los internos, lo cual nos ha permitido profundizar en las conclusiones y recomendaciones del informe.

Para la elaboración de este estudio, tal y como se ha mencionado anteriormente, se han visitado todos y cada uno de los centros psiquiátricos acompañados de la dirección del centro. También se ha obtenido una información, que nos atrevemos a calificar de muy importante, a través de varias encuestas dirigidas tanto a pacientes como al personal asistencial, e incluso, con absoluta confidencialidad y garantizando el anonimato se ha remitido una encuesta a ex-pacientes para conocer su opinión y grado de satisfacción con el trato recibido. Esto ha supuesto una ingente labor que ha contribuido a mejorar la calidad y diversidad de la información que hemos analizado en el informe.

Paralelamente, sobre algunas cuestiones que se han considerado de especial relevancia, se han encargado a distintos especialistas unos estudios complementarios, que figuran, respetando su literalidad, como documentos anexos, ya que han servido de soporte para algunas de las recomendaciones que figuran en el informe.

El informe incluye además un estudio jurídico en el que se analiza la normativa aplicable en su aspecto competencial e institucional, y los criterios a seguir en el acto del internamiento y mientras dura éste. También se examinan algunas prácticas hospitalarias en relación con el respeto a los derechos de los enfermos, partiendo del criterio de que cualquier restricción debe tener una última justificación en las necesidades terapéuticas.

Finalmente, mencionaremos que se trata de un trabajo multidisciplinar, lo que resulta imprescindible dada la complejidad del objeto del estudio, en el que la Institución del Ararteko se ha asesorado y ha contado con la colaboración de la fundación psiquiátrica OMIE (Osasun Mentalaren Ikerketarako Erakundea-Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental) en lo relacionado con los aspectos médico-psiquiátricos y psicológicos, también de un acreditado jurista de la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, y asimismo se ha consultado con otros profesionales tales como arquitectos, sociólogos, etc.

CAPITULO III

**EL SISTEMA DE HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA**

Según los últimos estudios epidemiológicos, los trastornos mentales tienen una prevalencia mayor de la que se sospechaba. Aproximadamente el 11,5 % de la población mundial presenta una enfermedad psiquiátrica que necesitaría ser adecuadamente tratada, porcentaje que se eleva al 15,4 % si se incluyen las toxicomanías y los trastornos cognoscitivos graves. De entre estas personas, sólo una mínima proporción consultan a un psiquiatra y una cantidad aún mucho menor es tratada en un hospital psiquiátrico.

La enfermedad mental sigue revestida de un estigma como lo tuvieron en su día las graves enfermedades infecciosas, especialmente las de transmisión sexual. Tal actitud negativa de la población, a la que no es ajena la atávica creencia en el origen divino de la locura, se extiende al lugar en que los locos son tratados y a los profesionales que se ocupan de ellos. No es así de extrañar que diversos movimientos culturales vanguardistas de nuestro siglo, desde el surrealismo hasta la antipsiquiatría, hayan pretendido luchar contra la locura matando al mensajero, es decir, desacreditando a los hospitales psiquiátricos y a los psiquiatras. El proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos preconizado por la psiquiatría comunitaria no estaba exento de esos prejuicios ideológicos. En cualquier caso, el movimiento antipsiquiátrico tuvo el mérito de llamar la atención sobre la inadecuación de los recursos hospitalarios psiquiátricos.

Con la perspectiva histórica actual, nadie duda de la necesidad de disponer de algún tipo de dispositivo asistencial que permita el internamiento voluntario y excepcionalmente forzoso, de algunos pacientes psiquiátricos por tiempos breves o largos. De lo que se trata es de reducir al máximo el etiquetamiento que conlleva la hospitalización, evitar en lo posible los ingresos involuntarios, acortar al máximo las estancias y dotar a esos centros de programas específicos para que sean medios terapéuticos activos y no meros alojamientos de enfermos.

La Institución del Ararteko cuenta entre sus responsabilidades las de evaluar los servicios públicos y proteger a los ciudadanos de los posibles abusos de la Administración. Los hospitales psiquiátricos públicos han sido, en todo el mundo, frecuentemente, objeto de críticas por distintos aspectos de su funcionamiento, por lo que está justificada una evaluación de su actividad en nuestra Comunidad. Por otra parte, los pacientes psiquiátricos son una población desfavorecida en cuanto a su capacidad de defender sus derechos por la merma de la competencia social que provoca su propia enfermedad mental. Es justo, por ello, que la Institución del Ararteko vele por que sus derechos como ciudadanos sean respetados al máximo.

En la presente investigación se evalúan, tanto los aspectos cuantitativos como, especialmente, los cualitativos, del funcionamiento de los hospi-

tales psiquiátricos del País Vasco. Es de esperar que las deficiencias detectadas sean eficazmente subsanadas por la Administración.

3.1. LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN EL CONTEXTO DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA

3.1.1. El concepto de Psiquiatría de la Comunidad

Durante la última mitad de este siglo la asistencia psiquiátrica ha experimentado un rápido proceso de transformación, cuya característica más notable ha sido el cambio del centro de gravedad de la carga asistencial desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad. Tras la segunda guerra mundial, a través de la llamada política de sectorización, algunas grandes ciudades europeas fueron divididas en sectores de mayor o menor extensión según las características de su población, y un equipo terapéutico completo fue asignado a cada zona. Los hospitales psiquiátricos tradicionales podían servir de centros de internamiento para uno o varios de los sectores, pero el énfasis del tratamiento se puso en la asistencia extrahospitalaria.

En Estados Unidos, una Ley de 1963 firmada por el presidente Kennedy autorizó la asignación de 150.000 millones de dólares, durante un período de tres años, para financiar las dos terceras partes de los costos de elaboración de cualquier programa que instituyera centros de salud mental de la comunidad (Community Mental Health Centers) en el país. Complementariamente, con la introducción de los nuevos psicofármacos, comenzaron a instalarse servicios psiquiátricos en el seno de hospitales generales para enfermos agudos y centros de hospitalizaciones parciales. El mejor conocimiento de la influencia de la familia y de la comunidad sobre el individuo, la sensibilización de la comunidad respecto a los problemas de salud mental y, como punto final y no menos importante, la observación de los administradores de los progresivos aumentos en el costo de la hospitalización de los enfermos psiquiátricos, condicionaron un interés creciente del gobierno americano por la resolución de los problemas psiquiátricos.

Varias características diferencian a la psiquiatría de comunidad de la psiquiatría tradicional. Por una parte, la responsabilidad del psiquiatra de comunidad no se limita a los enfermos, sino que incluye a la población sana, intentando aumentar su salud mental y detectando cualquier signo de anomalía que pueda alertar sobre la proximidad de una enfermedad. Esto exige la utilización de modelos y métodos diversos para completar los del psiquiatra clínico, siendo de capital importancia la sensibilización del especialista a todos los fenómenos inherentes al funcionamiento de una comunidad. Así, los campos de investigación se referirían especialmente al estudio de las circunstancias que aumentan o disminuyen la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales; los métodos y las técnicas de acción directa e indirecta para reducir los niveles de trastorno de la comunidad; los estudios dirigidos a elaborar índices de trastornos de la comunidad, etc. El énfasis de la actuación del psiquiatra de comunidad se centra en la llamada prevención (primaria, secundaria o terciaria) y en la interven-

ción en el momento de crisis. Los programas de prevención primaria pretenden disminuir la presentación de trastornos emocionales en la comunidad luchando contra las condiciones sociales estresantes o potencialmente dañinas. La prevención secundaria intenta la identificación precoz de los trastornos psíquicos como prerrequisito para su tratamiento precoz. Los programas de prevención terciaria van dirigidos a reducir los déficits funcionales causados por las enfermedades mentales y a aumentar la capacidad del individuo para adaptarse y contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad.

Una característica muy específica de la psiquiatría de comunidad es la intervención en los momentos de crisis. Se intenta detectar precozmente a los sujetos susceptibles de entrar en crisis y establecer a su alrededor una red humana que les ayude a superarla. Ello exige la utilización de profesionales bien preparados que intervengan directamente sobre aquellos sujetos que presentan un alto riesgo psiquiátrico: una mujer embarazada que en el anterior parto tuvo una psicosis puerperal, un niño de infancia difícil que se enfrenta al nacimiento de un hermano, etc. La actuación consiste en contactar al paciente con los amigos y familiares más significativos, con la «red social» que es capaz de ayudarlo. La labor de estos profesionales (en íntima relación con maestros, abogados, agentes de la autoridad, etc.) exige un intervencionismo, a veces agresivo, en áreas sociales poco motivadas para aceptarlo.

3.1.2. Los límites de la Psiquiatría de Comunidad

En los inicios del desarrollo del modelo de psiquiatría de comunidad se crearon en la población excesivas esperanzas en la posibilidad de resolución de los problemas mentales. Los psiquiatras, en ocasiones, tuvieron un concepto hipervalorado de lo que debía de ser su papel en la marcha de la comunidad.

A la hora de poner en práctica los planes asistenciales surgieron serias dificultades.

Por una parte, la política de cierre de los hospitales psiquiátricos no fue acompañada con la paralela creación de los dispositivos extrahospitalarios necesarios, con lo que los pacientes dados de alta se encontraron frecuentemente desasistidos e incluso sin alojamiento.

Por otra parte, algunos psiquiatras consideraban impropio el establecimiento de sectores de población de base estrictamente geográfica. Partían de que el constante perfeccionamiento de los medios de comunicación permite a muchos enfermos buscar cómodamente y más confidencialmente su asistencia en zonas más alejadas. Aquellos individuos que pueden afrontar su costo buscan a menudo tratamiento médico en instituciones distantes de algún prestigio, con preferencia sobre las instituciones locales menos valoradas. Hay, además, algunos pacientes que es preferible que sean tratados lejos de sus casas, como los que tienen rasgos paranoides o características antisociales. Otros temen que sus confidencias sean hechas públicas; otros evitan, por temor a que su enfermedad sea conocida por la

vecindad, pedir ayuda en un centro local; además, es un hecho que en todo sector vive gente cuyos lazos y hogares reales se hallan muy distantes.

Finalmente, el personal que comenzó a trabajar en la primera línea asistencial se vio desbordado por una demanda excesiva a la que no podía dar una respuesta adecuada, con lo que se observó pronto la aparición del descontento y del cansancio que conforman el llamado síndrome del «quemado».

3.1.3. Período de la llamada aproximación sistémica

Como intento de superar las deficiencias del modelo de psiquiatría de comunidad, en los países más desarrollados de Occidente está actualmente en fase de desarrollo el modelo de la que Talbot denomina «aproximación sistémica».

Tal orientación requiere, por una parte, relegar a segundo plano la atención prestada por el sistema asistencial a los proveedores de servicios, principalmente los hospitales, que tradicionalmente eran objeto de mayor interés. En contraste, se reconoce que la persona tiene necesidades individuales que deben ser atendidas en primer lugar, lo que exige conectar de alguna manera los servicios y hacerlos accesibles al paciente individual. Se concluye también que el paciente debe poder manipular de alguna manera al sistema para que satisfaga sus necesidades individuales, en vez de que sea el sistema el que manipule a los pacientes. Un sistema ideal requiere:

1. Una clara separación entre planificación y ejecución.
2. Responsabilidad sobre una población específica, con una persona responsable administrativamente de todos los servicios.
3. Integración clínica al nivel más básico de gobierno.
4. Eliminar la competencia de los elementos asistenciales del sistema por quedarse con los pacientes de «élite» y evitar el descuido de los pacientes «indeseables».
5. Eliminar las duplicaciones y las interrupciones en los servicios.
6. Eliminar las dificultades de comunicación.
7. Disponer de un mecanismo único de financiación.

3.2. EL EQUIPO TERAPEUTICO EN LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA Y SU DIFERENCIACION FUNCIONAL

Una determinada forma de trabajo en equipo es el elemento diferenciador más característico de la psiquiatría comunitaria. Lejos de construir una sencilla forma de hermanamiento interprofesional, tal tipo de trabajo presenta, en la práctica, numerosas dificultades técnicas, pero sobre todo, interpersonales, que lo hacen doloroso, aunque muy enriquecedor, para quien lo practica. Esta forma de trabajo ha sido sujeta a numerosas críticas por la carga emocional interpersonal que implica para los que la ejercen y por sus discutibles resultados.

La psiquiatría, por tener forzosamente que moverse a caballo entre los modelos biológicos, psicológico y social, resulta un caso particular en lo que a su carácter multidisciplinar se refiere. En los lugares en los que predomina el modelo biológico, como en los hospitales psiquiátricos, los equipos terapéuticos tienen una estructura vertical y son más o menos homogéneos. Incluyen a médicos, y personal de enfermería, auxiliares y, en mucho menor proporción, a psicólogos y asistentes sociales, cuyo papel suele estar mal definido. Asimismo, en los laboratorios de investigación, generalmente bajo la dirección del médico, trabajan licenciados o doctores en ciencias médicas básicas.

En estos centros en los que predomina el modelo médico, lo deseable es la perfecta coordinación de los miembros en el fomento de unas habilidades técnicas precisas, que pueden desarrollarse aun dándose unas pésimas relaciones interpersonales.

En los centros de trabajo en los que predomina un modelo psicológico-social de la enfermedad mental en base a comunidades terapéuticas, hospitales de día, módulos psicosociales, la estructura del equipo es más horizontal y los profesionales no médicos (psicólogos, sociólogos, asistentes sociales) son más numerosos y tienen más poder en la toma de decisiones. Los sistemas de atención psiquiátrica comunitaria intentan procurar al paciente una serie de experiencias emocionales correctivas, que sirvan de contrapartida al daño psicológico resultado de sus relaciones pasadas y presentes, con figuras y sistemas cruciales que componen su entorno. El equipo terapéutico es concebido como la «alter familia» del paciente y es considerado como el principal agente de cambio terapéutico. En ese sentido, la comunicación sana entre los miembros del equipo será el elemento terapéutico básico. Al no ser los conocimientos técnicos especializados los instrumentos principales del cambio en encuadres de orientación comunitaria, es comprensible que la dinámica grupal del equipo sea esencial.

En un servicio psiquiátrico tradicional, toda la organización se basa en la suposición más o menos manifiesta de que el paciente psiquiátrico está enfermo y desesperanzado, y de que necesita los servicios de un equipo poderoso, firme y distante. Los roles y actitudes basados en esas suposiciones fomentan actitudes enfermas y dependientes en los pacientes, y actúan como una barrera contra la interrelación intensa entre pacientes y equipo que puede facilitar un proceso psicoterapéutico. Como quiera, pues, que tales actitudes son antipsicoterapéuticas, a la hora de establecer servicios psiquiátricos comunitarios con énfasis en la psicoterapia, nos encontramos ante la urgente labor de modificar los papeles y actitudes psiquiátricas tradicionales.

Los programas de comunidades terapéuticas y de hospitalización parcial están destinados fundamentalmente a mejorar las habilidades sociales de los pacientes. Ello presupone modificar los roles que los pacientes han asumido a lo largo de los años, como resultado, en parte, de su exposición a aproximaciones terapéuticas más tradicionales. Se pretende aumentar la autonomía de los pacientes y su capacidad de enfrentarse al estrés. Auerswald ha denominado «aproximación ecológica» a este tipo de acciones sobre los pacientes, sus familias y sus sistemas comunitarios. Para esta acción, es fundamental la influencia del equipo terapéutico concebido como «alter familia».

Los distintos componentes del equipo terapéutico deben aportar su colaboración en las típicas funciones que cualquier servicio psiquiátrico cumple.

En lo que se refiere al diagnóstico, el psiquiatra aporta la visión medicopsiquiátrica; el asistente social, la visión social extraída de la historia familiar, y el psicólogo clínico, los datos provenientes de tests psicológicos.

En investigación y en enseñanza, los integrantes del equipo suelen trabajar de una manera bastante independiente.

En la consulta con otros profesionales, el psicólogo evalúa preferentemente problemas de nivel intelectual, de alteración del desarrollo, de defectos en habilidades especiales; los problemas sociales son tomados a cargo principalmente por el asistente social, y los problemas psiquiátricos médicos y psicosomáticos son evaluados por el psiquiatra.

Las relaciones con la comunidad se verifican independientemente por los distintos componentes del equipo. En psicoterapia, los asistentes sociales se suelen concentrar en los casos en que el principal problema es social; los psicólogos, en aquellos otros en los que es de naturaleza educacional o de aprendizaje, y el psiquiatra en los que son principalmente psicosomáticos.

La administración concierne más al psiquiatra que a otros profesionales, y en la prevención cada miembro del equipo realiza las actividades que le parecen más oportunas.

Cada uno de los miembros del equipo colabora según su profesión en forma diferente en cinco de las mencionadas funciones. Pero hay tres funciones en las que una de las profesiones tiene responsabilidad más específica que otras. El liderazgo en terapia ha estado en manos de los psiquiatras porque tradicionalmente se han atribuido a los médicos las funciones curativas. En investigación, el liderazgo ha correspondido a los psicólogos porque su formación les capacita especialmente para ello. Las relaciones comunitarias, al asistente social. Sin embargo, en los equipos más orientados al modelo comunitario, la diferenciación entre las funciones de los miembros del equipo suele difuminarse.

3.3. LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

3.3.1. El hospital psiquiátrico en la moderna asistencia psiquiátrica

Como acabamos de ver, una de las características fundamentales de las nuevas tendencias de la asistencia psiquiátrica en los países occidentales es la transformación del papel hegemónico que tradicionalmente desempeñaba el hospital psiquiátrico. El primer ingreso de cada paciente psiquiátrico tiende a ir realizándose en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y, por otra parte, numerosos enfermos que llevaban largos años internados en los hospitales psiquiátricos son devueltos a la comunidad, a través del complicado y debatido proceso de «desinstitucionalización». Por otra parte, el reconocimiento de la importancia que tienen los factores biológicos en el enfermar psíquico ha inclinado a ingresar a los pacientes en el hospital general, mejor dotado medicamente que el psiquiátrico. El ingre-

so en el hospital general tiene, adicionalmente, la ventaja de representar para el enfermo, hoy por hoy, un menor estigma que la hospitalización en un centro psiquiátrico tradicional.

Finalmente, las hospitalizaciones producidas en un hospital general tienden a ser notablemente más cortas (de 1 a 4 semanas) que las producidas en un hospital psiquiátrico tradicional (de 3 a 4 meses), con independencia del tipo de paciente asistido. Un estudio reciente de Herz demuestra a ese respecto que los pacientes que sufren estancias cortas tienen mejor evolución posterior que los que tienen hospitalización de duración prolongada.

Sin embargo, pese a las limitaciones anteriormente mencionadas, es muy probable que los hospitales psiquiátricos, debidamente modificados, sigan cumpliendo todavía en el futuro cierta función: en primer lugar, de protección para el propio paciente en el caso de que sus mecanismos de lucha por la supervivencia en un mundo cada vez más conflictivo no sean mínimamente adecuados; y en segundo lugar, de terapia para determinados pacientes que requieren de la conjunción de una serie de medios de tratamiento y de un determinado «ambiente» logrado en algunos centros psiquiátricos especializados y tal vez difícil de lograr en un hospital general.

Como es obvio, si el hospital psiquiátrico debe subsistir más allá de su papel de custodia, tiene que sufrir una serie de modificaciones que lo conviertan en instrumento terapéutico. Esa modificación es una tarea ardua y no son pocos los autores que desaconsejan abordarla, dadas las resistencias al cambio que se encuentran, por lo que sugieren la creación de instituciones nuevas.

3.3.2. Desarrollo de ambientes terapéuticos activos

Como comenta Gunderson, en los programas de tratamiento propuestos por Menniger y Bettelheim comenzó ya a definirse el reconocimiento de otro factor curativo presente en determinados hospitales psiquiátricos: el proveer de una «estructura» que hiciera el ambiente menos amorfo y que permitiera cambios en las conductas desadaptadas del enfermo. Las actividades destinadas a proveer estructura varían desde la organización de sistemas de premios y privilegios jerarquizados, el uso de «contratos», la realización de reuniones y la regulación de los hábitos de vida e higiene de los enfermos. Se han descrito otros factores de eficacia en un ambiente terapéutico, al hacer hincapié en la facilitación de la «involucración» del paciente en su plan de tratamiento para combatir la pasividad y la «validación» o aceptación de la expresión de la patología del paciente que permita afirmar su individualidad.

Aunque algunos autores, como Van Putten y Way, discutieron la utilidad de la creación de estos ambientes en los hospitales psiquiátricos, un considerable cuerpo de literatura posterior demuestra explícitamente su valor terapéutico. Sin embargo, parece claro que algunos factores son particularmente útiles para algunos pacientes, y otros, para aquellos con distinto diagnóstico. Es por ello que se ha llegado a desarrollar una verdadera tipología de los ambientes terapéuticos con instrumentos bien precisos para

diferenciarlos. Parece poder afirmarse que la función futura de los hospitales psiquiátricos, al margen de la de servir de asilo para pacientes incapaces de valerse por sí mismos, como los afectados por psicosis orgánicas graves, consistirá en ofrecer ambientes terapéuticos específicos para programas de tratamiento diferenciados, destinados a pacientes con distintas dificultades o minusvalías. Todo ello mediante internamientos cuya duración nunca exceda de la estrictamente necesaria para el desarrollo de estas tareas.

3.3.3. La hospitalización psiquiátrica en el Estado y el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en España

Los hospitales psiquiátricos constituyen en España el 12 % del total de los hospitales, y albergan más del 90 % de las camas psiquiátricas con 25.661 camas en total, según estimación referida a 1991 (23.282 en hospitales psiquiátricos y 2.379 en unidades psiquiátricas de hospitales generales). Existen, pues, 66 camas por cada 10.000 habitantes y en conjunto se hallan muy irregularmente distribuidas a lo largo de la geografía nacional.

Sin embargo, el número de camas no es un índice suficiente de capacidad asistencial hospitalaria. Es necesario hacer referencia a la funcionalidad de esas camas.

Los hospitales psiquiátricos españoles destinados a estancias medias y prolongadas están insuficientemente dotados de recursos humanos y materiales, por lo que no proporcionan, pese a los esfuerzos de los profesionales, medios terapéuticos activos sino a un limitado porcentaje de los pacientes que ingresan para estancias cortas. La mayoría de los pacientes se hallan hospitalizados crónicamente, y reciben del hospital tan sólo contención y un grado de estructura variable. Esta última se consigue predominantemente a través de programas de laborterapia.

Aunque en muchos de los hospitales españoles se han realizado grandes esfuerzos para conseguir la desinstitucionalización de los enfermos y su paso a la comunidad, los resultados han sido variables y el descenso de las camas ocupadas no ha sido espectacular. Es evidente, en cualquier caso, que buena parte de esas camas están ocupadas indefinidamente por pacientes portadores, más que de enfermedades psiquiátricas, de minusvalías sociales. Su destino futuro debería ser vivir en residencias convenientemente asistidas y financiadas por la asistencia social más que por la sanitaria. Pero ello no invalida la existencia de un número muy elevado de pacientes afectados especialmente de psicosis funcionales crónicas, síndromes límite y neurosis graves, que requerirán ingresos prolongados en las camas de esos mismos hospitales psiquiátricos, una vez que éstos estén convenientemente readaptados para prestar actividades terapéuticas eficaces. De lo contrario, tendrán que crearse nuevas instituciones que cumplan esas funciones.

Sin embargo, la posibilidad de modificar los hospitales psiquiátricos tradicionales no es fácil, debido a las particularidades organizativas de estas instituciones.

Para poner en marcha en el Estado el proceso de reforma se creó la «Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica» por Orden de 27 de julio de 1983, como órgano encargado del estudio, asesoramiento y planificación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica.

El informe que la «Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica» presentó al Ministro de Sanidad y Consumo, y que éste asumió en abril de 1985, consta de dos partes. En la primera, tras unas consideraciones generales, se explicitan los criterios para un modelo integrado de asistencia psiquiátrica, y se proponen 36 principios para un plan de reforma. En la segunda, se recogen las propuestas que, en número de 29, eleva la Comisión al Ministro de Sanidad y Consumo al respecto. A lo largo del documento, con referencia a la hospitalización, se señala que es un instrumento técnico importante en el conjunto del proceso terapéutico (principio XVI), pero que sólo se puede recurrir a él cuando aporte al enfermo mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar y social (principio XVIII). Respecto a la duración de la hospitalización (principio XIX), se señala que estará siempre en función de criterios terapéuticos. Se establece (principio XX) que los ingresos han de ir realizándose progresivamente en el hospital general (principio XXVIII), pero se dice que los hospitales psiquiátricos podrán recibir ingresos en determinadas condiciones. Se habla (principio XXVIII) de una progresiva reducción en el número de las camas en los hospitales psiquiátricos y no de una utópica desaparición de éstos. Se menciona la necesidad de residencias apropiadas con medios humanos y técnicos para la atención y rehabilitación de pacientes con patología de larga evolución, que no requieren del confinamiento en un hospital psiquiátrico.

Naturalmente, el texto del «informe» no es sino un conjunto de principios y recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha comprometido en alguna forma a atender. Algunos críticos dan por supuesto que la administración actuará «hipócritamente» rehuendo destinar los recursos necesarios para llevarlos a cabo. Es de esperar que el gobierno se encargue de demostrar lo contrario.

CAPITULO IV

**EL SISTEMA DE HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA EN LA CAPV**

4.1. DESCRIPCION

El sistema de hospitalización psiquiátrica en la CAPV se compone de once centros. Siete de ellos son hospitales psiquiátricos específicos y los restantes cuatro son unidades psiquiátricas sitas e incardinadas dentro de hospitales generales, como la de Santiago Apóstol en Alava, las de Basurto y Galdakao en Bizkaia y la del Hospital de Gipuzkoa en San Sebastián.

En lo que a la titularidad de los centros se refiere, el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza lo es de ocho de ellos y en los tres casos restantes lo son entidades privadas, dos de ellas de carácter religioso. Ahora bien, en los tres centros de titularidad privada Osakidetza tiene concertadas todas las camas de cada hospital.

En la CAPV no existe ningún hospital psiquiátrico penitenciario, por lo que los enfermos judiciales cumplen su condena en centros situados fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

A continuación se relacionan los distintos centros psiquiátricos clasificados por territorios históricos:

ALAVA

- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Santiago Apóstol (Vitoria-Gasteiz).
- Hospital Psiquiátrico Santa María de las Nieves (Vitoria-Gasteiz).

BIZKAIA

- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Basurto (Bilbao).
- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Galdakao.
- Hospital Psiquiátrico de Bermeo.
- Hospital Psiquiátrico de Zaldibar.
- Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

GIPUZKOA

- Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Gipuzkoa (Donostia-San Sebastián).

- Hospital Psiquiátrico Aita Menni (Mondragón-mujeres).
- Sanatorio Psiquiátrico Hermanos de San Juan de Dios (Mondragón-hombres).
- Sanatorio Usurbil.

Para conocer con más detalle las características de cada hospital psiquiátrico se expone seguidamente una serie de datos de cada uno de ellos, tales como el número de camas (atendiendo a si están destinadas a corta, media, o larga estancia), el número de personal, el número de ingresos al año y la titularidad del centro.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO APOSTOL

N.º de camas: 32; corta estancia: 32 (agudos 20 y toxicómanos 12).
 N.º ingresos/año: 638.
 N.º de personal: 32.
 Titularidad: Osakidetza.

HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA MARIA DE LAS NIEVES

N.º de camas: 288; larga estancia: 268 (psicogeriatría 88) media estancia: 20.
 N.º ingresos/año: 339.
 N.º de personal: 294.
 Titularidad: Osakidetza.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE BASURTO.

N.º de camas: 32; corta estancia: 32.
 N.º de camas de penitenciaria, variable (máximo 6).
 N.º ingresos/año: 426 (más 198 durante menos de 48 horas).
 N.º de personal: 35.
 Titularidad: Osakidetza.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE GALDAKAO

N.º de camas: 37; corta estancia: 37 (agudos 30 y toxicómanos 7).
 N.º ingresos/año: 443.
 N.º de personal: 40.
 Titularidad: Osakidetza.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BERMEO

N.º de camas: 227; larga estancia: 203; media estancia: 24.
N.º ingresos/año: 54.
N.º de personal: 212.
Titularidad: Osakidetza.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZALDIBAR

N.º de camas: 218; larga estancia: 186; media estancia: 6; corta estancia: 26.
N.º ingresos/año: 384 (350+34).
N.º de personal: 192.
Titularidad: Osakidetza.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO

N.º de camas: 159; media estancia: 48; corta estancia: 111.
N.º ingresos/año: 1.053 (962+91).
N.º de personal: 195.
Titularidad: Osakidetza.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE GIPUZKOA

N.º de camas: 65; corta estancia: 54.
N.º ingresos/año: 875.
N.º de personal: 53.
Titularidad: Osakidetza.

HOSPITAL PSIQUIATRICO AITA MENNI

N.º de camas: 499; larga estancia: 469 (psicogeriatría 120); media estancia: 30.
N.º ingresos/año: 43.
N.º de personal: 145.
Titularidad: Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.

SANATORIO PSIQUIATRICO HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

N.º de camas: 366; larga estancia: 336 media estancia: 30.
N.º ingresos/año: 86.

N.º de personal: 140.

Titularidad: Orden de los Hermanos de San Juan de Dios.

SANATORIO USURBIL

N.º de camas: 54; media estancia: 54.

N.º ingresos/año: 64.

N.º de personal: 40.

Titularidad: Sanatorio Usurbil S.A.

A efectos asistenciales, la CAPV está distribuida en cuatro áreas sanitarias, lo que implica que a cada ciudadano le corresponde ser atendido por los servicios y estructuras psiquiátricas del área en la que reside. En Gipuzkoa y Alava las áreas coinciden prácticamente con los respectivos territorios históricos. No así en Bizkaia, que está subdividida en dos áreas y, a su vez, en cuatro distritos de salud mental, tal y como a continuación se refleja:

Distritos	Urgencias	Corta estanc.	Media est. y rehabil.
Margen iz.	Basurto	Zamudio	Zamudio
Bilbao A	Basurto	Basurto	Bermeo
(m. izda., Deusto, San Ignacio)			
Bilbao B	Basurto	Zaldibar	Zaldibar
(m. dcha.)			
Uribe	Basurto	Zamudio	Zamudio
Interior	Galdakao	Galdakao	Bermeo

El sistema hospitalario público, e incluimos en este concepto los centros privados con camas concertadas con Osakidetza, disponía al 31 de diciembre de 1990 de una oferta de 1.977 camas sobre un total de 1.994 camas psiquiátricas existentes. De ahí que la oferta hospitalaria privada tenga un carácter residual estimada en un 2 %.

Los centros privados concertados disponen de un servicio total de 919 camas, frente a las 1.058 camas que disponen los centros hospitalarios de Osakidetza. Es decir, que de un total de 1.977 camas de que, directa o indirectamente, dispone Osakidetza, el 46 % están bajo titularidad privada en régimen de concierto. De ahí que, aun cuando los hospitales psiquiátricos privados no sean numerosos cualitativamente, sí lo sean en cuanto a número de camas, ya que el Hospital Psiquiátrico Aita Menni, con 499 camas, y el Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios, con 366, son los centros hospitalarios más grandes de la CAPV en cuanto a número de camas se refiere.

El índice de ocupación de cama es de un 96,4 %, que se puede considerar como un 100 % real; el índice de ingresos por cada 1.000 habitantes es de un 0,9, lo que constituye una cifra reducida.

A continuación reflejamos unos datos generales al 31 de diciembre de 1990 (fuente EUSTAT), divididos por territorios históricos, que pueden servir para describir con más exactitud el sistema hospitalario psiquiátrico.

Cabe resaltar que los índices más bajos de personal y de costo por cama ocupada se dan en aquel territorio en que el servicio de hospitalización psiquiátrica es prestado fundamentalmente por centros de titularidad privada en régimen de concierto con Osakidetza.

	CAPV	ALAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Personal por cama ocupada:				
Total	0,7	0,9	1,1	0,3
Sanitario	0,5	0,6	0,7	0,2
No sanitario	0,2	0,3	0,4	0,1
Índice de rotación:	1	1,1	2	0,3
(no ingresos/no camas)				
Costo medio por cama ocupada:	2.975	4.717	4.364	1.489
Coste personal/ coste total:	73	79	82	50

Sólo una parte de la terapia psiquiátrica se lleva a cabo en centros hospitalarios, ya que cada vez tienen más importancia y se potencian más los servicios extrahospitalarios, tales como ambulatorios o centros de salud mental, centros de día, residencias asistidas,... Por ello, la mayor o menor oferta de camas hospitalarias viene parcialmente condicionada por la menor o mayor oferta en número y calidad de servicios psiquiátricos extrahospitalarios o de comunidad, de tal forma que solamente ingresen en los hospitales psiquiátricos aquellos enfermos cuyo estado mental y tratamiento médico así lo requiera, y durante el tiempo indispensable para recibir tal tratamiento.

A la inversa, la existencia de una gran oferta de camas en los hospitales psiquiátricos produce el efecto de que exista una menor urgencia o necesidad en crear servicios psiquiátricos extrahospitalarios, que en muchos casos resultarían más adecuados desde un punto de vista terapéutico.

4.2. EL PLAN DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL DE 1983 Y SU SEGUIMIENTO

En diciembre de 1978, el Departamento de Sanidad del Consejo General Vasco, de acuerdo con las diputaciones de Alava, Gipuzkoa y Bizkaia, tomó la decisión de encargar a un equipo de psiquiatras dirigidos por el Dr. Ajuriaguerra e integrado por el Dr. Arzamendi para Alava, el Dr. Cristóbal para Gipuzkoa y el Dr. Guimón para Bizkaia, la elaboración de un estudio sobre los recursos asistenciales psiquiátricos de los citados territorios y su posible reestructuración. Se vio la necesidad de tal estudio ante la decisión de las diputaciones forales de realizar importantes inversiones económicas para psiquiatría, ante la ausencia de un conocimiento adecuado de los recursos asistenciales y de las demandas de la población que permitiera emplear en forma óptima tales recursos, y para poder evaluar en su día los resultados de tales inversiones.

En 1983 se publicó el informe global que fue asumido por el Departamento de Sanidad y en el se proponía una relación de objetivos a corto

y medio plazo en relación con: el logro de una comarcalización de la estructura asistencial; la integración de los dispositivos de salud mental en el sistema sanitario; la elaboración y puesta en marcha de programas asistenciales específicos; el desarrollo de la investigación y de la docencia, etc.

Para hacer un seguimiento del grado de cumplimiento del Plan y debatir la política general en salud mental, por Orden del Departamento de Sanidad y Consumo de fecha 1 de octubre de 1987 se creó, con carácter consultivo, la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV (BOPV no 189, de 8 de agosto).

Esta Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV se ha reunido en varias ocasiones para evaluar el grado de cumplimiento de esos objetivos, tal y como se refleja en los anexos 2-A y 2-B.

En 1989 se habían creado consultorios de salud mental, hospitales de día y unidades de psiquiatría en hospitales generales en varias poblaciones. Se estaban remodelando varios de los hospitales psiquiátricos y se habían creado dos granjas de rehabilitación de toxicómanos. Se habían integrado los servicios ambulatorios y de hospitalización dependientes de las distintas instituciones, aunque quedaban por integrarse el Consorcio de Uribe Costa y los llamados módulos psicosociales, que habían ido surgiendo en la comunidad por iniciativas varias. Se había logrado la integración de los servicios del antiguo DAK en Osakidetza. Por el contrario, no se habían creado talleres protegidos, no se había acometido la integración de pacientes de larga estancia en la red de servicios sociales, ni se habían puesto en marcha programas de psicogeriatría. La coordinación de la asistencia y de los servicios de urgencia seguía siendo deficiente, y tan sólo en Alava se habían iniciado programas de rehabilitación de pacientes crónicos.

En 1992 se había desarrollado la red de consultas ambulatorias. Se habían convertido en mixtas las unidades de corta y media estancia de los hospitales psiquiátricos de Zaldibar y Bermeo. Se habían integrado en Osakidetza los recursos permanentes del INSALUD con lo que la integración de la salud mental era ya prácticamente total, y también se habían integrado desde 1990 casi todos los módulos psicosociales y el Consorcio Uribe Costa. Se habían creado ya las Juntas de Distrito en todas las comarcas sanitarias y se habían establecido jefaturas de los servicios hospitalarios y de los centros de Salud Mental, así como una dirección colegiada de las comarcas.

Por otra parte, sigue sin solucionarse la integración de los pacientes crónicos en la red de servicios sociales, y sin diferenciar servicios específicos para los oligofrénicos. Los principales problemas de la atención a pacientes agudos seguían residiendo en las urgencias psiquiátricas. Las dificultades en la estancia corta habían sido prácticamente superadas pero se evidenciaban dificultades en las estancias prolongadas. Los pacientes judiciales continuaban siendo un problema sin resolver. Aunque la creación de la Unidad de Toxicomanías del Hospital de Galdakao había mejorado la asistencia en el proceso de desintoxicación de estos pacientes, persistían problemas en las urgencias de toxicómanos y en los programas de tratamiento prolongado, en especial en los pacientes con doble diagnóstico. Por

otra parte, se detectaban problemas puntuales en la atención a pacientes con trastornos conductuales derivados de traumatismos craneoencefálicos graves.

En conjunto, la cumplimentación de los objetivos propuestos por el mencionado plan había sido más lenta de lo previsto, pero bastante satisfactoria desde el punto de vista cuantitativo.

CAPITULO V

**OBJETIVOS Y METODOLOGIA
EN LA ELABORACION
DE ESTE ESTUDIO**

5.1. OBJETIVOS

Con este estudio se pretende analizar la situación de los derechos de un colectivo que requiere una especial protección, como es el de los enfermos mentales ingresados en centros psiquiátricos de la CAPV. Para ello, se propuso analizar una serie de aspectos que conforman los siguientes objetivos concretos:

1. Estudio de la situación de los enfermos psiquiátricos en cada uno de los centros de hospitalización psiquiátricos, incidiendo en el grado de respeto de sus derechos y libertades.
2. Evaluación del sistema de asistencia hospitalaria psiquiátrica en la CAPV.
3. Estudio de aspectos cualitativos de la asistencia psiquiátrica en los hospitales: arquitectura, ambiente terapéutico, restricciones impuestas a los pacientes, programas de rehabilitación, satisfacción laboral del personal asistencial y satisfacción de los usuarios del sistema asistencial.
4. Análisis de problemas especiales: Las urgencias psiquiátricas, la psicogeriatría, el retraso mental, los pacientes con trastornos psiquiátricos posteriores a traumatismos craneoencefálicos y los pacientes toxicómanos con doble diagnóstico.
5. Análisis jurídico de la normativa y su aplicación a los enfermos mentales hospitalizados en la CAPV.

5.2. METODOLOGIA

Para el cumplimiento de los objetivos descritos se ha llevado a cabo un estudio empírico sobre la realidad psiquiátrica en nuestro sistema de salud mental. Con el objeto de evitar subjetivismos y visiones parciales, se ha recabado información procedente de diversas fuentes, tales como de responsables de Osakidetza y de cada uno de los centros estudiados (director médico, gerente, director de enfermería, representantes del personal, etc.), así como de su personal asistencial, pacientes ingresados y pacientes dados de alta. Toda esta información se ha complementado con una inspección «in situ» por parte del Ararteko de cada uno de los centros, acompañado de un equipo multidisciplinar constituido fundamentalmente por juristas, pedagogos y psicólogos sociales.

