

DIAGNÓSTICO SOBRE LAS NECESIDADES SOCIALES Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE QUE RESIDEN EN LA COMARCA DE OARSOALDEA





Aldura es la asociación de Errenteria, Pasaia y Lezo que agrupa a las personas con enfermedad mental y sus familiares. Se creó en 2016 para trabajar a favor de las personas con enfermedad mental de estos pueblos de la comarca.



Arraztalo es la asociación de personas con enfermedad mental y familiares de Oiartzun. Se creó en 2010 para hacer frente a ciertas carencias que ese identificaron en torno a este colectivo. Desde entonces tiene en marcha un programa de integración laboral basado en huertas ecológicas y ha realizado diversas actividades de sensibilización. De cara al futuro, con el objetivo de profundizar en la integración laboral, tiene como objetivo la creación de un Centro Especial de Empleo.



SIIS Centro de Documentación y Estudios, surge en 1972 en el seno de la Fundación Eguía Careaga, como respuesta a un importante déficit en la difusión de información científico-técnica existente en el ámbito de lo social.

En ese año se decide crear un servicio internacional de información especializado en el ámbito de la discapacidad. Con este Servicio, estrechamente ligado al movimiento asociativo de la época, se quería dar respuesta a la necesidad que quienes trabajaban en este ámbito tenían de acceder al creciente volumen de documentación e información, ciñéndose a la deficiencia mental en su inicio y –puesto que resultaba evidente que, principalmente en su vertiente social, no se podía tratar de forma aislada–, abriéndose luego a la discapacidad en su conjunto y, finalmente, a los servicios sociales en general.

Impulsores: Asociaciones Arraztalo eta Aldura.

Autor: SIIS Centro de Documentación y Estudios

Financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Departamento de Empleo y Política Social del Gobierno Vasco.

Participantes: Red de Salud Mental de Gipuzkoa, Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa, Aita Menni, Agifes, Servicio de Protección a la Mujer Víctima de Violencia Machista y de Inclusión Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, oficina territorial de Lanbide, Gureak Industrial, Gureak Itinerary, Gureak Servicios, Fundación Hurkoa, juzgado de primera instancia nº6 de San Sebastián, Servicios sociales del Ayuntamiento de Oiartzun, Servicios sociales del Ayuntamiento de Errenteria, Servicios Sociales del Ayuntamiento de Lezo, Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pasaia, Agencia de Desarrollo Oarsoaldea, personas con enfermedad mental y familiares.

PRÓLOGO

En 2016 las asociaciones Arraztalo y Aldura organizamos en Oarsoaldea unos talleres sobre la enfermedad mental. El lema de aquella iniciativa fue “¿Qué color tiene la enfermedad mental?”. Con esa pregunta quisimos representar los miles de colores que tiene la enfermedad mental. El objetivo de los talleres fue el de crear un foro para compartir y escuchar las opiniones que los participantes tenían sobre la enfermedad mental.

Después de pasar por los cuatro pueblos de Oarsoaldea, nos dimos cuenta de que cada colectivo que participo en los talleres tenía una opinión diferente sobre la enfermedad mental y sobre la atención que necesitan las personas que la sufren. Los participantes fueron diversos, desde personas con enfermedad mental, familiares, médicos, trabajadores/as sociales, políticos, ciudadanos de a pie y otras muchas personas.

Nos dimos cuenta de que era necesario recoger todas las opiniones y hacer un diagnóstico de la situación. Desde entonces han pasado dos años en los que hemos recogido la opinión de mucha gente. El resultado de ese trabajo es el documento que tienes entre manos, donde se explica el análisis cuantitativo y cualitativo de la situación. EL objetivo de Arraztalo y Aldura es que este documento sea la herramienta para que todos los que participamos en la red de atención a las personas con enfermedad mental mejoremos.

Es cierto que la investigación se ha realizado a nivel de Oarsoaldea, aunque seguramente los resultados sean extrapolables a nivel de Gipuzkoa. De todas formas, realizar un estudio a nivel comarcal tiene una razón concreta. Como se menciona en el mismo estudio, la calidad de la atención la garantiza entre otras cosas su cercanía. Si se trabaja desde cerca, el resultado de la acción será mejor. En Arraztalo y Aldura trabajamos cada día con esta premisa.

Desde Arraztalo y Aldura queremos agradecer la disposición de todas aquellas personas que han ayudado en el estudio. Estamos seguros de que vuestras aportaciones ayudarán a mejorar la atención de las personas con enfermedad mental a corto plazo.

Asociaciones Arraztalo y Aldura.

INDICE

1	<u>INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME</u>	7
1.1	INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ UN INFORME SOBRE LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA?	7
1.2	OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME	8
2	<u>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</u>	13
2.1	TENDENCIAS Y PARADIGMAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	13
2.1.1	RESPECTO Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS	14
2.1.2	PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y EMPODERAMIENTO	14
2.1.3	CONSTRUCTO DE CALIDAD DE VIDA	16
2.1.4	EL PAPEL DE LO COMUNITARIO	19
2.1.5	LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y EL TERCER SECTOR	19
2.1.6	COORDINACIÓN, MULTIDIMENSIONALIDAD E INTEGRALIDAD DE LA INTERVENCIÓN	20
2.1.7	MODELO DE APOYOS	21
2.1.8	BAJA EXIGENCIA	22
2.1.9	INVERSIÓN SOCIAL Y PREVENCIÓN	22
2.1.10	PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)	23
2.1.11	ALGUNAS BUENAS PRÁCTICAS	24
2.2	LUCHA FRENTE AL ESTIGMA SOCIAL	29
2.2.1	JUSTIFICACIÓN	29
2.2.2	INTERVENCIÓN	30
2.2.3	BUENA PRÁCTICA	31
2.3	ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL GRAVE	32
2.3.1	TENDENCIAS INNOVADORAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL SEVERA	33
2.3.2	ATENCIÓN INTEGRAL Y COORDINACIÓN DE SERVICIOS	34
2.3.3	INTERVENCIÓN EN MEDIO ABIERTO Y EQUIPOS ITINERANTES	35
2.3.4	PROGRAMAS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN	36
2.3.5	PROGRAMAS DE VIVIENDA PRIMERO O “HOUSING FIRST”	38

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

3 INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA.....40

3.1 INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN OARSOALDEA.....40

3.1.1 ÍNDICE DE SALUD MENTAL40

3.1.2 SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....42

3.1.3 RIESGO DE SUICIDIO44

3.2 ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL45

3.2.1 ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL45

3.2.2 ATENCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.....49

3.2.3 ATENCIÓN EN LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL 52

4 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA 56

4.1 LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL TERRITORIO DE GIPUZKOA..... 56

4.1.1 EL MODELO DE ATENCIÓN56

4.1.2 EL SISTEMA DE ATENCIÓN58

4.2 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE RESIDEN EN LA COMARCA DE OARSOALDEA.....60

4.2.1 ÁMBITO DE LA VIVIENDA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA 60

4.2.2 ÁMBITO DEL EMPLEO.....67

4.2.3 ÁMBITO DE LOS INGRESOS Y LA SITUACIÓN ECONÓMICA76

4.2.4 ÁMBITO DE LA SALUD79

4.2.5 ÁMBITO DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA..... 87

4.3 PERFILES CON NECESIDADES ESPECIALES.....94

4.3.1 PERSONAS JÓVENES.....94

4.3.2 PERSONAS MAYORES..... 96

4.3.3 MUJERES..... 100

4.3.4 PERSONAS DE ORIGEN EXTRANJERO 102

4.3.5 PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL 104

4.3.6 PERSONAS CON DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS 105

5 CONCLUSIONES 111

5.1 CONCLUSIONES SOBRE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... 111

5.2 CONCLUSIONES SOBRE EL ANÁLISIS CUANTITATIVO..... 112

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

5.2.1	INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	112
5.2.2	ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.....	112
5.3	CONCLUSIONES SOBRE EL ANÁLISIS CUALITATIVO	113
5.3.1	EL MODELO Y EL SISTEMA DE ATENCIÓN	113
5.3.2	LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA COMARCA.....	114
5.3.3	PERFILES CON NECESIDADES ESPECIALES	116
6	<u>RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA</u>	<u>117</u>
6.1	RECOGIDA DE DATOS DETALLADA SOBRE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	117
6.2	HACER EFECTIVO EL MODELO DE ATENCIÓN	117
6.3	INDIVIDUALIZAR LAS INTERVENCIONES.....	121
6.4	GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS	125
6.5	EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	132
7	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>134</u>

1 INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

1.1 Introducción: ¿por qué un informe sobre las necesidades sociales de las personas con trastorno mental grave residentes en la comarca de Oarsoaldea?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que una de cada cuatro personas sufrirá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. No suele haber una sola causa tras los trastornos mentales. Por regla general, para que aparezca un problema de salud mental, debe darse una combinación de factores genéticos, entorno social y experiencias vividas. Así, en la última década, en España se ha incrementado un 40% el consumo de ansiolíticos y la tasa de personas diagnosticadas con depresión mayor ha aumentado casi un 50%, lo cual no parece ser un fenómeno ajeno a la crisis económica. Estos datos indican que la incidencia de este problema entre la población es elevada y exhibe, además, una tendencia creciente.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el proceso de desinstitucionalización que tuvo lugar a partir de los años ochenta del pasado siglo hizo que el modelo de atención a las personas con enfermedad mental crónica pasara de organizarse en torno a grandes estructuras de atención sanitaria a articularse en torno a la atención comunitaria. Este segundo modelo de atención se basa en el principio fundamental de tratar de mantener a la persona en su entorno y domicilio habituales siempre que sea posible, articulando para ello unos servicios de atención médica y social que respondan de manera integral a las necesidades de las personas usuaria y que estén provistos en base a criterios de proximidad, individualización y normalización de la atención.

Sin embargo, tal y como se muestra el presente informe, esta transformación del modelo de atención no se ha acompañado de la creación de suficientes estructuras de atención comunitaria, una circunstancia que, unida al aumento de la prevalencia de la enfermedad mental, ha venido a agravar la, ya de por sí difícil, situación de las personas con enfermedad mental. Al mismo tiempo, este hecho limita o agota la capacidad de unas redes familiares cada vez más debilitadas y que, aunque continúan haciéndolo, cada vez lo tienen más difícil para asumir adecuadamente la atención, el acompañamiento y/o la supervisión que muchas personas con enfermedad mental requieren en determinados periodos de sus vidas.

Es en este contexto donde se ha planteado la importancia de conocer cuál es la situación de las personas con enfermedad mental residentes en la comarca de Oarsoaldea. Para ello, se ha procedido a elaborar un diagnóstico de las necesidades de la población con Trastorno Mental Grave que reside en el territorio partiendo del análisis de los datos cuantitativos y cualitativos disponibles.

El documento se estructura en seis capítulos. El primero es este y en él se incluye una breve descripción de la metodología utilizada durante el proceso de investigación, así como un listado con las distintas fuentes cuantitativas y cualitativas empleadas. El segundo capítulo sistematiza los resultados de la revisión bibliográfica en cuatro subapartados. El primero se centra en exponer detalladamente cuáles son los diez principios que deben regir una intervención socio sanitaria de calidad dirigida a las personas con una enfermedad mental diagnosticada. El segundo apartado se centra en la importancia de considerar el estigma y la lucha contra el mismo en el marco de los procesos de recuperación. El tercer apartado aborda específicamente algunas de las buenas prácticas y criterios de actuación claves en el trabajo con personas con trastorno mental que se hallan, además, en una situación de exclusión social grave. Finalmente, el cuarto apartado de la revisión se centra en describir brevemente algunos de los perfiles más vulnerables entre la población con trastorno mental grave, como es el caso de las mujeres, las personas exreclusas o las personas de origen extranjero, entre otros.

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

En el tercer capítulo se hace un análisis cuantitativo de la problemática de la salud mental en la población de la comarca de Oarsoaldea, analizando primero de forma general la incidencia de los problemas de salud mental en el conjunto de la población del territorio, mientras que, en la segunda parte, se estudia la situación de las personas que ya cuentan con un diagnóstico de trastorno mental y están siendo atendidas en alguno de los recursos sociales, sanitarios o de integración sociolaboral del territorio dirigidos a atender a este colectivo.