Para el registro de toda esta información se ha contado con una importante variedad de instrumentos, algunos de ellos utilizados ya en el entorno hospitalario con probada validez y fiabilidad estadística, y otros han sido elaborados expresamente para este estudio por especialistas en la materia. La relación de los mismos es la siguiente:

— Cuestionario jurídico y sobre infraestructurà. Elaborado «ad hoc» para el presente estudio por los servicios jurídicos de la Institución del Ararteko, se aplicaba durante las visitas a los responsables del centro. La información obtenida incluía aspectos relativos a la incapacitación, la tutela y la inspección judicial, así como aspectos arquitectónicos, sobre medidas de seguridad y sobre el régimen de vida en general de los pacientes ingresados.

— Cuestionario de satisfacción laboral del personal asistencial. Elaborado especialmente para el estudio por el Dr. E. Sota, mide el grado de satisfacción laboral del personal asistencial. Se ha aplicado al personal de cada centro y ha sido respondido de forma anónima.

— Cuestionario de ambiente de Sala. Elaborado por el Dr. M. Sunger, mide diversos aspectos de los ambientes de las salas psiquiátricas. Se ha aplicado a pacientes ingresados y personal asistencial.

— Cuestionario de restricciones. Mide las distintas restricciones a las que se ven sometidos los pacientes psiquiátricos ingresados. Contempla aspectos como los horarios, las libertades, las actividades diarias permitidas y prohibidas, etc. Las preguntas las ha contestado el responsable de enfermería de cada centro, dado su perfecto conocimiento de la realidad diaria que viven los pacientes.

— Opinión de antiguos pacientes. Las encuestas, utilizadas en varios estudios similares, se enviaron a los domicilios de los pacientes dados de alta, en los últimos meses, en centros de hospitalización psiquiátrica de la CAPV. La información obtenida recoge la opinión de los ex-pacientes o de sus familiares sobre diversos aspectos del hospital en el que estuvo ingresado y la atención recibida.

Una vez cumplimentados dichos instrumentos, se procedió a su procesamiento y análisis, fase de la investigación a cargo de la empresa G.O.C. (Gestió-Organització-Comunicació). La estadística empleada en la explotación de los datos fue fundamentalmente descriptiva, de cuyos resultados se dará cuenta a lo largo del estudio, comparándolos con otros obtenidos en hospitales psiquiátricos estatales.

A partir de los datos y observaciones recogidos en las distintas inspecciones psiquiátricas, el profesor titular de la Facultad de Derecho de la Universidad del País Vasco, D. Edorta Cobreros, elaboró un informe sobre la normativa reguladora y su aplicación práctica a los enfermos mentales. Antes y después de la elaboración del informe jurídico tuvieron lugar varias reuniones en las que intervinieron miembros de la Asesoría Jurídica de la Institución del Ararteko, en las cuales, además de intercambiar información, se debatieron diversas cuestiones y se fijaron las conclusiones jurídico-organizativas que finalmente se incorporaron al informe.

CAPITULO VI

**DESCRIPCION DE LA SITUACION DE
LOS CENTROS**

6.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION DE LOS INTERNOS EN LOS CENTROS VISITADOS

El tratamiento de las enfermedades mentales exige en ocasiones adoptar medidas que pueden tener un efecto terapéutico positivo, pero que son restrictivas respecto a la libertad, intimidad y otros derechos fundamentales de los pacientes psiquiátricos. Si a esto añadimos que nos referimos a enfermedades cuyo porcentaje de curación es bajo, resulta conveniente como punto de partida cuestionar la eficacia, la oportunidad y los límites de estas medidas restrictivas de la libertad individual.

En la inspección realizada hemos tratado de conocer cuál es el régimen de vida hospitalaria de los internos, qué prácticas se llevan a cabo en cada uno de los hospitales psiquiátricos, y de detectar si éstas exceden o van más allá de lo que la concepción médica y ciudadana del presente en que vivimos entiende como aceptables.

El ritmo de vida de los internos psiquiátricos, como en cualquier otro hospital, viene marcado, sobre todo en los centros de larga estancia, por el horario de comidas, o al menos ésta es la percepción subjetiva de los pacientes.

Un día cualquiera en un centro psiquiátrico comienza sobre las ocho de la mañana, cuando se levantan los enfermos. A las 9 se sirven los desayunos, y después los pacientes pasan el resto de la mañana ocupados en actividades de terapia ocupacional o de laborterapia, paseando, sentados sin hacer nada o departiendo con otros internos.

A las 13 horas se sirve la comida fuerte del día, y hasta las 16:30, hora en que se sirve la merienda, los internos se reúnen en las salas comunes y, en la mayor parte de los casos, se dedican a ver la televisión.

A continuación hay un tiempo disponible para visitas, y los pacientes que no las reciben, la gran mayoría, pasean o se quedan en las habitaciones comunes en compañía de otros internos.

Hacia las 19 o 20 horas se sirve la cena, tras la cual los pacientes permanecen en las salas comunes y de televisión, normalmente hasta las 24 horas, momento en el que suele ser obligatorio dirigirse a los dormitorios y acostarse.

En la mayoría de los centros está prohibido permanecer en las habitaciones durante el día, y, además, se les obliga a asearse si no lo hacen por propia iniciativa.

En este horario que acabamos de exponer se observa que entre las 9 y las 19 o 20 horas, es decir a lo largo de 10 u 11 horas, se sirven cuatro comidas, mientras que durante las 13 o 14 horas restantes no se sirve nin-

-guna. Esta distribución horaria de las comidas, que tal vez no sea la más adecuada, viene condicionada por los turnos de trabajo del personal del centro.

En esta descripción del régimen de vida de un interno hay que establecer puntualizaciones, según se trate de hospitales de agudos o de media y larga estancia. Es habitual que en estos últimos centros, con el paso del tiempo, el paciente pierda estímulos e iniciativa y que acabe integrándose en la rutina hospitalaria, surgiendo la apatía entre los internos.

Respecto a las prácticas restrictivas, diremos que las camisas de fuerza han caído en desuso y no se utilizan en ninguno de los hospitales psiquiátricos. En su lugar se utilizan correas de seguridad o de sujeción, que normalmente se cierran con un sistema de imanes, lo cual permite su fácil apertura, y sirven para inmovilizar en la cama momentáneamente a un paciente que se encuentra excitado.

Para pacientes en situaciones de crisis existen en la mayoría de los centros habitaciones de seguridad; unas veces han sido diseñadas expresamente para ello y, en otros casos, se trata de habitaciones individuales más o menos acondicionadas. Todas se caracterizan por no tener más mobiliario que el imprescindible; en ocasiones disponen de un circuito cerrado de televisión que permite una constante observación del paciente desde el puesto de enfermería.

No se ha constatado que en los hospitales psiquiátricos existan denuncias por malos tratos, salvo un caso excepcional, en el que tras la oportuna investigación el expediente fue sobreesfido.

De ninguna forma se permite la venta o consumo de vinos y alcoholes en el interior del hospital, salvo en el de San Juan de Dios, donde a determinados pacientes se les sirve en la cafetería un vaso de vino a la hora de la merienda. Sí es más frecuente que algunos pacientes consuman bebidas alcohólicas en sus salidas a las poblaciones vecinas a los psiquiátricos. Como anécdota diremos que en una ocasión se ha detectado y atajado un caso de venta clandestina de alcohol dentro del centro psiquiátrico.

No suele permitirse introducir comida desde el exterior, si bien constituye la excepción el Hospital Psiquiátrico de Zaldibar. Incluso suele procurarse que tampoco los familiares traigan comida a los enfermos en sus visitas.

La práctica respecto al hábito de fumar, aunque no existe un criterio uniforme, suele ser ms permisiva, si bien normalmente se prohíbe hacerlo en las habitaciones de los internos.

Las manifestaciones sexuales en ningún caso se permiten en público, no obstante, en algunos casos se sabe que se dan prácticas de carácter heterosexual u homosexual en privado.

Los pacientes, salvo prescripción facultativa en contrario, tienen libre acceso al uso del teléfono e incluso disponen de teléfono público en bastantes centros.

Las visitas de los familiares son libres dentro del horario establecido, generalmente de tarde, y sólo se limitan en algunas ocasiones por prescripción facultativa, existiendo, como es lógico, mayores restricciones en los pabellones de agudos.

Un aspecto importante es el del régimen de custodia y disposición de objetos de valor y dinero. Los objetos de valor suelen entregarse en la en-

fermería del pabellón y allí permanecen custodiados, normalmente en una caja de seguridad dedicada exclusivamente a tal cometido o a veces en la propia caja de seguridad del hospital.

Solamente en el Hospital General de Galdakao se entrega al paciente un recibo justificativo del depósito, y en algún centro, como en el Hospital Psiquiátrico Aita Menni, se efectúa una anotación en un libro especial de registro. Entendemos que la práctica de extender un recibo por el depósito de objetos de valor se debería generalizar a todos los centros, en pro de una mayor transparencia y garantía para el paciente, aunque en ninguna ocasión los internos hayan manifestado estar preocupados por esta cuestión.

La práctica general que se sigue en la custodia del dinero en los hospitales de agudos es guardarlo en la caja de seguridad del propio hospital, teniendo en cuenta que el tiempo de permanencia de los internos es muy limitado. En el resto de los centros, unas veces se deposita en una cuenta corriente común bajo titularidad del hospital y, en otras, cada interno dispone de su cuenta corriente, pero en ambas situaciones suele estar gestionada por los asistentes sociales y personal de enfermería. Hay que tener en cuenta que los pacientes, en un gran número de casos, perciben el subsidio de garantía de ingresos mínimos u otro tipo de pensión, y que, al ser el servicio sanitario gratuito, apenas consumen ni gastan, por lo que, con los años, acaban acumulando un pequeño capital.

Durante la visita al Hospital de Basurto, se inspeccionó también la llamada «unidad penitenciaria» en el Pabellón Jado, donde permanecen encerrados los presos preventivos con problemas psiquiátricos hasta la celebración del correspondiente juicio, y en algunas ocasiones, presos con condena.

La unidad penitenciaria es una zona no muy amplia, aislada del resto del pabellón por una puerta de seguridad que interrumpe el pasillo. Se compone de seis habitaciones para reclusión de los presos, tres a cada lado del pasillo, y de otra habitación, además de un espacio central para uso de los funcionarios de la policía en su labor de custodia.

Las habitaciones tienen las puertas blindadas, y las ventanas tienen barrotes de hierro y por paisaje, la fachada del edificio de enfrente. En estas habitaciones, de unos 15m², los pacientes-presos pasan los días sin poder salir de ellas bajo ningún concepto, y sin disponer de un patio para pasear o hacer ejercicio. Su situación es de aislamiento total ya que sólo pueden relacionarse con sus familiares cuando vienen a visitarles.

En esta situación provisional permanecen durante varios meses, hasta que finalizada la instrucción de los autos se celebra el juicio y se dicta la sentencia. Así, el día de la visita, el Ararteko se encontró con un enfermo preso preventivo que entonces llevaba ocho meses encerrado en la habitación sin salir, y otro que llevaba cuatro meses en esa misma situación.

Desde un punto de vista terapéutico esta situación no es en absoluto adecuada sino contraproducente. El aislamiento empeora su afección, y al ir deteriorándose su estado psíquico resulta necesario aumentar progresivamente la dosis de medicación.

Desde el punto de vista de los derechos y de la dignidad del enfermo, entendemos que éstos no quedan suficientemente garantizados. Como con-

secuencia de padecer una enfermedad mental, al preso preventivo no sólo se le niega el derecho a recibir una terapia adecuada, sino que además se le encierra en unas condiciones de aislamiento que dentro del régimen carcelario serían equiparables al cumplimiento de un castigo. Hay que tener en cuenta que todo esto sucede en un hospital general perteneciente al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, a pesar de que la Jefatura del Servicio de Psiquiatría y la Dirección del hospital han denunciado repetidamente la situación.

En la visita al Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu en San Sebastián, comprobamos la existencia de una «zona de penitenciaría» con dos habitaciones destinadas a los presos. En el día de la visita, una de las habitaciones estaba ocupada por un presunto portador de una infección contagiosa, que luego se confirmó que no lo era, y dado que la ventana carecía de barrotes, se encontraba esposado a la cama para evitar su posible fuga.

En ambos casos el Ararteko puso los hechos en conocimiento de los Presidentes de las Audiencias Provinciales y Fiscales Jefes, como responsables del cuidado de los presos juntamente con la policía gubernativa, y les solicitó que realizaran las gestiones necesarias para evitar que se repitan estas situaciones.

Aun cuando el objeto del estudio era la situación de las condiciones de vida de los internos en los hospitales psiquiátricos pertenecientes o concertados con el Servicio Vasco de Salud, también se llevaron a cabo algunas visitas a otros servicios psiquiátricos extrahospitalarios, especialmente aquellos que a efectos terapéuticos y médicos dependían de hospitales psiquiátricos.

En la visita a un hostel con el que Osakidetza tenía 21 camas concertadas para pacientes psiquiátricos, se pudo comprobar que éstos residían en unas condiciones materiales degradantes e infrahumanas.

A lo largo de los años en los que había estado vigente el convenio, los pacientes habían sido desplazados de una planta a otra, para acabar en el último piso, el cual no reunía ningún tipo de condiciones de salubridad ni de habitabilidad. En algunas habitaciones la luz eléctrica no funcionaba, y los enfermos permanecían durante semanas de invierno a oscuras desde el anochecer hasta el amanecer. En otras habitaciones de dos personas había hasta tres camas, por lo que para pasar de un lado a otro de la habitación resultaba casi inevitable hacerlo por encima de las camas. En varios dormitorios faltaban algunos cuarterones de las puertas, o los armarios carecían de puertas, e incluso en una de ellas la ventana exterior no tenía cristal y estaba «tapada» con papel de periódico unido con esparadrapo, por donde se colaba el aire frío del exterior.

Ante la inadmisibile realidad de aquellos hechos, el Ararteko los puso urgentemente en conocimiento del Consejero de Sanidad y de los responsables de salud mental y de área de Osakidetza.

La respuesta de Osakidetza no se hizo esperar, y un mes después, al vencimiento del concierto con el centro de hostelería, éste no se prorrogó, y los enfermos fueron trasladados a otros servicios extrahospitalarios de la red psiquiátrica asistencial.

6.2. ARQUITECTURA, DISEÑO INTERIOR E INSTALACIONES

6.2.1. Criterios generales

La arquitectura y el diseño interior de los hospitales psiquiátricos está muy condicionada por su finalidad y destino: acoger a los enfermos mentales en unas condiciones favorables para su asistencia y tratamiento psiquiátrico.

Está demostrada la importancia que tienen el entorno físico y los espacios que rodean al enfermo en el proceso de tratamiento psiquiátrico. Es más, algunos de los problemas organizativos y clínicos se deben o se acentúan, en parte, por un insatisfactorio diseño y por carencias de la estructura arquitectónica.

Así, las habitaciones impersonales o la indefinición y falta de carácter de los espacios comunes no ayudan ni estimulan a los pacientes para seguir una conducta adecuada a su terapia. A menudo, les faltan espacios privativos y se encuentran forzados a permanecer e interrelacionarse con demasiada gente. O en otras ocasiones, los propios elementos materiales de la construcción, el color de la pintura, la textura del acabado de las superficies o la forma de los espacios contribuyen a crear una sensación despersonalizadora, distante, nada acogedora y terapéuticamente inadecuada.

Es muy importante que exista un entorno natural o ajardinado que permita a los internos el contacto con la naturaleza. Y también espacios exteriores e interiores, dadas las características de nuestro clima, que permitan actividades físicas como el caminar. En el caso de los ancianos dementes está demostrado que la posibilidad de un mayor ejercicio aporta beneficios en términos de cognición, de comunicación o de relajación.

En lo que se refiere a la estructura y composición de fachadas, como regla a seguir, los aspectos estéticos no deben primar por encima del uso y de la funcionalidad de las estructuras y de los elementos.

Debe procurarse la creación de estructuras versátiles y espacios polivalentes que no condicionen futuras transformaciones físicas y de organización. Diseños de espacios interiores que permitan, si fuera necesario, una ampliación fácil del área de hospitalización.

Las características estructurales de los edificios deben tener muy en cuenta aspectos funcionales tales como la prevención de incendios (materiales ignífugos o resistentes al calor, aislamientos, puertas cortafuegos, sistemas de detección...), o la seguridad de los pacientes, previniendo posibles autolesiones o caídas por disfunciones psicomotrices (luces de situación en horas nocturnas, pasamanos de sujeción a lo largo del pasillo, barras de sujeción y superficies antideslizantes en baños y lavabos, supresión del plato de ducha...).

En lo que se refiere al diseño interior, éste debe tener en cuenta el colectivo destinatario de cada zona. Así, un proyecto de diseño para pacientes de psicogeriatría puede no ser óptimo para pacientes esquizofrénicos y éste a su vez puede resultar contraproducente para pacientes con desórdenes depresivos.

6.2.2. Situación de los centros psiquiátricos en la CAPV

Durante las visitas realizadas se prestaba una especial atención a las condiciones físicas de los hospitales como inmuebles, a su estado de conservación, distribución y diseño interior, condiciones de seguridad, etc., desde la perspectiva antes comentada de que un adecuado servicio hospitalario de psiquiatría debe ofrecer a los pacientes unas condiciones asistenciales dignas y potenciadoras del tratamiento terapéutico.

Los hospitales psiquiátricos de la CAPV ofrecen unas características arquitectónicas, estructurales, de entorno e incluso de conservación bastante heterogéneas, por lo cual, a efectos de facilitar la exposición, vamos a agruparlos en atención a la similitud de sus características mediante la siguiente clasificación:

1. Unidades psiquiátricas de hospitales generales.
2. Hospitales psiquiátricos específicos.

1. Unidades psiquiátricas de hospitales generales

Existen unidades psiquiátricas en los servicios de Psiquiatría de los siguientes hospitales generales: Santiago Apóstol en Alava, Basurto y Galdakao en Bizkaia, y el de Gipuzkoa en dicho territorio.

Las unidades de ingresos psiquiátricos de corta estancia presentan características arquitectónicas y de conservación similares a las del resto de las unidades hospitalarias del hospital general al que pertenecen, de ahí que la calidad de los edificios e instalaciones sean homologables con el resto del servicio sanitario hospitalario de la Comunidad Autónoma.

El número de camas de estas unidades es reducido y oscila entre las 32 de Basurto y Santiago Apóstol y las 65 del Hospital de Gipuzkoa, pasando por las 37 de Galdakao. En estas cifras están incluidas doce camas del Hospital de Santiago Apóstol y siete del de Galdakao destinadas a tratamiento de toxicómanos.

Estas unidades atienden las urgencias y a los pacientes agudos provenientes principalmente de los servicios de urgencias. La estancia media oscila entre los 11 y los 23 días, lo que permite una gran rotación de pacientes.

Las unidades psiquiátricas utilizan los servicios generales de cocina, lavandería, etc., del resto del hospital general, de ahí que su estructura sea más simple, dominando los aspectos terapéuticos sobre los residenciales. Con frecuencia adolecen de falta de espacios abiertos donde los enfermos puedan pasear o realizar ejercicio, si bien esta carencia hay que relativizarla teniendo en cuenta el corto período que dura la estancia en la unidad psiquiátrica.

Por estas mismas razones, dado el número reducido de camas y la existencia de servicios generales comunes con el hospital general, son edificios o espacios de dimensiones reducidas, con una escala más asimilable, cuya distribución de espacios y habitaciones no presenta problemas de orientación o identificación para los pacientes.

La unidad psiquiátrica de Santiago Apóstol, inaugurada en 1984, y la de Galdakao, inaugurada en 1987, por ser de construcción reciente presentan un estado de conservación muy bueno, y están situadas, respectivamente, en el segundo y séptimo piso del edificio del hospital.

En cambio, las unidades psiquiátricas de los hospitales generales de Basurto (pabellón Escuzá) y Gipuzkoa están situados en edificios independientes, y su estado de conservación es asimismo muy bueno, ya que han sido renovados en su totalidad recientemente.

Todas ellas disponen de iluminación de emergencia y grupo electrógeno. La iluminación en general es buena y permite un gran aprovechamiento de la luz natural. En el Hospital General de Basurto la ausencia de aire acondicionado obliga, especialmente en verano, a abrir con frecuencia las ventanas de seguridad, lo que supone un riesgo al facilitar la fuga de los internos.

En todas las unidades psiquiátricas existe una habitación dedicada a actividades de terapia ocupacional, donde los internos tienen libre acceso en sus ratos de ocio. En general, carecen de atractivo, y la oferta de trabajos manuales es poco variada, por lo que normalmente son escasamente utilizadas. Se puede destacar la de la unidad psiquiátrica del Hospital General de Gipuzkoa como la más completa de todas las visitadas. Se sugiere que se deberían potenciar estas actividades, ya que terapéuticamente son recomendables y, además, contribuyen a hacer más agradable la estancia del paciente.

Los materiales empleados en la construcción y decorado de los edificios son adecuados, aunque en alguna ocasión los colores son un poco monótonos.

Normalmente hay indicadores suficientes que permiten reconocer la función de las habitaciones y espacios. Destaca en este aspecto la unidad psiquiátrica de Santiago Apóstol, que de todas las visitadas es la que cuenta con mejor señalización.

Las medidas contra incendios pueden considerarse adecuadas. Todas las unidades disponen de extintores, mangueras, y algunas de ellas de detectores de humos en todas las habitaciones, de puertas cortafuegos, o materiales ignífugos. En las unidades psiquiátricas de Gipuzkoa y Galdakao disponen de escaleras de evacuación para casos de incendio; la unidad de Santiago Apóstol no dispone de estas escaleras, pero sí existen dos escaleras diferentes de acceso con sus correspondientes ascensores. Por último, en la de Basurto, en la planta baja, al tener sólo una altura no resulta necesario, y en la primera planta existe la escalera pero no es del todo practicable.

Todas las unidades disponen de medidas de seguridad para evitar lesiones y autolesiones. Así, las ventanas y cristales son especiales, y en Galdakao y Santiago Apóstol, dada la altura de la planta, la apertura de las ventanas tiene el recorrido limitado. Habría que destacar en este apartado las especiales medidas de seguridad existentes en la unidad de Galdakao.

En estas unidades psiquiátricas se presta también atención a las urgencias psiquiátricas del respectivo territorio histórico, destacando el Hospital de Basurto, donde en la zona de urgencias común al resto del Hospital General existen dos «boxes» para las urgencias psiquiátricas, aunque compartidos con el resto del hospital.

2. Hospitales psiquiátricos específicos

Desde el punto de vista arquitectónico y de conservación, podríamos hacer una subdivisión entre hospitales psiquiátricos de nueva construcción, como son el de Zamudio (data de 1968, salvo el pabellón de media estancia inaugurado en 1987), el de Aita Menni de Mondragón (data de 1984, y se construyó tras derribarse el anterior edificio psiquiátrico allí existente), y los restantes hospitales psiquiátricos, cuyas construcciones son bastante más antiguas. Así, los hospitales de Bermeo, de San Juan de Dios de Mondragón y de Zaldibar son antiguos balnearios, de finales del siglo pasado y principios de éste, transformados en hospitales psiquiátricos; el Sanatorio de Usurbil es un caserío del siglo XVII con estructura de madera.

El estado de conservación de estos edificios, en razón a su fecha de construcción, presenta realidades distintas. Los psiquiátricos de Aita Menni y Zamudio, al ser de reciente construcción, se encuentran en buen estado de conservación, mejor el primero que el segundo, si bien el pabellón de agudos de Zamudio presenta en su exterior oxidaciones en las ventanas y algunas faltas en fachadas, ya que no ha sido retocado desde su inauguración en 1968. Por el contrario, el pabellón de media estancia, inaugurado en 1987, se encuentra en muy buen estado.

El Hospital Psiquiátrico de mujeres Aita Menni en Santa Agueda (Mondragón) es el que mayor número de camas dispone de toda la CAPV con un total de 500, y fue inaugurado en su primera fase en 1984 y en su segunda en 1988. Es el que ofrece mejores condiciones de toda la Comunidad Autónoma desde el punto de vista de arquitectura y estructura del edificio, y seguramente será uno de los más modernos de todo el Estado.

El Hospital Psiquiátrico de Bermeo ha sufrido una profunda remodelación, aunque en estos momentos falta por renovar el pabellón Izaro y se encuentra en ejecución la obra de remodelación del pabellón de servicios generales. Hay que destacar el esfuerzo realizado por la Administración sanitaria para poner al día un psiquiátrico cuya estructura e instalaciones se encontraban en unas condiciones deplorables. Hay que tener en cuenta que la proximidad del mar acelera el envejecimiento de fachadas e instalaciones exteriores de los edificios.

El Hospital Psiquiátrico de Zaldibar cuenta con un pabellón de agudos inaugurado en 1990, gemelo al de media estancia de Zamudio y, por tanto, en perfecto estado de conservación. El resto de los pabellones sólo en parte están renovados, si bien actualmente se están llevando a cabo las obras de remodelación de la segunda planta de crónicos. Aun así es necesario acometer la renovación de las restantes zonas, que se encuentran, particularmente la unidad de rehabilitación al segundo nivel, en un estado de conservación bastante malo, por lo que adolece de falta de condiciones asistenciales adecuadas para los pacientes. De ahí que sea el edificio psiquiátrico que requiera una actuación más inmediata por parte del Servicio Vasco de Salud.

El Hospital Psiquiátrico de hombres San Juan de Dios en Santa Agueda (Mondragón), en uno de cuyos pabellones fue asesinado en 1897 el que fue Presidente del Gobierno, Antonio Cánovas del Castillo, por el anarquista italiano Angiolillo, presenta un aspecto exterior muy interesante y sin-

gular. Este antiguo balneario está situado al pie del monte Murugain y cuenta con unos bonitos jardines. Sin embargo, el interior, aunque está bien cuidado, presenta ciertas condiciones de deterioro fruto del paso del tiempo, lo cual hace recomendable una actuación de rehabilitación importante. Es además el psiquiátrico que cuenta con el mayor número de camas por habitación, lo que aconseja reducirlas en favor de la privacidad de los enfermos y de la calidad asistencial. Algunas plantas del pabellón de la Inmaculada y del pabellón de San Rafael son las que necesitan una actuación mas urgente e inmediata. En estos momentos la orden de San Juan De Dios está estudiando la oportunidad de ejecutar un proyecto de remodelación del Hospital, que incluiría el derribo y sustitución de algunos pabellones, con un presupuesto aproximado de mil millones de pesetas.

El Hospital Psiquiátrico de Usurbil es un amplio caserío del siglo XVII, con estructura de madera, y, aunque antiguo, su estado de conservación tanto exterior como interior es bueno. La excepción son las unidades de geriatría y de excitados, ya que requieren una actuación de rehabilitación y remodelación general e inmediata, que en parte se está llevando a cabo en la unidad de geriatría.

El Hospital Psiquiátrico de Santa María de las Nieves es el que sin ninguna duda se encuentra en peores condiciones de toda la CAPV. Afortunadamente, se han iniciado ya las obras de construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico de Alava, que lo va a sustituir, por lo que es de desear que las obras de edificación se lleven a cabo a buen ritmo y los enfermos puedan ser trasladados al nuevo edificio a la mayor brevedad.

El número de camas existentes en cada hospital oscila entre las 54 de Usurbil, que es el psiquiátrico específico más pequeño, y las 499 y 366 camas de los hospitales de Aita Menni y San Juan de Dios, respectivamente; en un término medio se encuentran los hospitales de Zamudio (159), Zaldibar (217), Bermeo (227) y Santa María de las Nieves (288).

Es necesario precisar que el porcentaje de ocupación de las camas está situado en todos los hospitales entre el 95 y el 100 %, por lo que en la práctica en todo momento a cada cama corresponde un paciente.

Las instalaciones de lavandería, las de cocina y las de comedores pueden considerarse adecuadas en todos los hospitales. En las cocinas se elaboran diariamente diversos menús según los regímenes a que están sujetos los distintos grupos de pacientes; con todo, suele ser una queja general entre los internos la falta de calidad de la comida. En algunos psiquiátricos el servicio de cocina está contratado a una empresa particular, como es el caso de Zamudio, y en otros se presta directamente por el personal del propio establecimiento.

El Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios es el que cuenta con las mejores instalaciones de laborterapia. Estas están divididas por módulos, en función de la dificultad del trabajo a realizar, de modo que cada paciente pueda integrarse y trabajar en alguno de ellos, según su capacidad y habilidad manual. En un pabellón aparte los internos disponen de máquina-herramienta pesada, con especiales medidas de seguridad, donde realizan encargos retribuidos para las cooperativas del grupo Fagor.

Asimismo, se realizan trabajos de laborterapia, también para el grupo Fagor, en el hospital Aita Menni, el cual dispone de buenas instalaciones

para ello. En Zaldibar se realizan trabajos de desinfección para los hospitales de Cruces y Basurto, sin contraprestación económica, si bien cuentan con poco espacio disponible para ello, por lo que tienen proyectado ampliar las instalaciones ocupando la zona de lavandería. Los hospitales de Bermeo y Zamudio cuentan con espacios donde se llevan a cabo labores de terapia ocupacional. Por último, hay que señalar que se consideran inadecuados e insuficientes los espacios dedicados a estas actividades en los centros de Usurbil y Santa María de Las Nieves. En cualquier caso, se recomienda potenciar las actividades de laborterapia porque, además de ser terapéuticamente aconsejables, favorecen la integración de los enfermos en el mundo laboral.

Todos los hospitales tienen extintores y mangueras como medida de lucha contra incendios. La mayoría de los psiquiátricos disponen de detectores de humos, en unos casos, instalados en todas las habitaciones, y en otros sólo en los pasillos, habitaciones comunes y zonas de riesgo. La excepción es Usurbil, si bien en este último centro no resultan tan imprescindibles debido a sus reducidas dimensiones.

Tampoco todos los hospitales psiquiátricos disponen de escaleras para evacuación en caso de incendio; de cualquier forma, esta medida resulta menos necesaria en aquellos pabellones de reducidas dimensiones que sólo cuentan con planta baja y una altura, y en los que disponen de varias escaleras de acceso y cuyos materiales constructivos son ignífugos. En este sentido, sí queremos destacar que resulta preocupante la situación de algunos pabellones del hospital San Juan de Dios, y en especial la del hospital Santa María de las Nieves.

Especiales medidas de seguridad, para evitar lesiones y autolesiones, se dan en aquellos hospitales que disponen de unidades de agudos, como son Zaldibar y Zamudio. En ellas los cristales son de seguridad y las ventanas tienen el recorrido limitado, si bien en el caso de Zamudio sólo una parte de los cristales son de seguridad aunque se van sustituyendo progresivamente.

La iluminación en general es correcta y permite la utilización de luz natural. Los pabellones disponen de luces de emergencia y de grupos electrógenos para casos de emergencia. Destacaríamos los casos de Santa María de las Nieves y Usurbil, por las peores condiciones de iluminación en el primer caso y por no disponer de grupo electrógeno en el segundo.

Los materiales empleados en la construcción y decorado, y los tonos de los colores resultan en general monótonos, aunque se ha mejorado en este aspecto en las últimas obras de remodelación de los pabellones. Destacaríamos el centro de Usurbil con estructura y decoración en madera trabajada.

Los centros que disponen de mejores indicadores para reconocer la función de cada estancia son Zamudio y Aita Menni. En otros casos, la propia distribución modular de los pacientes según las características de su afección favorece que éstos tengan una buena orientación e identificación de los espacios. Por el contrario, en Santa María de las Nieves la sensación que domina es la de desorientación.

Amplias zonas ajardinadas y un entorno adecuado son elementos necesarios y positivos en los hospitales psiquiátricos, para que los enfermos

puedan pasear, hacer ejercicio y estar en contacto con la naturaleza. En este apartado, los centros que ofrecen mejores condiciones son el de Usurbil, Zaldibar y San Juan de Dios.

6.2.3. Recomendaciones generales

Al margen de los detalles que hemos señalado en cada centro, a continuación expondremos siete aspectos relacionados directamente con el entorno físico, tales como la diferenciación espacial, color, textura e iluminación, que se pueden mejorar a la hora de construir en la CAPV nuevos hospitales o al remodelar los existentes:

1. Se debe ofrecer una clara indicación del uso al que está destinada determinada área o habitación, y debe procurarse que el entorno en el que viven los pacientes sea semejante a un hogar.

2. Las distintas partes del edificio deben ofrecer una clara diferenciación visual. En este sentido, es conveniente eliminar las superficies brillantes que producen reflejos en las puertas y paredes, techos y suelos, y que éstas se diferencien claramente mediante la utilización de diferentes colores de pintura y de texturas para eliminar la ambigüedad y la confusión.

3. Se debe disponer de lugares que favorezcan la interacción social teniendo en cuenta la distribución de los espacios, mobiliarios, etc.

4. Es recomendable la utilización de colores distintos para diferentes actividades y espacios, lo que además favorece la orientación. Así, los colores cálidos como el rojo o el naranja se asocian con actividades dinámicas, y los colores relajantes, como el azul o el verde, son apropiados para áreas de menor actividad.

5. Se debe utilizar una variación de materiales que provoquen diferentes experiencias visuales y táctiles.

6. La iluminación debe ayudar a definir los distintos espacios, teniendo en cuenta que las zonas de ancianos necesitan más intensidad de luz. Por ejemplo, las luces amarillentas y cálidas favorecen los ambientes tranquilos y de conversación.

7. Se deben habilitar lugares para que los pacientes puedan tener privacidad o contacto con sus familiares, así como espacios más amplios donde puedan programarse actividades colectivas.

6.3. LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS Y LAS INCAPACITACIONES Y TUTELAS

El número de ingresos involuntarios que se producen en los centros psiquiátricos está en función del número de nuevas hospitalizaciones que se dan en cada centro, lo que a su vez depende del número de camas de corta estancia o de agudos que exista en cada hospital.

Así, en el período comprendido entre el 1 de octubre de 1990 y el 30 de setiembre de 1991, que a efectos estadísticos y comparativos se ha tomado por referencia, el hospital psiquiátrico en el que se produjo el mayor

número de ingresos involuntarios fue el de Zamudio con 141, seguido del Hospital de Gipuzkoa con 122. Estos, a su vez, son los dos centros que cuentan con el mayor número de camas de corta estancia de toda la CAPV (111 en Zamudio y 65 en Gipuzkoa), y, además, por la mayor rotación de enfermos que tienen las camas de corta estancia, son también los que tienen el mayor número de hospitalizaciones o ingresos anuales.

Los centros en los que existen camas de media estancia dan lugar a un menor número de ingresos involuntarios. Por último, en los centros en los que la mayoría de las camas son de larga estancia apenas se producen nuevas hospitalizaciones ni, por tanto, ingresos involuntarios (Aita Menni 37 ingresos involuntarios, Zaldibar 24 y Bermeo 5).

Otro factor que influye en el número de ingresos involuntarios es el criterio más o menos amplio que se siga en cada hospital para interpretar cuándo un ingreso es voluntario y cuándo es involuntario. Los pacientes, por razón de su enfermedad, tienen normalmente afectada su capacidad volitiva, de ahí que a los propios psiquiatras les resulte difícil discernir cuándo el enfermo ingresa por su propia voluntad y cuándo no. Por eso, y como medida de prudencia, muchos hospitales suelen tramitar los ingresos, casi de forma sistemática, como involuntarios, y en el plazo de veinticuatro horas solicitan del juez la correspondiente autorización.

Es poco frecuente que los enfermos que han ingresado de forma voluntaria soliciten abandonar el centro, y que el hospital se vea obligado a solicitar del juez una autorización de ingreso involuntario al amparo del art. 211 del Código Civil. Sin embargo, en el Hospital Santa María de Las Nieves esto ha sucedido en 39 ocasiones a lo largo de un año. Ello es debido a que están regularizando la situación de los enfermos que son presuntos incapaces, que llevan muchos años internos y que todavía no han sido declarados incapaces civiles. Con este fin, están siguiendo el procedimiento de tramitar un expediente de ingreso involuntario, para que a continuación el Fiscal, inicie el auto de declaración de incapacidad. Por el contrario, en el resto de los hospitales psiquiátricos este supuesto se ha dado solamente en 7 u 8 ocasiones.

Son también ocasionales los ingresos por orden judicial, esto es, cuando el enfermo, bien presuntamente o bien según una sentencia judicial firme, ha cometido un delito. Donde se produce con mayor frecuencia este supuesto es en la llamada «penitenciaria» del Pabellón Jado, en el Hospital General de Basurto, donde se han registrado 21 casos a lo largo de un año. En el resto de los centros el número de ingresos involuntarios por presunta comisión de delitos es poco representativo, variando desde ninguno a 4 ingresos al año.

Santa María de Las Nieves es el hospital psiquiátrico en el que a 1 de octubre de 1991 existía el mayor número de internos involuntarios con 69 casos, siguiéndole a continuación Zamudio con 48 y Aita Menni con 25, mientras que en el resto de los centros los internos involuntarios apenas llegaban a la decena.

Otro aspecto que se ha analizado en la inspección psiquiátrica es el procedimiento que se sigue para el internamiento involuntario y urgente de los enfermos mentales, con el fin de conocer si se cumple lo establecido por el artículo 211 del Código Civil, que dice:

«El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciese necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y en todo caso dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por el designado, concederá o denegará la autorización, y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269-4.º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento».

Según la información facilitada por los responsables de los centros inspeccionados, la dirección del hospital en todos los casos cumplía con su obligación legal de comunicar al juzgado, en el plazo de veinticuatro horas, los ingresos involuntarios urgentes. Solamente en un caso han informado que esta comunicación a veces se demora hasta las cuarenta y ocho horas.

En lo que se refiere a la práctica judicial sobre el internamiento que siguen los distintos juzgados de la CAPV en cuyo distrito judicial existen centros psiquiátricos, se puede afirmar que, según la información facilitada por los responsables de tales centros, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, así como en el hospital de Zamudio, donde la gran mayoría de las camas son de agudos y, por tanto, donde la estancia de los pacientes oscila entre 10 y 33 días, el juez no suele cumplir con su obligación de examinar al interno involuntario, y la práctica judicial consiste en examinar los informes médicos que aporta la dirección del centro psiquiátrico acompañando a la solicitud de internamiento, y sin más trámite resuelve sobre su procedencia.

Donde la práctica judicial es más rigurosa y respetuosa con la ley es en Zaldibar y en Santa María de Las Nieves. En estos psiquiátricos los jueces de Durango y Vitoria, al poco tiempo de recibir la solicitud, se personan en el centro hospitalario y examinan al enfermo, normalmente acompañados del médico forense.

En otros centros, como los de Aita Menni y San Juan de Dios, el titular del correspondiente Juzgado de Bergara se persona periódicamente en Santa Agueda (Mondragón), cada dos o tres semanas, acompañado siempre del forense, y proceden a examinar al interno involuntario. Lo mismo ocurre en Zaldibar con el Juez de Gernika, quien se persona periódicamente y se entrevista con los directores del centro y con el interno.

Finalmente, y como un caso opuesto, mencionaremos el centro de Usurbil, en donde el juez de Primera Instancia de San Sebastián no tiene por costumbre personarse para examinar al interno involuntario.