El cuarto capítulo recoge los principales resultados obtenidos a partir de la información contenida en las 44 entrevistas y los dos grupos de discusión realizados durante el trabajo de campo de la investigación. En cuanto a la estructura de este capítulo, se divide en tres grandes apartados. El primero describe brevemente cuáles son los principios que orientan el modelo de atención a las personas con enfermedad mental en el territorio de Gipuzkoa, así como los principales agentes e instituciones implicadas en el sistema de atención. El segundo apartado se centra en analizar la situación de las personas con enfermedad mental que residen en la comarca de Oarsoaldea teniendo en cuenta sus necesidades básicas (vivienda, empleo, salud, ingresos económicos, relaciones sociales y familiares y participación social) y analizando el grado de cobertura de estas y los dispositivos de atención que existen para atender cada una de ellas. Finalmente, el tercer apartado se centra en analizar determinados factores de vulnerabilidad o perfiles de las personas usuarias que presentan dificultades o necesidades específicas en su atención, como son: las personas mayores, las personas jóvenes, las mujeres, las personas de origen extranjero, las personas que se hallan en una situación de exclusión social y las personas con determinados diagnósticos como, por ejemplo, la patología dual o los trastornos de personalidad, que presentan algunas especificidades relacionadas con la atención.

El quinto capítulo resume las principales conclusiones contenidas en los apartados cuantitativo y cualitativo del informe y da paso al último y sexto capítulo donde se recogen una serie de retos transversales identificados de cara a mejorar la atención a las personas con enfermedad mental que residen en la comarca de Oarsoaldea y, de forma general, en el territorio de Gipuzkoa. Y es que, tal y como se expone en los distintos puntos de este informe, existen muchas estructuras de atención que, o bien se gestionan desde recursos que son de titularidad foral, o bien se diseñan en base a instrumentos de planificación que son comunes al conjunto del territorio de Gipuzkoa y, en algunos casos, también al conjunto de Euskadi. Los retos transversales que se han identificados son los siguientes: aumentar la individualización de la atención, garantizar la continuidad de los cuidados y profundizar en la participación y el empoderamiento de las personas usuarias en el diseño de los servicios y en las decisiones sobre sus planes de rehabilitación y de cuidados. A continuación, se expone cuáles son los objetivos y la metodología seguida en la elaboración de este informe y posteriormente se da paso al análisis.

1.2 Objetivos y metodología del informe

El presente estudio tiene como **objetivo principal** llevar a cabo un diagnóstico exploratorio sobre la incidencia de la enfermedad mental y los trastornos mentales graves¹ en la zona de Oarsoaldea, así

¹ El término trastorno mental grave se utiliza en este estudio para referirse a aquellas personas que cumplen con los criterios diagnósticos utilizados en la *Guía de práctica clínica para intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009. Dicho documento señala los siguientes criterios diagnósticos para determinar la existencia de un trastorno mental grave: 1) alguno de los códigos diagnósticos F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31,

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

como describir las principales necesidades sociales que presentan las personas diagnosticadas que residen en alguno de los municipios de la comarca. Además, este objetivo se ha complementado con la realización de una revisión bibliográfica a nivel internacional para identificar las principales tendencias y buenas prácticas implementadas en la atención a las personas con enfermedad mental en los últimos años. A continuación, se describe la metodología seguida para cada uno de los tres apartados que componen este informe.

Por lo que respecta a la **revisión bibliográfica**, ésta se ha centrado en el análisis de literatura científica y profesional de mayor interés detectada, tanto en el contexto español como en otros países de nuestro entorno (fundamentalmente europeos, pero también Estados Unidos y Australia), en relación con las intervenciones que mejor funcionan en la atención a las personas con enfermedad mental.

Las fuentes utilizadas para la obtención de la información han sido las siguientes:

- Base de datos bibliográfica del SIIS (www.siiis.net)
- Base de datos científica *Web of Science*
- Biblioteca Cochrane Plus
- Acceso a la información relativa a las entidades de referencia (internet, correo-e, etc.)

Para la redacción de esta parte del informe (Capítulo 2) se han seleccionado y analizado medio centenar de documentos – detallados en la bibliografía – con el fin de poder establecer un panorama lo más clarificador posible en torno a las innovaciones que se están produciendo en el ámbito de la atención a las personas con enfermedad mental.

En cuanto al **análisis cuantitativo** sobre la incidencia de los problemas de salud mental en Oarsoaldea y la cobertura que ofrecen los recursos de atención social y sanitaria presentes en dicho territorio (Capítulo 3), las fuentes de datos utilizadas han sido las siguientes:

- Para conocer la salud mental percibida se han empleado los resultados de la Encuesta de Salud del País Vasco, que realiza el Departamento de Salud del Gobierno Vasco cada cinco años. Los últimos datos corresponden al año 2013, por lo que el estado actual de salud de la población ha podido variar durante estos años. Se espera que los próximos resultados se publiquen a lo largo de 2018.
- Los datos sobre atención sanitaria provienen de Osakidetza –en concreto de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa–, mientras que los datos de personas usuarias de los servicios sociales destinados a personas con trastorno mental se han obtenido del Observatorio de Servicios Sociales de Gipuzkoa – Behagi, así como de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

F32.3, F33 y F42 de la clasificación de enfermedades CIE-10.; 2) una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas; 3) afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar que se mide a través de diferentes escalas como, por ejemplo, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones < 50, o la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones > 3 en todos sus ítems.

Sin embargo, la definición de trastorno mental grave no es unívoca y está sujeta a debate e interpretación dentro de la propia comunidad médica. Por eso debe tenerse en cuenta que, en el caso de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, el primer criterio empleado se limita a los diagnósticos F20, F21, F25 y F31 de la clasificación CIE-10, sin que exista diferencia en los dos criterios restantes.

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

- En lo que se refiere a los datos sobre la situación laboral, los datos se han obtenido de la Encuesta de Población Activa –incluyendo la explotación específica sobre el empleo de las personas con discapacidad– que lleva a cabo el INE.
- Asimismo, se han tomado datos de la memoria anual de la asociación vasca de empleo protegido (EHLABE), con el fin de conocer el número de personas con trastorno mental en centros especiales de empleo y centros ocupacionales en Gipuzkoa.
- Otras fuentes empleadas en el análisis han sido los documentos publicado por diversas asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental como, por ejemplo, Fedefes, Eufami y Agifes.