Según la información facilitada por los directores de los centros psiquiátricos, tras aprobarse la Ley 13/83, de 24 de octubre, que regula el internamiento de los enfermos mentales en los términos recogidos en el artículo 211 del Código Civil antes citado, se produjo en muchos juzgados en cuyo distrito estaban ubicados hospitales psiquiátricos específicos un estricto cumplimiento de la norma. Sin embargo, con el transcurso del tiempo

po, se ha producido un cierto relajamiento en la práctica judicial, al comprobar los jueces que la dirección de los centros únicamente solicitaba del juzgado autorización para internar a aquellas personas cuyo tratamiento médico así lo aconsejaba, de ahí que se haya llegado a una situación de confianza que les ha llevado a los jueces a espaciar las visitas a los psiquiátricos.

El control o seguimiento judicial de los internos involuntarios es llevado a cabo por los jueces mediante escritos. Desde los juzgados se oficia al centro psiquiátrico para que informe periódicamente sobre la situación del enfermo, en plazos que oscilan entre uno y seis meses.

En las unidades psiquiátricas de los hospitales generales suele suceder que, debido a la corta estancia de los internos, para cuando el juez comunica la autorización de internamiento y pide que se le informe periódicamente sobre el estado del paciente, el enfermo ya ha sido dado de alta médica.

A raíz de la promulgación de la Ley 13/83, de 24 de octubre, por la que se reformó la incapacitación, tutela, curatela y guarda de los menores incapacitados, se impuso, por el artículo 213 del Código Civil, a los directores y gerentes de los centros psiquiátricos, como personas que por su cargo tienen bajo su guarda al presunto incapaz, la obligación de formular la petición judicial para iniciar el procedimiento de incapacitación. Esto se llevó a cabo en los hospitales de larga estancia (Aita Menni, Bermeo, San Juan de Dios, Santa María de Las Nieves y Zaldibar). En estos momentos, los autos se encuentran paralizados en los distintos juzgados por el problema que supone encontrar un tutor que se haga cargo de los incapacitados, ante el olvido y falta de colaboración de los familiares más directos.

La carencia de tutores constituye un problema jurídico sin resolver que puede afectar a un colectivo de unos mil internos. Sin embargo, en la práctica no reviste tanta trascendencia como puede aparentar, ya que diariamente suelen ser las enfermeras y asistentes sociales quienes, a falta de los parientes y de los tutores, administran los bienes y toman las decisiones en nombre de los presuntos incapaces, sin que, por otro lado, hasta la fecha se conozca la existencia de denuncias por irregularidades.

En ocasiones el juez nombra tutor del incapacitado al asistente social o al director médico del centro; esto sucede generalmente cuando la incapacitación la promueve el propio hospital psiquiátrico. Ahora bien, no se considera un sistema adecuado que los empleados del centro que tiene bajo su guarda al interno sean a la vez sus tutores.

El comportamiento de los tutores es variado, en algunos centros lo definen como inapropiado, incluso en un centro se ha llegado a denunciar a los tutores por abandono ante el juzgado. Puede afirmarse que no sólo no colaboran con el hospital, sino que se desentienden del interno preocupándose únicamente que el enfermo no gaste y que correlativamente su saldo en la cuenta corriente vaya aumentando en base a la pensión que percibe, normalmente el subsidio de garantía de ingresos mínimos, que asciende a 24.935 pesetas al mes. Pero sobre todo, el gran problema de los internos en unidades de larga estancia, teniendo en cuenta que la duración media de dicha estancia oscila entre los 15 y 34 años, es que con el paso del tiempo es progresiva la desconexión de sus familias, lo que facilita que éstas se inhiban de su responsabilidad frente al pariente interno.

CAPITULO VII

**ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA
ASISTENCIA**

7.1. METODO

La selección de muestra fue llevada a cabo en los hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas a las que ya nos referimos en la introducción de este estudio, es decir, Bermeo, Zamudio, Zaldibar, Santa María de Las Nieves, Usurbil, San Juan de Dios y Aita Menni entre los hospitales, y en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales de Galdakao, Santiago Apóstol, Basurto y Gipuzkoa.

Para la elaboración de la muestra se consideró a cada hospital como una unidad diferenciada. El número de encuestas realizadas al personal en cada centro es proporcional al volumen de personal asistencial. El número de pacientes seleccionados es, así mismo, proporcional al número de altas del trimestre anterior a la distribución del cuestionario.

7.2. INSTRUMENTOS

Distribución y cumplimentación de las siguientes encuestas entre los pacientes y entre el personal en los centros de hospitalización psiquiátrica de la CAPV:

– Ward Atmosphere Scale (atmósfera de la sala). Escala que evalúa los diferentes aspectos de la atmósfera que se vive en las salas de los centros de asistencia hospitalaria psiquiátrica.

– W.E.S. (clima laboral). Cuestionario elaborado por Moos, que consta de 90 preguntas, de carácter autoaplicable, y de una duración de 20 minutos. Mide el clima laboral con las subescalas de Relaciones (Implificación, Cohesión, y Apoyo), Autorrealización (Autonomía, Organización y Presión) y Estabilidad/Cambio (Claridad, Control, Innovación y Comodidad). Se administra al personal asistencial.

– Cuestionario de Burn out (síndrome del quemado). Breve cuestionario de 18 preguntas que mide el grado en que el personal asistencial sufre el denominado «síndrome del quemado», situación que repercute en la calidad de la asistencia prestada y que cuenta con las subescalas de endurecimiento emocional, frustración laboral, agotamiento y deterioro de las relaciones.

– Satisfacción de los usuarios. Cuestionario heteroaplicado que mide el grado de satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares) con la atención recibida en los centros de hospitalización psiquiátrica. Se ha entrevistado a los pacientes y sus familiares en los propios domicilios utilizando el correo.

Los cuestionarios anteriormente mencionados han sido administrados por parte de personal especializado y previamente entrenado.

7.3. RESULTADOS

7.3.1. Ambiente terapéutico

Para la interpretación de los datos obtenidos a partir de las respuestas al cuestionario sobre el ambiente de las salas, se han tomado como punto de referencia la tesis realizada por Sunyer sobre esta cuestión, para la que abordo una muestra de 97 salas psiquiátricas, de las que 59 eran de agudos y 38 de rehabilitación pertenecientes a hospitales generales (20,6 %), hospitales psiquiátricos (75,3 %), hospitales clínico-universitarios (2,1 %) y clínica privadas (2,1 %). Dada las características de esta muestra, representativa de todo el Estado español, hemos considerado oportuno referirnos a sus puntuaciones en cada una de las subescalas de la evaluación de atmósfera como punto comparativo medio.

El cuestionario consta de las siguientes subescalas:

- Vinculación.
- Apoyo.
- Espontaneidad.
- Autonomía.
- Resolución de problemas cotidianos.
- Orientación de los problemas personales.
- Tolerancia Agresividad.
- Orden y organización.
- Claridad del programa.
- Control del staff.

La proporción de respuestas obtenidas es discreta: 38,6 % de los pacientes y 34,7 % del personal, lo que obliga a considerar como no significativas diferencias estadísticas que en realidad lo son. Este instrumento fue administrado tanto a pacientes como a personal asistencial.

Para una mejor comprensión de los datos, conviene aclarar que las puntuaciones ofrecidas, representadas por el signo «T», son puntuaciones normalizadas, en las que se toma como media 50 en una escala centesimal.

A) Pacientes

El grado de vinculación o compromiso que se observa en el conjunto de pacientes encuestados es más bajo que la tomada por referencia, tanto en salas de agudos (Puntuación T igual a 42), como en psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 48,5).

El grado de apoyo que encuentran los pacientes en los hospitales de agudos es muy superior a la media (Puntuación T igual a 73), y algo superior en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 52).

La espontaneidad con la que dicen expresarse los pacientes ingresados en los hospitales de agudos es inferior a la media (Puntuación T igual a 42,5), y algo superior en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 50,5).

La autonomía que disfrutaban los pacientes ingresados en los hospitales de agudos es inferior a la media (Puntuación T igual a 45,5), y casi igual en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 49,5).

La capacidad para resolver los problemas cotidianos de los pacientes ingresados es inferior a la media, tanto en los hospitales de agudos (Puntuación T igual a 47) como en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 44).

La capacidad para orientar sus problemas personales es en los pacientes ingresados en los hospitales de agudos más alta que la media (Puntuación T igual a 55,5), y más baja en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 39,5).

La tolerancia a la agresividad de los pacientes ingresados en los hospitales de agudos es algo inferior a la media (Puntuación T igual a 48,5) e idéntica en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 50).

El nivel de orden y organización que perciben los pacientes encuestados es superior a la media, tanto en los hospitales de agudos (Puntuación T igual a 58) como en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 55,5).

La claridad con que perciben el programa asistencial los pacientes encuestados es inferior a la media en los hospitales de agudos (Puntuación T igual a 44), y muy parecida en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 49,5).

El control del staff al que están sometidos los pacientes encuestados es inferior a la media, tanto en los hospitales de agudos (Puntuación T igual a 45,5) como en los psiquiátricos generales (Puntuación T igual a 47,5).

En conjunto, cabe mencionar que la duración del ingreso no está estrechamente correlacionada con ninguna subescala componente del ambiente observado entre los pacientes; únicamente hemos encontrado una correlación inversa ligeramente significativa entre la duración del ingreso y la capacidad para resolver problemas cotidianos (-10) y orientar sus problemas personales (-12). Por otra parte, merece comentario el grado de correlación que encontramos entre las subescalas de orden y organización y claridad en el programa, con la subescala de apoyo (.53 y .42 respectivamente) (Ver diagrama n.º 1 en pág.).

B) Personal

El grado de vinculación o compromiso que se observa en el personal encuestado es algo más alto que la media (Puntuación T igual a 51). Entre el personal asistencial, los psicólogos son quienes se sienten más vinculados, mientras que el personal de enfermería (auxiliares y diplomados en Enfermería) es el que se siente menos vinculado ($p = 0,0007$).

El grado de apoyo que se observa en el personal encuestado es algo más elevado que la media (Puntuación T igual a 55,5). Entre el personal

asistencial, los MIR son quienes se sienten más apoyados, mientras que los asistentes sociales son quienes se sienten menos apoyados ($p = 0,0861$).

La espontaneidad con la que dice expresarse el personal encuestado es más elevada que la media (Puntuación T igual a 58,5). Entre el personal asistencial, los MIR son quienes se expresan con mayor espontaneidad, mientras que los monitores son quienes se expresan con menos ($p = 0,0621$).

La autonomía que disfruta el personal encuestado es inferior a la media (Puntuación T igual a 42,5). Entre el personal asistencial, los MIR y los psicólogos son los más autónomos, mientras que el personal de enfermería (auxiliares y D.E.) y los asistentes sociales son quienes dicen tener menos autonomía ($p = 0,0123$).

La capacidad para resolver los problemas cotidianos del personal encuestado es algo superior a la media (Puntuación T igual a 51,5). Entre el personal asistencial, los MIR y los psicólogos son los que muestran mayor capacidad, mientras que el personal de enfermería (auxiliares y D.E.) es quien dice poseer menos capacidad ($p = 0,0376$).

La capacidad para orientar sus problemas personales en el personal encuestado es superior a la media (Puntuación T igual a 60,5). Entre el personal asistencial, los MIR y los médicos adjuntos son los que muestran mayor capacidad, mientras que los asistentes sociales y los auxiliares de clínica son quienes dicen poseer menor capacidad ($p = 0,25$).

La tolerancia a la agresividad del personal encuestado es superior a la media (Puntuación T igual a 59,5). Entre el personal asistencial, los MIR son los que muestran mayor tolerancia, mientras que los asistentes sociales y los psicólogos son los menos tolerantes ($p = 0,28$).

El nivel de orden y organización que percibe el personal encuestado es algo mayor al observado (Puntuación T igual a 52,5). Entre el personal asistencial, psicólogos, MIR y asistentes sociales son los que perciben más orden, mientras que los auxiliares de clínica y los médicos adjuntos son los que menos perciben ($p = 0,0002$).

La claridad con que percibe el programa asistencial el personal encuestado es algo inferior al observado (Puntuación T igual a 49,5). Entre el personal asistencial, MIR, asistentes sociales y psicólogos son los que perciben más claridad, mientras que los auxiliares de clínica son los que menos perciben ($p = 0,0018$).

El control de staff al que está sometido el personal encuestado es inferior al observado (Puntuación T igual a 45,5). Entre el personal asistencial, diplomados de enfermería y auxiliares de clínica son quienes sienten mayor control, mientras que psicólogos y MIR son los que menos perciben ($p = 0,356$).

En conjunto, merece comentario el grado de correlación que encontramos entre las subescalas de apoyo, autonomía, capacidad de resolución de problemas cotidianos y de problemas personales, orden y organización y claridad en el programa con la subescala de apoyo. (Ver diagrama n.º 2 en pág.).

7.3.2. Satisfacción laboral del personal asistencial: Síndrome del «quemado»

Instrumento

Para medir esta variable se elaboró al efecto un breve cuestionario de 18 preguntas que mide el grado en que el personal asistencial sufre el denominado «Burn out Syndrom» (síndrome del quemado), circunstancia que repercute directamente en la calidad de la asistencia prestada. En los comentarios se da cuenta de cada una de las escalas de las que consta este cuestionario y se refieren siempre a la visión subjetiva del personal asistencial.

Comentarios

De manera bastante paralela al cuestionario de ambiente de las salas, el cuestionario del síndrome del «quemado» ha sido contestado de forma muy desigual en cada hospital. También aquí vale el comentario hecho a propósito del ambiente de las salas, en el sentido de relativizar los comentarios que afectan a hospitales con una fracción de muestreo baja.

Comparación interhospitalaria

La escala total que mide el grado de fatiga del personal asistencial en su conjunto permite ordenar a los 11 centros de mejor a peor situación, según el promedio calculado para el conjunto de cuestionarios obtenidos en cada centro. El máximo teórico está en 52 puntos posibles y el mínimo en 13; mientras que, aproximadamente, el umbral aceptable puede situarse en 27 puntos, valor que no supera ningún hospital.

La subescala de *Endurecimiento Emocional* (rango teórico de 4 a 16 y umbral en 9) tiene un valor medio (todos los hospitales) de 6,51. Esta escala hace referencia al deterioro de la empatía con los pacientes.

La subescala de *Frustración Laboral*, referida a la ausencia de una relación de contingencia entre los cuidados ofrecidos al paciente y su mejoría (rango teórico de 4 a 16 y umbral en 9) tiene un valor medio de 7,69.

La subescala de *Agotamiento* (rango teórico de 3 a 12 y umbral en 7) tiene un valor medio de 5,72.

La subescala de *Deterioro de las Relaciones Personales* (rango teórico de 2 a 8 y umbral en 5) tiene un valor medio de 2,72. (Ver diagrama n.º 3 en pág.).

Según tipo de centro

Los centros dedicados exclusivamente a la atención de pacientes agudos muestran un valor de la escala total superior al obtenido para los psi-

quiátricos generales, aunque para ambos valores no se observan diferencias estadísticas significativas ($p = 0,357$); esta diferencia se mantiene para todas las subescalas menos para la que mide el grado de agotamiento donde la relación es inversa: se observa un valor superior en los psiquiátricos generales que en los centros de agudos, aunque en este caso las diferencias estadísticas tampoco son significativas. Tan sólo hemos encontrado significación estadística en el grado de endurecimiento emocional ($p = 0.000$). (A efectos estadísticos se considera que cuando p es menor a 0,05, como es el caso, la asociación entre las dos variables no está producida por el azar).

Comentarios a preguntas abiertas

Nos ha parecido oportuno comentar por separado los distintos centros, dadas las grandes diferencias que registran las respuestas; en dos temas, sin embargo, la respuesta es sistemáticamente la misma: el valor positivo siempre es la propia naturaleza del trabajo; sólo en determinados estamentos profesionales, pero en todos los hospitales, se cita sistemáticamente al sistema de turnos de trabajo como un valor muy negativo.

7.3.3. Restricciones impuestas a los pacientes

Perfil de restricciones (cuestionario)

El perfil de prácticas residencial-hospital que hemos empleado es una traducción del utilizado por T. Wykes, E. Sturt y C. Creer (1982), basado en un cuestionario dirigido a los responsables de los centros y/o de las salas de hospitalización.

El cuestionario se compone de 55 «dummy» (1,0), es decir, que son 55 variables dicotómicas para contestar verdadero o falso. El conjunto de los 55 ítems forman una única escala cuyo rango se extiende de 0 a 55, correspondiéndose los valores más bajos a las prácticas menos restrictivas.

El perfil se compone de seis subescalas:

- *Actividades personales.*
- *Posesiones personales.*
- *Comidas.*
- *Higiene y salud de los pacientes.*
- *Habitaciones.*
- *Servicios.*

Comentarios

La totalidad de los centros ha contestado al cuestionario sobre prácticas restrictivas que se aplican a los pacientes ingresados.

En todos los hospitales los pacientes disponen de ropa suficiente, se les permite que dispongan de maquinilla de afeitar y encendedores, y el personal asistencial es el que controla los medicamentos que se les administra. Casi todos (10/11) coinciden en comprobar periódicamente las pertenencias de los enfermos, y en la mayoría de los centros (8/11) los pacientes no son responsables de sus pertenencias, éstas se comprueban y catalogan. Los items más diversos para cada hospital son: tener las pertenencias a la vista (4/11) y guardar sus pertenencias (3/11).

Todos los hospitales coinciden en tener cerrada la puerta de entrada del hospital, de la que los pacientes no tienen llave; en exigir un pase a los pacientes para salir del centro; en no permitir la salida de noche de los pacientes ingresados; en conocer donde pasan los fines de semana cuando los pacientes salen de permiso; en obligar a los pacientes a levantarse los días festivos y a acostarse cada noche, y en comprobar expresamente el cumplimiento de ambas normas; a excepción de Basurto todos los centros coinciden en prohibir ver TV después de las 24 h.; a excepción de Galdakao se exige a los pacientes estar de regreso antes de las 22 h. cuando salen de permiso; la mayoría de centros (9/11) cierran la puerta del hospital a las 22 h. y obligan a los pacientes a levantarse y a acostarse a horas fijas los días festivos; aproximadamente en la mitad de los centros (5/11) el horario de visitas está restringido, y los pacientes no pueden salir libremente del hospital; en 4/11 centros se les obliga a acostarse a las 24 h.

Ningún hospital coincide en todos los items de esta subescala; a excepción de San Juan de Dios, en todos los hospitales el personal puede entrar libremente en las habitaciones de los enfermos; sólo en dos centros los enfermos pueden estar en la cama de día y fumar en las habitaciones; sólo en tres los pacientes pueden recibir visitas de otro sexo en sus habitaciones; sólo en dos los pacientes no hacen sus camas.

En ningún centro los pacientes lavan su ropa, y en todos los centros los pacientes son examinados clínicamente al ingreso. Sólo en un centro (Usurbil) el examen clínico no se repite periódicamente; en cambio, únicamente en el hospital general de Gipuzkoa no se supervisa el baño de los pacientes; y tan sólo en dos centros los pacientes pueden cerrarse en el cuarto de baño y en el WC; a excepción de dos centros, los pacientes pueden usar la ropa que consideren más adecuada; en 4/11 hospitales los pacientes deciden cuándo se bañan.

En ningún hospital está permitido el alcohol, ni los pacientes pueden prepararse café si lo desean; tan sólo en dos centros los pacientes eligen las comidas y bebidas que desean; en 5/11 les está permitido comer entre horas, y en 4/11 las preferencias de los pacientes son tenidas en cuenta para confeccionar los menús.

En ningún item de esta subescala coinciden todos los hospitales. En 9/11 el peluquero visita periódicamente a los pacientes; en 8/11 reciben la visita diaria del psiquiatra; en 6/11 los pacientes mantienen reuniones periódicas con el personal que les atiende, y en 5/11 los enfermos deben pedir permiso antes de visitar al médico generalista.

En general, los hospitales de agudos, respecto a los centros de orientación general, son ms restrictivos con las posesiones de los pacientes, su salud e higiene, y en los servicios hoteleros que ofrecen; en cuanto a la

actividad de los pacientes son, igualmente reactivos, y lo son menos en cuanto al régimen de comidas y de habitaciones. (Ver diagrama n.º 4 en pág.).

7.3.4. Satisfacción de los usuarios

La encuesta que hemos utilizado es una adaptación realizada por nosotros mismos de la encuesta que realiza habitualmente el PAMEM (Prestaciones de Asistencia Médica a los Empleados Municipales) del Ayuntamiento de Barcelona.

El cuestionario empleado consta de 7 variables independientes (persona que expresa su opinión, edad y sexo del paciente, centro en el que estuvo ingresado, duración del ingreso y motivos del ingreso, y si el paciente volvería al mismo centro en el caso de ser necesario un nuevo ingreso), y de 26 ítems que componen una escala de satisfacción global cuyo rango se extiende de 26 a 98 puntos; la graduación de la escala varía de menor a mayor satisfacción; a su vez, cada ítem incluye un rango semicualitativo de cuatro valores que se puntúan de 1 a 4 y expresan menor o mayor satisfacción.

El grado de satisfacción global se diferencia en cuatro componentes o subescalas:

- *Trato Humano.*
- *Organización de los servicios.*
- *Hostelería y confort.*
- *Atención asistencial.*

Comentarios

De los cuestionarios enviados se han obtenido 143 respuestas: 102 proceden de pacientes (71 %), de los cuales 5 permanecían ingresados en el momento de contestar; 39 encuestas (27 %) han sido facilitadas por familiares o amigos de pacientes, y en los dos casos restantes este ítem no ha sido contestado.

Para interpretar correctamente los resultados de esta encuesta, hay que tomar en consideración que no se trata en ningún modo de una muestra estadísticamente representativa de la opinión de los pacientes. Se trata simplemente de un sondeo de opinión referido a un grupo concreto de personas que han usado los servicios psiquiátricos de Euskadi.

Intención de volver al mismo hospital

Sólo el 8 % de los casos dicen que no volverían a ingresar en el mismo centro en el caso de que fuera necesaria una nueva hospitalización: 10.8 % de hombres y 5.1 % de mujeres que se reparten entre 6 hospitales de agudos y generales; el 34 % duda, y la mayoría (58 %) contesta afirmativamente.

tivamente a la pregunta. La duración del ingreso no parece condicionar esta respuesta, pero sí la condiciona el hecho de haber sido ingresado involuntariamente.

Subescalas en cada hospital

En general, los pacientes que han ingresado en varios hospitales son los que expresan peor opinión general y, además, en todas las subescalas. Los pacientes que proceden de los centros de agudos consideran que los servicios están mejor organizados y que han disfrutado de mejor hostelería y de mayor confort que los pacientes que ingresaron en psiquiátricos generales; inversamente, estos últimos consideran haber recibido mejor trato humano y mejor atención asistencial que los primeros.

Malos tratos

Consideran que han recibido malos tratos, siempre o con frecuencia, durante su estancia en el hospital, un total de 13 pacientes (9,4 %); el 18,8 % (26 pacientes) considera haber sido maltratado alguna vez, y la mayoría, 71,7 % (99 pacientes) declara no haber recibido nunca malos tratos. (Ver diagrama n.º 5 en pág.).

Comentarios de los pacientes

En las respuestas abiertas se observa una gran dispersión, por otra parte, lógica; en líneas generales, se registra una mayoría de respuestas positivas, que habitualmente hacen especial mención del buen trato médico y del personal auxiliar, o de la satisfacción por haber mejorado después del tratamiento.

En lo que respecta a los aspectos negativos hemos recogido algunas quejas de carácter puntual, que, por tanto, no podemos asumir desde un punto de vista estadístico como reflejo de los centros psiquiátricos estudiados. No obstante, en varias de ellas se advierte un cierto malestar entre los usuarios por el hecho de que se mezclen pacientes de distinto sexo, o de diferentes edades, o con patologías diversas; tampoco les parece procedente que en algún centro los toxicómanos estén mezclados con el resto de los pacientes psiquiátricos; igualmente, se han registrado algunas quejas respecto a la calidad de las comidas.

Ambiente de las Salas
(Pacientes)

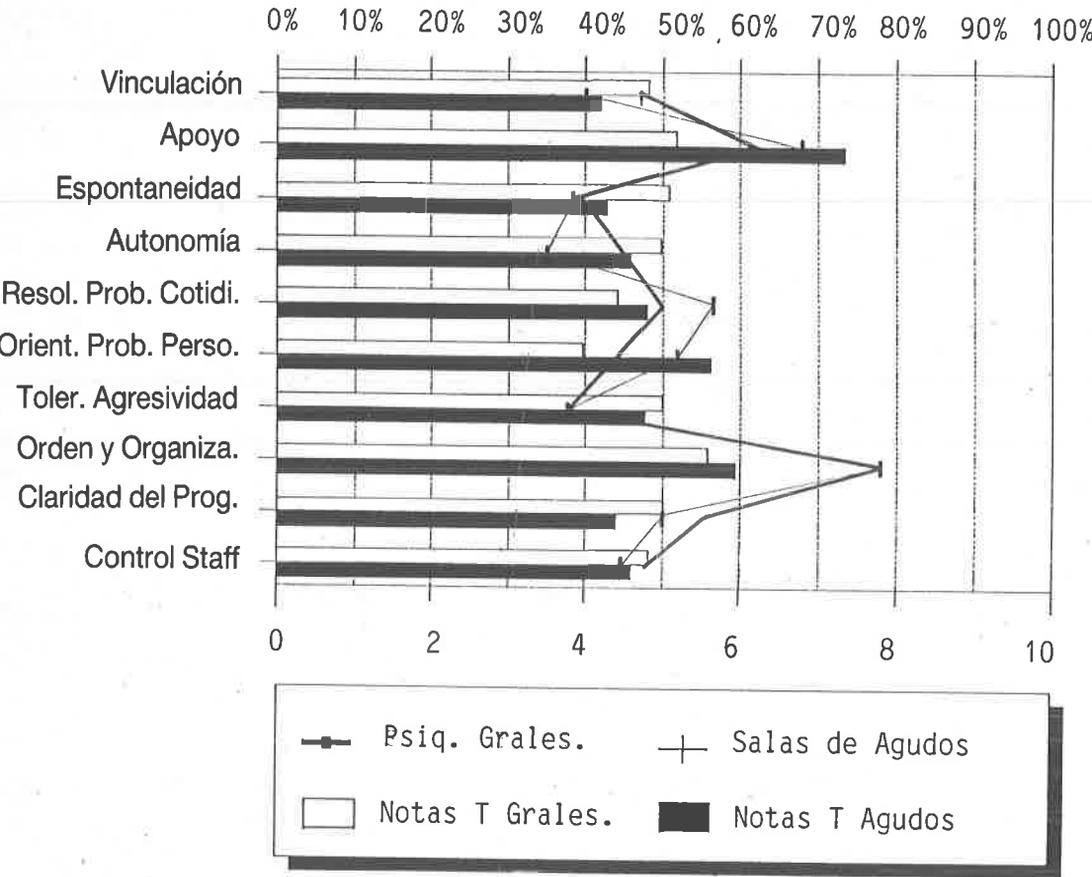


DIAGRAMA Nº 1

Ambiente de las Salas (Personal)

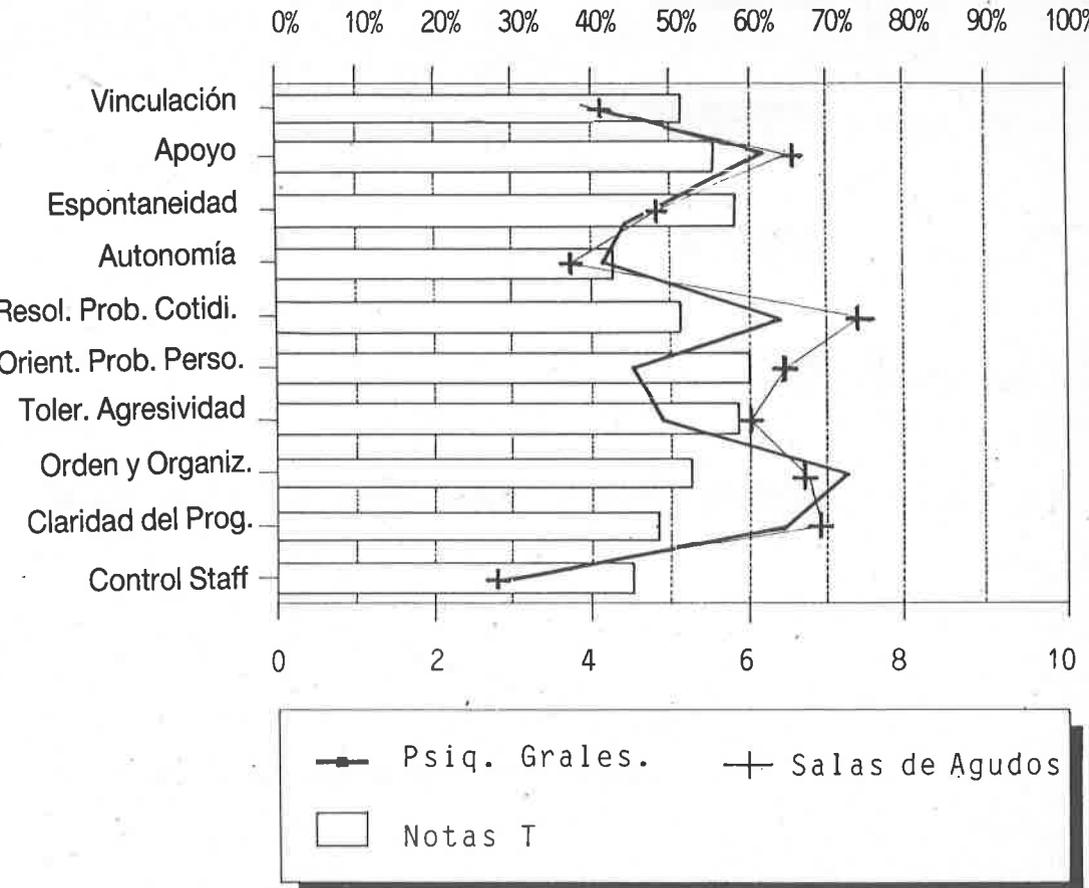


DIAGRAMA Nº 2

Síndrome del Quemado
(Personal)

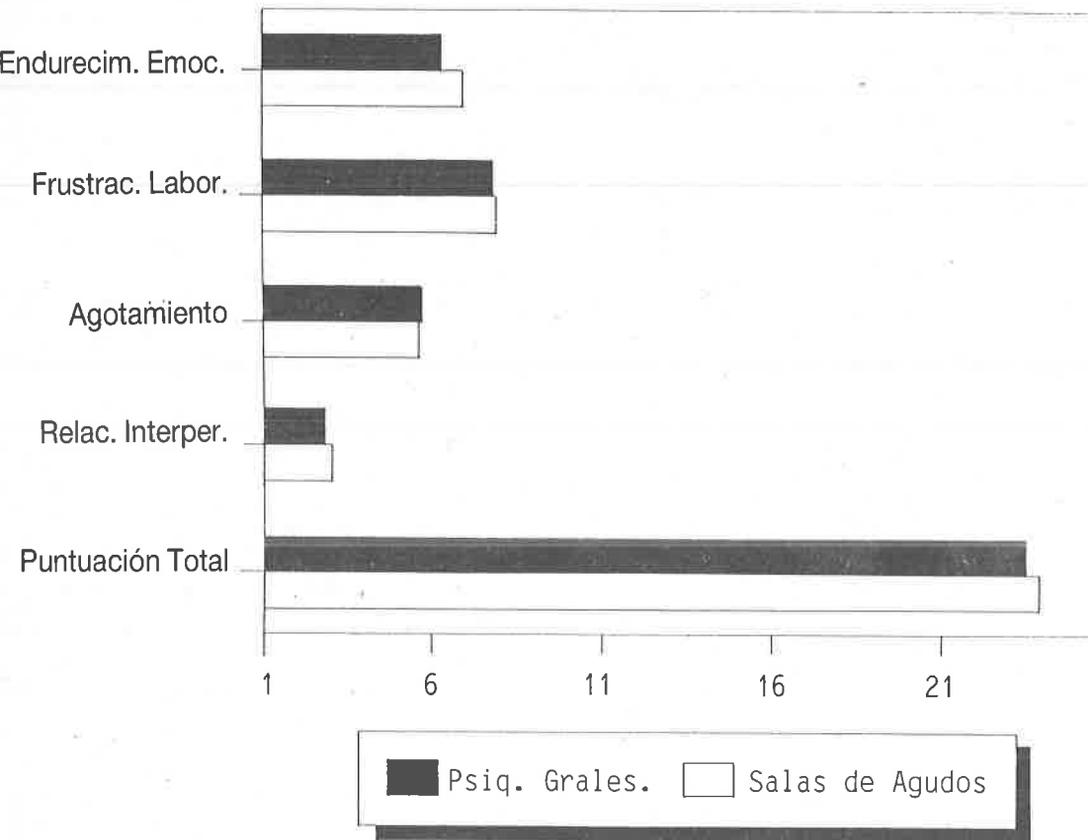


DIAGRAMA Nº 3

Perfil de Prácticas Restrictivas
(Hospitales)

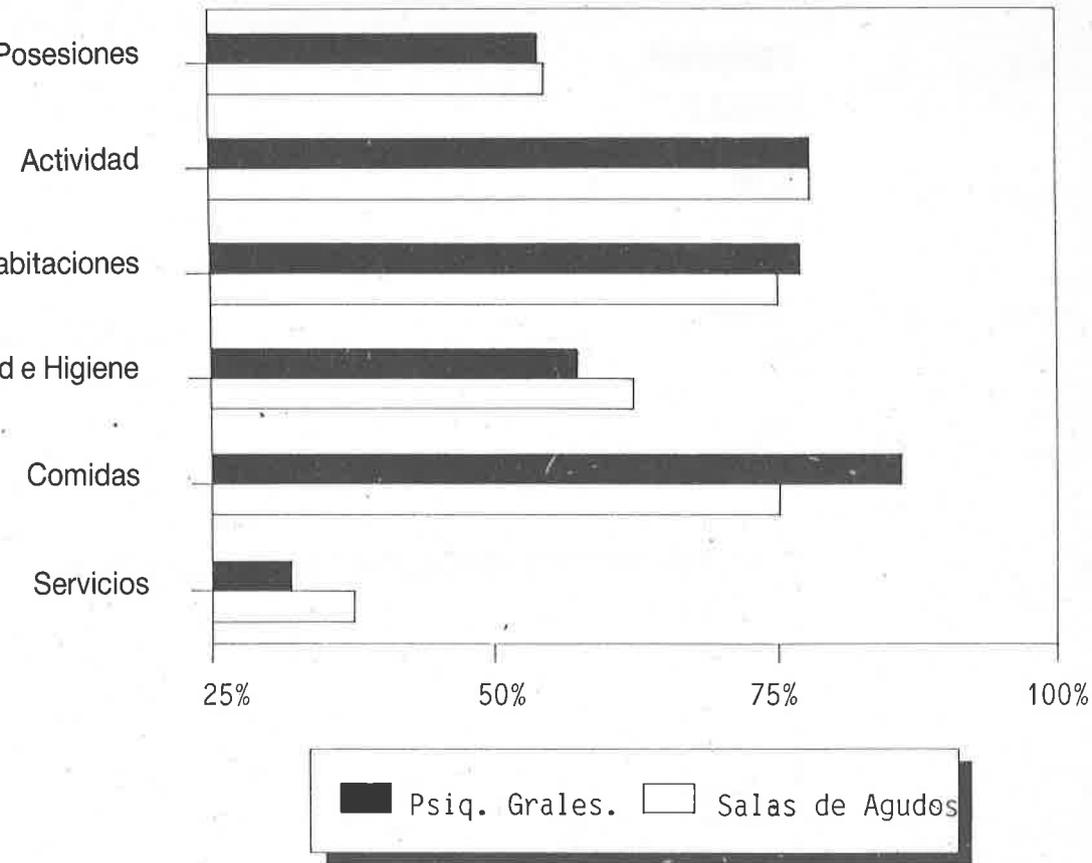


DIAGRAMA Nº 4

Opinión de los Pacientes

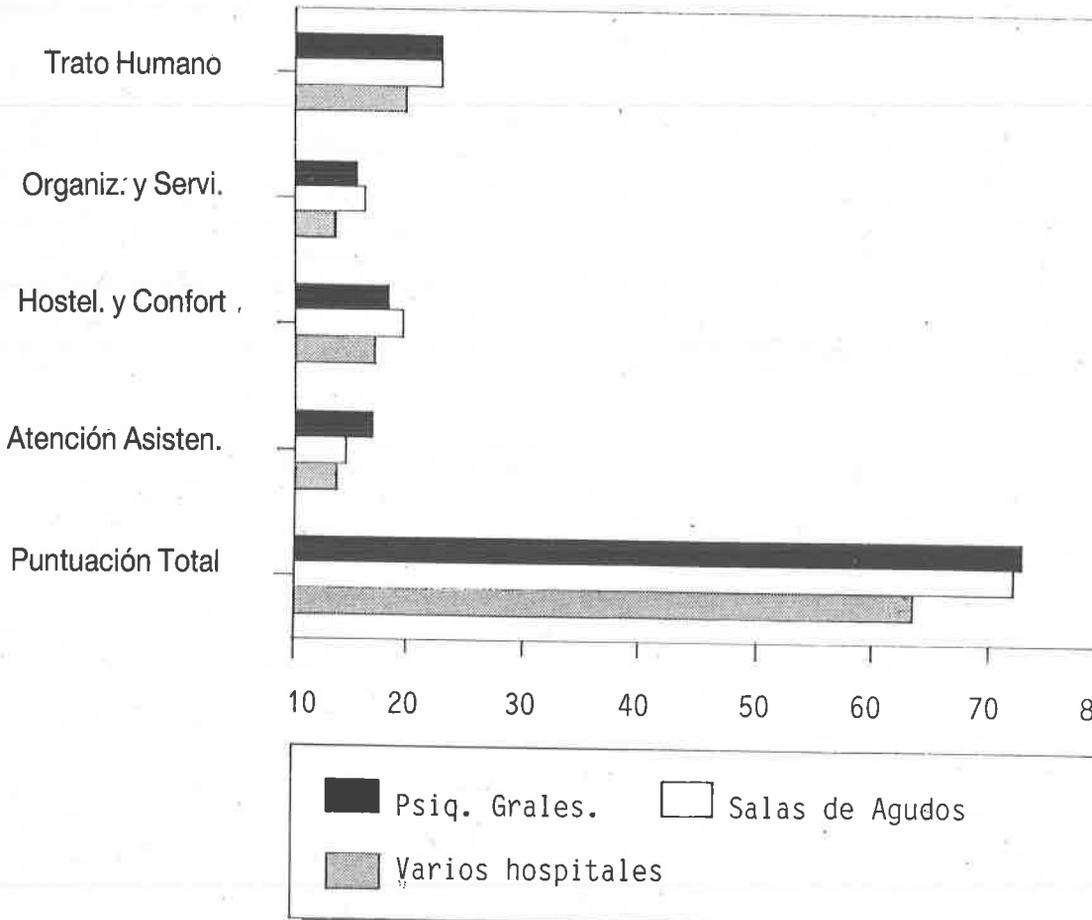


DIAGRAMA Nº 5

CAPITULO VIII

PROBLEMAS ESPECIALES

8.1. PSICOGERIATRIA

Se ha comprobado que los pacientes de edad superior a los 65 años consultan en los servicios ambulatorios de Psiquiatría de la Comunidad Autónoma vasca con menos frecuencia que la esperada según su distribución en la población. Asimismo, el tiempo medio que les dedica el psiquiatra es menor que el dedicado a pacientes de otras edades. Ambos datos indican un descuido de la atención ambulatoria de estos pacientes que presentan más psicopatología que el resto y que, por sus dificultades sensoriales e intelectivas, requerirían entrevistas de más duración.

El cuidado a largo plazo de los pacientes psicogeriátricos requiere un conjunto de servicios formales e informales durante períodos prolongados, debido a una o más enfermedades crónicas que interfieren con su funcionamiento vital: enfermedades cardíacas, trombosis, artritis y enfermedades mentales. En efecto, por ejemplo, según datos internacionales, tres de cada cinco pacientes ancianos que viven en residencias tienen trastornos cognitivos importantes, y el 93 % son dependientes al menos en una actividad de la vida diaria. La mayoría de estos cuidados son administrados en el ambiente familiar, muchos, en las residencias geriátricas y, un tanto por ciento menor, en hospitales para pacientes crónicos o en hospitales psiquiátricos. El tipo de cuidados es una combinación de servicios de apoyo social, cuidado personal (mantenimiento del hogar, baño, acto de comer), enfermería, medicina o psiquiatría.

En el ámbito hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma, los pacientes añosos se hallan también menos representados de lo esperable por su distribución en la población, lo que indica que se encuentran poco atendidos siquiátricamente, tanto en las residencias de ancianos como en sus domicilios. Por ello, es de sospechar, pero convendría confirmarlo con estudios *ad hoc*, que la tasa de trastornos psiquiátricos en la población de los asilos, al margen del deterioro cognitivo, será muy superior a lo deseable. Es de señalar que, al revés de lo que ocurre en otros países, esas necesidades psiquiátricas no son atendidas por equipos especializados. Por otra parte, como demuestra el estudio de Padierna, son necesarias en la comunidad un gran número de camas adicionales en residencias de ese tipo, dado que las condiciones en que pueden ser atendidos en las familias son precarias.

Los hospitales psiquiátricos de la Comunidad no cuentan, en general, con verdaderos servicios de psicogeriatría ni con suficientes psiquiatras formados en esa subespecialidad. En el año 2.000, más de la tercera parte de los pacientes psiquiátricos ingresados serán mayores de 65 años, por lo que

es indispensable ir creando los servicios y preparando al personal necesarios.

8.2. RETRASO MENTAL

El papel de los psiquiatras en el campo del retraso mental ha cambiado en los últimos 25 años, dado que los desarrollos en genética, bioquímica y ciencias de la conducta han hecho necesaria la colaboración de varias disciplinas para su diagnóstico. Se ha venido a reconocer, por otra parte, que los trastornos psiquiátricos que presentan las personas con retraso mental varían en su forma de presentación respecto a la población normal, pero que pueden beneficiarse al mismo tiempo de las mismas intervenciones terapéuticas. Con ello, el papel del psiquiatra ha variado desde el ocuparse del diagnóstico del retraso mental y de la provisión de cuidados residenciales hasta dedicarse al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales que se presentan en enfermos retrasados. Lamentablemente, en nuestra comunidad la situación de los retrasados mentales en los hospitales psiquiátricos sigue siendo, en ese sentido, similar a la de hace 25 años. Existen numerosos pacientes ingresados sin indicación psiquiátrica específica en centros no adecuados para una vida digna.

Considerando que la prevalencia del retraso mental en la población es, según los nuevos datos, de aproximadamente el 1 %, se hace necesario poner en práctica programas específicos para su atención en psiquiatría. Hay que considerar que los estudios existentes señalan que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los retrasados mentales es mayor que entre las personas normales, y se sitúa en un rango entre el 30-60 %. En cambio, es menos probable que se diagnostique un trastorno psíquico si se sabe que un sujeto es retrasado mental, debido al llamado «ensombrecimiento diagnóstico» (diagnostic overshadowing). Los diagnósticos de estos pacientes pueden incluir todos los que presentan los pacientes psiquiátricos no retrasados mentales, desde los trastornos afectivos a la esquizofrenia, pasando por la anorexia nerviosa, etc. Algunos de esos pacientes pueden necesitar, por lo tanto, su internamiento por espacios cortos o prolongados de tiempo. Sin embargo, es totalmente injustificado que el resto permanezca de por vida en instituciones psiquiátricas.

8.3. PACIENTES TOXICOMANOS CON DOBLE DIAGNOSTICO

Se encargó un informe (ver anexo n.º 3) para analizar el problema del abuso de sustancias en enfermos psiquiátricos, mediante el estudio de la presencia de esos dobles diagnósticos en los enfermos ingresados en la unidad de psiquiatría del Hospital General de Basurto. De los 104 pacientes ingresados diagnosticados de trastornos cercanos a la esquizofrenia, con una edad media de 33,7 años, el 35,3 % abusaba de sustancias, y sólo en el 4,8 % se había detectado tal abuso en el diagnóstico, en proporción semejante a la aportada por otros servicios. Las sustancias de que más fre-

cuentemente se abusaba eran el alcohol (47 %), cannabis (38 %) y anfetaminas (18 %).

Todo apunta a que los esquizofrénicos consumidores de drogas constituyen un subgrupo de pacientes con características definidas. La frecuente omisión del doble diagnóstico (87 %), observada en nuestros pacientes y predecible en el resto de los servicios, puede ser debida al exceso de celo puesto en el diagnóstico de la esquizofrenia y a la desvalorización de la importancia del consumo de sustancias, especialmente del alcohol, en su desencadenamiento y en su evolución.

En cualquier caso, estos pacientes no son adecuadamente tratados ni en los servicios de psiquiatría generales ni en los servicios que sólo atienden a drogadictos. Es por ello que, principalmente en los EE.UU., se han puesto en marcha servicios especiales para su atención con programas específicamente diseñados. La magnitud del problema detectado hace necesaria la implantación de tales programas en nuestra Comunidad Autónoma.

8.4. SINDROMES PSIQUIATRICOS INCAPACITANTES TRAS CONTUSION CEREBRAL

Se observa que los problemas de conducta que presentan a veces los pacientes que sufren traumatismos craneales originan graves problemas en las familias y en los centros médicos donde son ingresados, de ahí que se haya encargado un estudio para analizar la magnitud y las características específicas del problema en la Comunidad Autónoma (er anexo n.º 4).

Se estudiaron 107 pacientes ingresados en los hospitales de Basurto y Cruces por contusión cerebral, con una media de 43 años de edad. Se evaluaron las alteraciones de la personalidad y de la inteligencia que presentaban los pacientes y que producían dependencia, de grado variable, de su familia o de cuidadores.

El 5,5 % de los pacientes presentaban graves alteraciones de la personalidad y del comportamiento. El 4,5 % de los pacientes se hallaban incapacitados, necesitando las 24 horas del día de la asistencia de algún familiar que soportara sus trastornos conductuales postraumáticos.

En el Estado español no existen centros específicos para el tratamiento de estos trastornos, como existen en el resto de los países avanzados, y, sin embargo, ocupa el segundo lugar entre los países de la Comunidad Económica Europea en muertes por accidentes de tráfico, por ello se hace indispensable la creación de unidades para este tipo de pacientes.

8.5. EL PROBLEMA DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS

Se encargó un informe para analizar el problema de las urgencias psiquiátricas (ver anexo n.º 5), mediante el estudio de la prestación de este servicio en el Hospital de Basurto, principal unidad de urgencias de psiquiatría de la CAPV, que había atendido en 1991 2.984 urgencias del total

de las 4.317 atendidas en hospitales de Osakidetza ese año. También se estudiaron las urgencias en el Módulo Psicosocial de Deusto-San Ignacio y en el Servicio de Asistencia Domiciliaria de Urgencia de Deusto.

La edad media de los pacientes consultados fue de 38 años. El 38,6 % lo conformaban desempleados, el 14,2 % de los pacientes venía acompañado de la policía, y el 44,3 % no recibía tratamiento psiquiátrico en el momento de ser atendido, lo que indica un deficiente funcionamiento de la red de asistencia ambulatoria. El 70 % de los pacientes tenía antecedentes psiquiátricos, de los que la tercera parte había estado ingresada en algún otro centro.

Casi la mitad de los pacientes que acudían a urgencias lo hacía por tres motivos que, en orden de frecuencia, eran: ansiedad, depresión y delirios y alucinaciones. El 15 % venía por problemas relacionados con el alcohol o drogas lo que, tras la ansiedad, constituyó el segundo motivo de consulta.

La mayoría de los familiares no deseaba ingresar al paciente, excepto en los casos en que se mostraban agresivos o delirantes. De los datos obtenidos en el Hospital de Basurto se deduce que el 27 % de los pacientes fue ingresado (el 87 % en Basurto y el 13 % en otros centros), correspondiendo, en general, bastante bien el lugar de ingreso con el sector de población asignada. Las circunstancias de ser desempleado, estar en tratamiento psiquiátrico o tener antecedentes, presentar agresividad o delirios y que la familia deseara ingresarles estaban en relación con la probabilidad de ser ingresados. En los pacientes que no fueron ingresados, el 77 % requirieron medicación, y el 89 %, un seguimiento en su centro de salud.

Las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias pudieron ser resueltas frecuentemente por teléfono. En el 73 % de los casos estaban relacionados con el consumo de drogas, y ninguno de los 22 casos estudiados requirió el ingreso.

De los 34 pacientes que utilizaron el servicio especial de urgencia domiciliaria, la mitad de los casos correspondió a «ataques de nervios», más frecuentes en mujeres, y en el 12 % de los casos requirieron ingreso. Problemas de conducta de dementes seniles fueron los siguientes casos en importancia.

De la consideración cualitativa de los datos obtenidos se desprende que, en su mayoría, las intervenciones de urgencia sólo resuelven los problemas momentáneamente, sin poder hacerse cargo de la gran ansiedad que en el paciente y en su familia genera la crisis del paciente. Sería aconsejable, por lo tanto, la transformación de esos servicios de urgencias de los hospitales generales en verdaderas unidades de intervención en crisis. Se considera necesaria, en cualquier caso, la creación de una unidad de urgencias en el Hospital de Cruces.

8.6. INGRESOS HOSPITALARIOS INVOLUNTARIOS

Dado que se habían detectado problemas con los ingresos psiquiátricos involuntarios, se encargó un estudio (ver anexo n.º 6) para analizar las dificultades que surgen en el seguimiento de la legislación vigente sobre los

internamientos involuntarios, y también para conocer el número y características de los ingresos psiquiátricos involuntarios en la Unidad de Agudos y en la Unidad «Penitenciaria» del Hospital General de Basurto.

Se estudiaron los ingresos realizados en el último año: 488 en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y 21 en la Unidad Penitenciaria.

En la Unidad de Agudos de Psiquiatría se realizaron 36 ingresos involuntarios, el 7,8 % del total de los ingresos, de los que el 16 % fueron primero voluntarios y luego se transformaron en involuntarios. La edad media fue de 36 años, y 27 pacientes tenían diagnósticos cercanos a la esquizofrenia. En 21 casos los pacientes vinieron con la autorización judicial previa, y en 9, sin ella. Sólo en 2 de estos últimos casos examinó el juez al paciente.

En la llamada Unidad Penitenciaria de Basurto, que consta de seis camas, fueron realizados 18 ingresos por orden judicial, y los restantes 4 por prescripción de los médicos de la prisión de Basauri. Los diagnósticos de toxicomanías y esquizofrenia fueron más frecuentes que en la Unidad de Agudos. La estancia media fue de 31 días, si bien, un paciente permaneció ingresado 250 días, y otro, tras 116 días, continuaba ingresado al finalizar el estudio.

La falta de preparación psiquiátrica del personal de esta unidad, en la cual ingresan pacientes con todo tipo de problemas médicos y psiquiátricos, así como la limitación del espacio, hacen totalmente contraindicada su utilización para estancias de duración superior a una semana. Por ello, la situación actual de esa unidad da lugar a que se preste un trato médico-psiquiátrico muy inadecuado para los pacientes.

CAPITULO IX

REGIMEN JURIDICO

9.1. INTRODUCCION

Se ha señalado anteriormente —en concreto, en el apartado dedicado a los objetivos— que en este Informe se trata de analizar el problema de los enfermos psiquiátricos hospitalizados en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde una doble vertiente: la del servicio público sanitario correspondiente y la de los derechos fundamentales de sus usuarios. No podía hacerse de otra manera si tenemos en cuenta que la Institución del Ararteko (arts. 54 CE, 15 EAPV y 1 de su Ley reguladora) esta destinada a garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos, siendo su principal medio para ello la supervisión de la actividad de las administraciones públicas vascas. Además, en el específico caso de este Informe se manifiestan especialmente unidos estos dos aspectos, puesto que el adecuado funcionamiento del servicio sanitario resulta imprescindible para el real y efectivo respeto a los derechos fundamentales de sus usuarios (sea con carácter voluntario, sea con carácter involuntario); y, desde la otra perspectiva, la condición del respeto a los derechos fundamentales acarrea consecuencias en la organización práctica y material de la prestación del servicio.

Ambos aspectos resultan entonces íntimamente unidos, y van a ser objeto de comentario en este apartado referido a esclarecer el ámbito que regula y disciplina la actividad destinada al tratamiento hospitalario de los enfermos mentales.

9.2. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA PRESTACION SANITARIA PSIQUIATRICA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

9.2.1. Delimitación competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco

Son ciertamente muy amplias las competencias que tiene la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia sanitaria. No puede olvidarse que, como se recoge en el art. 18 EAPV, corresponde al País Vasco el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior (aptdo. 1), de tal manera que la Comunidad Autónoma Vasca podrá organizar y administrar a tales fines, dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con tal materia y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad, reservándose

el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en ese artículo (aptdo. 4). Corresponde por último a los poderes públicos vascos ajustar el ejercicio de las competencias que asuman en la materia a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los sindicatos de trabajadores y asociaciones empresariales en los términos que la ley establezca (aptdo. 5).

Veamos con un poco más de detenimiento y matización esta cuestión relativa al respectivo ámbito competencial. En primer lugar, destaca el criterio que ha presidido el reparto competencial en materia de Sanidad, que ha sido el de la partición —clásica en la legislación tradicional, pero en la actualidad cada vez más difícil tanto de precisar su contenido como de justificar su utilidad— entre Sanidad exterior y Sanidad interior. Aquélla se desgajará en los estatutos de autonomía del tronco común de la materia Sanidad, quedando reservada en exclusiva a la competencia del Estado (vid. al respecto el art. 38 de la Ley General de Sanidad y el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de Sanidad exterior). Así, pues, el título «Sanidad interior» es el que más nos interesa ahora. En definitiva, la competencia de la Comunidad Autónoma del País Vasco será la del desarrollo legislativo y la ejecución de las bases que al respecto dicte el Estado. Ahora bien, no puede olvidarse que, además de las bases en materia de Sanidad interior, el Estado ostenta también los títulos competenciales «coordinación general de la Sanidad», previsto en el art. 149.1.16 CE, y «alta inspección» en la materia, introducido en el art. 18.4, in fine, EAPV.

Basten, así, tales indicaciones a los efectos previstos en este Informe, no sin antes enviar para una mejor comprensión de los conceptos delimitadores de esta competencia a los pronunciamientos del Tribunal Constitucional que más directamente se han referido a esta materia y que se encuentran, sobre todo, en la Sentencia no 32/1983, de 28 de abril. No obstante, debe señalarse la evolución que en la jurisprudencia constitucional ha sufrido el concepto de bases estatales, que en esta sentencia aún tiene un componente exclusivamente «material», al que el propio Tribunal Constitucional, cinco años más tarde, añade un componente «formal», y debe advertirse, asimismo, que su interpretación de la coordinación resultará completada y matizada en su posterior Sentencia no 80/1985, de 4 de julio, utilizándose resueltamente en la reciente Sentencia no 13/1992, de 6 de febrero, el título «coordinación sanitaria». En este mismo sentido se manifiestan la n.º 182/1988, de 13 de octubre y no 192/1990, de 29 de noviembre, y, en menor medida, finalmente, en la n.º 136/1991, de 20 de junio, y no 208/1991, de 31 de octubre.

Pues bien, el Estado ha ejercido sus competencias en lo fundamental al dictar la Ley General de Sanidad de 29 de abril de 1986 (vid. a este respecto su art. 2). Pero a los efectos de este Informe interesan, sobre todo, sus artículos 20 y 10, a los que un poco más adelante se hará referencia.

Por su parte, las competencias autonómicas comenzaron a ejercitarse efectivamente desde la propia preautonomía (el Real Decreto 2209/1979, de 7 de setiembre, transfirió al Consejo General Vasco importantes competencias en la materia), continuaron con el Real Decreto 43/1981, de 23 de marzo, y han finalizado, por el momento, con el importante Real decre-

to 1536/1987, de 6 de noviembre, por el que se transfirió el INSALUD. Importa destacar que en 1983 el Parlamento Vasco elaboró la Ley del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, organismo autónomo en el que acabarán integrados los servicios sanitarios de la Seguridad Social tras la señalada transferencia de finales de 1987 (tal y como, por lo demás, estaba previsto en la disposición adicional sexta, primera, de la Ley General de Sanidad).

Quede así, en lo sustancial, delimitado el respectivo ámbito teórico del Estado y de la Comunidad Autónoma Vasca, así como señalado el marco normativo más general que regula el servicio sanitario en el que ha de encuadrarse la actuación investigadora objeto de este Informe. Sin embargo, la cuestión exige un grado mayor de concreción por lo que al ámbito intracomunitario se refiere, lo que a continuación se aborda.

9.2.2. Delimitación competencial en el seno de la Comunidad Autónoma Vasca

La destacada implantación estructural de los territorios históricos en la Comunidad Autónoma del País Vasco, por un lado, y el hecho de que el grueso de la asistencia psiquiátrica pública haya estado tradicionalmente encargada a las diputaciones provinciales, por otro, aconseja una mención a la distribución de la materia existente en el seno de la propia Comunidad Autónoma del País Vasco.

Poco puede añadirse aquí con respecto al papel que juegan las instituciones mencionadas en el artículo 37 EAPV. Solamente habrá de recordarse —a los efectos de este Informe— que la más conocida como «Ley de Territorios Históricos» del Parlamento Vasco vino a establecer en 1983 (unos meses más tarde, precisamente, que la Ley de creación de Osakidetza) la distribución competencial interna entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma Vasca y los órganos forales de los territorios históricos. Pues bien, en el listado de competencias propias de los territorios históricos no aparece recogida la materia sanitaria por lo que, según la previsión «por defecto» del art. 6.1 de dicha ley, tal competencia corresponde a las instituciones comunes. Sí aparece, sin embargo, como competencia de los territorios históricos la de ejecución de la legislación autonómica en materia de «asistencia social, sin perjuicio de la acción directa de las Instituciones comunes» (art. 7.c.1), lo que ahora se menciona porque sobre este particular —relaciones asistencia sanitaria/social— se han detectado disfunciones con incidencia directa en el objeto de este Informe, sobre las que habrá de volverse un poco más adelante. Valga, por ahora, con indicar que, de acuerdo con las normas de distribución interna, los servicios de asistencia sanitaria son responsabilidad del Gobierno Vasco y de su Administración y los servicios sociales, en principio, de cada diputación foral.

Como se ha señalado ya, la tradición había configurado la asistencia psiquiátrica como una función típica de las diputaciones provinciales —ya que la que llevaba a cabo el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), creado en 1955 y posteriormente (1972) integrado en el organismo Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN), que, a su vez, desaparecería en 1987 tras el proceso de transferencias a las Comu-

nidades Autónomas, era cuantitativamente muy inferior a la de aquéllas—, lo que ha perdurado hasta hace bien poco tiempo. En efecto, la asistencia psiquiátrica, concretada exclusivamente en su forma hospitalaria, se configuró durante el siglo pasado en el marco de la beneficencia como una de las actividades propias de la Administración Local. Resistiendo la tendencia generalizada a la centralización de la asistencia sanitaria, en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 se encomendaría a las diputaciones provinciales el establecimiento de servicios hospitalarios para la asistencia psiquiátrica (base 32) y posteriormente la Ley de Régimen Local de 1955 establecería como obligación mínima en cada provincia la instalación y mantenimiento de un hospital psiquiátrico (art. 245).

Las cosas han cambiado, evidentemente, e incluso en el plano normativo la cuestión es muy diferente, puesto que la actual Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local de 1985 ha roto este esquema, posibilitando otro tipo de diseño organizativo, al no recogerse tal actividad como inexcusable de las diputaciones, quedando a lo que disponga la legislación sectorial del Estado y de las comunidades autónomas (art. 36.1). Ahora bien, no resultará ocioso señalar aquí una consecuencia histórica que en la práctica efectiva de la prestación psiquiátrica ha dejado su huella, y no precisamente de carácter positivo. Se trata de que, así encomendada durante años la asistencia psiquiátrica a los entes provinciales, por un lado se vería abocada a la general penuria presupuestaria de los servicios locales; por otro lado, e íntimamente unido con lo anterior, tal asistencia psiquiátrica prestada por los hospitales provinciales iba a quedar destinada a los indigentes de la provincia (excepto en las secciones de pago, que servían para buscar la autofinanciación), orientándose el resto de las personas a las consultas o centros privados, cuyos gastos debían costear por su cuenta; y, finalmente, ello supuso que, en la mayoría de los casos, tal prestación sanitaria quedara al margen de la evolución técnica, material y personal que sufriría con carácter general la asistencia sanitaria pública ligada a la Seguridad Social. Todo lo cual explica el decidido interés manifestado en la década de los setenta —a la vez que las administraciones locales comenzaban a instalar servicios de tipo ambulatorio o extrahospitalario con la intención de renovar la asistencia psiquiátrica— por la inclusión de este tipo de prestaciones (comprendida la hospitalización, en su caso) entre las asumidas por el sistema sanitario general.

En este contexto normativo se produjo en nuestra Comunidad Autónoma el Plan Psiquiátrico de 1983, a que se ha hecho referencia al comienzo de este Informe, cuya ejecución quedaría íntegramente en manos de Osakidetza, tras el traspaso de servicios en la materia realizado en favor de las instituciones comunes por cada uno de los territorios históricos en marzo de 1985, y tras la absorción por Osakidetza durante 1990 de la práctica totalidad de los que se denominaban «módulos psicosociales» de titularidad pública, a excepción de algunos en Bizkaia que, siendo de titularidad privada (pero con financiación pública en un 50%, aproximadamente), funcionan coordinadamente en régimen concertado.

9.2.3. Conclusión: la responsabilidad de la atención psiquiátrica

Si en este Informe se han hecho las consideraciones anteriores no ha sido debido a un prurito clasificatorio ni a un academicismo descarnado, ya

que lo pretendido en último término no era sino delimitar con la mayor precisión posible la responsabilidad de la prestación sanitaria psiquiátrica. En este sentido, queda claro que la responsabilidad del legislador estatal (normalmente las Cortes Generales; excepcionalmente el Gobierno, según la conocida interpretación del Tribunal Constitucional) se acaba con el establecimiento de las normas básicas o fundamentales aplicables a la materia —que están recogidas fundamentalmente en la Ley General de Sanidad, de cuyos artículos 20 (dedicado precisamente a la salud mental) y 10 (que recoge los derechos de los usuarios) nos ocuparemos enseguida—, aunque la responsabilidad del Gobierno central comprende también la coordinación (de la que se ocupan los arts. 70 y ss. LGS) y la alta inspección sanitarias (del art. 43 LGS).

El resto, que no es poco, será responsabilidad de la Comunidad Autónoma Vasca: del Parlamento Vasco y del Gobierno Vasco las funciones normativas (de rango legal y reglamentario respectivamente) que resulten pertinentes al respecto; de este último, asimismo, la genérica responsabilidad política por la dirección de la Administración vasca; y, finalmente, del Departamento de Sanidad y de Osakidetza (organismo autónomo, dotado de personalidad propia, adscrito a aquélla) la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios de carácter público para el tratamiento de los enfermos mentales.

9.3. LA NORMA BASICA SOBRE SALUD MENTAL: EL ARTICULO 20 DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

9.3.1. Breve referencia a su génesis parlamentaria

Antes de recoger el contenido de las prescripciones del capítulo «De la salud mental» de la Ley General de Sanidad, compuesto de un único artículo, no resultará ocioso recordar algunas cuestiones que se plantearon durante su iter parlamentario y que ayudarán a su mejor comprensión.

En primer lugar, debe destacarse el hecho de que hubo unanimidad en todos los grupos parlamentarios respecto a la oportunidad o el acierto de incluir en una ley general de Sanidad un apartado específicamente dedicado a la salud mental; las discrepancias surgirían en lo relativo al diseño de la asistencia hospitalaria.

A su paso por el Congreso de los Diputados, el texto del proyecto enviado por el Gobierno sufrió algunas modificaciones, pero no sustanciales. Lo más interesante, a nuestros efectos, fue el debate que se suscitó entre el defensor del proyecto de ley y algún representante de la oposición parlamentaria sobre la cuestión de fondo, esto es, el hecho mismo de la hospitalización de los enfermos mentales y el cómo (o, mejor, el dónde) de tal hospitalización.

En el Senado se presentaron algunas enmiendas pero sólo prosperó una (formulada, precisamente, por un grupo parlamentario vasco) destinada a incluir en el texto del artículo la especial consideración de los problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría (aspecto, este último, que ha suscitado preocupación específica al elaborar este Informe).

Otras enmiendas destinadas, bajo fórmulas diversas, a preservar de alguna manera los hospitales psiquiátricos especializados no llegaron a prosperar, pero reabrieron la discusión sobre tan importante cuestión organizativa.

Devuelto el proyecto al Congreso de los Diputados, la modificación introducida en la cámara alta fue asumida por aquél y quedó definitivamente fijado el texto del artículo 20 en los términos siguientes:

«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

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

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general».

9.3.2. Contenido y alcance de las prescripciones relativas al tratamiento de la salud mental

Del precepto transcrito se desprende inmediatamente que la regulación diseñada en la Ley General de Sanidad se fundamenta en dos bases complementarias entre sí: por un lado, la plena integración de los problemas de la salud mental en el más amplio terreno de los de la salud en general, y por otro, la consideración del enfermo mental, por encima de todo, como enfermo. Se pretende así que la enfermedad mental sea tratada —como enfermedad que es— con técnicas y finalidades terapéuticas, lo que a su vez se desmarca y diferencia de su consideración en términos de defensa social. Pero, además, la consideración del enfermo mental como enfermo supone, primordialmente, desprenderse del lastre de su consideración como una persona potencialmente peligrosa, que per se, deba ser

apartada o segregada (y de la que deba cuidarse el resto de las personas) por razones de seguridad.

Estas bases conllevan la siguiente importante consecuencia: considerar al enfermo mental primordialmente como una persona que necesita ayuda médica implica la primacía de la finalidad terapéutica sobre cualquier otra. En el tratamiento de un enfermo mental, por tanto, deben primar los aspectos terapéuticos; se trata de curar al enfermo (o, al menos, intentarlo), no de aislarlo o de protegerse frente a él. Dicho de otra manera, debe quedar definitivamente superada su consideración como una persona peligrosa o un cuasidelincuente, para ser tratado, en cambio, como una persona necesitada de ayuda técnica especializada y de un tratamiento médico adecuado. Esto no quiere decir, obviamente, que el enfermo mental no pueda ser peligroso —para otros o para sí mismo—, sino, más sencillamente, que ése no debe ser un elemento a priori característico, definitorio o condicionante de la relación del enfermo mental con el resto de sus conciudadanos.

Fijándonos ahora en los principios que regulan la atención de la salud mental, vemos inmediatamente que coinciden con lo que al comienzo de este Informe se ha llamado «psiquiatría de comunidad» como marco teórico que presidía el Plan elaborado en la Comunidad Autónoma Vasca hace diez años. Así, destaca, en primer lugar, la eliminación al máximo posible de los internamientos hospitalarios, de tal manera que la norma ya no debe ser el tratamiento en régimen de hospitalización, sino la excepción. Y, en segundo lugar, para los supuestos excepcionales en los que proceda el ingreso hospitalario, éste habrá de efectuarse en unidades especiales pero, eso sí, dentro de hospitales generales.

Pero hay otros dos principios que, para que el tratamiento «en la comunidad» del enfermo mental, señalado en el párrafo anterior, pueda ser efectivamente llevado a la práctica con éxito, resultan de capital importancia y se refieren al entorno social del enfermo mental necesitado de ayuda. Tal sucede con la previsión expresa de servicios de rehabilitación y reinserción social. Sin su adecuado funcionamiento puede decirse rotundamente que la asistencia psiquiátrica «en la comunidad» está llamada al fracaso, como por lo demás ha quedado demostrado por la experiencia de otros países.

Sobre este punto debe hacerse especial hincapié en este Informe, puesto que se han detectado muchos casos de hospitalización psiquiátrica en los que, pese a no resultar médica o terapéuticamente necesario el tratamiento en régimen de internamiento, éste devenía imprescindible so pena de incurrir en abandonismo. La importancia de la cuestión y la singularidad organizativa de la Comunidad Autónoma del País Vasco aconsejan que dediquemos el siguiente apartado específicamente a esta cuestión.

9.3.3. La necesaria estructura de la asistencia social y sus disfunciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco

El adecuado funcionamiento de los servicios sociales se constituye en *conditio sine qua non* para una atención «en comunidad» del enfermo mental. Con ello nos referimos, no sólo a lo que podríamos llamar estructuras

terapéuticas extrahospitalarias que permitan los tratamientos ambulatorios, sino a esas otras variadas formas de atención a los enfermos mentales que posibilitan su integración social. Como ya se ha indicado, son proporcionalmente altos los casos en los que, resultando incluso contraproducente desde el punto de vista terapéutico el mantenimiento del enfermo en régimen de ingreso hospitalario (puesto que, a veces, origina la aparición de lo que se conoce como «síndrome de hospitalismo», directamente obstativo de su reintegración y valimiento por sí mismo), sin embargo la inexistencia de estructuras de apoyo mínimo impiden que determinadas personas desarrollen su vida fuera de centros de internamiento; personas a las que, en ocasiones, en estos lugares no se les suministra ningún tipo de tratamiento médico propiamente dicho —o muy elemental (un simple aporte de medicación por vía oral, por ejemplo)—, sino solamente la mera asistencia.

Señalada esta consideración, en este Informe no puede dejar de consignarse seguidamente que la insuficiencia de estas estructuras extrahospitalarias de apoyo a este tipo de enfermos resulta evidente, y tal insuficiencia, además, tiene un elemento distorsionador añadido, cual es el de la relativa indefinición del poder público respecto a quien corresponde subsanarla o, dicho más claramente, cuál es la Administración competente u obligada a la puesta en marcha y al efectivo funcionamiento de estos medios materiales de apoyo a este tipo de enfermos mentales.

Así, en la investigación realizada para elaborar este Informe se ha detectado que la Administración con competencia en la materia sanitaria se remitía a la Administración con competencia en la materia de asistencia o acción social —que son, no sólo órganos diferentes sino, como a continuación se verá, entes diferenciados netamente—; y, desde la otra vertiente, las Administraciones con competencia en asistencia social consideran que tales estructuras corresponde implantarlas, gestionarlas y, sobre todo, financiarlas a la Administración competente por razón del título «asistencia sanitaria». Se da el caso, además, de que no se trata de un problema de conflicto negativo entre órganos de una única Administración (que se podría solucionar por los habituales cauces de estar y pasar por lo que resuelva el órgano superior común a ambos) sino que, dado el peculiar reparto del poder político y de la acción administrativa dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la competencia (o la responsabilidad) para las actuaciones sanitarias en esta materia corresponde *in integrum* al ente Osakidetza (y a su Administración matriz, obviamente, la General de la Comunidad Autónoma, por medio del Departamento de Sanidad), mientras que la competencia (o la responsabilidad, se insiste) para las actuaciones públicas asistenciales corresponde a cada una de las diputaciones forales (por medio de sus respectivos departamentos), según se desprende de la Ley de Territorios Históricos (cuyo art. 7.c.1 dispone que a los territorios históricos les corresponde la ejecución de la legislación de las instituciones comunes en materia de asistencia social, sin perjuicio de la acción directa de las instituciones comunes del País Vasco), y sin olvidar la conveniente implicación del nivel municipal —la propia Ley vasca 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales, así lo recoge expresamente—, al menos a nivel teórico, ya que las posibilidades financieras de los entes municipales son mucho menores.

No es objeto de este Informe terciar en disputas competenciales, pero sí lo es señalar las disfunciones que se producen en el actuar de las Administraciones Vascas, con repercusión sobre los ciudadanos. Urge, entonces, un acuerdo entre los dos principales sujetos implicados —Gobierno Vasco y diputaciones forales— para que las necesarias estructuras extramurales de apoyo a los enfermos mentales sean una realidad efectiva que permita evitar (o, al menos, disminuir) su «hospitalismo» y marginación social.

9.4. REFERENCIA A LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS RECONOCIDOS POR LA LEGISLACION

9.4.1. El artículo 10 de la Ley General de Sanidad

Procede hacer una referencia, siquiera breve, a los derechos expresamente reconocidos en el ámbito de la asistencia sanitaria. La razón fundamental estriba, así, en servir de recordatorio de que la persona necesitada de atención psiquiátrica es sobre todo un enfermo, y de que el hecho de tratarse de una persona que pueda tener afectadas sus facultades intelectivas, volitivas o de relación no debe implicar su mera consideración objetual sino, por el contrario —y quizás con más necesidad que nunca—, su tratamiento como persona y, por lo tanto, como portador de la máxima dignidad y titular de unos derechos también en el tratamiento psiquiátrico (aunque requiera ciertas modulaciones).

En este sentido, la Ley General de Sanidad —siguiendo la experiencia habida en otros países, así como una Resolución de 19 de enero de 1984 del Parlamento Europeo que aconsejaba la adopción de una «Carta de derechos del paciente», y superando algún intento anterior frustrado (como fue el del Real Decreto 2082/1978, declarado nulo por el Tribunal Supremo en razón de una determinada ilegalidad en el procedimiento de su elaboración)— acertó a plasmar en su art. 10 una serie de derechos con respecto a las prestaciones sanitarias. No estará de más en este Informe, por lo altamente significativo que resulta, recordar que la inclusión de este precepto —que no venía previsto inicialmente en el anteproyecto gubernamental de ley— se hizo a instancias, precisamente, del Defensor del Pueblo (como expresamente se reconocería durante su tramitación parlamentaria en el propio Congreso de los Diputados).

No procede aquí tratar individualizadamente cada uno de los derechos reconocidos en el art. 10 LGS y su respectivo alcance en la praxis sanitaria, pero sí es necesario reiterar que, aunque en algunos casos —señaladamente en el de los enfermos mentales— se produzca una limitación en la capacidad decisoria o incluso un desplazamiento en la persona que ha de tomar las decisiones, el sujeto enfermo mental sigue siendo titular de derechos en este ámbito. Si, como se ha señalado antes, debe primar la consideración de enfermo por encima de cualquier otra, una coherencia mínima con tal punto de partida exige su mantenimiento también (aunque con los matices propios del caso, especialmente en lo que respecta a la titularidad del consentimiento) en este terreno.

9.4.2. El Decreto del Gobierno Vasco 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza

En la línea abierta por el art. 10 LGS, el Gobierno Vasco aprobó el decreto citado donde se recogen y detallan derechos de los enfermos y en cuyo art. 1.j) encontramos, además, una referencia al caso que nos ocupa, pues se recoge como derecho de los pacientes y usuarios de Osakidetza el de la «tutela de los derechos individuales y sociales por las autoridades sanitarias y en el caso de pacientes con problemas de salud mental en los términos previstos en la Constitución Española». Interesante (aunque breve) referencia explícita a los problemas que presentan los enfermos mentales, en el sentido de garantizar todos sus derechos, la que se recoge en este decreto vasco y que habrá de tenerse en cuenta, consecuentemente, al tratar la cuestión.

9.4.3. Su aplicación a los pacientes psiquiátricos

Ciertamente, en algunos casos estará justificado que determinadas decisiones relativas a los tratamientos de los enfermos sean adoptadas por sus familiares o, incluso, por los médicos responsables cuando se trate de una circunstancia fáctica de incapacidad del interesado (excepción al consentimiento prevista expresamente en los apartados 6 y 9 del art. 10 LGS). Pero ello no quiere decir, como se ha señalado antes, que incluso en los supuestos en los que falten las condiciones mínimas para la autodeterminación personal de un enfermo, éste pierda todos los demás derechos que como paciente tenga ni que, mucho menos aún, se convierta en un mero objeto en manos del personal sanitario.

Al tratarse el derecho a la salud de un derecho de prestación, los derechos reconocidos en las normas citadas anteriormente solo cobrarán su efectividad más plena con el establecimiento de servicios sanitarios materialmente adecuados; pero también es necesaria la debida actuación de todo el personal sanitario. A este último respecto, sobradamente conocido resulta lo importante que es el trato y la relación con el personal sanitario no médico (enfermeros, auxiliares, celadores, etc.) en los casos de hospitalización. Esta ha sido la razón que ha movido el interés de la investigación previa a este Informe sobre los aspectos materiales y personales de la prestación de la asistencia psiquiátrica, pues condiciona, no sólo la comodidad o eficacia del tratamiento, sino también el respeto a fundamentales derechos de los enfermos.

En tal sentido, debe insistirse en este Informe en tres derechos que, como todo enfermo, tiene cualquier usuario de la asistencia psiquiátrica y sobre los que no se debe caer en la rutina. En primer lugar, se trata del derecho a la intimidad. Es cierto que en ocasiones la situación del enfermo psiquiátrico aconsejara la adopción de algunas medidas de vigilancia y cuidado que pueden significar cierta minoración de este derecho, y también es cierto que las exigencias de la prestación del servicio sanitario y la limitación de recursos económicos y materiales impide (como en el resto de

prestaciones sanitarias, por otra parte) un tipo de permanencia hospitalaria con el nivel de comodidad y respeto a la intimidad que serían deseables; pero, asimismo, no debe olvidarse que el establecimiento de dormitorios con un elevado número de camas, o incluso la obligada permanencia de enfermos con diferente sintomatología puede producir una efectiva conculcación de este derecho, que debe ser evitada a toda costa.

En segundo lugar, es preciso referirse al derecho a la confidencialidad, que incluye toda la información relacionada con su proceso y, como expresamente señala el art. 10.3 LGS, «con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público». Por su parte, el decreto vasco citado anteriormente insiste en su art. 1.e) en el aseguramiento de la «confidencialidad de su Historia clínica y a que la misma no pueda ser utilizada, salvo consentimiento expreso, para otro fin que no sea la investigación sanitaria anónima y la evaluación de la calidad de los servicios». Dada la consideración que tiene aún hoy en día la enfermedad mental en nuestra sociedad, debe insistirse en la necesidad de respetar rigurosamente la confidencialidad en el ámbito de la asistencia psiquiátrica —especialmente del hecho del ingreso hospitalario— por todo el personal de la misma.