Finalmente, para la realización del **diagnóstico cualitativo** acerca de las necesidades sociales de las personas con enfermedad mental residentes en la comarca de Oarsoaldea (Capítulo 0) se ha recurrido a la realización de diversas entrevistas y grupos de discusión con profesionales de los distintos servicios que atienden a personas con enfermedad mental, familiares y personas cuidadoras de personas diagnosticadas de un trastorno mental, entidades de apoyo a las personas diagnosticadas y sus familias, así como a las propias personas afectadas por un trastorno mental grave. En la siguiente tabla se recoge un listado de las personas que han sido entrevistadas para el presente estudio (Tabla 1.1):

Tabla 1.1 Informantes que han participado en este estudio (fuente: elaboración propia)

Nombre y apellidos	Entidad	Cargo
Álvaro Iruin	Red de Salud Mental de Gipuzkoa, Osakidetza	Director-gerente
Arantxa Aiartza	Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria, Servicio de Atención a la Dependencia y la Discapacidad, Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa	Jefa de servicio
Eukene Zampirain		Responsable de Salud Mental
Vicente Hueso	Aita Menni (Hermanas Hospitalarias)	Coordinador de los centros de rehabilitación psicosocial
Verónica Pazos	Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Agifes)	Trabajadora social
Patxi Leturia	Servicio de Protección a la Mujer Víctima de Violencia Machista y de Inclusión Social, Dirección General de Protección a la Infancia y de Inclusión Social, Departamento de Políticas Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa	Jefe de servicio

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

José Luis Mayoz	Oficina Territorial de Gipuzkoa, Lanbide	Responsable
Patxi Córdoba		Coordinador
Mikel Altuna	Gureak Industrial	Jefe de taller
José Martín		Técnico de formación
Pili Romero		Facilitadora de personas
Isabel Esteibar	Gureak Itinerary	Orientadora
Ainhoa Quirce	Gureak Marketing	Responsable de producción
Martín Agüero	Gureak Zerbitzuak	Responsable de personas
José Ignacio del Pozo	Fundación Hurkoa	Director-gerente
Aurora Elósegui	Juzgado de Primera Instancia nº 6 de San Sebastián	Magistrada
Myriam Goikoetxea	Servicios sociales de base de Oiartzun	Responsable del Departamento de Servicios Sociales
Amaia Martín	Servicios sociales de base de Oiartzun	Trabajadora social
Eduarne Martiarena	Servicios sociales de base de Errenteria	Trabajadora social
Leire Sein	Servicios sociales de base de Errenteria	Trabajadora social
Maite Kortajarena	Servicios sociales de base de Pasaia	Trabajadora social
M.ª Jesús Carrera	Servicios sociales de base de Pasaia	Trabajadora social

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL INFORME

Dami Muñoz Boza	Servicios sociales de base de Lezo	Responsable del Departamento de Servicios Sociales
Maite Getaria	Servicios sociales de base de Lezo	Trabajadora social
M. ^a José Encinas	Centro de salud mental de Beraun (Errenteria), Red de Salud Mental de Gipuzkoa, Osakidetza	Trabajadora social
Juan del Pozo		Psicólogo, jefe del centro de día de Beraun
Anabel Hernández		Psiquiatra
Patxi Arrazola Zaldúa	Oarsoaldea Garapen Agentzia / Agencia de Desarrollo de Oarsoaldea	Director del Departamento de Empleo
Kontxi Costa		Coordinadora de Departamento de Empleo
Pedro del Olmo	Arraztalo-Asociación para la Integración Social y Laboral de Personas con Enfermedad Mental de Oiartzun	Miembro
Kontxi Larrañaga		Miembro
Javier Maciñor	Aldura Elkartea- Asociación de Apoyo a las Personas con Enfermedades Psíquicas de Errenteria, Pasaia y Lezo	Miembro
Arantxa Saldise		Miembro
Varios (grupo de discusión con siete participantes)		Familiares de personas diagnosticadas de un trastorno mental grave
Varios (doce personas entrevistadas)		Personas diagnosticadas de un trastorno mental grave que son atendidas en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa

2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Este capítulo tiene como objetivo identificar las tendencias y paradigmas que subyacen actualmente en la prestación de servicios sociales y de inclusión social y laboral a personas con enfermedad mental. El estudio se ha centrado en el análisis de literatura científica y profesional de mayor interés detectada, tanto en el contexto español como en otros países de nuestro entorno (fundamentalmente europeos, pero también Estados Unidos y Australia), en relación con las intervenciones que mejor funcionan en la atención a las personas con enfermedad mental.

2.1 TENDENCIAS Y PARADIGMAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

La Confederación Salud mental España considera que, independientemente del tipo e intensidad del trastorno, resulta imprescindible responder a las siguientes necesidades para ofrecer la adecuada atención a cualquier persona que se enfrente a un diagnóstico de enfermedad mental:

- Aceptar su diversidad.
- Fomentar el respeto a la autonomía personal y la dignidad personal.
- Establecer un modelo de atención que tenga como marco la protección de sus derechos.
- Desarrollar sistemas de apoyo para la toma de decisiones que respeten las preferencias individuales.
- Recibir información sobre el trastorno mental, incluyendo información legal.
- Ofrecer una atención integral, sociosanitaria, coordinada que no aleje a la persona de su entorno social y familiar.
- Y, por último, apoyar a la familia y el entorno más cercano que en la mayoría de los casos – más de un 80% – pasarán a asumir roles de cuidadores para los que carecen de la formación y recursos necesarios.

A estos ya citados, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES, añade los siguientes:

- Acceso a la formación, un empleo digno y una vivienda.
- Participación en el diseño y evaluación de políticas que les afectan.
- Inversión en psicoeducación.

En 2013, del encuentro de un grupo de expertos con representantes de FEAFES, surgió un compendio de medidas terapéuticas básicas cuya puesta en marcha debía tener, a su entender, un carácter urgente. La puesta en marcha de dichas prácticas podría garantizar, sin necesidad de grandes inversiones económicas por parte de la administración pública, un abordaje adecuado, integral y respetuoso con los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de la persona afectada, y un enfoque orientado a su recuperación y bienestar global. Supondría, además, una reducción del gasto público en urgencias, en tratamiento farmacológico y en ingresos hospitalarios. Estas medidas básicas se vertebrarían en torno a cuatro ejes:

- Equipos multidisciplinares.
- Planes individualizados de atención.
- Apoyo domiciliario.
- Equipos de intervención familiar.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En definitiva, se han de procurar medidas que favorezcan la rehabilitación, recuperación e incorporación social y laboral, siendo un primer paso erradicar el estigma social que tanto afecta al colectivo y que influye negativamente en su recuperación.