Por último, las especiales circunstancias en las que se desarrolla la terapia psiquiátrica, muchas veces con alteraciones de la conciencia o en régimen involuntario, aconsejan insistir en la debida cumplimentación de la historia médica, donde se incluyan detalladamente todas las terapias que se hayan utilizado. El derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso (como señala el art. 10.11 LGS) es necesario que sea escrupulosamente respetado en el caso de los enfermos mentales, sin ocultarse ninguna incidencia y sin recurrir a imprecisas generalidades en su cumplimentación.

9.5. EL REGIMEN JURIDICO DEL INTERNAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES

9.5.1. Sobre las garantías mínimas en los internamientos, con especial referencia al Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Vigente la Constitución, esta materia siguió estando regulada aún durante algunos años por el conocido Decreto republicano de 3 de julio de 1931, en el que el internamiento quedaba en manos de los médicos o autoridad gubernativa. Tal sistema, si en el momento de su instauración pudo suponer un gran avance, casaba mal con las exigencias derivadas de las garantías recogidas en el texto constitucional de 1978, como, por lo demás, había unanimidad en reconocer. En tal sentido, la deficiencia más sobresaliente del Decreto de 1931 era la inexistencia de una eficaz intervención judicial cuando un enfermo mental iba a verse privado de su libertad personal.

Ahora bien, en el texto constitucional existe una previsión especial para el caso de los derechos y libertades fundamentales, que conviene analizar con antelación al estudio detenido del régimen jurídico del internamiento

de los enfermos mentales establecido por el legislador. Se trata del art. 10.2 CE, que señala que tales derechos y libertades fundamentales habrán de interpretarse conforme a los tratados y acuerdos internacionales sobre la materia ratificados por España. Pues bien, por esta vía es ineludible atender a lo que dice a este respecto el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y a la interpretación que del mismo ha realizado el prestigioso Tribunal de Estrasburgo. Conviene, no obstante, tener muy claro —sin perjuicio de las consideraciones que al final de este apartado se harán sobre la asunción o incidencia de la jurisprudencia del Tribunal Europeo— que el nivel de protección establecido por el citado convenio tiene el carácter de standar mínimo de garantía (en nuestro caso, para el supuesto de internamiento de un enfermo mental) y que, por lo tanto, nada en absoluto impide una legislación nacional que recoja un nivel superior de protección de tales derechos. Es más, de la jurisprudencia de este alto tribunal se desprende siempre un claro respeto por las legislaciones nacionales y por el margen de apreciación que a cada autoridad nacional le corresponde en su aplicación, que no conviene olvidar.

Antes, entonces, de entrar a considerar la praxis jurisprudencial del alto tribunal europeo debe indicarse que el precepto del Convenio Europeo de 1950 —ratificado por España el 26 de setiembre de 1979— más directamente aplicable al caso que nos ocupa es el contenido en su art.5:

«1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley:

(...)

e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo.

(...)

4. Toda persona privada de su libertad mediante detención preventiva o internamiento tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal».

El Tribunal europeo se ha encontrado en diversas ocasiones con la necesidad de aplicar este precepto ante asuntos que se le planteaban por imputadas violaciones en el caso de enfermos mentales. Su doctrina se encuentra en las siguientes sentencias: S. de 24 de octubre de 1979, Caso Winterwerp; S. de 5 de noviembre de 1981, Caso X contra Reino Unido; S. de 23 de febrero de 1984, Caso Luberti; S. de 28 de mayo de 1985, Caso Ashingdane; S. de 21 de febrero de 1990, Caso Van del Leer; S. de 29 de agosto de 1990, Caso E. contra Noruega; S. de 27 de setiembre de 1990, Caso Wassink; S. de 25 de octubre de 1990, Caso Koendjibiarie; S. de 25 de octubre de 1990, Caso Keus; a las que habría que añadir la S. de 18 de junio de 1971, Caso Wilde, Ooms y Versyp, en la que no se

trataba propiamente del internamiento de enfermos mentales (sino de vagabundos) pero cuya regulación guarda muchas concomitancias.

Del análisis de estas sentencias se pueden extraer algunas conclusiones relevantes sobre la interpretación que hace el Tribunal de Estrasburgo del Convenio cuando se trata del internamiento de enfermos mentales. En cualquier caso, de manera previa ha de insistirse en que el Tribunal europeo se ha mostrado en todos los casos muy respetuoso con las legislaciones respectivas reguladoras del internamiento, limitándose a verificar que los derechos recogidos en el Convenio resultaban conculcados en los casos concretos que se le presentaban; desde otra perspectiva, para el Tribunal resultarán relevantes las violaciones de la legislación nacional en tanto en cuanto pudieran comportar la violación de los derechos reconocidos en el art. 5 del Convenio cuando éste se remite a aquélla («con arreglo al procedimiento establecido por la ley, que hemos visto dice el art. 5»).

Para el Tribunal de Estrasburgo, con carácter básico o principal innegable, aun cuando una persona se preste voluntariamente a ser privada de su libertad, ésta reviste demasiada importancia —son sus palabras— como para que incluso en estos casos tal persona pierda el beneficio de la protección del Convenio. Afirmación directamente aplicable al caso que nos ocupa, y más especialmente en los supuestos en los que el internamiento de un enfermo mental se transforma de voluntario en involuntario.

Además, los supuestos de limitación de libertad del art. 5.1 del Convenio deben interpretarse restrictivamente. Aplicando este principio interpretativo al caso que nos ocupa, el Tribunal ha señalado que el párrafo e) del citado precepto no permite el internamiento de una persona por el mero hecho de que sus ideas o su comportamiento se aparten de las normas predominantes en una determinada sociedad.

A partir de estas premisas, y después de constatar que en el Convenio no se recoge una definición de lo que debe entenderse por «enajenado» y de que éste es un concepto cambiante, se precisa una serie de requisitos o condiciones mínimos que deben cumplirse para proceder al internamiento de un enfermo mental sin vulnerar las garantías establecidas para preservar su libertad. Estos requisitos son, para el alto tribunal, los cuatro siguientes: a) excepto en los supuestos de urgencia, la enajenación mental debe haberse justificada o probada convincentemente antes de proceder al internamiento, lo que exige una peritación médica objetiva ante la autoridad competente para decretarlo; b) el trastorno mental tiene que revestir unas características y tener una amplitud tales que justifiquen la medida de internamiento; c) éste no puede prolongarse válidamente si no persiste dicho trastorno; y d) la privación de libertad de un enfermo mental sólo será «regular», de conformidad con el Convenio Europeo, si se produce como consecuencia de su internamiento en un hospital, clínica u otro establecimiento apropiado para el mismo.

En cuanto a las garantías de que debe rodearse este procedimiento, el Tribunal ha señalado diversos aspectos de interés. Así, en cuanto al requisito establecido en el art. 5.1 del Convenio de que la privación de libertad deba realizarse «con arreglo a procedimiento establecido por la ley», se refiere a la legislación nacional respectiva o propia, que habrá de ser la que sea respetada. Sin embargo, tal Derecho interno debe ajustarse al Conve-

nio, incluyendo en tal exigencia los principios generales explícitos o implícitos en éste; más concretamente, debe respetarse un «procedimiento justo y adecuado», que la orden de internamiento proceda de y se ejecute por una «autoridad idónea» y, finalmente, que se trate de una medida «no arbitraria».

En este orden de ideas, en un caso, inclusive, ha llegado a considerar aplicable al internamiento de un enfermo mental la garantía del párrafo 2 del art. 5 del Convenio (derecho a conocer los «motivos de la detención» y «cualquier acusación») —primordialmente pensada, como se deduce claramente de los términos literales, para las privaciones de libertad de origen penal—, con la evidente finalidad de que el interesado pueda defender eficazmente su libertad.

Por lo que respecta a la garantía del apartado 4 («derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial»), el Tribunal no ha llegado a interpretarlo como una inexcusable intervención judicial previa (o a posteriori, si se tratase de un caso de urgencia) —porque, ciertamente, del texto del Convenio no se deduce tal cosa— sino, más limitadamente, como la posibilidad de que un órgano judicial revise la legalidad de la medida de internamiento. Sin embargo, ha sido muy riguroso a la hora de exigir esta efectiva garantía judicial. En este sentido, ya ha precisado que es necesario que el interesado pueda comparecer ante un órgano judicial y tener la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación; concretamente, en el caso del internamiento de un enfermo mental, la forma de ejercicio de este derecho podrá restringirse o modificarse, pero no eliminarse absolutamente. Ahora bien, si por el tipo de procedimiento establecido en la legislación respectiva, la decisión de internamiento la adopta un órgano judicial en el seno de un verdadero procedimiento judicial garantizador, entonces, evidentemente, esta previsión del art. 5.4 del Convenio ya viene cumplida u observada y no es necesaria una nueva (distinta) intervención judicial.

Pero se puede aún reseñar alguna otra precisión al respecto del Tribunal europeo. Así, podría pensarse que esta garantía de revisión judicial recogida en este precepto se cumple si el interesado interpone un recurso de *habeas corpus*. En este supuesto, el Tribunal entiende que, efectivamente, en los casos de internamientos breves, este procedimiento puede hacer las veces del previsto en el Convenio, pero en la hipótesis de internamientos prolongados no es suficiente en razón de los estrictos términos de cognición en los que el control judicial por esta vía del *habeas corpus* debe producirse.

Por otro lado, el «breve plazo» en el que el Convenio señala que debe producirse esta intervención judicial supervisora del internamiento de un enfermo mental lo ha interpretado el Tribunal teniendo en cuenta, obviamente, las circunstancias propias de cada caso concreto, pero sin renunciar por ello —sino, más bien, todo lo contrario— a su exigencia o, en caso contrario, a la constatación de que no ha sido respetado por el órgano judicial competente, con la consiguiente declaración formal de que la garantía del Convenio ha sido inobservada.

En lo que se refiere todavía a este párrafo 4 del art. 5 del Convenio, el Tribunal también ha señalado que cuando por la legislación propia no

se disponga que la autoridad judicial revise automáticamente cada cierto tiempo la procedencia del mantenimiento de la situación de internamiento, el interesado tiene derecho a reformular esta solicitud de amparo judicial en «intervalos razonables» de tiempo, aunque la primera decisión de internamiento hubiera sido adoptada por un órgano judicial, pues los motivos que lo originaron podrían haber desaparecido.

Además, esta garantía judicial recogida en el art. 5.4 del Convenio se mantiene incluso para las órdenes de internamiento dispuestas para casos de «rebeldía» o en la que se encuentre huido el interesado.

Por último, hay otro aspecto directamente relacionado con el internamiento de un enfermo mental, cual es el de la privación de la capacidad de administrar sus bienes, que el Tribunal europeo también se ha preocupado de precisar en el marco del art. 6.1 del Convenio, que garantiza el derecho que tiene toda persona «a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un tribunal independiente e imparcial, establecido por la Ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos u obligaciones de carácter civil o sobre el fundamento de cualquier acusación en materia penal dirigida contra ella (...)». Pues bien, para el Tribunal la privación a un enfermo mental del derecho de administración sobre sus bienes tiene que realizarse sin menoscabo de los derechos protegidos en el art. 6.1 del Convenio, de tal manera que son distinguibles o diferenciables las garantías sobre el internamiento de las garantías de la privación de este tipo de derechos, ya que las primeras no son suficientes para entender garantizadas las segundas.

Señalados así los aspectos más interesantes a los efectos de este Informe, sólo resta indicar la huella que ha dejado esta interpretación del Tribunal europeo en la importante Recomendación 2/83 del Comité de Ministros del Consejo de Europa de 22 de febrero de 1983, sobre protección jurídica de personas aquejadas por trastornos mentales e internados como pacientes involuntarios. En efecto, esta recomendación dirigida a los Gobiernos de los Estados miembros del Consejo de Europa, que se presenta en línea de continuidad con la Recomendación 818/1977 de la Asamblea del Consejo de Europa —y que evita intencionadamente la expresión «enfermos mentales» y la sustituye por «personas aquejadas por trastornos (disorders, troubles) mentales»—, contiene como puntos principales los siguientes:

1.º Las dificultades de adaptación a los valores morales, sociales, políticos, etc., imperantes no deben considerarse, por sí mismas, como trastorno mental y por lo tanto no justifican el internamiento. La inadaptación —se explica en su exposición de motivos— podrá ser un síntoma de perturbación mental, pero sólo por el síntoma (esto es, si no va acompañado de otros elementos que, según los parámetros de la ciencia médica, permitan deducir la existencia de un trastorno mental) el internamiento no está justificado.

2.º El internamiento sólo tendrá lugar en ausencia de cualquier otro tratamiento posible. El recurso al internamiento únicamente está justificado como último remedio.

3.º Los supuestos que justifican el internamiento involuntario son dos:

a) Cuando por razón de su trastorno mental represente un grave peligro para su persona o para terceros. Según la exposición de motivos que acompaña al texto de la Recomendación, la expresión «peligro» hace referencia no solamente a un peligro actual sino también a una previsión, razonable según la creencia médica, de peligro futuro; y la destrucción de bienes u objetos materiales, en los casos límites, puede indicar posible peligro de evolución hacia actitudes peligrosas para con los demás.

b) Cuando por razón de la gravedad de sus perturbaciones mentales, el no internamiento originase un deterioro en el estado del paciente o no permitiese proporcionarle el tratamiento apropiado. Se trata del caso en el que está en juego, exclusivamente, la salud del interesado.

4.º La decisión de internar debe adoptarla un órgano judicial u otra autoridad apropiada señalada por la Ley. En este último caso, es decir, cuando la decisión no provenga de autoridad judicial propiamente dicha, se establecerá una serie de garantías de independencia y de acceso a un órgano judicial.

Cuando el internamiento lo decide un órgano judicial —como es el actual sistema en nuestro Derecho—, el paciente debe ser informado de sus derechos y debe tener la oportunidad real y efectiva de ser oído personalmente por el Juez, salvo que éste, a la vista de su estado, decidiera oírle mediante alguna forma de representación.

La orden judicial de internamiento debe ser recurrible y el paciente deberá ser informado de los recursos contra la decisión de internamiento y, tanto si él lo solicita como si el propio Juez lo estima oportuno, deberá poder beneficiarse del asesoramiento de un tercero.

5.º En caso de urgencia podrá admitirse a un paciente por la decisión de un médico que deberá informar inmediatamente a la autoridad judicial que decidirá al respecto.

6.º Las condiciones de trato deontológico, científico e incluso materiales deben ser comparables con las del resto de los enfermos. De manera especial, tienen derecho a recibir un tratamiento y unos cuidados apropiados, lo que significa que el internamiento no puede constituir en ningún caso una medida de simple aislamiento del paciente.

Los tratamientos experimentales que impliquen un riesgo de daños irreversibles en el cerebro o deterioro en la personalidad del paciente sólo podrán ser administrados en caso de resultar indispensables y previo el expreso consentimiento informado del paciente; y, cuando éste no esté en condiciones de comprender su alcance, el médico deberá someter la cuestión a una autoridad independiente designada por la ley que oirá al representante legal del paciente si existiera.

Asimismo, quedan prohibidos en este tipo de pacientes los ensayos clínicos con finalidad no curativa, con lo que su consentimiento, a estos efectos, será jurídicamente irrelevante e ineficaz.

7.º En cuanto a las limitaciones que se pueden imponer a un paciente internado contra su voluntad, éstas no deben sobrepasar las necesarias para garantizar su estado de salud y la eficacia del tratamiento. Más concretamente, no pueden ser limitados o restringidos en ningún caso: a) el derecho de comunicarse con la autoridad apropiada (que puede ser sanitaria, judicial...), con un abogado o con la persona —a la que se ha hecho referencia en el punto 4— designada para que le aconseje y asesore; b) el derecho de enviar cartas al exterior sin que sean abiertas.

8.º Un paciente sólo puede ser trasladado de un centro a otro por razón del interés terapéutico y, en la medida de lo posible, según sus deseos.

9.º El internamiento debe tener una duración limitada o, al menos, su necesidad debe ser reexaminada periódicamente. Como se explica en la exposición de motivos, la decisión de internamiento debe señalar un término, pero si así no se hace, ni en la ley se establece esta duración limitada, la autoridad que ordenó el internamiento debe revisar *ex officio* periódicamente la necesidad del mismo.

Asimismo, durante el internamiento el paciente debe tener la posibilidad de solicitar de la autoridad judicial, en intervalos razonables de tiempo, un pronunciamiento sobre la necesidad de proseguir internado.

10.º La finalización del internamiento puede producirse en cualquier momento anterior al término final fijado sin procedimiento especial, por decisión del médico o por decisión de la autoridad competente según la legislación de cada país; bien por propia iniciativa o a instancias del paciente o de cualquier otra persona interesada.

El final del internamiento no implica necesariamente el final del tratamiento, que podrá continuar en régimen voluntario. Con esto se quieren poner de manifiesto dos cosas: que la salida del paciente no está condicionada a una curación completa y que debe ponerse el acento, siempre que sea posible; en el establecimiento de unas relaciones entre médico y paciente basadas en la voluntariedad y no en la imposición.

11.º El internamiento, no debe constituir por sí mismo, una causa de restricción de la capacidad jurídica del paciente. La eventual incapacitación —se aclara en la exposición de motivos— habrá de adoptarse según los principios y el procedimiento del Derecho común.

Ahora bien, la autoridad que decida el internamiento deberá adoptar las medidas adecuadas para salvaguardar los intereses materiales del paciente o comunicarlo a la competente, si ella no lo fuera, para que así lo haga.

12.º En todas las circunstancias debe respetarse la dignidad del paciente y deben adoptarse las medidas adecuadas para proteger su salud. La especificación de que la dignidad del paciente debe preservarse «en todas las circunstancias» tiene el alcance, se-

gun la Exposición de Motivos, de subrayar que tal principio debe respetarse no sólo durante el internamiento sino también en todas las demás fases o momentos (en su transporte o conducción material, en el procedimiento judicial, etc.). La referencia a la salud comprende no sólo la salud mental, sino, más ampliamente, la salud general del paciente.

13.º Las reglas de esta recomendación tienen el carácter de mínimas, quedando cada Estado en libertad para adoptar disposiciones más completas de protección jurídica de las personas que sean objeto de internamiento por trastorno mental.

Resultaba pertinente en este Informe, lejos de cualquier academicismo huero, recoger estas elaboraciones formuladas en las altas instancias europeas. Y ello por diversos motivos. En primer lugar, porque está surgiendo cada vez con más fuerza —y la Comunidad Autónoma Vasca no va a quedarse al margen— una especie de *ius commune* europeo, verdadero acervo jurídico común para los distintos ciudadanos de Europa, también en materia de derechos fundamentales. Y a este respecto ha de señalarse que la interpretación realizada por el Tribunal de Estrasburgo (en una manifestación más de la *vis expansiva* de los derechos fundamentales) acaba por entrar también —asimismo, por vía jurisprudencial, fundamentalmente; esto es, a través de la labor del Tribunal de Luxemburgo— en el Derecho Comunitario. La protección de los derechos fundamentales se ha abierto paso, más o menos trabajosamente, en el Derecho común de los países de la CEE como un principio general clave de tal Derecho supranacional, y aunque la asunción de su contenido de hecho no se haya realizado formalmente (pese a los intentos realizados en la segunda mitad de la pasada década), sino por vía de la creación del Tribunal Superior de Justicia de las Comunidades Europeas. El dato de que todos los miembros comunitarios estén sometidos a la Convención y a la *potestas* del Tribunal de Estrasburgo, y el hecho de que la conciencia explícita de que tal patrimonio no puede ni debe ser contradicho, ni tan siquiera ignorado, por el Derecho Comunitario, hacen que, como se ha señalado, estemos ante un verdadero *ius commune* europeo de pertinente referencia también para esta Institución.

La tarea del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, sin espectaculares resoluciones —y mucho menos puramente voluntaristas o viciadas de un peligroso decisionismo—, ha manifestado ricos matices en lo referente a la protección efectiva de la libertad de los enfermos mentales y su preocupación clara por la garantía judicial efectiva, imprescindible también en estos casos.

Traducido ahora todo esto a términos jurídico-formales, tal como se ha indicado ya con anterioridad, vía art. 10.2 CE (precepto situado en el pórtico que da entrada al título constitucional relativo a los derechos fundamentales, como es sobradamente conocido), la jurisprudencia del Tribunal Europeo viene a formar parte del Derecho interno en esta materia. De hecho, y pudiendo prescindir ahora de la reciente polémica sobre la ejecución de la sentencia del Tribunal europeo —reflejada en la Sentencia del Tribunal Constitucional no 245/1991, de 16 de diciembre (incluidos sus votos particulares)—, la jurisprudencia interpretativa del Convenio Europeo

ha sido numerosísimas veces utilizada por nuestro Tribunal Constitucional, incluido el tema que nos ocupa. En efecto, en su Sentencia no 112/1988, de 8 de junio, FJ 3 (que se recoge en un apartado siguiente de este informe), el alto tribunal se ha hecho eco de la doctrina sentada en las sentencias de 24 de octubre de 1979 (Caso Winterwerp), de 5 de noviembre de 1981 (Caso X contra Reino Unido) y de 23 de febrero de 1984 (Caso Luberti), que se han citado anteriormente, y que sirvió para fundamentar el otorgamiento de amparo a una enferma mental. Asimismo, en la Sentencia no 104/1990, de 4 de junio, FJ 2, el Tribunal Constitucional ha vuelto a acudir a la doctrina del Tribunal europeo recogido en las sentencias de 24 de octubre de 1979 (Caso Winterwerp) y de 8 de mayo de 1985 (Caso Ashingdane) sobre las garantías en el internamiento de enfermos mentales.

Vemos, pues, como el Convenio Europeo recoge un estándar mínimo de protección de los derechos fundamentales a respetar inexcusablemente en todos los casos, y que, además de ese carácter de mínima común garantía —recogida expresamente en el art. 60 del propio Convenio Europeo («Ninguna de las disposiciones del presente Convenio será interpretada en el sentido de limitar o perjudicar aquellos derechos humanos y libertades fundamentales que podrían ser reconocidos conforme a las leyes de cualquier alta parte contratante o en cualquier otro convenio en el que ésta sea parte») —, la interpretación al respecto del Tribunal europeo tiene un gran predicamento en el máximo órgano de garantías constitucionales, gozando de una verdadera auctoritas, cuando de derechos fundamentales se trata.

Pero la labor del Tribunal europeo permite también alguna ulterior reflexión. En primer lugar, pone de relieve la importancia de la cuestión y lo hace, además, a partir de firmes principios jurídicos; esto es, lejos de tratarse de una cuestión puramente «técnica» o a resolver estrictamente por los «especialistas» médicos —cuyo parecer, evidentemente, resultará decisivo— o, dicho de otra manera, lejos de tratarse de una cuestión desregulada o ajena a las normas jurídicas, el internamiento de un enfermo mental es una especie (entre otras varias) del género privación de libertad y, por tanto (aun con las especificidades que requiera el caso), siempre habrán de entrar en juego las garantías dispuestas con carácter general para tal evento, destacando sobremanera la garantía judicial.

Ahora bien, con ser esto relevante, falta aún por dar un paso que para este Informe tiene capital importancia y que el Tribunal europeo, ciñéndose exclusivamente a este aspecto de la protección de la libertad, que es el recogido en el art. 5 del Convenio, no ha dado, aunque sí estaba recogido en la recomendación referida anteriormente. Se trata del aspecto prestacional sanitario subsiguiente al internamiento de un enfermo mental. En efecto, se ha indicado antes que sólo se legitima el internamiento de un enfermo mental si éste se lleva a cabo en un hospital o establecimiento similar, sin embargo el Tribunal europeo —ante determinada alegación al respecto por una persona afectada— añadió a continuación que «sin perjuicio de todo lo que antecede, el tratamiento o régimen adecuado no está comprendido, en principio, en el artículo 5.1, apartado e)» (S. de 28 de mayo de 1985, Caso Ashingdane). Esta restrictiva interpretación debe entenderse en sus correctos términos, que no son otros sino los de la propia limitación

ratione materiae del art. 5.1.e) del Convenio; esto es, la funcionalidad del citado precepto termina con el aseguramiento de la finalidad adecuada del internamiento, pero nada más. No obstante, del conjunto del marco normativo que regula entre nosotros esta materia, se puede dar un paso más y, a los efectos de este Informe y del objetivo por el perseguido, debe afirmarse ya que la corrección del internamiento de un enfermo mental comprende no sólo las garantías (destinadas a preservar su derecho fundamental a la libertad personal, recogido en el art. 17 CE) a adoptar en los momentos iniciales de su ingreso hospitalario, sino también —y debe ponerse énfasis especial en ello— durante su estancia y utilización de los correspondientes servicios de asistencia psiquiátrica. No podría satisfacer nunca a esta Institución que el internamiento de un enfermo mental se dispusiese con todas las garantías imaginables pero que, una vez ingresado, se olvidasen sus restantes derechos o la prestación sanitaria fuese de inadmisibles calidad o sus condiciones de vida insuficientes e indignas.

En este mismo sentido, debe señalarse ya que el marco normativo básico o fundamental (de la legislación concreta se hablará en el apartado siguiente) del internamiento de los enfermos mentales lo constituyen dos bloques o tipos de normas: a) por un lado, las garantizadoras de los derechos y libertades fundamentales, entre ellos, y señaladamente, el art. 17 CE y el art. 24 CE, sin olvidar, asimismo, el art. 9 EAPV; b), por otro, el art. 43 CE, sobre todo en sus dos primeros apartados, así como el art. 49 CE.

Así, pues, garantías para el internamiento y niveles adecuados para la prestación psiquiátrica son dos exigencias que esta Institución debe proclamar y recordar ahora.

9.5.2. La legislación aplicable al internamiento de los enfermos mentales

9.5.2.1. Introducción

Vistas las exigencias derivadas en último término del nuevo orden constitucional, sobre todo en lo referente a la garantía judicial de la libertad, no resultará extraño que se levantaran voces entre los especialistas —tanto tratadistas como jueces y fiscales— que reclamaban una inmediata corrección legislativa al respecto. Esta se produjo en el año 1983, en forma de modificación del Código Civil, y constituye la legislación aplicable con carácter general. Pero antes de abordar su estudio procede una observación de los internamientos de enfermos mentales cuando aparece una actuación delictiva y que se realizan según la legislación penal.

9.5.2.2. Breve consideración sobre el internamiento de enfermos mentales realizado con fundamento en la legislación penal

Las limitaciones institucionales (art. 1 y 9 de la Ley del Ararteko) imponen que en este apartado nos ceñamos exclusivamente —en tanto no se

produzca la efectiva transferencia de los medios personales y materiales para el ejercicio de la competencia a que se refiere el art. 10.14 EAPV (instituciones y establecimientos penitenciarios y de reinserción social) por parte de la Comunidad Autónoma del País Vasco— a aquellos supuestos en los que el internamiento de un enfermo basado en la legislación penal (o penitenciaria, en su caso) se lleve a cabo en algún centro de la Administración sanitaria vasca.

Como es sabido, el caso de los enfermos mentales que han cometido una acción delictiva (o el de aquellos a los que les sobreviene la enfermedad estando en prisión) se rige por lo dispuesto en la legislación penal —sustantiva o adjetiva—, sobre todo arts. 8 (reformado en 1983) y 82 del Código Penal, 991 y ss. de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y 57 y 58 del Reglamento Penitenciario; normas cuya aplicación presenta en ocasiones problemas de indudable entidad, pero en los que no procede entrar en este Informe. Ahora bien, si debe señalarse, en primer lugar, que el dato de la existencia de una enfermedad mental, además de su incidencia en el ámbito de la imputabilidad penal, tiene y debe tener un claro reflejo en la manera en que la Administración penitenciaria, o en su caso sanitaria, trate y considere a dicha persona. Y éste es un aspecto que interesa fundamentalmente a esta Institución. En tal sentido, debe insistirse en dos órdenes de observaciones:

A) El hecho de tratarse de un enfermo mental que ha cometido una actuación calificable como delictiva no puede hacer que esta última consideración se imponga absolutamente sobre la primera. Ello obliga a adoptar una serie de medios que afronten lo más eficazmente posible esa enfermedad, aunque no deban olvidarse otros aspectos, naturalmente, y esto implica un equilibrio —ciertamente no fácil de conseguir en muchas ocasiones— entre las actuaciones terapéuticas y otras consideraciones, fundamentalmente de seguridad.

B) En el plano de las consideraciones jurídicas, debe insistirse en que las garantías diseñadas para los enfermos mentales no desaparecen totalmente por el hecho de ser autores de una actuación delictiva, sino que, al menos algunas de ellas, siguen siendo aplicables en este ámbito, como impecablemente ha hecho el propio Tribunal Constitucional en su Sentencia no 112/1988, de 8 de junio. En efecto, en el FJ 3 de esta resolución se señala textualmente lo siguiente:

«A tales efectos ha de partirse de que, conforme a la Sentencia de este Tribunal 16/1981, de 18 de mayo (fundamento jurídico 1o), el internamiento judicial en un establecimiento psiquiátrico, dispuesto en sentencia penal en los casos y forma determinados en el art. 8.1 del Código Penal, no es, en principio, contrario al derecho a la libertad reconocido en el art. 17 de la Constitución. Pero, al establecer en su párrafo segundo que de dicho internamiento no se podrá salir sin la previa autorización del tribunal sentenciador, dicho artículo no consagra una eventual privación de libertad indefinida en el tiempo y a la plena disponibilidad del órgano judicial competente. Esta privación de libertad ha de respetar las garantías que la protección del referido derecho funda-

mental exige, interpretadas de conformidad con los tratados y acuerdos internacionales sobre esta materia ratificados por España (art. 10 CE), y, en concreto, con el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Y a este respecto es preciso recordar que, salvo en caso de urgencia, la legalidad del internamiento de un enajenado, prevista expresamente en el art. 5.1.e) del Convenio, ha de cumplir tres condiciones mínimas, según ha declarado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos al interpretar dicho artículo en su Sentencia de 24 de octubre de 1979 (Caso Winterwerp). Estas condiciones son: a) Haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real; b) que esta revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento; y c) dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo. Doctrina que ha sido reiterada posteriormente en sentencias de 5 de noviembre de 1981 (Caso X contra Reino Unido) y de 23 de febrero de 1984 (Caso Luberti), en relación con supuestos —como el que ahora nos ocupa— de condenas judiciales que determinan la reclusión de delincuentes enajenados en hospitales psiquiátricos.

Dichas condiciones garantizan que el internamiento no resulte arbitrario y responda a la finalidad objetiva para la que fue previsto: evitar que persista el estado de peligrosidad social inherente a la enajenación mental apreciada, puesto de manifiesto, en el supuesto regulado en el art. 8.1, párrafo segundo, del Código Penal, por la comisión de un hecho que la ley sanciona como delito.

Resulta, por consiguiente, obligado en aras del derecho fundamental consagrado en el art. 17.1 CE —que obliga a interpretar restrictivamente cualquier excepción a la regla general de libertad— el cese del internamiento, mediante la concesión de la autorización precisa, cuando conste la curación o la desaparición del estado de peligrosidad. Este juicio en orden a la probabilidad de una conducta futura del interno socialmente dañosa, así como el convencimiento sobre el grado de remisión de la enfermedad, corresponde al Tribunal penal a través de controles sucesivos en los que ha de comprobar la concurrencia o no de los presupuestos que en su día determinaron la decisión del internamiento. Pero, si bien es cierto que para la adopción de la decisión oportuna no se halla el órgano judicial automáticamente vinculado a los informes emitidos en sentido favorable a la misma, su disenso ha de ser, sin duda, motivado, con el fin de evitar que la persistencia de la medida aparezca como resultado de un mero arbitrio o voluntarismo judicial, y deberá basarse en algún tipo de prueba objetiva ya que, conforme a la mencionada doctrina del Tribunal Europeo de

Derechos Humanos, dicho internamiento no puede prolongarse válidamente si no persiste el trastorno mental que lo legitime por su carácter y amplitud.

Es de señalar, a este respecto, que la nueva redacción del art. 8.1 del Código Penal hace posible adecuar las medidas de seguridad adoptadas al grado de remisión de la enfermedad, al prevenir en su párrafo tercero, adicionado por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, que el Tribunal sentenciador pueda sustituir el internamiento por otro tipo de medidas, entre ellas, la «sumisión a tratamiento ambulatorio», a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, adición que responde a la finalidad de reinserción social a que deben orientarse las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad (art. 25.2 CE).

A la vista de estas consideraciones, el alto tribunal considerará que no es constitucional una resolución judicial de mantenimiento del internamiento de una enferma mental «sin la necesaria referencia a la persistencia de la enajenación mental que justificó en su día la adopción de la medida de internamiento, ni al carácter y amplitud de la misma, ni a la situación de peligrosidad criminal que pueda derivarse de ella; y, por otra parte, hace caso omiso de los reiterados y uniformes dictámenes de los facultativos que asisten a la recurrente». Razonando seguidamente: «si bien el Tribunal penal podía disentir del contenido y conclusiones de dichos informes, estaba obligado a hacerlo con motivación expresa y de forma justificada basándose en otros informes periciales, cuya práctica, solicitada por la propia representación de la recurrente, pudiera haber acordado. Al no hacerlo así y mantener el internamiento impuesto a la recurrente sin tomar en consideración los reiterados dictámenes médicos sobre la evolución positiva de su estado mental y consiguiente falta de peligrosidad criminal, ha infringido el art. 8.1 del Código Penal, cuyo sentido y alcance ha de interpretarse conforme a la Constitución, y ha lesionado su derecho a la libertad, que el art. 17.1 de la misma le reconoce» (FJ 4).

Señalado todo lo anterior, debe insistirse en las dos disfuncionalidades detectadas y ya recogidas en la primera parte de este Informe. En primer lugar, hay que destacar la falta de adaptación de los hospitales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma para atender debidamente a los pacientes sobre los que ha recaído resolución judicial penal o que se encuentran en situación preventiva. En segundo lugar, tenemos que recordar que la recepción de pacientes con orden judicial de permanencia bajo vigilancia policial ha llevado a la creación de una unidad «penitenciaria» en el Hospital de Basurto (Bizkaia) totalmente inadecuada, por cuanto que se tiene a los pacientes en una situación de aislamiento prácticamente total durante largos meses (en un caso, como se indicó más atrás, un preso preventivo permaneció ingresado 250 días y, en otro, llevaba 116 y continuaba en el mismo estado al momento de cerrar la recogida de datos para este Informe), lo que ha originado serios intentos de suicidio y lo que constituye evidentemente una situación a superar. Cuando esta circunstancia de largo aisla-

miento se produce porque los enfermos tienen que estar a disposición judicial para la práctica de determinadas actuaciones judiciales, esta Institución —sin sobrepasar sus límites propios— sugiere la conveniencia de que la Dirección médica del centro se ponga en contacto con el Ministerio Fiscal para que este órgano, cuya constitucional misión es, precisamente, la de promover la acción de la justicia en defensa de los derechos de los ciudadanos, según el art. 124.1 CE, agilice al máximo los trámites jurisdiccionales, con lo cual se evitaría no sólo una grave aflicción añadida (por las circunstancias ya indicadas de aislamiento personal), sino la conculcación del derecho fundamental a un proceso sin dilaciones indebidas (art. 24.2 CE), tan inexcusable en estos casos.

Indicado esto, sólo resta decir, a modo de firme declaración de intenciones, que esta Institución tiene la decidida voluntad de interesarse con carácter general (y no sólo, por tanto, en lo referido al caso de personas con problemas psiquiátricos, que es de lo que se ocupa este Informe), por la situación real de los presos y penados en los establecimientos de la Comunidad Autónoma del País Vasco en cuanto se produzca la efectiva transferencia para el ejercicio de la competencia autonómica en materia penitenciaria.

9.5.2.3. El internamiento de enfermos mentales según el art. 211 del Código Civil

A) Con la Ley 13/1983, de 24 de octubre, el legislador reformó los títulos IX y X del Libro I del Código Civil, que se refieren a la incapacitación (arts. 199 a 214) y a la tutela, curatela y guarda de los menores o incapacitados, respectivamente, expresamente derogó el Decreto de 3 de julio de 1931 y, en lo que ahora interesa, estableció una nueva regulación del internamiento de los enfermos mentales, que recoge el art. 211 Cc en estos términos:

«El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y en todo caso dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por el designado, concederá o denegará la autorización, y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4.º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Debe señalarse desde un comienzo que, por un lado, e indudablemente, esta regulación supuso un enorme avance y corrigió la más grave ca-

rencia hasta entonces existente, cual era la ausencia de un control o garantía judicial; pero, por otro lado, y desde la perspectiva que da su aplicación a casos reales, es una regulación que se ha demostrado insuficiente, por cuanto que deja muchos aspectos importantes en la penumbra, con el riesgo de interpretaciones muy diversas por parte de quienes tienen que aplicarla.

Una buena prueba de las dificultades que esta insuficiente regulación origina la podemos observar en las diversas actuaciones que —aun teniendo muy presente su diversa procedencia, valor y acierto— se han producido al respecto. Así, relatadas en términos simplemente cronológicos, tenemos el Informe del Gabinete Técnico del Consejo General del Poder Judicial de 23 de febrero de 1984; la Circular de la Fiscalía General del Estado no 2/1984, de 8 de junio; la Instrucción del mismo órgano no 6/1987, de 23 de octubre; el Informe del Comité de Estudios y las recomendaciones aprobadas por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 13 de julio de 1988; la Circular de la Dirección General de Osakidetza no 26/1988, de 18 de noviembre (ver anexo no 1); e incluso, en parte, la Instrucción de la Fiscalía General del Estado n.º 3/1990, de 7 de mayo.

No es este Informe el lugar más adecuado para hacer un análisis exhaustivo de esta regulación, puesto que su finalidad obliga, sobre todo, a atender al funcionamiento del sistema de internamiento, así que se pondrán de relieve únicamente aquellos aspectos más reseñables, teniendo en cuenta, además, que esta es la normativa que tenemos y, por lo tanto, guste o no, es la aplicable en estos casos.

B) Así, en primer lugar, debe tenerse en cuenta que es una regulación que, en principio, no se ocupa de los internamientos voluntarios. Estos encuentran su justificación o legitimación en la libre y consciente voluntad del interesado. Ahora bien, una elemental prudencia aconseja la explicitación formal de este consentimiento del interesado ya que las presunciones al respecto resultan peligrosas puesto que pueden encubrir ingresos voluntarios fraudulentos o indebidas retenciones. En caso de duda sobre el verdadero consentimiento del interesado deberá solicitarse la autorización judicial. Además, no puede olvidarse —como en la investigación llevada a cabo se ha puesto de manifiesto— que hay ingresos voluntarios pero que se pueden transformar al cabo de un tiempo más o menos breve en involuntarios; supuestos estos que requieren, asimismo, la necesaria autorización judicial y la consideración, a todos los efectos, y a partir de tal momento, de internamientos con carácter involuntario.

C) En segundo lugar, esta regulación se refiere a lo que podemos denominar internamientos «civiles», los «penales» tienen su *ratio*, como ya se ha indicado anteriormente, en la legislación sustantiva y procesal penal, sin perjuicio de la conveniencia de que las garantías del art. 211 Cc pudiesen completar las magras previsiones del art. 381 LECrim para tan concreto supuesto de indicios de enajenación mental del procesado, que mueven al Juez a decretar su observación facultativa, sin que sea procedente la prisión provisional.

D) El art. 211 Cc sólo se refiere expresamente al «internamiento», sin más adjetivaciones; no obstante lo cual, la interpretación más evidente de

este precepto es que se está refiriendo al caso del internamiento psiquiátrico. Ahora bien, con ser esto cierto, también debe señalarse que cuando un enfermo mental resulte afectado por una enfermedad somática que, según las circunstancias del caso, requiera su ingreso hospitalario para el debido tratamiento, éste habrá de realizarse, asimismo, con las garantías del art. 211 Cc.

Si la libre determinación personal impide, en principio, la aplicación coactiva de un tratamiento sanitario cuando sólo está en juego la salud del propio interesado (vid. *mutatis mutandis* la Sentencia del Tribunal Constitucional no 120/1990, de 27 de junio), en el caso de que el consentimiento del mismo se advierta afectado por lo que, genéricamente, damos en llamar enfermedad mental, su negativa a someterse a un tratamiento sanitario, cuando ponga en peligro serio su salud, puede ser superada por la correspondiente autorización judicial previa o posterior, en caso de urgencia. En este sentido, este art. 211 Cc vendría a constituir una modulación o especialidad de régimen del consentimiento necesario para aplicar un tratamiento sanitario —no psiquiátrico también, como se está razonando ahora— recogido en el art. 10.6.b) de la Ley General de Sanidad.

E) La ambigua referencia al «presunto incapaz» como sujeto susceptible de ser internado no debe conducir a confusión y, más simplemente, ha de interpretarse como que —a falta de una regulación más completa, que sería lo deseable— este art. 211 Cc será de aplicación en todos los supuestos de internamiento por razón de enfermedad mental.

F) A pesar de que en este precepto se habla de «presunto incapaz», conviene señalar que incapacidad e internamiento no son términos correlativos y ni siquiera están en relación directa y necesaria. Es cierto que el legislador ha optado por modificar el régimen del internamiento de los enfermos mentales cuando ha procedido a reformar el sistema de incapacitación y tutela, pero de ahí no debe concluirse que uno sea consecuencia de la otra ni que, a pesar de lo que una primera lectura pudiera indicar, efectuado el internamiento proceda siempre la incapacitación subsiguiente. Por el contrario, conviene separar bien estos dos conceptos.

La declaración de incapacidad se produce por causa de «enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma» (art. 200 Cc). Pero resulta claro que no siempre que se dé este supuesto procede el internamiento regulado en el art. 211 Cc del que nos venimos ocupando en este Informe. Así lo ha reconocido también —y con rotundidad— el Tribunal Supremo, para quien el internamiento del art. 211 Cc «no es una normal consecuencia de la expresada incapacitación» (S. de 10 de febrero de 1986, Ar. 520).

De la incapacitación no se sigue el internamiento, puesto que aquélla está destinada a declararse en supuestos distintos que aquellos en los que éste procede. Pero, incluso en el caso de que ambos coincidieran, de tal manera que la medida de internamiento se aplicase a un declarado incapaz (previamente o durante el transcurso del internamiento), el término final de tal medida —esto es, la salida— tampoco implica la recuperación de la plena capacidad civil, puesto que desapareciendo la causa que aconsejó el internamiento podría, perfectamente, subsistir la que originó la incapacitación. Por último, en la propia ley está prevista expresamente la autorización

judicial al tutor para proceder al internamiento (art. 271 Cc), con lo que queda evidenciada la dualidad de orden de ambas cuestiones.

Así, pues, ni todo incapacitado debe ser internado, ni sólo los incapacitados pueden ser internados, ni, finalmente, todos los internados deben ser incapacitados. Es cierto que el art. 211 Cc establece una ligazón entre internamiento e incapacitación, cuando en su párrafo segundo dispone que, en los casos en que se haya autorizado un internamiento, el Juez lo pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos de que éste promueva la declaración de incapacitación, pero hay que tener en cuenta dos cuestiones que matizan esta conexión del internamiento con la posterior incapacitación. En primer lugar, está claro que lo que este artículo pretende evitar son esas lamentables situaciones, detectadas como muy numerosas en la investigación previa a este Informe, en las que un internamiento prolongado y continuado no está acompañado de una incapacitación y la correspondiente constitución de la tutela, quedando el interesado (sobre todo, sus bienes y derechos) en una situación de gran desprotección. Esta previsión del art. 211, párrafo segundo, Cc pretende salir al paso de tales situaciones.

Ahora bien, en segundo lugar, y como contrapunto a lo que se acaba de señalar, no puede olvidarse que hay supuestos completamente distintos, en los que el internamiento se produce por una fase de crisis pasajera, que aconsejan un internamiento breve. En estos casos es muy probable que, para cuando se ponga en marcha el mecanismo judicial de la incapacitación, el interesado haya abandonado ya su situación de internamiento, con lo que el proceso de incapacitación puede resultar inútil e incluso contraproducente para su más fácil readaptación social. Además, recuérdese que el art. 200 Cc exige que la enfermedad sea persistente, con lo que sólo en el caso de que la afección que le aqueja tenga esa característica podrá propugnarse debidamente la incapacitación.

G) Expuestas las observaciones anteriores, conviene afrontar el caso concreto de enfermos psíquicos con largos ingresos en hospitales y para los que resulta evidente la conveniencia de su incapacitación. En estos supuestos la investigación realizada ha puesto de manifiesto casos en los que, sea por inexistencia de vínculos familiares (o desentendimientos, abandono o simple imposibilidad de afrontar la carga de la tutela por los familiares o allegados), la constitución de la tutela se hace recaer sobre la dirección del centro en el que se encuentran ingresados. Asimismo, se han visto en diversas ocasiones las dificultades que esto comporta para una debida atención y un atento seguimiento de las particulares circunstancias personales, familiares y patrimoniales de cada incapacitado.

Ante esta situación, parece interesante tener en cuenta y evaluar los resultados que hayan podido dar algunas experiencias en las que se ha aprovechado la posibilidad que otorga el art. 242 Cc («Podrán ser también tutores todas las personas jurídicas que no tengan finalidad lucrativa y entre cuyos fines figure la protección de menores e incapacitados») para crear organismos públicos que atiendan a esta finalidad específicamente. Si bien hay que tener buen cuidado de no fomentar con ello la despreocupación familiar, puede ser una iniciativa a considerar seriamente, ya que unos adecuados servicios asistenciales —quizás bajo la competencia de las propias

diputaciones forales, que ya tienen alguna experiencia en campos similares— pueden hacer mucho más eficaz, en estos casos, la finalidad perseguida por la incapacitación declarada por el Juez competente.

H) La siguiente cuestión a plantear es quién puede solicitar la autorización judicial que posibilite el internamiento. A pesar de que el art. 211 Cc guarda silencio sobre este extremo, habrá que reconocer tal posibilidad, en primer lugar, a los padres o tutores en caso de minoría de edad o incapacitación; y, en caso de mayores no incapacitados, al cónyuge, familiares, personas con las que conviva o, incluso, a otras que por razón de su profesión, actividad o simple relación de vecindad o conocimiento personal lo estimasen necesario. Ha de admitirse una gran flexibilidad a la hora de poner en conocimiento del Juez o del Ministerio Fiscal una situación de esta naturaleza; si es cierto el riesgo de abusos o peticiones disparatadas, también es muy cierto que en muchas ocasiones los problemas vienen por lo contrario, esto es, por situaciones de abandono.

I) Nada dice, tampoco, este art. 211 Cc sobre la causa que legitima el internamiento lo que constituye una lamentable laguna, ciertamente. Sin embargo, a falta de mayor expresividad del legislador, se pueden avanzar algunos principios o criterios que ayuden en esta cuestión.

En primer lugar, procede recordar que el internamiento debe funcionar como «último remedio», esto es, cuando realmente no existan otras alternativas eficaces al caso concreto. En segundo lugar, en un sistema de libertad personal garantizada como derecho fundamental especialmente protegido ex art. 17 CE, el internamiento de un enfermo mental sólo estará justificado por el peligro real o efectivo que pueda existir para la integridad o salud de terceros (o, incluso de sus bienes) o del propio interesado, peligro causado —justamente— por su estado psicológico. En esta línea, como se ha visto antes, iba la Recomendación del Consejo de Europa.

La referencia a riesgos propios o ajenos no debe entenderse como genérica presunción de peligrosidad de los enfermos mentales sino, mucho más precisamente, como explicitación de la única manifestación o «síntoma» que justifique el internamiento de un enfermo mental, de similar manera a como, en última instancia, no otra razón sino el riesgo para la integridad física y la salud de terceros es lo que justifica los tratamientos sanitarios obligatorios en el caso de enfermedades somáticas, con la importante especificidad en el caso de los enfermos mentales de que se puede imponer en exclusivo beneficio de su salud y su persona.

J) El núcleo central de la regulación establecida por el legislador en 1983 lo constituye la intervención del Juez, que es quien, en definitiva, otorga la autorización para el internamiento.

El párrafo segundo del artículo 211 Cc —que es el que se refiere al procedimiento que podríamos llamar «ordinario», para diferenciarlo del «urgente», recogido en el primer párrafo— establece dos requisitos o dos actuaciones necesarias del Juez: examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado.

Respecto al examen del interesado, debe decirse que es un elemento muy relevante como garantía en este tipo de procedimientos. Lo ordinario será que el propio Juez, en persona, sea quien realice el examen del afectado. Ahora bien, dado que en este precepto no se dice expresamente que

le examinará «por sí mismo» (como se hace en el art. 208 Cc) y dado que puede darse algún tipo de circunstancia particular por la que este examen no fuera oportuno o necesario, habrá que interpretar este precepto de tal manera que lo normal u ordinario sea el examen personal por el Juez, pero que en circunstancias especiales pueda ser sustituido por otros elementos suficientes para llegar a la convicción de la conveniencia o no del internamiento.

Sin embargo, de la práctica investigada no se deduce, ni mucho menos, esta observación directa por el Juez encargado de la autorización del internamiento. Más bien al contrario, sólo en una minoría de internamientos —como se ha señalado en la primera parte de este Informe— el Juez atendía personalmente al interesado. Se insiste en que en algunos casos puede excusarse esta observación y contacto directos entre el Juez y el enfermo, pero esta «garantía» (pues de eso se trata, en definitiva) no puede banalizarse y debe enfatizarse en este momento.

En cuanto al dictamen del facultativo, en el precepto legal se advierte que pretende garantizarse su «neutralidad» al disponerse que sea designado por el propio Juez. Este médico puede ser el propio forense u otro designado al efecto como perito. En todo caso, conviene resaltar que el dictamen de un facultativo tiene carácter de mínimo, puesto que el Juez puede solicitar cuantos considere oportunos.

Aunque la letra de la Ley dice «oír», este dictamen parece claro que debe constar por escrito (vid. en lo que tiene de aplicable, lo dicho por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su Sentencia de 27 de setiembre de 1990, Caso Wassink, ya citada) y centrarse fundamentalmente en el núcleo de la decisión a adoptar, esto es, en la conveniencia o necesidad (o en sus contrarios) del internamiento desde el punto de vista técnico-médico.

Volviendo a la autorización judicial —y prescindiendo ahora de si se trata de una mera «autorización» o constituye una verdadera «orden» judicial de ingreso psiquiátrico—, este art. 211 Cc no señala cuál será el órgano jurisdiccional competente para otorgarla, lo que podría suscitar alguna dificultad al respecto. Sobre esto lo que hay que decir es que, sin ninguna duda, será un Juzgado de Primera Instancia (a tenor del art. 85.2 LOPJ); y parece lógico que, en ausencia de previsión expresa, cuando la intervención judicial sea previa al internamiento, será competente el Juzgado de Primera Instancia del domicilio del interesado, pero cuando la intervención judicial se realice *a posteriori*, esto es, en los casos de internamiento urgente, el competente será el Juzgado del lugar donde se encuentre hospitalizado, y ello por razones de inmediación y porque tal órgano es el encargado, precisamente, de llevar a cabo la revisión semestral de los internamientos.

Tampoco se señala un plazo, a partir de la solicitud formulada, para que el Juez resuelva (con más precisión, la verdad es que no establece plazo para ninguna de las actuaciones judiciales). Tampoco se hace a efectos de ejecución del internamiento dispuesto por el Juez (a diferencia de lo que se preveía en el Decreto de 1931, donde se establecía un máximo de 10 días desde la emisión del certificado médico). Y tampoco se dice nada sobre un eventual límite temporal del internamiento autorizado (plazo que podría considerarse revisable, en su caso), aunque de este silencio —y a pe-

sar de que la práctica tampoco lo haya seguido— no debe inferirse que el Juez no pueda establecer tal límite máximo en su resolución de internamiento.

Vistas, así, algunas de las dificultades de interpretación que presenta este artículo, desde el respeto a las responsabilidades propias de cada poder público, esta Institución considera muy conveniente el establecimiento de cauces de comunicación y cooperación entre los órganos judiciales competentes en la materia y la Administración sanitaria, para un mejor conocimiento recíproco, de la realidad judicial y sanitaria y de sus posibilidades, con lo cual no sólo se eviten disfunciones sino que se acierte más plenamente en el *quid* y en el *modum* del internamiento de los ciudadanos afectados de una enfermedad mental.

K) Intimamente relacionado con la actuación judicial habilitadora del internamiento involuntario se encuentra el problema de su ejecución material, esto es, quien conduce al afectado desde el lugar en el que se encuentra al hospital correspondiente. La cuestión merece mencionarse aquí porque se han detectado algunos problemas en casos de enfermos agitados o difíciles. El criterio, teóricamente, debe ser claro: el traslado de los enfermos debe hacerse por personal sanitario especializado, recurriendo únicamente en casos extremos a la colaboración de los cuerpos policiales. Las situaciones muy traumáticas que se producen aconsejan esta solución.

En este sentido, y para evitar tanto situaciones de inhibición por parte de todos, como actuaciones indebidas o desafortunadas —a tenor de las especialidades del caso (enfermo mental)—, sería muy deseable establecer una colaboración institucional entre la Administración sanitaria y los cuerpos de policía para establecer las pautas de actuación en estos casos. Se sugiere, así, la conveniencia de una concreta colaboración sobre esta cuestión entre, por un lado, Osakidetza y, por otro, la Ertzantza, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado—en tanto aquella no realice el despliegue completo en toda la Comunidad Autónoma Vasca—, así como la Policía Municipal de las capitales e incluso de otros núcleos con amplia población.

L) En el tercer párrafo del art. 211 Cc se articulan lo que podrían denominarse como instrumentos de control de los internamientos. Tales mecanismos, siguiendo la ratio de la reforma legislativa y atendiendo a las exigencias que se han visto derivadas del Convenio Europeo, giran alrededor del otorgamiento al Juez de facultades revisoras de tales internamientos. Así, en primer lugar, el Juez puede recabar en cualquier momento información sobre la necesidad de proseguir el internamiento. Pero, además, se establece un control judicial automático cada seis meses.

Así, pues, no sólo en el momento de proceder al internamiento sino también después, a lo largo de su duración, es el Juez la pieza clave como tantas veces se ha reiterado en el control de los derechos de los enfermos. Aunque esto no quiere decir que sea el único. En efecto, existe otra figura que puede desarrollar una importante tarea en el respeto de los derechos de los enfermos mentales internados como es el Ministerio Fiscal, entre cuyas funciones ya se ha indicado que está la defensa de los derechos de los ciudadanos (art. 124.1 CE, art. 435 LOPJ y art. 1 de su Estatuto Orgánico), otorgándosele expresamente la facultad de visitar en cualquier momento los centros o establecimientos de detención, penitenciarios o de interna-

miento de cualquier clase de su respectivo territorio y de examinar los expedientes de los internos, así como recabar cuanta información estime conveniente, para lo cual las autoridades, funcionarios y organismos requeridos deberán atender inexcusablemente el requerimiento dentro de los límites legales (art. 4 del Estatuto del Ministerio Fiscal).

Esta Institución considera muy conveniente que, lejos de cualquier rutina burocrática, la figura de los jueces y fiscales cumpla plenamente su función garantizadora de los derechos fundamentales de la persona. La visita periódica y la preocupación efectiva por la situación de los enfermos debe considerarse como misión propia y específica de jueces y fiscales. Si es posible que en ocasiones los enfermos ingresados puedan llegar a formular quejas o acusaciones infundadas (o, incluso, imaginarias y originadas por delirios ocasionados por su propia psicopatología), es también cierto que —de una manera en algún sentido parecida al caso de los jueces de Vigilancia Penitenciaria— tales visitas periódicas y el consiguiente conocimiento directo y personal de la situación de internamiento, la posibilidad de que los enfermos ingresados puedan acudir a la máxima autoridad que puede garantizar sus derechos y el correlativo índice de preocupación de la propia sociedad por la situación de los enfermos mentales que ello significa, constituyen unas innegables y poderosísimas razones que lo aconsejan, debiendo, además, superarse cualquier recelo en la Administración sanitaria y, por el contrario, considerarlo un síntoma de preocupación por su labor y una posibilidad de mutuo conocimiento que redundará en la calidad del servicio prestado a los ciudadanos enfermos mentales.

M) No dice nada este precepto sobre el término final del internamiento. No obstante lo cual, está claro que el Juez que lo autorizó (y, eventualmente, otro distinto: el del lugar de hospitalización, el de Instrucción en caso de *habeas corpus*, la Audiencia en vía de recurso) puede ordenar la salida.

Pero el problema interpretativo ante la ausencia de regulación se ha planteado sobre otra cuestión, que no es sino si el propio centro hospitalario puede proceder a dar el alta de un enfermo ingresado por la vía de este art. 211 Cc o si, por el contrario, se necesita la previa autorización del Juez. Pues bien, teniendo en cuenta que lo que debe rodearse de garantías es la privación de libertad y no su contrario (esto es, su recuperación) y que el internamiento se produce atendiendo a las necesidades terapéuticas, parece más lógico que la salida pueda realizarse —al menos cuando no haya expresa indicación en contrario en la resolución judicial de ingreso— por simple indicación médica. Aunque también parece lógico que este cambio sea comunicado al Juez que intervino en el internamiento.

Conectada con esta cuestión está la de los eventuales reingresos de enfermos mentales. En estos casos hay que seguir manteniendo la necesidad de autorización judicial para cada nueva hospitalización involuntaria, no siendo suficiente la inicial del primer internamiento.

Finalmente, también resulta pertinente que, como se recoge en la Circular de Osakidetza de 18 de noviembre de 1988 (expresamente destinada también a aquellos centros de otra titularidad que estén concertados) (ver anexo 1), el supuesto de fuga de cualquier enfermo ingresado por vía judicial sea comunicado antes de veinticuatro horas al Juez.

N) El párrafo primero del art. 211 Cc, inmediatamente después de recoger la necesidad previa de autorización judicial para el internamiento, establece una excepción por razón de urgencia, en cuyo caso se procede primero al internamiento y seguidamente, antes de las veinticuatro horas, se comunica este hecho al Juez. Esta escasa regulación de los internamientos de urgencia ha producido alguna inseguridad interpretativa sobre diversos aspectos, como los requisitos mínimos que se deben observar y sobre el papel del propio Juez en estos casos.

Por lo que en este Informe procede, debe indicarse que en estos casos conviene algún tipo de actividad y de respuesta judicial a la comunicación enviada desde el centro de ingreso, puesto que si no, la garantía judicial prácticamente desaparece o resultará meramente formal (la mera recepción de un escrito), justo en los casos en los que podría resultar más necesaria. Por último, en este punto, y dado que bastantes de los enfermos ingresados por vía de urgencia lo hacen por disposición policial, debe reiterarse la conveniencia de la adecuada formación de estos agentes y su coordinación con la Administración sanitaria para todos estos supuestos.

9.5.3. Observaciones

Recapitulando las consideraciones realizadas en este apartado, pueden formularse las siguientes observaciones:

1) En primer lugar, ha de insistirse en la insuficiencia de la regulación contenida en el art. 211 Cc para constituir una regulación mínimamente completa, que garantice los niveles de seguridad jurídica imprescindibles en estos casos, además del problema que pudiera presentar su rango normativo (simple Ley ordinaria) para constituir las previsiones legales establecidas para disponer directamente el régimen jurídico de un supuesto de privación de libertad.

2) Ahora bien, constatado lo anterior —y que sólo al legislador le compete subsanar—, debe, asimismo, hacerse un esfuerzo por integrar lo más correctamente posible tal (insuficiente) normativa por quienes tienen que aplicarla, a base de principios y prácticas deducidos fundamentalmente del propio texto constitucional y de otras normas garantizadoras de los derechos, para que la práctica de los internamientos de los enfermos mentales se produzca lo más adecuadamente posible en una sociedad democrática de avanzados servicios públicos, como debe ser la de la Comunidad Autónoma Vasca.

3) Se han detectado desfallecimientos en el control judicial (clave de la regulación). La garantía judicial efectiva y eficaz es en estos casos no sólo un derecho fundamental, sino también un índice del grado de responsabilidad y sensibilidad de la sociedad por estas situaciones, razón por la cual la observación directa y personal del Juez sólo en casos aislados debe excusarse. A este respecto, por las autoridades judiciales podría considerarse la posibilidad y conveniencia de la centralización en un Juez, allí donde existan varios de los de Primera Instancia, de este tipo de procesos.

4) Sería, asimismo, deseable una mayor implicación del Ministerio Fiscal en las situaciones de enfermos mentales ingresados, tanto en lo re-

ferente a la utilización adecuada del instituto de la incapacitación como del propio cumplimiento de todas las garantías en el internamiento de los enfermos mentales. También la especialización de un Fiscal en cada territorio histórico podría ser una medida conveniente.

5) Resulta necesaria la adopción de medidas que garanticen la utilización de medios materiales y personales sanitarios para una adecuada intervención en los internamientos urgentes —evitando el ingreso de estos pacientes en el servicio de «urgencias» ordinario— y en el propio traslado de los enfermos, quedando únicamente para casos muy excepcionales la intervención de los cuerpos policiales.

6) De lo anterior se deduce la conveniencia de establecer mecanismos que articulen la intervención de la Administración sanitaria con otros poderes públicos, de tal manera que sería muy deseable la colaboración, el mutuo conocimiento y la cooperación entre, por un lado la Administración sanitaria y los Jueces y Fiscales y, por otro, la Administración sanitaria y los Cuerpos policiales, para abordar los diversos problemas que plantea el internamiento de los enfermos mentales.

7) Con respecto al mecanismo de la incapacitación, advertido ya que ésta no es una consecuencia ni inmediata ni directa del internamiento psiquiátrico y teniendo en cuenta que en ocasiones puede tener efectos socialmente estigmatizadores, debe asimismo señalarse que es una institución garantizadora que, en la vigente regulación, admite flexibles e interesantes modulaciones y que, sobre todo en el caso de prolongadas estancias hospitalarias, deberá utilizarse para no producir desprotección. En este sentido, la Administración sanitaria deberá asumir como responsabilidad propia la consideración de la situación en la que se encuentran cada uno de sus pacientes ingresados e instar al Ministerio Fiscal la iniciación del correspondiente proceso judicial cuando así resulte conveniente. Por último, y a este mismo respecto, para corregir las ineficacias que puede producir el otorgamiento de la tutela de los enfermos allí ingresados al centro hospitalario o al director del mismo, debería considerarse la oportunidad, bajo la fórmula organizativa que se considere más adecuada, de atribuirle a un ente u órgano especializado a nivel provincial.

CAPITULO X

**CONCLUSIONES GENERALES
Y RECOMENDACIONES**

10.1. CONCLUSIONES GENERALES

Del análisis de los resultados de nuestra encuesta, de la inspección y consultas realizadas y de los estudios que se han llevado a cabo, se pueden extraer determinadas conclusiones sobre algunos aspectos generales de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad Autónoma vasca, y sobre otros más específicos relativos a determinados programas. Todo ello con atención especial a la defensa de los derechos fundamentales tanto de los pacientes como de las personas que prestan sus servicios en el sistema asistencial.

10.1.1. Aspectos cuantitativos

En conjunto, se puede afirmar que el grado de cumplimiento del Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de 1983 ha sido satisfactorio.

En unos años se ha pasado de un sistema asistencial basado en el hospital psiquiátrico a un dispositivo con un importante desarrollo de los recursos asistenciales externos (ambulatorios, centros de salud mental, hospitales de día) aunque insuficiente en lo que se refiere a hogares «a medio camino» y centros «protegidos» de trabajo.

Tal y como se recomendaba, la mayoría de los internamientos psiquiátricos se producen en unidades de corta estancia de hospitales generales, creadas durante ese tiempo (Basurto y Galdakao en Bizkaia, Santiago Apóstol en Alava) o preexistentes y transformadas (Hospital General de Gipuzkoa). Se han adecuado también unidades específicas para corta estancia en hospitales psiquiátricos (Zamudio y Zaldibar) cuyo porvenir falta por aclarar. Todas estas unidades obtienen índices de rendimiento cuantitativamente adecuados para las necesidades de la Comunidad Autónoma.

En lo que se refiere al internamiento de duración media, se aprecia un cierto déficit de camas y una escasa diferenciación de los programas de rehabilitación.

Actualmente es en las unidades de larga estancia donde se observan mayores déficits de camas, especialmente en las dedicadas a los pacientes geriátricos (particularmente los demenciados). Por el contrario, siguen residiendo en nuestros hospitales psiquiátricos numerosos ciudadanos con déficits de inteligencia o simplemente con problemas de tipo social agravados por su edad avanzada, sin indicación precisa de internamiento psiquiátrico.

En lo que se refiere al personal asistencial, los licenciados superiores han aumentado de forma notable, llegando a estar presentes en un número que puede compararse con el de los países más desarrollados. En lo

que se refiere a especialistas en psiquiatría, su número es suficiente y, aunque durante algunos años no se disponía de especialistas para cubrir las nuevas plazas creadas, en los últimos años, con el aumento de las plazas de formación MIR, se ha estabilizado la relación entre oferta y demanda. El número y la formación en psiquiatría de ATS y, en particular, el de asistentes sociales es menor que el deseable. El personal enfermero y administrativo es actualmente escaso.

10.1.1.1. Aspectos organizativos

La administración de la asistencia psiquiátrica ha pasado en la Comunidad Autónoma de depender mayoritariamente de las diputaciones provinciales, luego forales, a integrarse en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, lo que, en general ha mejorado la información, la planificación y la toma de decisiones en el sistema. Durante este período, siguiendo radicalmente las orientaciones del Plan de Reforma Psiquiátrica Nacional, desapareció el sistema psiquiátrico como entidad aparte dentro del Servicio Vasco de Salud, adscribiéndose sus recursos a otras direcciones generales, lo que redundó en una desorientación de los gestores, quienes no conocían suficientemente las peculiaridades de la atención a la salud mental. Con posterioridad, se volvió a considerar a la Salud Mental como un sistema con sus particularidades, y, aunque siguió incardinado en la atención sectorial de la medicina, se crearon direcciones en cada uno de los territorios históricos y una dirección general en Vitoria, aunque sin la suficiente delimitación administrativa y sin la dotación de recursos necesaria. Se volvió a resucitar un Consejo Asesor de la asistencia psiquiátrica que fue adaptando los planes de asistencia, lo que dio lugar a varios informes publicados en 1989 y 1990.

Hoy en día, el sistema de información se halla bastante desarrollado y existe un control informático de determinados parámetros asistenciales, que permite la obtención de índices cuantitativos de asistencia, lo que facilita la evaluación del sistema. Asimismo, se ha puesto en marcha un registro de casos que ha adquirido cierto desarrollo.

Desde la dirección de los centros asistenciales se plantea la crítica al sistema organizativo, porque el centralismo administrativo en el que se estructura merma la eficacia de los centros y limita la capacidad de los directores médicos y los gerentes para desarrollar sus programas asistenciales.

10.1.2. Aspectos cualitativos

10.1.2.1. Arquitectura

La mayoría de las unidades visitadas en los distintos hospitales reúnen adecuadas condiciones de habitabilidad. Varios hospitales psiquiátricos tienen todavía unidades inadecuadas, algunas de las cuales se encuentran actualmente en transformación, como son los casos de los Hospitales Psiquiá-

tricos de Bermeo y Zaldibar. El Hospital Psiquiátrico de Santa María de Las Nieves se encuentra también en una situación de habitabilidad precaria, pero se ha comenzado ya la construcción en Vitoria del nuevo Hospital Psiquiátrico de Alava. Esto constituye una iniciativa positiva en cuanto que supone una mejor ubicación de los pacientes actualmente existentes. Sin embargo, es indispensable que se medite bien acerca de la función que tal hospital ha de cumplir de cara a acondicionarlo para que cumpla las labores, principalmente de rehabilitación, que se esperan de él, y para evitar que se convierta en un simple asilo de enfermos.

La restauración realizada en determinadas unidades, aunque estructuralmente adecuada, tiene algunos defectos en lo que se refiere a la decoración. Los distintos espacios están pintados con los mismos colores, contribuyendo a dar una sensación de monotonía y dificultando la diferenciación funcional de los distintos espacios, lo que en unidades de larga estancia tiende a producir cierta «despersonalización» de los pacientes.

10.1.2.2. Ambiente terapéutico

En general, el ambiente terapéutico de las unidades de nuestros hospitales es más favorable que el de los hospitales del resto del Estado, aunque peor que los de EE.UU., por ejemplo.

Es de señalar que las unidades de corta estancia de los hospitales generales tienen un ambiente terapéutico más favorable que las unidades de estancia prolongada de los hospitales psiquiátricos. Los profesionales que trabajan en los centros dan mayor puntuación, más favorable, que los pacientes, excepto en aquellos items que se referían al control de los enfermos.

10.1.2.3. Restricciones de la libertad personal

En lo que refiere a las restricciones impuesta a los pacientes, en general, se respeta su derecho a la intimidad. Las unidades no cuentan, en ocasiones, con los dispositivos materiales suficientes para evitar agresiones, suicidios y fugas. Sólo excepcionalmente se utilizan habitaciones de aislamiento. Las camisas de fuerza han dejado de ser utilizadas y, como medios de restricción física, se utilizan, excepcionalmente, correas o vendas por cortos espacios de tiempo y de forma adecuada. Hay que señalar que estas medidas son algunas veces indispensables y más adecuadas que la utilización de grandes dosis de medicación que pueden resultar más dañinas físicamente para los pacientes, e incluso retrasar su adaptación al ambiente. Sin embargo, el porcentaje de personal de enfermería en relación con el número de pacientes es excesivamente bajo para asegurar un adecuado control de los pacientes en determinadas unidades, como las de Urgencia y las de Corta Estancia en hospitales generales.

10.1.2.4. Programas de rehabilitación

Los programas de estancia media y prolongada se hallan insuficientemente diferenciados para atender a distintas poblaciones de pacientes con necesidades de rehabilitación dispares (por diagnóstico, edad y coeficiente intelectual). Mientras en países como en el Reino Unido la rehabilitación es una de las áreas principales de la especialización de los psiquiatras, en el Estado español no existe tal subespecialización.

La mayoría de los psiquiatras, psicólogos y diplomados en enfermería que trabajan en la Comunidad Autónoma no tienen sino conocimientos superficiales de las técnicas de rehabilitación, excepción hecha de las técnicas de trabajo grupal. El sistema apenas cuenta con expertos provenientes de áreas especializadas, como reeducadores del lenguaje, de la psicomotricidad, animadores de tiempo libre, etc. Todo ello da lugar a una inespecificidad y pobreza notables de los programas rehabilitadores.

10.1.2.5. Satisfacción de los usuarios

La satisfacción de los usuarios y de sus familiares es comparable a la que se observa en el resto de los servicios hospitalarios de la red sanitaria. Las quejas de malos tratos son las esperables en pacientes con escasa conciencia de su enfermedad.

10.1.2.6. Síndrome del «quemado»

Los trabajadores en el sistema muestran importantes signos de insatisfacción en su trabajo. El absentismo es en los centros de larga estancia superior al que se observa en cualquiera de los otros hospitales del sistema sanitario vasco. Las respuestas al cuestionario muestran al personal cansado, distanciado de los pacientes, desanimado, etc. Todo ello constituye el llamado síndrome del «quemado», de frecuente presentación entre los profesionales que se dedican a las «helping professions» (personal que se dedica a la asistencia).

No es ajeno a esta insatisfacción el hecho de que numerosos profesionales de la salud mental se encuentren en este momento sometidos a procedimientos judiciales como consecuencia de problemas originados por los pacientes (fugas, agresiones, suicidios...).

10.1.3. Problemas especiales

10.1.3.1. Las Urgencias psiquiátricas

Aunque en los últimos 15 años se ha realizado un notable esfuerzo en potenciar la asistencia ambulatoria a los enfermos mentales, la atención dista mucho de ser comparable en eficacia y agilidad a la que se oferta

desde el resto del sistema sanitario. Esto condiciona que los pacientes tengan que recurrir con excesiva frecuencia a pedir ayuda a los servicios de Urgencia, que se ven sobrepasados por una demanda de atención que debería ser, en más de la mitad de los casos, asumida por servicios basados en la comunidad.

Los servicios de urgencias que atienden la mayoría de los casos son los de los hospitales generales. También se ofrecen servicios de urgencia en algunos hospitales psiquiátricos, en algunos centros comunitarios y en los servicios de atención médica a domicilio, si bien, entre todos éstos no llegan a atender a más del 15 % de la demanda urgente.

En tales servicios la atención al paciente psiquiátrico se realiza en el mismo lugar que al resto de los pacientes sanitarios, y son atendidos por el mismo personal administrativo y de enfermería. La única atención diferenciada es la del psiquiatra de guardia.

Aunque el hecho de que la atención a los pacientes psiquiátricos se produzca en un medio totalmente medicalizado tiene sus ventajas: disminución del estigma de la enfermedad mental, aprovechamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos de la medicina especializada, ambiente activo y eficaz, etc.; sin embargo, suele provocar problemas graves, tanto para los pacientes que acuden en demanda de ayuda especializada de índole médica en general como de los propios enfermos psiquiátricos. En efecto, el paciente psiquiátrico agudo, a menudo angustiado o agitado y, a veces, agresivo, causa continuos trastornos en el ambiente de la urgencia, lo que obliga, con demasiada frecuencia, a su contención por medios mecánicos o medicamentosos, debido a la escasez y falta de especialización del personal auxiliar. De esta manera, ciertos pacientes que, si estuvieran atendidos en la Unidad de Intervención en Crisis, se mostrarían más o menos tranquilos, provocan innumerables conflictos en un medio inespecífico. Los pacientes urgentes psiquiátricos deben ser vistos junto al resto de los enfermos urgentes, pero no mezclados con ellos.

Si se quiere evitar que la urgencia psiquiátrica funcione como una unidad «de bomberos» que se limita a «apagar fuegos», se deben organizar junto a la Unidad de Urgencias Médicas, unidades específicas de Intervención en Crisis que permitan, con estancias de dos o tres días, realizar una atención adecuada de un cierto tanto por ciento de los pacientes que acuden al servicio de urgencias. La experiencia norteamericana y europea de tales unidades demuestra su eficacia y rentabilidad, dado que producen ahorros directos al evitar ingresos más prolongados, e indirectos, al disminuir la tensión de los pacientes, de las familias y de los equipos terapéuticos.

10.1.3.2. **Pacientes con problemas legales**

A las urgencias psiquiátricas acuden, inadecuadamente, pacientes procedentes de las comisarías y de los centros de detención preventiva en petición de ayuda psiquiátrica urgente, generalmente en relación con síndromes de abstinencia. En algunas ocasiones los jueces envían, también inadecuadamente, a pacientes a los servicios de urgencia, para que sean

allí evaluados médico-legalmente y tratados. En ocasiones, ingresan en las unidades de corta estancia enfermos procedentes de centros de detención para ser tratados por problemas psiquiátricos, sin que se pueda responder adecuadamente de su seguridad, de que no se den a la fuga o de que no constituyan una amenaza para los demás.

Es frecuente que se reciban pacientes con órdenes del juez de que permanezcan bajo vigilancia policial, lo que ha llevado a la creación en el Pabellón de Jado de Basurto de una unidad «penitenciaria». Esta unidad es totalmente inadecuada, tal y como lo han denunciado repetidamente la jefatura del servicio de psiquiatría y la Dirección del hospital. En ella los pacientes permanecen totalmente aislados, sin contacto con los demás, sin poder salir al aire libre ni hablar con nadie, excepto en las eventuales visitas de sus familiares. En estas condiciones permanecen a veces durante meses, por lo que su estado psíquico empeora (se han producido serios intentos de suicidio), y requiere mayores dosis de medicación.

Algunos pacientes ya sentenciados son enviados a hospitales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma, sin que se pueda garantizar que no se vayan a fugar, ni tampoco una adecuada comunicación con las instancias judiciales de las que dependen.

10.1.3.3. Geriatría

En nuestra Comunidad Autónoma, como en el resto del mundo, las enfermedades psiquiátricas tienen mayor prevalencia entre la población de más de 65 años. Sin embargo en nuestro sistema los pacientes ancianos utilizan menos adecuadamente los recursos asistenciales externos, y, así, están infrarrepresentados en las consultas ambulatorias en las que, por otra parte, se les dedica menos tiempo que a los pacientes adultos o jóvenes. Los pacientes con alteraciones psiquiátricas asociadas a estados demenciales más o menos intensos son el estamento de población peor atendido en nuestra Comunidad Autónoma. La escasez de camas para estos diagnósticos hace que tengan que ser atendidos en centros geriátricos no especializados o en el propio hogar del paciente, causando múltiples sufrimientos a los mismos enfermos y a sus familiares.

10.1.3.4. Pacientes con trastornos psiquiátricos tras traumatismos craneoencefálicos

La llamada «epidemia silenciosa» provoca un elevado número de pacientes con graves trastornos de conducta, que no pueden ser adecuadamente tratados por sus familiares ni en centros médicos o psiquiátricos tradicionales, donde producen problemas graves.

10.1.3.5. El problema del doble diagnóstico en toxicomanías

Aunque el problema de las toxicomanías requiere un abordaje pluridimensional, en el que los servicios psiquiátricos no son sino uno de los múl-

tiples agentes, lo cierto es que los enfermos psiquiátricos presentan cada vez con más frecuencia problemas de toxicomanías. Muchos pacientes con toxicomanías no son adecuadamente tratados, ni en unidades médicas exclusivamente, ni en unidades de desintoxicación, ni en comunidades terapéuticas exclusivas para toxicómanos. Requieren unidades específicas para tratamiento de pacientes con «doble diagnóstico».

10.2. RECOMENDACIONES

10.2.1. Recomendaciones médico-organizativas

1. Es preciso requerir actuaciones preferentes del Parlamento Vasco y de los departamentos de Sanidad y de Justicia para resolver los problemas cuantitativos y cualitativos existentes, completando la notable mejora que en los últimos quince años se ha producido en la asistencia psiquiátrica en la Comunidad Autónoma Vasca.

2. Es preciso despsiquiatrizar a pacientes oligofrénicos y seniles sin problemas psiquiátricos específicos, alojándolos en otros lugares en los que puedan recibir una atención específica.

3. Es preciso llevar a cabo actuaciones arquitectónicas de remodelación, y en su caso terminar las ya iniciadas, en varios establecimientos y unidades de psiquiatría de la CAPV, especialmente en:

— El pabellón Izaro en el Hospital Psiquiátrico de Bermeo.

— Las unidades de Psicogeriatría y Excitados de Usurbil.