En esta línea, el análisis de la literatura revisada en el contexto del presente informe parece sugerir que cuando en el diseño de los programas de atención para personas con enfermedades mentales se tienen en cuenta los 9 elementos que se señalan a continuación, la posibilidad de que los programas resulten efectivos es mayor:

- a) Respeto y promoción de los derechos de las personas
- b) Planificación centrada en la persona y empoderamiento
- c) Constructo de Calidad de vida
- d) El papel de lo comunitario
- e) Coordinación, multidimensionalidad e integralidad de la intervención
- f) Modelo de Apoyos
- g) Baja exigencia
- h) Inversión social y prevención
- i) Práctica basada en la evidencia.

Estos aspectos se analizan de uno en uno en los siguientes apartados.

2.1.1 Respeto y promoción de los derechos de las personas

El elemento clave para ir introduciendo cambios que garanticen una mejora continua de la atención es adoptar los derechos básicos de las personas con trastorno mental como punto de referencia en todas las actuaciones y admitir que respetarlos constituye la condición *sine qua non* de una atención de calidad.

Adoptar estos derechos como principio rector de la atención no significa que deban desatenderse otros intereses que convergen en el servicio —en particular, los impuestos por la organización de la vida colectiva— ni tampoco que las personas usuarias no tengan obligaciones. Significa que es necesario esforzarse por encontrar fórmulas de atención que permitan responder, simultáneamente, a las necesidades inherentes al ejercicio de los derechos de las personas usuarias y a las necesidades organizativas de la estructura, necesidades que, aun no siendo coincidentes, pueden ser compatibles e incluso mutuamente benéficas.

Situar los derechos de las personas en el núcleo de la atención significa partir de que el respeto de los derechos debe ser la regla y que cualquier limitación a su ejercicio efectivo debe ser la excepción a esa norma. Sin duda, adoptar la matriz de derechos en la prestación de apoyos presenta sus dificultades, unas veces debido a la dificultad existente para compaginar los derechos individuales de las personas con los condicionantes organizativos de los servicios, otras veces debido al nivel de necesidad de apoyo de la propia persona, otras debido a que todavía no se ha integrado esa cultura en las y los profesionales de los servicios y en las familias. Es difícil, sin duda, y avanzar en esa dirección exige comprometerse con un proceso lento, basado, fundamentalmente, en un progresivo cambio de actitudes (Departamento de Política Social Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015).

2.1.2 Planificación centrada en la persona y empoderamiento

En toda Europa, hay un movimiento cada vez mayor hacia los servicios centrados en la persona, que combinan la personalización, la elección y la participación del usuario. Esto contrasta con el modelo de servicios públicos tradicional que sitúa a los usuarios como destinatarios pasivos de servicios diseñados y prestados por profesionales.

En la personalización, el objetivo es que cada persona sea capaz de organizar los servicios que necesita y que se le considere como un individuo con activos. Esto conlleva la posibilidad de elegir

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

qué tipos de servicios desea utilizar una persona y de qué forma. También presupone la participación de las personas usuarias (tanto de grupos de usuarios como de individuos por sí mismos), en la que éstas deberían participar en el diseño de los servicios con el fin de que éstos respondan a sus necesidades reales, en lugar de a necesidades y preferencias percibidas. En los servicios centrados en la persona, se presta atención a los puntos fuertes y a los recursos de las personas usuarias de los servicios, en lugar de a sus problemas de salud mental.

La atención individualizada o personalizada se encuentra entre las tendencias de la intervención social con mayor predicamento en los últimos quince años, como un medio fundamental para aumentar la capacidad de elección de las personas usuarias. Bajo el término de personalización, se designan iniciativas diversas que persiguen dos objetivos estrechamente relacionados (Zalakain, 2013):

- Una atención integral y más ajustada a las necesidades de cada individuo, en línea con los modelos de atención centrada en la persona cada vez más habituales en gerontología.
- Un mayor empoderamiento de las personas, que haga efectivo el derecho a llevar una vida autónoma, y a escoger, entre una variedad de opciones, aquellas que mejor se adapten los propios gustos, necesidades y expectativas de la persona usuaria.

Este plan de atención individualizado se debe articular desde una primera intervención con la persona afectada que quede reflejado por escrito en su historial clínico informatizado y que garantice un seguimiento y evaluación continuos. Este Plan se crea a partir de una reunión del equipo o del profesional con la persona con trastorno mental y su familia para establecer conjuntamente el seguimiento a realizar y nombrar a la persona que tutorizará el plan. Este plan debe recoger cuatro aspectos:

- La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyos, y previsión de posibles situaciones de riesgo.
- La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- El acuerdo sobre esta programación entre el equipo profesional, los equipos de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, la persona con trastorno mental y/o su cuidador/a responsable.
- El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia en cada uno de los dispositivos que la persona con trastorno mental grave pueda utilizar.

Esta medida terapéutica no requiere de una inversión económica específica y quedaría integrada en la metodología de trabajo a seguir por el equipo de profesionales encargado de apoyar a la persona con trastorno mental grave.

Introducir esta perspectiva en las políticas de intervención supone, así, pasar del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función, no solo de las necesidades, sino también de las obligaciones individuales. En este sentido, se pone de manifiesto que en la personalización de los servicios sociales confluyen los intereses de la persona usuaria con aquellas detectadas por las administraciones públicas. En este sentido, cabe decir que esta personalización puede interpretarse de dos formas, a tenor de sus resultados: desde una perspectiva orientada a la emancipación y la capacitación de las personas usuarias, o desde otra visión orientada al establecimiento de obligaciones y al control de las mismas.