— La Unidad de Rehabilitación de Segundo Nivel o sala E del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar.

— El pabellón de San Rafael y el de Sagrado Corazón del Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios.

Requiere una mención especial el caso del H.P. de Santa María de Las Nieves, donde se deberían acometer las obras más perentorias hasta la puesta en marcha del nuevo hospital psiquiátrico actualmente en construcción.

4. Es preciso programar adecuadamente el nuevo Hospital Psiquiátrico de Alava para que pueda cumplir funciones hospitalarias y no fundamentalmente asilares. Esto requeriría que aquellos colectivos que no precisen un tratamiento psiquiátrico hospitalario fuesen reconducidos a otros centros asistenciales, donde se pudiera mantener la calidad de las prestaciones sociales que venían recibiendo, así como un tratamiento médico y psiquiátrico apropiado a sus necesidades. Como se ha dicho a lo largo del informe, el desarrollo y mantenimiento del actual sistema hospitalario repercute negativamente en la creación y utilización de dispositivos comunitarios.

5. Es preciso formar psiquiatras, psicólogos y monitores en técnicas especializadas de rehabilitación psiquiátrica.

6. Es preciso redistribuir la población de los centros psiquiátricos de estancia prolongada en poblaciones homogéneas en cuanto a sus necesidades de rehabilitación, y ofrecerles programas específicos.

7. Es preciso crear dispositivos comunitarios, tales como pisos protegidos o las denominadas «casas a medio camino», como recursos alternativos que permitan la salida de algunos pacientes y que, además, impidan el ingreso de otros en los hospitales psiquiátricos de larga y media estancia.

8. Es preciso atenuar urgentemente aquellos factores que hacen que el personal que trabaja en los servicios psiquiátricos tenga un alto grado de insatisfacción laboral.

9. Es preciso profundizar en el desarrollo de los servicios de atención comunitaria, así como agilizar las listas de espera, para evitar que los pacientes tengan que acudir a recibir su primera atención psíquica en los servicios de urgencia.

10. Es preciso crear centros de intervención en crisis, contiguos a las unidades de urgencia de los hospitales generales.

11. Es preciso crear una unidad psiquiátrica de seguridad en la que puedan recibir atención adecuada pacientes peligrosos, incluidos los penitenciarios, que no puedan ser tratados adecuadamente en instituciones abiertas o semiabiertas.

12. Es preciso crear unidades específicas de psicogeriatría en los centros de media y larga estancia, así como procurar una atención psiquiátrica de forma adecuada a los pacientes residentes en asilos y residencias de tercera edad.

13. Es preciso crear una unidad específica para el tratamiento de los trastornos mentales por traumatismos cerebrales.

14. Es preciso crear unidades específicas de tratamiento de pacientes toxicómanos con doble diagnóstico.

10.2.2. Recomendaciones jurídico-organizativas

I. Se debe garantizar que el equipo que intervenga en el traslado de los internos involuntarios desde su domicilio hasta el centro psiquiátrico o desde el servicio de urgencias al centro psiquiátrico, bien sea sanitario o policial, cuente en número y preparación con personal suficiente. Este requisito se hace extensivo a equipos del servicio de urgencias, de forma que se eviten así situaciones de fuerza a veces innecesarias.

II. Se debe evitar la presencia en los establecimientos psiquiátricos de policías uniformados custodiando a pacientes penitenciarios. Esto afecta a la normalidad del funcionamiento del centro, y, además, médicamente resulta inadecuado, ya que causa rechazo psicológico y malestar entre enfermos que padecen alteraciones y disfunciones psíquicas.

III. En los ingresos involuntarios se debe procurar que en todos los casos el juez se entreviste personalmente con el paciente, además de para examinarle, para que puedan ser oídas las razones por las que el enfermo se opone a su internamiento. Esto constituye una garantía fundamental para el paciente, además de una obligación legal para el juez (párrafo 2.º del art. 211 del Código Civil).

IV. Se debe garantizar y procurar el máximo respeto a los derechos fundamentales de los enfermos a lo largo de todo su internamiento, especialmente en lo que se refiere a su libertad, intimidad o confidencialidad, de

lo cual, además, jueces y fiscales deben actuar como garantes. Para el mejor cumplimiento de estas funciones se aconseja la especialización de jueces y fiscales adscribiendo un titular concreto a este cometido.

En este sentido, se deben evitar aquellas prácticas cotidianas que resulten restrictivas para estos derechos, más allá de las limitaciones que imponga el propio tratamiento terapéutico.

V. Se recomienda que se establezcan unos estándares mínimos en las instalaciones y equipamientos de los centros psiquiátricos para procurar un ambiente residencial adecuado, sólo así se puede garantizar el normal ejercicio de los derechos de los internos. Con este criterio se deben suprimir las grandes habitaciones colectivas de ciertos centros, algunas de más de veinticinco camas, única forma de preservar el derecho a la intimidad personal, tan importante en cualquier convivencia, y al reposo de los internos. Se recomiendan habitaciones adecuadas para aquellos pacientes necesitados de cuidados especiales en base a criterios de funcionalidad y optimización del servicio.

VI. Se debe procurar que el interno pueda tener constancia en todo momento del lugar donde estén depositados en custodia sus objetos de valor y su dinero, así como a conocer su importe. Esto resulta especialmente importante, ya que la percepción del subsidio de garantía de ingresos mínimos u otra pensión, y a veces una pequeña contraprestación pecuniaria por sus trabajos de laborterapia, y su tendencia al ahorro y a no gastar, puede motivar con el transcurso del tiempo que los internos cuenten con cantidades pecuniarias importantes.

Asimismo, se recomienda que en el momento del internamiento, cuando el paciente deposita su dinero y objetos de valor, se extienda un recibo en el que quede constancia de cuáles son los bienes que ha entregado y de que han sido recibidos por el centro psiquiátrico en calidad de depósito.

VII. Dada la existencia de importantes colectivos de oligofrénicos y ancianos, que por razón de su tratamiento terapéutico no precisan del internamiento pero sí de la asistencia por otras personas, se deben buscar fórmulas de colaboración y coordinación entre la Administración sanitaria y la Administración de bienestar social. Esto debiera permitir una mejor y más eficaz atención de estos colectivos, sin que el actual reparto competencial entre el Gobierno Vasco y diputaciones forales deba implicar disfuncionalidades.

VIII. Es necesario agilizar los procesos de incapacitación que en estos momentos se encuentran paralizados en los distintos juzgados y que afectan a un colectivo de unos mil presuntos incapaces. No ha de servir de excusa el que desde ámbitos judiciales se justifique por la dificultad que existe para encontrar un tutor que se responsabilice de los bienes y de la persona del interno.

IX. Se deben buscar fórmulas imaginativas para resolver el problema de la falta de tutores, o en ocasiones el de tutores irresponsables en su cargo. Se sugiere la creación de un organismo público encargado de la tutela de los dementes incapacitados, experiencia ésta que en otras administraciones ya ha sido ensayada con éxito. Además, esta fórmula se podría extender a otros supuestos, como, por ejemplo, al de los ancianos incapaces y al de los menores.

Se desaconseja la práctica que se ha seguido en algunas ocasiones de nombrar al personal o a la Dirección del centro tutores del incapacitado, ya que en estos casos la tutela no aporta mayores garantías para el interno.

X. La situación en que se encuentran algunos enfermos mentales agresivos o peligrosos, como consecuencia de medidas cautelares de prisión y de las condiciones en que la larga duración del internamiento tiene lugar (hasta 250 días en un caso reciente), exige una especial atención por parte de esta Institución.

Estos internamientos se llevan a cabo en una unidad psiquiátrica dependiente de la Administración sanitaria de esta Comunidad Autónoma, en concreto en la del Hospital General de Basurto. La legislación vigente admite que los presos internos en instituciones penitenciarias puedan ser asistidos en casos de necesidad o de urgencia en centros hospitalarios extrapenitenciarios (art. 36-2.º Ley 1/79 Orgánica General Penitenciaria, de 26 de setiembre; art. 79 R.D. 1201/81, de 8 de mayo, Reglamento Penitenciario; y R.D. 319/88, de 30 de marzo, sobre Asistencia Hospitalaria Extrapenitenciaria a Internos).

Dado que los internamientos se disponen en función del grado de peligrosidad del enfermo, las circunstancias en que éste debe ser tratado, y, por tanto, sus derechos, no pueden quedar reducidos por ser preventivos más allá de las imprescindibles medidas de seguridad.

No obstante, en la visita realizada al Hospital de Basurto, se ha observado que se dan situaciones de desigualdad como consecuencia de lo inadecuado de la unidad en que tienen lugar estos prolongados internamientos. Estas condiciones, con el paso del tiempo, se convierten en degradantes y contrarias a la dignidad de las personas allí internadas. Es por ello que se sugiere la supresión del internamiento de los presos aquejados de enfermedades mentales en dicha unidad.

Alternativamente, se propone la creación de una unidad psiquiátrica para enfermos agresivos peligrosos, tanto presos preventivos como ciudadanos sin antecedentes penales (incluso se podría plantear extenderlo a presos en cumplimiento de la pena), en unos espacios en los que sea compatible su internamiento con medidas de seguridad, equipada con unos lugares de esparcimiento mínimamente adecuados. Incluso cabría sugerir la habilitación de estas instalaciones en algún hospital psiquiátrico de los ya existentes en la CAPV, ya que no sería necesario que contara con un número de camas elevado.

La creación de esta unidad, dado el actual reparto competencial, exigiría un acuerdo interadministrativo entre los poderes públicos afectados.

ANEXO I

**NORMAS PARA LA ADMISION
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS
EN HOSPITALES DE LA RED
DEL SERVICIO VASCO
DE SALUD-OSAKIDETZA**

Circular de la Dirección General de Osakidetza N.º 26/1988, de 18 de noviembre

(Aplicables también a aquellos centros de otra titularidad que mantengan concierto con el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza).

La Ley 13/83 de 24 de octubre dispone en su art. 2º la derogación del Decreto de 3 de julio de 1931, que regulaba la asistencia psiquiátrica y establecía los procedimientos de ingreso de pacientes psiquiátricos en establecimientos públicos.

Aun cuando la citada Ley 13/83 no hace una referencia concreta al paciente psiquiátrico, sino que se refiere genéricamente al «internamiento de presuntos incapaces» (lo que implica el que esta misma normativa debe aplicarse a cualquier internamiento en cualquier tipo de centro, y sea cual sea la causa de la presunta incapacidad) no cabe duda de que las normas previstas en dicha Ley deben aplicarse al internamiento de pacientes psiquiátricos en los cuales se suponga que la enfermedad psíquica puede ser causa de incapacidad civil.

En los años transcurridos desde la fecha de derogación del Decreto de 1931 se han producido situaciones de confusión en cuanto a la interpretación de los arts. 203 y 211 del Código Civil que resultan de aplicación en la regulación de la hospitalización de los enfermos mentales, por lo que creemos necesario establecer una normativa uniforme para el conjunto de los hospitales de la red pública y para aquellos concertados con la misma.

Con este fin, y a partir de la fecha de la presente circular, serán de aplicación en los centros de la red pública y aquellos concertados con la misma las siguientes

NORMAS

Primera.—En la hospitalización de pacientes psiquiátricos se distinguirán las siguientes modalidades de ingreso:

1. Ingreso voluntario.
2. Ingreso involuntario ordinario.
3. Ingreso involuntario urgente.
4. Ingreso forzoso por orden judicial.

Segunda.—Ingreso voluntario

1. Se considerarán ingresos voluntarios aquellos solicitados y consentidos libre y conscientemente por el paciente, una vez que

en base a criterios médicos se haya establecido la hospitalización como método idóneo de tratamiento.

2. Existirá un modelo de solicitud de ingreso voluntario dirigido a la Dirección del Centro y que deberá ser cubierto por el interesado en el momento de solicitarse dicha hospitalización. En dicho modelo se hará constar, por parte del médico que recibe la solicitud de ingreso, si a su criterio el paciente esta capacitado para decidir por sí mismo de tal forma que se garantice la no existencia de vicios de consentimiento. (modelo 1).

3. En el caso de que durante la hospitalización del paciente se produjera la desaparición de esta plenitud de facultades, el ingreso deberá convertirse en involuntario ordinario con arreglo a lo dispuesto en el supuesto siguiente.

Tercera.—Ingreso involuntario ordinario

1. Se considera tal a aquel ingreso que es solicitado por los familiares del enfermo, o en su caso por sus representantes legales, sin que existan razones de urgencia médica que justifiquen el ingreso inmediato del paciente.

2. Para realizar este tipo de ingreso se requiere previa autorización judicial.

3. Procedimiento de admisión:

— La familia o el representante legal del paciente deberá cubrir una solicitud de ingreso al que deberá acompañarse la correspondiente autorización judicial. (modelo 2).

— Si faltase dicha autorización, el ingreso se denegará salvo en los supuestos de urgencia médica, circunstancia esta que habrá de determinarse previo reconocimiento del enfermo por el facultativo correspondiente.

— Si tras dicho reconocimiento no se procediera al ingreso por razón de urgencia, se entregará a la familia o representantes legales del enfermo, un informe médico a efectos de solicitar la autorización judicial correspondiente. (modelo 3).

4. El ingreso involuntario ordinario implica para la Dirección del centro las siguientes obligaciones en cuanto a su tramitación:

a) Comunicar al Juez el alta en su momento. (modelo 4).

b) Remitirle informes sobre la evolución del paciente con una periodicidad semestral, en el caso de que el alta no se haya producido, o cuando la recabe el Juez.

La sustanciación de estos tramites será responsabilidad del Jefe de la Unidad en que este hospitalizado el paciente.

Cuarta.—Ingreso involuntario urgente

1. Se considera ingreso urgente aquel que a juicio del facultativo del servicio haya de producirse de manera inmediata y sin esperar a la obtención de la oportuna autorización judicial.

2. La determinación de existencia o no de urgencia, deberá hacerse en base a criterios restrictivos, de tal forma que esta modalidad de ingreso constituya una vía excepcional y nunca habitual.

3. Procedimiento de admisión:

— El ingreso será acordado por el médico del servicio que atiende la urgencia.

— Cuanto antes y en todo caso dentro de las 24 horas siguientes al ingreso, este deberá ser puesto en conocimiento del Juez competente por parte de la Dirección del Centro. En días festivos se habilitará al facultativo de guardia para que el de cuenta al Juez de los ingresos que se produjeran con este carácter de urgencia. (modelo 5).

— El ingreso involuntario urgente implica para la Dirección del centro las mismas obligaciones que el ingreso involuntario ordinario.

Quinta.—Posibilidad de denegación de ingreso

Aun existiendo autorización judicial previa para un ingreso involuntario, este podrá ser denegado en base al reconocimiento e informe emitido por el facultativo que atiende la demanda de ingreso, si estima que este es innecesario.

Tal hecho se pondrá en conocimiento del Juez que autorizó el ingreso por parte del Director del centro. (modelo 6).

Sexta.—Altas

1. Se producirán por prescripción médica cuando se estime que han cesado las causas que aconsejaban la hospitalización, sin necesidad de obtener previa autorización judicial al efecto.

Si el ingreso se hubiera producido previa autorización judicial o se hubiere notificado el ingreso urgente, se dará cuenta al Juez correspondiente. (modelo 4).

2. Se concederá asimismo el alta de la siguiente forma:

— En los casos de ingreso voluntario, a solicitud de enfermo si este está legalmente capacitado para ello.

— En los ingresos involuntarios, a petición de los familiares o representantes, aún en contra del parecer médico, previa cobertura de la solicitud de alta de este tipo. (modelo 7).

— En cualquier caso se exceptúan los supuestos de internamiento por orden judicial.

3. La fuga de cualquier enfermo ingresado con autorización judicial, habrá de ponerse en conocimiento del Juez correspondiente antes de transcurridas 24 horas.

Séptima.—Internamientos por orden judicial

1. El tratamiento en régimen de internamiento de personas en situación de privación de libertad, bien sean penados o preventivos, precisa de una decisión judicial que deberá ser previa al ingreso en los Servicios de Psiquiatría.

2. Cuando el internamiento hubiera sido ordenado por un Juez, habrá de admitirse en todo caso, permaneciendo el enfermo ingresado en tanto el Juez no ordene otra cosa.

No obstante, los servicios médicos del centro pueden y deben emitir dictamen respecto a la conveniencia del ingreso desde una perspectiva estrictamente técnico-asistencial, y en el supuesto de que no se estimase conveniente la hospitalización, se pondrá dicho extremo en conocimiento del Juez que ordenó el ingreso.

3. Se comunicará al Juez en cualquier momento la conveniencia de sustituir el internamiento por procedimientos de tratamiento alternativo que se estimen mas idóneos. Asimismo, se le comunicará la posibilidad de conceder el alta al enfermo.

4. Si se produjese la fuga de un enfermo hospitalizado por orden judicial, el hecho se pondrá inmediatamente en conocimiento del Juez que ordenó el ingreso, así como del Juez de Vigilancia Penitenciaria del Distrito y de la Policía.

5. En ningún caso el Centro se hará responsable de la custodia del enfermo por sus propios medios, hecho que se pondrá en conocimiento del Juez que haya dado la orden de ingreso.

ANEXO II

**EVALUACION DE LOS OBJETIVOS
PROPUESTOS POR EL «PLAN DE
SALUD MENTAL Y ASISTENCIA
PSIQUIATRICA» DEL GOBIERNO
VASCO 1983,
REALIZADA POR LA COMISION
PARA LA REFORMA DE LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

IIA. EVALUACION DE OBJETIVOS EN NOVIEMBRE DE 1989

1.1. COMARCALIZACION DE LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Objetivos a corto plazo:

1. *Creación de consultorios de Salud Mental en aquellos sectores en que no existan como la Margen izquierda, Encartaciones y Zona minera y Zona sur de Alava.*

Se han creado o potenciado los centros de salud mental en toda la Comunidad Autónoma. Y aunque Las Encartaciones permanece aún sin consultorio, sin embargo la margen Izquierda, Zona Minera y Sur de Alava, cuentan ya con sus respectivos C.S.M.

2. *Puesta en marcha de Hospitales de Día de las comarcas donde se hayan previsto y no existan como sucede en Gipúzkoa, Margen izquierda e interior de Bizkaia.*

Aunque se han creado hospitales y Centros de Día (Garamendi, Basurto, Antiguo, Vitoria), éstos aún son escasos, existiendo zonas sin cobertura (Margen izda., interior, etc.) o están en situación precaria (Basurto,...).

3. *Creación de unidades de Psiquiatría en los hospitales generales de Santiago Apóstol de Vitoria, en el de Basurto, Margen izquierda y en el de Galdakao.*

Se han creado las Unidades psiquiátricas en los hospitales generales de Santiago Apóstol, Galdakao y Basurto, pero aún falta por crearse este Servicio en la Margen izquierda (Cruces).

4. *Creación de granjas de rehabilitación de toxicómanos en Bizkaia y Alava.*

Se han creado las granjas de Manu-Ene en Bizkaia y Foronda en Alava.

5. *Organización de Talleres Protegidos tal y como se precisa en el capítulo 2.*

Apenas se ha avanzado en la consecución de este objetivo.

6. *Remodelación física de los hospitales de Zaldibar y Bermeo según los planes previstos por la Diputación Foral de Bizkaia.*

Ambas remodelaciones se están acometiendo y están avanzando, sobre todo la del Hospital de Bermeo, aunque aún falta por ampliar dichas obras a todos los pabellones y servicios.

Objetivos a medio plazo:

7. *Equipos de Salud Mental en cada Comarca con capacidad para desarrollar una actividad integrada, asistencial y preventiva.*

Casi todas las Comarcas cuentan ya con su propio Equipo de Salud Mental.

8. *Reestructuración física de la Unidad Psiquiátrica del Hospital Provincial de Gipuzkoa.*

Esta reestructuración ha sido ya llevada a cabo.

9. *Integración de los pacientes de larga estancia en la red de servicios sociales.*

No se ha acometido la mencionada integración. En los últimos años aparecen opiniones cualificadas que dudan de que esta medida sea llevada a cabo, al menos de manera indiscriminada. En este sentido se aboga por que los enfermos psiquiátricos sean asumidos por el sistema sanitario. La aparición de la Ley de Territorios Históricos, que separa los servicios de Sanidad (Gobierno Vasco) y Bienestar Social (diputaciones forales), dificulta este proceso.

10. *Conversión de los Psiquiátricos de Zaldibar y Bermeo en sanatorios Mixtos.*

Ambos Centros permanecen monográficamente dedicados bien a mujeres, Zaldibar, o a hombre Bermeo. Tan sólo una planta de Zamudio ha sido convertida en planta mixta.

1.2. ORGANIZACION INTEGRADA EN EL SISTEMA SANITARIO

Objetivos a corto plazo:

1. *Coordinación con los médicos neuropsiquiatras de urgencias y con los generales de INSALUD a nivel de información y transmisión de pacientes.*

La integración de los servicios de las diputaciones forales e INSALUD en Osakidetza ha favorecido la coordinación. El desdoblamiento y jerarquización de los neuropsiquiatras también han favorecido este proceso, que

aún debe mejorar. La coordinación de los servicios de Urgencia es una tarea aún por llevar a cabo.

2. *Creación de Juntas de Salud Mental en cada Comarca.*

No se han desarrollado este tipo de Juntas. Tan sólo existió una en la Margen Izquierda de Bizkaia. Si se desarrollaron, en cambio, las Juntas Técnico-Sanitarias de cada comarca.

3. *Integración de la gestión de los servicios psiquiátricos de las diversas Instituciones (INSALUD, Sanidad, diputaciones), y, en función de este Plan, coordinación de los mismos bajo una misma instancia en cada área.*

En el momento actual los dispositivos de Salud Mental confluyen en Osakidetza, proviniendo del Departamento de Sanidad, INSALUD, diputaciones, Plan Nacional de Drogas. Quedan aún por integrarse dispositivos de tipo municipal: Consorcio Uribe Kosta, Módulos psicosociales.

4. *Designación de un coordinador de Psiquiatría en cada Comarca*

Designaciones aún no llevadas a cabo.

5. *Puesta en marcha del Plan de Gestión y Evaluación Continua. A finales de 1983 se ha de estar en disposición de hacer un plan de Gestión para 1984, tal y como se propone en el estudio realizado a tal efecto y que se presenta como anexo a este Plan. Se fijarán objetivos de tipo incluso cualitativo en la asistencia.*

Tal plan no ha sido elaborado hasta 1987. Los continuos cambios de los responsables de la Salud Mental han dificultado la continuidad de este tipo de planes.

6. *Elaboración de índices sociales de Salud Mental y puesta en funcionamiento de su estudio.*

Se han llevado a cabo estudios de los pacientes ingresados en los centros de Osakidetza. Falta por ampliar los mencionados estudios a los centros concertados y poner al día los de los centros propios.

7. *Dotación para el desarrollo de este Plan de estructura organizativa necesaria, concentrada en:*

a) Jefatura de Psiquiatría del Area b) Jefatura del Programa de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental en la dirección asistencial de Osakidetza. c) Dotación de presupuesto e infraestructura a la Jefatura de los Servicios Psiquiátricos del Departamento para desarrollar las funciones de planificación (asistencia, docencia, prevención y educación sanitaria), investigación y evaluación.

a) Hasta la fecha no ha existido la figura de Jefe de Psiquiatría de Area. Este objetivo espera cumplirse en 1990.

b) Aunque en el momento actual está vacante, existe y ha existido tal figura desde 1985.

c) La Jefatura de Servicios Psiquiátricos del Departamento apenas cuenta con infraestructura, ya que se entiende, en el momento actual, que esta deberá estar adscrita a Osakidetza. Si se ha contado con presupuesto para la formación.

8. *Precisar y aplicar los criterios de acreditación de Centros y Módulos Psico-sociales concertados o subvencionados para su inserción en la red psiquiátrica de cada Comarca.*

Se encuentra en proyecto la integración de Centros concertados o subvencionados. (Consortio Uribe Kosta, y Módulos psicossociales).

9. *Organizar los servicios de urgencia.*

En Bizkaia se ha avanzado en el concierto de ambulancias de Urgencia Psiquiátrica y Centro de Derivación e Información de Ingresos Psiquiátricos (aunque sólo funciona hasta las tres horas). El Hospital de Basurto asume la mayoría de las urgencias hospitalarias. En general, no se han ampliado los servicios de Urgencia en el hospital general, no se han sectorizado las urgencias, ni integrado en el Servicio General de Urgencias Sanitarias.

Objetivos a medio plazo:

10. *Implantación general del Plan de Gestión y Evaluación Continua.*

Se viene llevando a cabo tal sólo en los últimos años.

11. *Integración de todos los servicios psiquiátricos en Osakidetza.*

Integración prácticamente realizada.

12. *Implantación general del Registro del Paciente Psiquiátrico.*

Aunque han funcionado diversos sistemas de Registro, estos han ido paulatinamente tendiendo hacia la uniformidad. En el momento actual existe el riesgo de que no se vuelva a contratar al personal con tal fin empleado hasta la actualidad.

1.3. PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECIFICOS

Objetivos a corto plazo:

1. *Elaboración de un Plan de Psiquiatría Infantil.*

Se elaboro y público el Plan, que está siendo revisado por la subcomisión correspondiente de la Comisión para la Reforma.

2. *Elaboración de un Plan de Psicogeriatría.*

Se elaboró el Plan que también ha sido revisado. Se ha elaborado también en 1989 el Plan de Demencias de la CAPV. Existe un plan específico para Alava.

3. *Promoción de técnicas de psicoterapia en los consultorios de neuropsiquiatría de la Seguridad Social.*

Tal sólo durante un año se llevó a cabo un programa de psicoterapia de grupo en los ambulatorios.

Las psicoterapias son asumidas hoy en día por los C.S.M.

4. *Coordinación del D.A.K. con la Jefatura de Servicios Psiquiátricos del Departamento en sus funciones de planificación (asistencia, docencia, prevención y educación sanitaria), investigación y evaluación.*

No sólo se ha coordinado, sino que se ha integrado en la red de Osakidetza.

5. *Elaboración de programas de rehabilitación de enfermos crónicos.*

Se han elaborado tanto en Alava como en Bizkaia. Falta elaborar el de Gipuzkoa y ponerlos al día.

6. *Elaboración de un Plan de Programas de Prevención.*

No se ha elaborado tal plan.

Objetivos a medio plazo:

7. *Puesta en marcha del Plan de Psiquiatría Infantil.*

La puesta en marcha del Plan de Psiquiatría infantil presenta diferentes desarrollos según los distintos territorios históricos. En general es un plan menos desarrollado que el de Adultos o Drogodependencias. Si bien en Alava o en ciertas Comarcas de Bizkaia existen equipos, estos aún deberán potenciarse sobre todo ello donde existan de manera más precaria. No se han desarrollado aún las estructuras intermedias.

8. *Puesta en marcha del Plan de Psicogeriatría.*

No se ha puesto aún en la práctica ningún programa de psicogeriatría.

9. *Puesta en marcha del Plan de Programas de Rehabilitación de Crónicos.*

Tan sólo se ha llevado a la práctica en Alava.

10. *Puesta en marcha del Plan de Programas de Prevención.*

No se han puesto en marcha programas de prevención, más allá, de ciertas experiencias puntuales.

11. *Elaboración de un Plan de Psiquiatría de la Adolescencia.*

El plan se elaboró junto con el de Psiquiatría Infantil. En revisión en la actualidad por la Subcomisión de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Comisión para la Reforma.

1.4. INVESTIGACION

Objetivos a corto plazo:

1. *Desarrollo de investigaciones sobre:*
 - a) *Validación de sistemas de diagnóstico psiquiátrico.*
 - b) *Evaluación de la eficacia de algunos métodos de tratamiento.*
 - c) *Estudio de las necesidades especiales de determinados grupos de población en riesgo como ancianos, niños y marginados en situaciones determinadas.*
 - d) *Investigaciones sobre la incidencia y prevalencia de las demencias y el retraso mental.*
 - e) *Investigación epidemiológica con el P.S.E. y el L.E.D.S.*

En la actualidad se está llevando a cabo el estudio de validación de la clasificación D.C. 10 en nuestro entorno. También se han llevado a cabo investigaciones sobre materias varias y utilizando diferentes instrumentos cuya enumeración excedería el contenido del presente trabajo.

2. *Creación en colaboración con el Departamento de Educación de un comité de investigación de Psiquiatría.*

No se ha creado tal Comité de Investigación.

Objetivos a medio plazo:

3. *Coordinación en colaboración con el Departamento de Educación de las diversas investigaciones y centros de investigación de Psiquiatría a largo plazo.*

Aunque el plan como tal no se ha llevado a cabo, sí han existido ayudas tanto a la formación como a la investigación en psiquiatría.

1.5. FORMACION DE LOS PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Objetivos a corto plazo:

1. *Estudio psico-sociológico de los Sanatorios en cuanto a su dinámica informal en función de la dinamización de comunidades terapéuticas.*

Se han llevado a cabo experiencias puntuales.

2. *Elaboración de un Plan de formación de enfermeros psiquiátricos para las actuales auxiliares psiquiátricos.*

Aunque existen experiencias de formación no se ha estructurado la docencia de auxiliares psiquiátricos dentro de la Formación Profesional.

3. *Estudio de las futuras necesidades en la Comunidad Autónoma de especialistas en Psiquiatría.*

Desde el año 1987 se cuenta con estudios de las necesidades de especialistas en psiquiatría en base a las ratios existentes y a los que se prevén necesarios en el futuro.

4. *Elaboración de un Plan de coordinación de los diferentes servicios y sectores, de forma que los residentes puedan rotar por ellos tras su acreditación.*

Los residentes tanto de Psiquiatría como de Medicina de Familia rotan por diferentes servicios. Será necesario de cara al futuro estructurar de forma más eficaz dicha coordinación para la rotación. Esta se deberá llevar a cabo a partir de la Comisión MIR.

5. *Colaborar con el Departamento de Educación en la formación de un comité de docencia para la coordinación de los distintos planes y programas de docencia de médicos psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermos psiquiátricos.*

No ha existido la mencionada colaboración.

6. *Fomentar planes de enseñanza de técnicas psicoterapéuticas especiales.*

Ha existido un fomento de la formación de técnicas psicoterapéuticas, tanto individuales, como familiares y grupales. Las iniciativas obedecen tanto al sector público (Universidad, Departamento de Sanidad, centros, etc.) como al privado. La mencionada formación no ha obedecido, desde el sector público, a objetivos concretos, pudiendo aparecer como descoordinada y discontinua en el tiempo.

Objetivos a medio plazo:

7. *Desarrollo del Programa de Formación de Enfermeros Psiquiátricos.*

En estudio en la actualidad, desde la Subdirección de Enfermería de Osakidetza de los planes de formación continuada que van estructurándose.

El aspecto de docencia (especialidad en Enfermería Psiquiátrica) está en el momento actual, al igual que el resto de las especialidades de enfermería, en situación de espera y estudio.

8. *Elaboración en colaboración con el Departamento de Educación de un Plan de formación de Psicólogos clínicos.*

Aun existiendo diferentes propuestas, no se han plasmado, en la práctica, en un plan de docencia de Psicología Clínica.

9. *Colaborar con el Departamento de Educación en el desarrollo de Programas de Formación en Técnicas Psicoterapéuticas Especiales.*

No ha existido tal colaboración.

IIB. EVALUACION DE OBJETIVOS EN ENERO DE 1991

1.1. COMARCALIZACION DE LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL

1.1.1. A partir del 1-2-1992 se abrirá el Consultorio de Zalla (Encartaciones).

1.1.2. A primeros de este año se van a abrir los hospitales de Día de Basauri (interior) y Ortuella (Margen izquierda).

Se ha consolidado el del Hospital de Basurto.

1.1.3. Ya se encuentra en Servicio la Unidad de Galdakao (desde el 1-X-1990).

En el proyecto apertura del de Cruces.

1.1.6. Aprobados planes plurianuales 1991-92-93 para completar las obras de remodelación de Bermeo y Zaldibar.

1.1.10. Las unidades de Corta y Media Estancia de Zaldibar y Bermeo son mixtas desde 1991.

Integración desde 1986 de la Salud Mental en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. A partir de la integración en 1988 en este Servicio de los recursos permanentes del Insalud, tal integración es prácticamente total.

1.2.1. Apenas quedan ya neuropsiquiatras.

1.2.2. Existen en la actualidad las Juntas de Distrito de Salud Mental en todas las comarcas sanitarias.

1.2.3. Desde Mayo de 1.990 se integraron en Osakidetza los recursos de salud municipales (Módulos psicosociales y Consorcio Uribe-Kosta)

En la actualidad la práctica totalidad de la plantilla extrahospitalaria depende de Osakidetza. Sólo se mantienen cinco módulos concertados.

1.2.4. Se ha optado más que por la designación de un Coordinador de Psiquiatría en cada Comarca por la de una Dirección colegiada (Junta de Distrito de Salud Mental) así como Jefaturas de los Servicios Hospitalarios y de los C.S.M.

1.2.5. Durante el año 1991 y con vistas al 92 todos los niveles, desde los Servicios Centrales de Osakidetza hasta cada Centro, han elaborado su Plan de Gestión por objetivos para 1992.

Se ha creado la Comisión de Calidad en Salud Mental de Osakidetza.

1.2.6. Se han desarrollado estudios sobre aspectos sociales de Pacientes Crónicos en los C.S.M. de Araba y Bizkaia. Se han llevado a cabo investigaciones exhaustivas en algunos Servicios Hospitalarios (Zaldibar) y C.S.M. (Módulo de Rekalde).

1.2.7. Se han estructurado las Jefaturas de Salud Mental tanto en las tres Areas Sanitarias, Araba, Bizkaia y Gipuzoa, como en los Servicios Centrales de Osakidetza.

1.2.8. Tan sólo permanecen 5 Módulos Psicosociales no integrados en la red de Osakidetza, y se encuentran concertados.

1.2.9. En la actualidad la asistencia en Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias se encuentran centralizadas en los hospitales generales con Servicio de Psiquiatría: Hospital de Gipuzkoa en Donostia, Hospital de Santiago Apóstol en Araba y hospitales de Basurto y Galdakao en Bizkaia.

1.2.10. En la actualidad existe un único Servicio de Información Sanitaria en Osakidetza, así como la implantación en la práctica totalidad de la red del Registro de casos psiquiátricos.

1.3. PROGRAMAS ASISTENCIALES ESPECIFICOS

La elaboración de los mencionados programas se encuentra contemplada en el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la CAPV y en los respectivos planes de Gestión. Estos programas están en fase de desarrollo.

1.3.7. Para el año 1.992 se han consolidado los Equipos de Psiquiatría Infantil de aquellas Comarcas, sobre todo de Gipuzkoa y Bizkaia, con menor dotación de personal.

1.3.8. Puesta en marcha en unidades de hospital general.

1.3.9. En desarrollo en la actualidad también en Bizkaia, tanto en las unidades de Media Estancia de los hospitales psiquiátricos, como en diferentes C.S.M.

1.5. Formación de los profesionales en el campo de la Salud Mental.

1.5.7. Desarrollo en la Escuela de Enfermería de Txagorritxu, en colaboración con Osakidetza, de un curso de post-grado sobre Enfermería psiquiátrica.

1.5.8. En fase de preparación, el P.I.R. de la Comunidad Autónoma del País Vasco entre Departamento de Sanidad, Facultad de Psicología de Zorroaga y Osakidetza.

ANEXO III

**LA OMISION DEL DOBLE
DIAGNOSTICO:
ESQUIZOFRENIA-ABUSO DE
SUSTANCIAS**

INTRODUCCION

Numerosos autores han constatado la alta prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en la población psiquiátrica. En el proyecto «Epiemiological Catchment Areas» (E.C.A.), realizado con el D.I.S. por el National Institute of mental Health (N.I.M.H.) estadounidense y en otros estudios (Kay & cols., 1989; Lehman & cols., 1989; Bukstein & cols., 1989; Nace & cols., 1991), se encontró una asociación mayor que la prevista entre trastornos psiquiátricos y abuso de drogas. La prevalencia del abuso de sustancias en estos pacientes es entre el 60 y el 85 %, mientras que la prevalencia de la dependencia de sustancias en la población general no supera el 15 al 35 % (Minkoff, 1989).

El problema tiene especial relevancia entre los esquizofrénicos. La alta tasa de uso de estas sustancias entre estos pacientes ha promovido el empleo del término «doble diagnóstico» para denominar la simultaneidad de ambas patologías (esquizofrenia y toxicomania).

Existen diversos estudios sobre el abuso de alcohol y otras drogas en estos enfermos que emplean criterios diagnósticos diferentes y, por lo tanto, no equiparables, aunque son útiles para dar idea de las preferencias de uso. Se ha encontrado que más de un 60 % de pacientes esquizofrénicos han abusado de drogas ilícitas (Alterman & cols., 1980; Negrete & cols., 1986; Dixon & cols., 1989; Miller & Tanenbaum, 1989; Test & cols., 1989). Comparando estudios realizados en pacientes esquizofrénicos jóvenes con la población general, se encuentra que los esquizofrénicos usan cinco veces más sedantes, ocho veces más estimulantes, cinco veces más narcóticos y dos veces más psicodislépticos.

Teníamos la impresión de que los diagnósticos emitidos con fines principalmente clínico-administrativos, en hospitales y consultas ambulatorias en nuestro ambiente tienden a minusvalorar el doble diagnóstico, por lo que decidimos realizar un estudio piloto en nuestro medio que permitiera valorar la dimensión real del abuso de sustancias psicoactivas en los pacientes esquizofrénicos ingresados de cara a proponer programas específicos para su tratamiento. Los objetivos fueron los siguientes: primero, determinar si existe omisión del doble diagnóstico, segundo, definir los tipos de sustancias utilizadas y sus frecuencias, y, tercero, comparar el grupo de pacientes que abusan de drogas con los que no lo hacen en función de diferentes variables demográficas.

Método

Fueron revisadas todas las historias clínicas de los pacientes dados de alta de la Unidad de Agudos del Hospital Civil de Bilbao correspondientes al período comprendido entre el uno de enero de 1991 y el treinta de septiembre del mismo año y cuyos diagnósticos (DSM-III-R) fueran: trastorno esquizofrénico, trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo. El total de pacientes estudiados fue de 104, de los que 61 eran hombres y 43 mujeres (edad media 33,7 años, mediana 30,0, rango 18-72). Fueron diagnosticados de esquizofrenia 75, de trastorno esquizofreniforme 25 y de trastorno esquizoafectivo 4. Se indagó la existencia de criterios diagnósticos de abuso-dependencia de sustancias y, cuando hubo dudas al respecto, se contactó con las familias para aclararlas.

Resultados

37 pacientes de 104 cumplían criterios diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias (35,6 %), sin embargo sólo 5 de estos fueron diagnosticados (4,8 %) como con ese diagnóstico. De los 37 pacientes 21 consumían sólo una sustancia (56,75 %) y los otros 16 restantes más de una (43,24 %). El 37,8 % de los pacientes presentaba abuso de sustancias y el 18,2 % abuso de anfetaminas. Los dependientes de sustancias consumían principalmente alcohol y cannabis (16,2 % cada uno) seguido de opiáceos y cocaína (10,8 % cada uno). No hubo diferencias estadísticas significativas entre pacientes no consumidores y consumidores en función de las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel cultural, situación laboral, antecedentes familiares), diagnósticos y año de inicio de la enfermedad.