En este mismo sentido, la Diputación de Gipuzkoa, en su modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental (Departamento de Política Social Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015), establece que la Planificación Centrada en la Persona gira siempre, en su concepto y en su aplicación, en torno a dos preguntas básicas centradas en la persona:

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

- ¿Quién es realmente esta persona? ¿Cuáles son sus deseos, sus preferencias, sus necesidades, sus capacidades, sus miedos?
- ¿Qué papel desempeñamos en su vida y cómo podemos ayudarle a conseguir que su vida sea más acorde con lo que realmente desea, con lo que ella considera importante y deseable?

Desde ese enfoque, la Planificación Centrada en la Persona se estructura como un proceso continuo de escucha y de aprendizaje orientado a tratar de saber lo que es importante para la persona, tanto en relación con su vida presente como en relación con sus planes de vida para el futuro. Es, además, un proceso de carácter colectivo, en el que participan tanto la propia persona con trastorno mental como todas las personas —familiares, amigos y profesionales— que mantienen un fuerte vínculo con ella, siempre que ella previamente acepte su participación.

En contraste con otras formas de programación individual, es una forma completamente diferente de percibir y de trabajar con la persona usuaria, que se fundamenta en la igualdad de la relación: la relación que se mantiene con la persona ya no es una relación de poder, sino una relación de colaboración orientada a su mayor y mejor inclusión social. Desde esta óptica, es una metodología directamente asociada al principio y al derecho de autodeterminación, al Modelo de Apoyos y al objetivo de mejora de la calidad de vida.

Si bien es cierto que la calidad de la atención y la individualización en los servicios son enfoques que se han ido incorporando progresivamente al ámbito de la intervención con personas con trastorno mental, los servicios a menudo siguen estando diseñados y dirigidos por las entidades responsables, con escasa o nula participación por parte de las personas usuarias en el proceso de toma de decisiones. Son programas en los que, a pesar de producirse avances en la situación de las personas usuarias, la capacidad de decisión, autodeterminación y control de estas es, cuando menos, limitada.

Este es el paso que se pretende dar con los modelos basados en el empoderamiento. En el contexto de la salud mental, el empoderamiento se refiere a la capacidad de elección, de influencia y de control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre todos los aspectos de su vida cotidiana. La clave del empoderamiento es la eliminación de las barreras formales e informales que obstaculizan esa capacidad de autodeterminación y la transformación de las relaciones de poder entre los individuos, los profesionales, las comunidades, los servicios y la administración. Siguiendo la definición planteada por la OMS, “las personas empoderadas con problemas de salud mental toman sus propias decisiones, tienen voz y son escuchadas”.

Se ha ido implantando así la idea de empoderamiento de la persona usuaria, como manifestación de la voluntad de reequilibrar un modelo que, en su afán de protección, actuaba con fuertes rasgos paternalistas, determinantes de que tanto la construcción del sistema como la del modelo de atención estuvieran dominados por el imperativo público y por el criterio profesional, sin que la persona usuaria tuviera realmente voz en los procesos de intervención.

2.1.3 Constructo de Calidad de vida

A lo largo de las tres últimas décadas, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un elemento central de los procesos de mejora de la calidad. A pesar de encontrarse cada vez más afianzado, todavía se encuentra en construcción y coexisten, de hecho, diferentes enfoques y modelos de calidad de vida.

Se destacan a continuación los elementos y principios básicos del Constructo, en base al modelo más afianzado en nuestro entorno, conceptualizado y estructurado originariamente en Estados Unidos por R.L. Schalock. Puede decirse que la estructuración de este modelo surge de la necesidad de mejorar la comprensión del concepto de calidad de vida, que, promovido en los años 80 y reforzado en los 90 gracias a la aprobación de diferentes normas antidiscriminación, se había visto propulsado a primera línea de los movimientos de defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Profundizar en la comprensión del concepto conllevó profundizar en su conceptualización, en su medición y en su aplicación, y tuvo como resultado una lista de principios básicos que se reflejan en la siguiente tabla:

PRINCIPIOS DE CONCEPTUALIZACIÓN, MEDICIÓN Y APLICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
<p>Conceptualización</p> <ol style="list-style-type: none">1. La calidad de vida es multidimensional y se ve influida por factores personales y ambientales, así como por la interacción de estos factores.2. La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas.3. En la calidad de vida intervienen componentes subjetivos y objetivos.4. La calidad de vida aumenta con el grado de autodeterminación, la disponibilidad de recursos, la existencia de un proyecto de vida y de unos objetivos vitales, y el desarrollo de un sentido de pertenencia. <p>Medición</p> <ol style="list-style-type: none">1. La calidad de vida se mide por el grado en el que las personas tienen experiencias de vida que valoran.2. La calidad de vida se mide atendiendo a las dimensiones que contribuyen a una vida completa e interconectada.3. La calidad de vida se mide atendiendo a los contextos físico, social y cultural que son importantes y significativos para las personas.4. La calidad de vida se mide tanto en relación con experiencias que son comunes a todas las personas como en relación con vivencias que son únicas y personales. <p>Aplicación</p> <ol style="list-style-type: none">1. La aplicación del concepto calidad de vida contribuye a mejorar el bienestar dentro de cada contexto cultural.2. Los principios de calidad de vida deben estar en la base de las intervenciones y del diseño de los apoyos.3. Las aplicaciones del modelo de calidad de vida deben basarse en resultados demostrables.4. Los principios de calidad de vida deben integrarse y ocupar un lugar destacado en la formación de las y los profesionales.
<p>Fte. Schalock, R.L.; Gardner, J.F.; Bradley, V.J. Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities and systems. 2007.</p>

A partir de ahí, los esfuerzos de investigación y de evaluación ampliamente basados en estos principios, han tratado de ofrecer una base conceptual y empírica firme para la medición y la aplicación del concepto de Calidad de Vida, que ha llevado a un consenso en torno a diferentes elementos, en particular:

- Su carácter multidimensional: la calidad de vida de una persona tiene su reflejo en diferentes facetas de su vida; aunque las propuestas difieren ligeramente entre estudiosos, puede afirmarse que existe cierto consenso en diferenciar ocho ámbitos o dimensiones de calidad de vida.
- La necesidad de desarrollar indicadores para esas múltiples dimensiones.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En la siguiente tabla, se reflejan tanto las dimensiones como los indicadores que se han asociado a cada una de ellas:

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA E INDICADORES DE CALIDAD	
Dimensiones	Indicadores
Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformidad: satisfacción, estado de ánimo, disfrute. ▪ Autoconcepto: identidad, autovaloración, autoestima. ▪ Ausencia de estrés: predictibilidad y control.
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interacciones: redes sociales, contactos sociales. ▪ Relaciones: familiares, de amistad, de compañerismo. ▪ Apoyos: emocionales, físicos, económicos, de refuerzo
Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatus económico: rentas y prestaciones económicas. ▪ Empleo: estatus laboral, entorno laboral. ▪ Vivienda: tipo de vivienda, propiedad
Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación: logros, estatus. ▪ Competencia personal: cognitiva, social y práctica. ▪ Realización: éxito, logros, productividad.
Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de salud: funcionamiento, síntomas, forma física, nutrición. ▪ Actividades de la vida diaria: habilidades de autocuidado, movilidad. ▪ Ocio: actividades de ocio, aficiones
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomía/control personal: independencia. ▪ Metas y valores personales: deseos y expectativas. ▪ Elección: oportunidades, opciones, preferencias
Inclusión social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración y participación en la comunidad. ▪ Roles comunitarios: contribuyente, participante, voluntario. Apoyos sociales: red de apoyo, servicios.
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanos: respeto, dignidad, igualdad. ▪ Normativos: ciudadanía, acceso a los derechos, acceso a la defensa de los derechos.
<p><u>Modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental. Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales en Gipuzkoa = Desgaitasuna duten pertsonen eta buru nahasmendua duten pertsonen ematen zaien arreta eredu. Ostatu zerbitzuen, eguneko zerbitzuen eta zerbitzu okupazionalen foru sarearen antolamendua Gipuzkoan.</u> Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015, 154, 161 p.</p>	

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

2.1.4 El papel de lo comunitario

Durante los últimos 30 años, en los que se ha concretado la desinstitucionalización psiquiátrica, uno de los ejes fundamentales de las intervenciones orientadas a la atención de las personas con enfermedad mental lo constituye la influencia del ámbito comunitario. Como consecuencia del proceso de desinstitucionalización, el modelo de atención a las personas con enfermedad mental crónica pasó de estar basado en un sistema institucional de atención sanitaria en grandes estructuras a otro basado en la intervención desde modelos comunitarios.

Este proceso, sin embargo, no se ha visto suficientemente acompasado con la creación en un número suficiente de las alternativas comunitarias necesarias para, desde un sistema de protección integral y carácter sociosanitario, dar respuesta a estas personas y sus familias. Por ello, en la práctica totalidad de tendencias detectadas en la presente revisión y consideradas, por tanto, de especial interés, la acción comunitaria constituye el elemento común definitorio.

2.1.5 La participación ciudadana y el tercer sector

Junto con el desarrollo de lo comunitario, se observa un refuerzo del papel de las entidades prestadoras de servicios y de la participación ciudadana.

Hay quienes han cuestionado estas medidas como una mengua de la capacidad de la Administración de intervenir en lo público, como una transferencia al tercer sector de la responsabilidad relativa al bienestar social y como una amenaza para aquél, que podría perder su carácter espontáneo, informal y comunitario. Considerando además la negativa a transferir más fondos al tercer sector, también se han visto como un intento neoliberal de dismantelar el Estado y ocultar que la crisis no se debe a un Estado demasiado grande, sino a un sector financiero sobredimensionado (Zalakain, 2013).

Sobre todo, en el Reino Unido, estas iniciativas parten de la idea de un nuevo localismo que implica no sólo una descentralización de las competencias hacia los ayuntamientos, sino también de éstos a la propia ciudadanía. La idea central de este impulso a la participación ciudadana es la de que administraciones y ciudadanía deben implicarse conjuntamente en la resolución de los problemas que afectan a los barrios y a las personas que viven en ellos. Desde esta perspectiva, se enfatizan las capacidades de la ciudadanía, se refuerzan los vínculos comunitarios y se revaloriza el potencial de los saberes locales para optimizar las intervenciones.

Junto con la dimensión local o territorial, el voluntariado constituye un elemento crucial de estos enfoques, en la medida en que se basan en la implicación voluntaria de la ciudadanía en la acción comunitaria. Se ha desarrollado así un modelo de voluntariado de proximidad, en el que son las propias personas y recursos de la comunidad —el vecindario, los comercios, las asociaciones, los recursos públicos existentes en los barrios— los que se autoorganizan para dar respuesta a algunas de las necesidades (de acompañamiento, de cuidado, de formación) a las que los servicios públicos no suelen llegar.

Es preciso notar, sin embargo, que estas críticas se refieren a políticas concretas y, que nadie parece cuestionar la pertinencia de que la Administración aliente y refuerce de forma proactiva las iniciativas ciudadanas. Al margen de la postura adoptada por los poderes públicos, los estudios realizados ponen de manifiesto la utilidad de los programas comunitarios, que, si están adecuadamente diseñados y desarrollados, contribuyen a empoderar a las comunidades y llevan a la práctica la idea de una ciudadanía activa. En este sentido, (Vidal Fernández, 2015) defiende que el Estado debe favorecer los proyectos comunitarios, pues producen un capital simbólico imprescindible –junto con la movilidad social ascendente– para atajar las desigualdades y avanzar así hacia la justicia social.

En el modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental que abordó la Diputación Foral de Gipuzkoa en 2015, se citaba como fortaleza del sistema de atención actual en Gipuzkoa, la “capacidad de las entidades prestadoras de servicios”: capacidad de atención

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

e innovación y también de adaptación a las nuevas necesidades e incluso de anticipación de las mismas; asumiendo incluso el liderazgo en la incorporación a los servicios de los nuevos paradigmas de atención afianzados a nivel internacional.

2.1.6 Coordinación, multidimensionalidad e integralidad de la intervención

Las personas con trastornos mentales han de enfrentarse, en su vida cotidiana, a una doble dificultad, lo que ha venido a denominarse la “doble enfermedad”. Por un lado, experimentan los síntomas propios de su trastorno, y, por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social asociado a dicho problema de salud mental lo que generalmente conlleva la propia interiorización del mismo (autoestigma).