Discusión

La frecuencia de comorbilidad es, como se ha visto, alta en nuestra muestra. Las sustancias más frecuentemente utilizadas son el alcohol (23,06 %), cannabis (19,22 %), anfetaminas (7,68 %), cocaína (5,76 %), opiáceos (4,80 %), benzodiacepinas (3,84 %) y otras drogas (3,84 %). Estas preferencias de uso son equiparables a las encontradas en la población general en el mismo medio (*Encuesta de salud de Euskadi*. Gobierno Vasco, 1987).

Han sido propuestas diversas teorías que explican esta frecuente comorbilidad. Según la teoría etiológica, el abuso de drogas incrementa la probabilidad de padecer una esquizofrenia. La mayoría de los autores sugieren que el comienzo de la esquizofrenia puede ser precipitado por las drogas en pacientes presicóticos o con esquizofrenia latente, pero que la enfermedad no es directamente causada por el abuso de sustancias. La cuestión de si el abuso de estimulantes puede originar un cuadro similar a la esquizofrenia en sujetos sin predisposición previa después de interrumpir el consumo, es algo que está por confirmar. Por su parte, la teoría de

la automedicación postula que los esquizofrénicos abusadores de drogas utilizan estas con la intención de aminorar los síntomas de la enfermedad o bien para paliar los efectos secundarios de la medicación Neuroléptica. Según esta teoría, cada sustancia con sus efectos específicos se utiliza para tratar síntomas también específicos. Otras teorías resaltan los factores socioculturales, destacando el impacto socioeconómico de la esquizofrenia que lleva a estas personas a la marginación y a la indigencia; o por el contrario, entienden que el uso de drogas por el esquizofrénico puede ser debido a un intento de socialización mediante el cual el individuo aislado tiende a identificarse con un determinado subgrupo social. Por último, diversos autores han postulado que los determinantes del abuso de drogas en estos enfermos no serían diferentes a los de la población general. Nuestros datos no aportan datos que permita apoyar una u otra hipótesis etiológica.

Estudios recientes sobre los esquizofrénicos consumidores de drogas apuntan hacia la delimitación de este colectivo como un subgrupo de los esquizofrénicos con unas características definidas. El abuso de estimulantes entre pacientes se asocia a una más temprana edad de su primera hospitalización. Los datos sugieren que el uso de estimulantes podría precipitar un comienzo precoz de la enfermedad en pacientes que probablemente estuvieran más predispuestos a padecer la enfermedad, y haría que la esquizofrenia debutara a más temprana edad (Weller X cols 1988, Alterman & cols. 1984). Otros trabajos señalan que el ajuste premórbido es mejor que en estos pacientes que en los no consumidores (Tsuang & cols. 1990) y que clínicamente presentan una psicopatología menos severa (Dixon 1991), por lo que pueden representar un subgrupo con mejor pronóstico y características clínicas menos severas de esquizofrenia. En este sentido, una reciente revisión de la Estate Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled de New York (1986) concluye que los pacientes con doble diagnóstico tienden a ser menos severamente psiquiátricos, pero más comúnmente evidencian sociopatías y otros trastornos del carácter. En nuestro trabajo, en el análisis comparativo de los pacientes consumidores y no consumidores ninguna de las variables utilizadas fue estadísticamente significativa, por lo que no podemos apoyar estas afirmaciones.

La observación de que estos pacientes tienen un mejor funcionamiento premórbido, y la suposición de que éste sería sostenido por una personalidad con un mayor ajuste social, hace pensar que el tratamiento más específico y ajustado a este tipo de personas mejoraría en algún grado los resultados de los tratamientos actuales. (Dixon & cols. 1991) en un estudio realizado con una muestra de pacientes esquizofrénicos, esquizoafectivos y esquizofreniformes compara los pacientes abusadores de drogas con los que no lo son. Llega a la conclusión que los pacientes esquizofrénicos que abusan de drogas podrían representar un subgrupo con mejor pronóstico y sintomatología menos severa, pero el abuso de drogas podría afectar adversamente el resultado global, sugiriendo así que la combinación del abuso de drogas y esquizofrenia complicaría casos que de otro modo serían menos severos. Se ha descrito una mala respuesta del tratamiento neuroléptico en pacientes varones psicóticos con historia de uso de drogas psicogénicas. Esta refractariedad relativa a los neurolépticos podría ser característica de algunos pacientes con doble diagnóstico ya desde el

comienzo de su enfermedad (Bowers & cols., 1990). En conjunto, los datos clínicos terapéuticos aportados por la literatura demuestran la importancia del consumo de drogas en la evolución y pronóstico de la enfermedad esquizofrenica, e indican la necesidad de detectar la comorbilidad y tenerla en cuenta a la hora de establecer pautas terapéuticas (Minkoff, 1989; Osler & cols., 1989). Todo ello hace necesario detectar adecuadamente los casos, lo que, como nuestro estudio demuestra, no siempre sucede.

En efecto, en nuestro Servicio, se ha observado una alta tasa de omisión del doble diagnóstico (87 %) (Fig. 11). Esto puede ser debido al exceso de celo puesto en el diagnóstico de la esquizofrenia y a la desvalorización de la importancia del consumo de sustancias, especialmente el alcohol, en su desencadenamiento y evolución. Es necesario, pues, sensibilizar a los profesionales a la adecuada detección de estos problemas, sin la que no se puede ofrecer una atención específica adecuada.

AUTORES

- Dr. D. Javier Pastor.
- Dr. D. Juan Mendivil.
- Dr. D. Emilio de la Sierra.
- Dr. D. Inaki Egiluz.
- Dr. D. José Guimón.

ANEXO IV

**SINDROMES PSIQUIATRICOS
INCAPACITANTES TRAS
CONTUSION CEREBRAL**

Los traumatismos crónicos graves producen con frecuencia afecciones psiquiátricas susceptibles de producir grados variables de incapacidad que originan importantes problemas sociosanitarios. Es deseable evaluar la importancia de tales problemas, ya que el Estado español se sitúa en segundo lugar entre los países de la CEE en lo que se refiere a muertes por accidentes de tráfico, de ahí que hayamos realizado un estudio en pacientes de la provincia de Bizkaia.

METODO

Se ha estudiado la historia clínica de 107 pacientes, ingresados con anterioridad a 1990 en los servicios de neuropsiquiatría de los hospitales de Basurto y Cruces en Bizkaia, con el diagnóstico de contusión cerebral (C.I.E-9 revisada) y comprobación de edema o hemorragia cerebral en TAC o Resonancia Magnética cerebral. 31 pacientes presentaron en el momento del ingreso una puntuación inferior a 7 en el Glasgow y el resto una puntuación inferior a 12.

La muestra constaba de 92 hombres y 15 mujeres, con una media de edad de 42,9 y 56,8 respectivamente, lo que induce a pensar que los traumatismos más graves desplazan la curva de edad hacia arriba. En la muestra contábamos con dos niños de 5 años y dos ancianos de 90.

En el gráfico de la distribución por edades se observa una distribución bimodal con frecuencias máximas comprendidas entre los 20-60 años, manteniéndose el pico de máxima incidencia sobre los 20-30 años, lo que coincide con que lo referido en la literatura.

RESULTADOS

Los datos clínicos los dividimos, siguiendo a Cohafdon y Cols (1991), de la siguiente manera:

— Alteraciones de la personalidad:

- 1) Graves.
- 2) Ligeras.
- 3) Psicóticas.

— Alteraciones cognitivas:

- 1) Demenciados.
- 2) Alt. graves de la memoria y/o afasia.

3) Alt. ligeras de la memoria y/o atención.

Cada uno de estos apartados fue a su vez especificado, en relación con el grado de incapacidad que presentaba el paciente para la vida cotidiana, con cuatro subcategorías:

- a: Totalmente dependiente.
- b: Necesita ayuda.
- c: Se vale para tareas domésticas.
- d: Se vale para la vida social.

La información sobre la clínica y la incapacidad ha sido obtenida, además de por medio de la historia clínica, a partir de la información de los servicios de rehabilitación, por donde habitualmente pasan este tipo de pacientes, y de psiquiatría, que era consultado cuando la situación era insostenible, o de las propias familias.

Seguidamente se recogen los resultados en % de las secuelas cognitivas, que adquieren una alta incidencia (26 %) y gravedad. Es a destacar la presencia de un 5,6 % de demencias postraumáticas y el que hasta un 10,3 % de los pacientes se encuentren totalmente incapacitados como consecuencia de su deterioro intelectual.

Las alteraciones de la personalidad y del comportamiento las hemos dividido en «graves» (5,5 %), «ligeras» (14 %), y «psicóticas» (0,9 %), haciendo referencia las dos primeras a alteraciones del comportamiento con buena conservación del juicio de la realidad y a trastornos que incluyen alteraciones de éste; las del tercer grupo que, como vemos, incluyo sólo a un paciente. El 20,4 % de los pacientes presentaron algún tipo de alteración de la personalidad y el 4,5 % se hallaban totalmente incapacitados, necesitando las veinticuatro horas del día de la asistencia de algún familiar que soportara sus trastornos conductuales postraumáticos.

Edad, sexo y gravedad del daño cerebral son factores que influyen decisivamente en la severidad de los trastornos. Demencia, alteraciones ligeras de la memoria y atención, alteraciones graves de la personalidad y las ligeras son sustancialmente mayores en hombres (con una «p» inferior a 0,001). Los mayores de 40 años tienen más posibilidades de padecer demencia postraumática y ésta, a su vez, es mucho más frecuente en los traumatismos que obtuvieron al ingreso una puntuación inferior a 7 en la escala de Glasgow.

Sólo nos queda por último señalar el interesante hallazgo, ya aportado previamente en la literatura, de que si bien las alteraciones graves de la personalidad son más frecuentes en los traumatismos más graves (66,7 % versus 33,3 %), por el contrario, las secuelas leves lo son en los TCE menos graves (53,3 % versus 46,7 %). Este hallazgo paradójico, ha sido aducido como prueba del componente psicogénico de los cuadros postcontusionales crónicos.

AUTORES

- Dr. D. Miguel Angel Salazar.
- Dr. D. Antonio Bulvena.
- Dr. D. José Guimón.

ANEXO V

LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS

En los últimos años viene haciéndose patente que el dispositivo de asistencia a las urgencias psiquiátricas en nuestra comunidad autónoma está lejos de cumplir adecuadamente sus funciones.

Entre los factores que han dado lugar a esta situación, se encontraban hasta hace poco tiempo, la ausencia de una sectorización que provocaba una afluencia desigual de los pacientes a los distintos puntos del sistema asistencial, sobrecargándose unos e infrautilizándose otros.

En segundo lugar, el insuficiente número de camas de corta estancia para pacientes psiquiátricos frena el ingreso en algunos casos y presiona en ocasiones a los clínicos para reducir los tiempos de estancia en las unidades de agudos, con el consiguiente deterioro de la calidad asistencial y favoreciendo los reingresos. Los recursos extrahospitalarios y comunitarios son desbordados por la demanda asistencial, favoreciendo las visitas a urgencias.

En tercer lugar, carecemos de un dispositivo específico para la atención adecuada de pacientes toxicómanos judiciales. Por otro lado, la inexistencia de un Sistema de Información y Gestión adecuado provoca una falta de coordinación interna de la red de urgencias psiquiátricas y de ésta con la red general de salud mental.

Por tanto, el problema no radica en la ausencia de medios, sino en una ineficaz utilización de los mismos. La respuesta dada al problema por parte de las Instituciones Sanitarias ha sido variada, pero hasta el momento, insuficiente. Cabe recordar la creación de un mecanismo coordinador de los recursos de camas psiquiátricas que hasta el presente no ha dado los resultados esperados.

En 1982, el Profesor Cooper (O.M.S.) publicó un detallado estudio sobre la situación de las urgencias psiquiátricas en Europa. El mencionado Profesor, durante unas Jornadas organizadas por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en Enero de 1986, analizó la asistencia psiquiátrica de urgencia en nuestro medio, haciendo hincapié en el carácter administrativo y organizativo de los problemas de nuestro sistema en Bizkaia.

La Comisión Asesora para la Psiquiatría del Gobierno Vasco, en un documento interno elaborado en 1987, marcó las pautas a seguir en cuanto a la asistencia de urgencias psiquiátricas se refiere en el ámbito del País Vasco.

Es interesante la relación que guardan los Sistemas de Apoyo Comunitarios (Redes Sociales y Servicios Comunitarios) condicionando, si son deficientes, visitas de urgencia y reingresos. La Red Social de los enfermos mentales ha sido objeto de diversos estudios llevados a cabo por el Profesor Guimón y cols. (1985, 1986, 1988). Los citados trabajos indican que

aquellos pacientes psiquiátricos cuya Red Social presta un Apoyo insuficiente son más proclives a acudir a urgencias en tiempos de crisis.

Otros investigadores (M.A. González y cols., 1989; D. Mohan, 1988) señalan que un buen número de pacientes que asiste a urgencias psiquiátricas lo ha hecho otras veces en el pasado. P. Gillig y cols. (1989) apuntan que la existencia de camas de «observación» en los servicios de urgencias psiquiátricas hace descender notablemente las tasas de hospitalización. La presencia de una red de Servicios Comunitarios alternativos retarda o evita la utilización de servicios de urgencia (Schlosberg y cols., 1989).

Para un mejor conocimiento del problema, un equipo de investigadores del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, dirigido por el Dr. Miguel Angel González-Torres ha estudiado durante el mes de Noviembre de 1991 el número y características sociodemográficas de los pacientes que solicitan atención psiquiátrica urgente en la provincia de Bizkaia, tanto en su vertiente hospitalaria como extrahospitalaria y domiciliaria.

Como muestra de la situación global de la C.A.P.V., se han escogido tres centros diferenciados:

— El Servicio de Urgencias del Hospital Civil de Basurto. El mencionado centro atendió durante 1991 un total de 2.984 urgencias (del total de 4.317 urgencias psiquiátricas atendidas en hospitales de Osakidetza durante 1991). En el hospital existen 32 camas de Psiquiatría.

— El Módulo Psicosocial de Deusto-San Ignacio. Este centro extrahospitalario ha sido estudiado en representación de los centros extrahospitalarios de salud mental.

— El Servicio Especial de Urgencia (S.E.U.) de Deusto, que representa la asistencia domiciliaria a las urgencias psiquiátricas.

Se han recogido datos utilizando cuestionarios elaborados al efecto, que administrados por personal médico investigador recababan información procedente de los pacientes, sus familiares y los propios centros asistenciales. La información, de tipo administrativo, sociodemográfico y diagnóstico, ha sido posteriormente analizada empleándose métodos estadísticos rigurosos.

RESULTADOS:

I. UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL DE BASURTO

La muestra está compuesta por 289 sujetos de los que 161 son hombres (55,9 %) y 127 son mujeres (44,1 %). Las edades están comprendidas entre los 13 y los 89 años, con una media de edad de 38 años, siendo los 28 años la edad más frecuente, (desviación típica = 17,86).

Con respecto a la ocupación de los sujetos en el momento de ser intervenidos 103 (38,6 %) están desempleados, 101 (37,8) trabajan o estudian (hemos incluido en esta categoría también a las amas de casa) y finalmente 63 (23,6 %) son jubilados o están de baja.

1. Con quién acude el paciente

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Solo	64	2,1 %
Familiares	155	53,6 %
Policía	41	14,2 %
Otros	19	6,8 %

La mayor parte de los sujetos vienen acompañados por alguien cercano, bien sea por algún familiar, como ocurre en la mayor parte de los casos (53,6 %), o por algún amigo o pareja que son los casos contemplados con más frecuencia en el apartado «Otros». Los casos en los que el paciente viene acompañado por la Policía (14,2 %) generalmente son los relacionados con el abuso de alcohol u otras drogas.

2. Deseo de ingresarlo por parte de los familiares

Con respecto a si los familiares formularon explícitamente el deseo de que el paciente ingrese en el centro no disponemos de este dato en 112 casos (38,8 %) que, lógicamente, corresponden mayoritariamente a las personas que vinieron solas o acompañadas por la policía. De los 177 restantes, 117 familiares (40 %) preferían que no ingresara el paciente en el centro y 60 (20,8 %) convenían, por el contrario, en que éste sí debía ser ingresado. Cabe resaltar que de estos 60 casos en que los familiares deseaban el ingreso del paciente, en 29 ocasiones (48,3 %) se trataba de un paciente que tenía antecedentes psiquiátricos y había estado ingresado con anterioridad en algún centro hospitalario por este motivo.

3. Tratamiento psiquiátrico actual

De los pacientes atendidos en el servicio de urgencias 151 (52,2 %), es decir, poco más de la mitad, se encontraban en ese momento en tratamiento psiquiátrico, mientras que algunos menos, 128 (44,3 %) no se encontraban en tratamiento.

4. Antecedentes psiquiátricos personales

De los 289 sujetos estudiados, 203 (70 %) tienen registrados antecedentes psiquiátricos personales de los que 99 (34,3 %) con resultado de ingreso en algún centro Psiquiátrico.

De 4 sujetos no obtuvimos este dato (1,4 %).

5. Motivo de consulta

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ansiedad	61	21,1 %
Depresión	44	15,2 %
Agitación	19	6,6 %
Inhibición/Estupor	2	7,0 %
Agresividad personas	9	3,1 %
Agresividad objetos	1	3,0 %
Sdr. de Abstinencia	21	7,3 %
Latrogenia	6	2,1 %
Cond. suic. y amen.	23	8,0 %
Delirios y aluci.	35	12,1 %
Problema social	9	3,1 %

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Alcoholismo:		
- Agudo	8	2,8 %
- Hábito	11	3,8 %
- S. Abstinencia	3	1,0 %
Otras drogas:		
- Agudo	4	1,4 %
- Hábito	15	5,2 %
- S. Abstinencia	3	1,0 %

Como podemos observar en la tabla, casi la mitad de los sujetos (48,4 %) acuden a urgencias psiquiátricas, y en este orden, por tres motivos, estos son, ansiedad, depresión (que en muchas ocasiones está asociada con la ansiedad) y delirios y alucinaciones. Los demás casos comprenden un amplio espectro de problemáticas pero cabe destacar que en un 15,2 % de los casos están relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas con lo que esta causa se situaría, junto con la depresión, en el segundo motivo de consulta.

Cabe destacar, por último, que en la mayor parte de los casos los familiares, como vimos más arriba, no desean ingresar al paciente, sobre todo si se trata de problemas de ansiedad o depresión. Es cuando el motivo de consulta está asociado a la agresividad del paciente o a si padece delirios y alucinaciones cuando los familiares manifiestan ese deseo. En concreto de los 8 pacientes que se mostraron agresivos en 7 casos los familiares quisieron su ingreso, y también solicitaron en 15 casos de los 20 sujetos que padecían delirios y alucinaciones.

6. Valoración

De los 289 sujetos atendidos se indicó el ingreso de 78, (27 %) de los que 38 (13,1 %) fueron remitidos a otros centros psiquiátricos. En 6 casos el paciente fue trasladado a un box para permanecer en observación y ser evaluado: este traslado nunca tuvo lugar por el hecho de no haber camas disponibles.

Por otro lado, en 201 (69,6 %) sujetos no fue indicado su ingreso, aunque 156 (54 %) precisaron medicación, 179 casos (61,9 %) precisaron un seguimiento facultativo y 61 casos (21,1 %) precisaron de intervención familiar.

7. Algunas variables asociadas a la indicación de ingreso del paciente

En los análisis que vamos a exponer a continuación se muestran algunos factores asociados a la indicación de ingreso del paciente.

7.1. De los sujetos a los que fue indicado el ingreso, el 38,6 % estaban desempleados, el 35,7 % de baja o jubilados para ser los pacientes que trabajaban o estudiantes los menos afectados por esta medida (25,7 %).

7.2. Existe una correlación significativa entre el deseo por parte de los familiares de ingresar al paciente y que este sea, efectivamente, ingresado. De hecho en el 86,7 % de los casos en que se indicó el ingreso, los familiares habían convenido en ello.

7.3. La mayor parte de los sujetos a los que se les indicó el ingreso, esto es, un 70,3 % se encontraban en ese momento en tratamiento psiquiátrico.

Un factor asociado de manera muy significativa a la indicación de ingreso del paciente es el hecho de que tenga antecedentes psiquiátricos personales. En concreto, el 61,5 % de los pacientes que fueron ingresados, ya habían estado ingresados con anterioridad por motivos psiquiátricos.

7.4. *Motivo de consulta*

Como ya vimos anteriormente son los pacientes agresivos o que padecen delirios y alucinaciones aquellos que sus familiares expresan el deseo de ingresarlos. También debemos comentar que estos motivos de consulta son los que con más frecuencia propician el ingreso del paciente.

8. *Algunos datos sobre la valoración del ingreso*

El 53,8 % (N=42) de los pacientes ingresados lo hicieron en la propia unidad de Basurto, mientras que un 46,2 % (N=36) fueron remitidos a otros centros.

Por otro lado, de los pacientes a los que no fue aconsejado el ingreso, un 77,6 % (156) precisaron medicación y hasta un 89,1 % (179) requirieron un seguimiento. Solo en un 30,3 % (N=61) de estos casos se estimó oportuna una intervención familiar.

9. *Conclusión*

Podríamos decir que el perfil más frecuente del paciente al que es indicado el ingreso en la unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto corresponde con una persona sin distinción de sexo (no encontramos diferencias estadísticas entre hombres y mujeres), desempleado, con antecedentes psiquiátricos personales y en tratamiento psiquiátrico. Con muestras de agresividad o delirios como motivo de consulta y que, por esta razón, sus familiares prefieren que sea ingresado.

II. URGENCIA PSIQUIATRICA EXTRAHOSPITALARIA (MODULO DEUSTO-SAN IGNACIO)

El hecho de que algunas urgencias sean resueltas telefónicamente, nos da una idea del papel tan relevante que debe adoptar la telefonista y que quisieramos destacar en este informe.

Aparte de las urgencias definidas con ese criterio existen numerosas «urgencias administrativas», esto es, informes para seguros, servicio militar, asuntos judiciales, etc.

En el período indicado se registraron 22 casos cuya relación se especifica a continuación:

Diagnóstico	Solicita Ayuda	
	Personándose	Por teléfono
Agitado	2	—
Alcohólico Crónico	1	1
Alcohólico Agudo	1	—
Toxicomanía	10	3
Cefalea	0	1
Depresión	1	1
Angustia	1	0

Todos los casos fueron resueltos sin ingreso salvo la cefalea que fue remitida a otro centro (Uribe Kosta).

Vemos que se trata de una unidad donde el 72,7 % de las urgencias están relacionadas con el consumo de drogas siendo la toxicomanía el diagnóstico más frecuente con 13 casos, si bien 4 de estos fueron considerados como «urgencias administrativas». Dos casos de alcoholismo crónico y un caso de alcoholismo agudo completan esta categoría diagnóstica en la que hemos englobado las drogodependencias. El resto de los casos, como puede verse en la tabla, corresponde a diagnósticos diversos con más interés clínico que relevancia estadística.

Cabe decir que fueron familiares del demandante del servicio de urgencias los que se pusieron en contacto telefónico para resolver el caso de depresión y dos de los casos de toxicomanías, con el agravante de que uno de estos últimos era además seropositivo.

III. URGENCIA PSIQUIATRICA EXTRAHOSPITALARIA (Servicio Especial de Urgencias, S.E.U.)

Descripción de los casos:

Durante el período señalado se atendieron 34 casos de pacientes que acudieron al propio centro, sito en Bilbao, de los que:

- 7 eran demencias seniles.
- 10 eran agitados.
- 6 estaban relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas.
- 11 correspondían a otros diversos motivos

En lo que respecta a la atención domiciliaria, casualmente, también se atendieron 34 llamadas que analizaremos a continuación según el resultado del diagnóstico:

Diagnóstico	N.º de casos	De ellos se ingresaron
Ataque de Nervios	16	2
Demencia Senil	11	4
Toxicomanías	3	0
Otros	4	2
MES TOTAL	34	8

Como se puede ver en la tabla, en la que se han presentado las frecuencias diagnósticas en orden decreciente, son los ataques de nervios el problema más atendido por el personal de esta unidad, de los 16 casos registrados con este diagnóstico, que corresponden casi a la mitad (47 %) del total de la muestra, 11 eran mujeres y 5 eran hombres, con el resultado final de dos ingresos resolviéndose el resto en el propio domicilio. Tras los «ataques de nervios», son los problemas derivados de la demencia senil los más atendidos, constituyendo las toxicomanías y otros tipos de urgencias psiquiátricas como casos excepcionales en el análisis de la muestra utilizada para este informe. También dentro de esta categoría diagnóstica de

la demencia senil, en la que hemos incluido problemas como discurso incoherente o falta de riego, la mayor parte eran mujeres, en concreto en 7 de los 11 casos; de estos, 4 precisaron el ingreso en otro centro, uno requirió observación y el resto se resolvieron sin ingreso. Evidentemente, la edad media en los casos de demencia senil superaba los 80 años.

CONCLUSION

Para la realización de este informe se ha contado con información diversa de las tres unidades de urgencias psiquiátricas. Podemos establecer aquellos aspectos distintivos de estas tres unidades psiquiátricas para, de este modo, confirmar los perfiles que subyacen a su respuesta asistencial.

Como pudimos comprobar, los motivos de consulta en la unidad de urgencias psiquiátricas del Hospital de Basurto corresponden, sobre todo, a problemas de ansiedad y depresión y, en menor medida, drogodependencias. Sin embargo, la indicación de ingreso del paciente está más relacionado cuando éste se muestra agresivo.

La unidad psiquiátrica extrahospitalaria del módulo de Deusto-San Ignacio atiende en la mayor parte de los casos, bien sea en el propio centro o telefónicamente, problemas relacionados con las drogodependencias y resuelve, sin ingreso, estas urgencias psiquiátricas.

Por último, el Servicio Especial de Urgencias de Bilbao, cabe decir en base a los datos que esta especializado en los «ataques de nervios» y demencias seniles. Debido a las peculiaridades clínicas de este último diagnóstico es el que con mayor frecuencia requiere el ingreso del paciente.

AUTORES

- Dr. D. Miguel Angel González Torres.
- Dr. D. Eduardo Sota.
- Dr. D. Luis Osa.
- Dr. D. Antonio Bulvena.
- Dr. D. José Guimón.

ANEXO VI

**INGRESOS PSIQUIATRICOS
INVOLUNTARIOS**

OBJETIVOS:

1. Revisar distintos aspectos de la legislación vigente sobre los internamientos involuntarios de pacientes psiquiátricos, así como valorar el cumplimiento de la misma en lo que se refiere a los ingresos realizados en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto.

2. Conocer el número y características de los ingresos psiquiátricos involuntarios en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y en la Unidad Penitenciaria del Hospital Civil de Basurto.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de los 488 ingresos en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y de los 21 pacientes ingresados en la Unidad penitenciaria del Hospital de Basurto desde el 1 de Octubre de 1990 hasta el 30 de Septiembre de 1991.

RESULTADOS

1. Ingresos involuntarios en la Unidad de Psiquiatría:

Durante este período se realizaron 36 ingresos involuntarios (29 hombres y 7 mujeres), lo que constituye el 7,8 % del total de los ingresos realizados en la Unidad de Agudos.

Atendiendo al procedimiento del ingreso voluntario podemos dividir estos 36 casos en tres grupos:

— A: Seis de estos ingresos 16 % fueron ingresos inicialmente voluntarios que se transformaron en involuntarios, por lo que fue necesario solicitar con carácter urgente las autorizaciones judiciales correspondientes.

— B: Veintiuno de estos ingresos se realizaron con autorización judicial previa:

En 15 casos la autorización judicial fue gestionada por la familia, presentando un informe del psiquiatra habitual del paciente recomendando el ingreso. En uno de estos casos un paciente tardó tres días en ingresar después de autorizado el ingreso por el juez, ya que la policía solicitaba una orden de traslado forzoso para trasladar al paciente desde su domicilio hasta el Servicio de Urgencias.

En tres ocasiones la autorización fue concedida tras ser solicitada por la familia que aportaba exclusivamente informes de ingresos anteriores.

En tres de los casos la autorización del ingreso fue solicitada por el médico forense tras valorar a los pacientes que se encontraban detenidos por distintos delitos.

— C: Nueve pacientes fueron ingresados por razones de urgencia por indicación médica sin autorización judicial previa, comunicándolo al juez en las primeras 24 horas.

Únicamente se ha podido comprobar en dos ocasiones que el juez examinó personalmente al paciente, limitándose en el resto de los casos a valorar los informes médicos del paciente o el informe del forense. Hallamos informes del forense en tres casos, tan sólo en aquellos que se encontraban en calidad de detenidos, realizándose la indicación de ingreso en los restantes pacientes a partir de los informes médicos aportados por la familia.

En lo que al diagnóstico se refiere, diremos que 29 pacientes fueron diagnosticados de esquizofrenia, psicosis atípica y trastorno esquizofreniforme y tres de trastorno delirante crónico. Seis de estos pacientes reúnen criterios para un diagnóstico de abuso o dependencia de diversas drogas (alcohol, cannabis, heroína).

Cinco pacientes ingresaron por alteraciones conductuales en relación con la dependencia alcohólica.

Nueve de los pacientes reunían, además, criterios para un segundo diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, siendo las sustancias más frecuentes el alcohol, implicado en 6 casos, y el cannabis en 8, en la mitad de los casos asociado a abuso de alcohol.

La edad media de estos pacientes fue de 36,4 años, con una desviación típica de 12,5, y su estancia media fue de 22,9, con una desviación típica de 16 días (rango 5 -77).

Veintisiete pacientes fueron dados de alta por mejoría clínica, cinco fueron trasladados a centros de media estancia, un paciente se fugó y otro firmó el alta voluntaria al no llegar la autorización judicial solicitada.

2. Ingresos psiquiátricos involuntarios penales:

21 pacientes, 20 hombres y 1 mujer, han ingresado en la Unidad penitenciaria del Hospital Civil de Basurto en el período comprendido entre el 1 de octubre de 1990 y el 30 de septiembre de 1991.

Los ingresos se realizaron por orden judicial, solicitada por médicos forenses en 18 casos y en los restantes por médicos de la prisión de Basauri, donde permanecían internados los reclusos.

La estancia media fue de 31 +- 46 días. Un paciente ha permanecido ingresado 250 días y otro, tras 116 días continuaba ingresado al finalizar el estudio.

Los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes internados fueron los siguientes:

— Seis de los 21 pacientes (28 %) ingresados por patología relacionada directamente con el consumo de sustancias psicoactivas, siendo los diagnósticos: dependencia de opiáceos y de sustancias múltiples en 4 ocasiones, psicosis inducida y delirium por abstinencia a benzodiazepinas.

— Nueve pacientes fueron diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y psicosis atípica. 4 de ellos reunían además criterios para el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, siendo las más frecuentemente implicadas el cannabis y el alcohol.

— Cuatro pacientes fueron diagnosticados de trastorno paranoide, dos de ellos con segundo diagnóstico de abuso de alcohol.

— Los dos restantes pacientes fueron diagnosticados de ansiedad reactiva y uno de trastorno paranoide de la personalidad.

De estos 21 pacientes ingresados, nueve fueron trasladados a hospitales psiquiátricos con autorización judicial de ingreso.

Dos pacientes solicitaron el alta voluntaria al ser puestos en libertad por no llegar la autorización judicial de ingreso requerida previamente.

Tras ser dados de alta seis pacientes fueron trasladados a la prisión y tres puestos en libertad.

AUTORES

— Dra. D.^a Sonia Bustamante.

— Dra. D.^a Sofía Álvarez.

— Dr. D. José Guimón.

ANEXO VII

**CREACION DE UN CENTRO
DE ATENCION A PACIENTES
PSIQUIATRICOS JUDICIALES
Y CONFLICTIVOS EN LA CAPV**

I. INTRODUCCION

Existen en nuestra comunidad grupos de pacientes que en edad adulta padecen enfermedades mentales y presentan un comportamiento agresivo y/o peligroso para ellos mismos y/o los demás y no pueden ser adecuadamente atendidos en instituciones sanitarias, penitenciarias o de servicios sociales.

Este proyecto plantea la creación de unidades asistenciales especializadas que permitirían atender adecuadamente a este tipo de pacientes temporalmente, para posteriormente integrarse en instituciones asistenciales, alojamientos residenciales protegidos y, en última instancia, reintegrarse en la comunidad.

El presente documento se basa en las unidades vanguardistas del Reino Unido que sirven de modelo para imitar lo bueno y mejorar lo menos bueno. Las citadas unidades son las de Neswot y St. Andrews, localizadas en las afueras de Londres y que hemos visitado en diversas ocasiones.

II. LOS PACIENTES

Se admitirían pacientes de ambos sexos a partir de los 16 años, aun cuando las edades suelen oscilar entre los 20 y 40 años. Los pacientes presentarían diagnósticos de enfermedad mental, desórdenes de personalidad, dificultades de aprendizaje o cualquier combinación de lo anterior. Provenirían de instituciones penitenciarias, sanitarias públicas, del sector privado o de la propia comunidad.

El denominador común de dichos pacientes sería su agresividad y conflictividad. El centro ofrecería máxima seguridad y alta calidad asistencial.

III. FUNCIONES

a) *Evaluación*: Se aplicaría un programa de seis semanas de duración en exploraciones médicas, psicológicas, psiquiátricas y de conducta, de cara a valorar los problemas de cada paciente y sus necesidades.

b) *Tratamiento*: Se llevaría a cabo de forma individualizada utilizando tratamientos psiquiátricos convencionales, terapia cognitiva y de conducta, así como entrenamiento en habilidades sociales.

IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

El centro consistiría en tres unidades de admisión de unas 20 plazas cada una y dos unidades de preparación para el alta, de 15 plazas cada una. De las tres unidades de admisión, una (AI) estaría especializada en atender pacientes con predominio de enfermedad mental, la segunda (AII) estaría especializada en pacientes con conductas agresivas y difíciles, mientras que la tercera (AIII) asistiría a pacientes con problemas de aprendizaje.

En las dos unidades de preparación para el alta se evaluarían los logros alcanzados por los pacientes en las unidades de admisión y se les prepararía para reintegrarse a otras instituciones comunitarias o la comunidad en sí misma. Una de estas unidades (PI) estaría especializada en pacientes con más dependencia de asistencia y apoyo, mientras que la otra (PII) sería más abierta y cercana a la comunidad.

Se habilitarían los servicios de medicina general (caso de no existir un hospital general cercano) así como instalaciones deportivas, talleres de laborterapia, etc. La localización ideal de un centro de estas características es en el campo.

V. ORGANIZACION

Cada una de las cinco unidades dispondría de especialistas apropiados (médicos, psiquiatras, ATS psiquiátricos, asistentes sociales, psicólogos y monitores) en cuanto a la actividad asistencial, y funcionarían autónomamente pero coordinadas por un director médico y un gerente. Cada unidad tendría su director médico y gestor.

VI. ASPECTOS ECONOMICOS

Para que el centro pudiera autofinanciarse y la aportación pública se podría complementar asistiendo a pacientes provenientes del sector privado, incluyendo las compañías aseguradoras.

AUTORES

- Dr. D. Eduardo Sota.
- Dr. D. José Guimón.

BIBLIOGRAFIA

- Bercovitz, R., *La marginación de los locos y el Derecho*, Taurus, Madrid, 1976.
- Bercovitz, R., «Psiquiatría y Derecho», en la obra colectiva dirigida por RIVERA, VELA y ARANA, *Manual de Psiquiatría*, Karpos. Madrid, 1980.
- Bercovitz, R., «Comentario al Título VII del Código Civil, De las Relaciones paterno filiales», en la obra colectiva *Comentarios a las reformas del Derecho de Familia*, Tecnos, Madrid, 1984, vol. II.
- «La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud» en *ADC*, n.º 4, 1984.
- «La incapacitación de personas afectadas por enfermedades mentales crónicas» en *Poder Judicial*, n.º 3, 1986.
- «El examen por el Juez del presunto incapaz en el procedimiento de incapacitación» en *Poder Judicial*, n.º 15, 1989.
- Cobrerros, E., «Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales» en *RAP*, n.º 94, 1981.
- Cobrerros, E., *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud*, IVAP, Oñati, 1988.
- Cutillas, J.M., «Consideraciones sobre el internamiento de presuntos incapaces» en *La Ley*, n.º 1879, 1988.
- Defensor del Pueblo, *Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, Publicaciones del Defensor del Pueblo, Madrid, 1992.
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, *Legislación psiquiátrica: crítica y alternativas*, Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria, 1984.
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental*, Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria, 1983.
- Douraki, Th., «La Convention européenne des droits de l'homme et le droit a la liberté de certains malades et marginaux», *LGDT*, París, 1986.
- Eustat; *Ospitale Estatistika-Estadística Hospitalaria 1990*, Administración de la C.A. de Euzkadi, Vitoria-Gasteiz, 1992.
- Ferrer García, A., «Internamientos de urgencia» en *Jueces para la Democracia*, n.º 11, 1990.
- González Duro, E. *La locura y los derechos humanos*, Zero Zyx. Bilbao, 1978.
- Guimón Ugartechea, J., *Psiquiatras: De brujos a burócratas*, Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1990.
- Jiménez Villarejo, J. «Legislación vigente en torno al internamiento psiquiátrico (aportación de un jurista)» en la obra colectiva coordinada por M. GONZÁLEZ CHAVEZ *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Mayoría, Madrid, 1980.
- López Barja de Quiroga, J., «El internamiento de los enajenados» en *Poder Judicial*, n.º 4, 1986.

- Martín Granizo, M., *La incapacitación y figuras afines*, Ed. Colex., Madrid, 1987.
- Mateo Díaz, J.L., «El internamiento de los enfermos o deficientes psíquicos» en *Actualidad Civil*, n.º 25, 1986.
- Mena Alvarez, J.M., «Sobre la inconstitucionalidad del internamiento psiquiátrico» en la obra colectiva *Estudios Jurídicos en honor del Profesor Octavio Pérez Vitoria*, Bosch, Barcelona, 1985, vol. I.
- Ozamiz, J. A., *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco*, IVAP-HAEE, Oñati, 1986.
- Peces Morate, J.E., «Problemática del internamiento judicial de enfermos psiquiátricos» en *Actualidad Civil*, n.º 35, 1986.
- Peman Gavin, J., «Hacia un Estatuto del enfermo hospitalizado» en *RAP*, n.º 103, 1984.
- Ribera I Garijo, E., «Algunas cuestiones sobre el internamiento de enfermos mentales» en *RJC*, n.º 1, 1991.
- Romeo Casabona, C., «El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho español» en *Actualidad y Derecho*, n.º 43 y 44, 1991.
- Terradillos Basoco, J., «Tratamiento jurídico-penal de la enajenación» en la obra colectiva dirigida por COBO DEL ROSAL y coordinada por BAJO FERNANDEZ *La reforma del Código Penal de 1983*, Edersa, Madrid, 1985, tomo I, vol. 1.º.
- SVS-Osakidetza, *Servicios de Salud Mental: Bases Técnicas*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1990.
- SVS-Osakidetza, *Servicios de Salud Mental: Plan estratégico*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1990.
- Viceconsejería de Salud del Gobierno Vasco, *Psiquiatría infantil*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1984.