Paradójicamente, los inconvenientes derivados de su trastorno son, generalmente episódicos y tratables con una adecuada atención sanitaria combinada con programas de rehabilitación psicosocial; mientras que los conflictos que resultan del estigma social son más permanentes y complejos, por lo que las intervenciones para erradicarlos son más complicadas y responden a un sistema complejo de abordar, pues afectan al ámbito sanitario, educativo, familiar, laboral, de los servicios sociales, medios de comunicación, etc. En la medida en que se trata de construcciones sociales, fruto de un contexto histórico, así como consecuencia de unas relaciones de poder determinadas, están sujetas a cambios y transformaciones y pueden ser deconstruidas, pero siempre que se aborden desde un enfoque de multidimensionalidad e integralidad y continuidad de la intervención.

Esta discriminación social se concreta en una acumulación de desventajas en ámbitos muy diferentes de la vida –educación, vivienda, salud, empleo, derechos políticos, relaciones personales, ingresos...-. En consecuencia, los enfoques actuales en el diseño de las políticas dirigidas a la exclusión derivada de la enfermedad mental parecen confirmar una tendencia hacia perspectivas basadas en una concepción multidimensional. Esta concepción multidimensional hila directamente con temas como la necesidad de la coordinación de recursos, de evitar los solapamientos (o las lagunas) en la prestación de servicios y de asegurar una integralidad en la atención a las personas con enfermedad mental.

Este tipo de enfoques integrales resultan especialmente adecuados para las personas con necesidades múltiples en las que, además de la enfermedad mental, se acumulan otras problemáticas, como adicciones, enfermedades crónicas, exclusión social, malos tratos, etc. En estos casos, los nuevos enfoques están optando por la creación de programas integrales en los que se presta una diversidad de servicios (algunos de ellos desde la red ordinaria, y otros desde esquemas especializados) estructurados e integrados en un paquete individual. Se trata de programas que pretenden ofrecer respuestas al conjunto de las necesidades de estas personas –de alojamiento, de tratamiento psiquiátrico, de ocio, de inserción laboral, de garantía de ingresos...- y que se basan en el principio de que los problemas de estas personas constituyen un conjunto entrelazado, difícilmente susceptible de ser abordado desde enfoques parciales, y que requiere por tanto aproximaciones integrales en las que todas las necesidades de la persona atendida sean tenidas en cuenta de forma simultánea y centralizada.

En 2015, la Diputación Foral de Gipuzkoa abordó la definición de un modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental. En dicho documento se citaba como debilidad del sistema actual, la “Dificultad de situar a la persona en el centro de procesos de atención en los que deberían confluir diferentes sistemas”. Se constata que existe un riesgo cierto de que la compartimentación entre sistemas —sistema de servicios sociales, sistema sanitario, sistema educativo, de empleo, de vivienda, de transporte— dificulte la necesaria visión integral de la persona que requiere apoyos, si no se articulan cauces que permitan una coordinación efectiva de las intervenciones y que afiancen, en los principales agentes de esos sistemas, una conciencia clara de su corresponsabilidad en la prestación de apoyos a las personas con trastorno mental.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En esta misma línea, FEAFES estableció en 2013 un compendio de Medidas terapéuticas básicas y urgentes de atención para las personas con trastorno mental grave, entre las que se encontraba el establecimiento de “Equipo multidisciplinar”. El Equipo multidisciplinar constituye la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales y su función es esencial para ofrecer una atención integral, teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud y la diversidad de las personas. Su acción debe fundamentarse en los criterios de utilización de los tratamientos menos restrictivos posibles y de implicación de la persona con trastorno mental en las decisiones.

Este equipo, en el que la perfecta interacción entre sus miembros es esencial, para una población adulta de 30.000 habitantes debe estar formado por, al menos, 14 profesionales: un psiquiatra, dos psicólogos/as (preferiblemente clínicos), cuatro enfermeros/as, un trabajador/a social, cuatro auxiliares de clínica, un terapeuta ocupacional, técnico de integración social, o similar, y un auxiliar administrativo.

2.1.7 Modelo de Apoyos

A lo largo de las dos últimas décadas ha ido ganando protagonismo el denominado “Paradigma o Modelo de los Apoyos”, deudor a la vez de la filosofía de la normalización de los años 70 y del movimiento de vida independiente y de integración comunitaria fuertemente desarrollado en los 80, y asociado al énfasis que, desde la década de los 90, se ha puesto en la noción de calidad de vida. El cambio fundamental que conlleva consiste en dejar de centrar la atención en los déficits de la persona con enfermedad mental para centrarla en su autodeterminación y su inclusión.

Los elementos clave del Modelo de Apoyos pueden sintetizarse así:

- ✓ Lo esencial de este cambio de enfoque se expresa en la pregunta: ¿qué apoyos necesita una persona para participar en su comunidad, para asumir roles socialmente reconocidos y para llevar el tipo de vida que desea llevar y sentirse más satisfecha con su vida?
- ✓ Responder a esa pregunta requiere determinar qué desfase existe entre las capacidades y habilidades que tiene una persona y las que requeriría para funcionar en su comunidad y para llevar una vida más cercana a sus preferencias y a sus opciones.
- ✓ Dado que las personas funcionan en diversos contextos, es necesario evaluar o medir ese desfase en los distintos contextos en los que se desenvuelve. Para ello, el Modelo de Apoyos diferencia varias áreas importantes en la vida y en el desarrollo personal: vida en casa; vida en la comunidad; formación y educación; empleo; salud y seguridad; área conductual; área social; y protección y defensa de la persona.
- ✓ En cada una de estas áreas, cada persona puede requerir diferentes tipos de apoyo y de diferente intensidad.
- ✓ El objetivo es que, a través de la prestación de apoyos en las diferentes áreas de la vida, la persona consiga mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, su nivel de participación en la comunidad y su bienestar personal.

Lógicamente, más allá de su atractivo intrínseco, el traslado a la práctica de la atención de este nuevo paradigma ha supuesto retos de envergadura:

- ✓ Por un lado, ha generado la necesidad de ofrecer una nueva descripción de las personas con trastorno mental usuarias de esos apoyos, basada no ya en sus déficits, como ocurría en el modelo tradicional, sino en sus necesidades personales y en sus aspiraciones. Esta nueva conceptualización ha requerido el desarrollo de nuevos sistemas de clasificación.
- ✓ Por otro, la visión tradicional centrada en la prestación de atención para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ha tenido que ampliarse para abarcar otras facetas de la vida, directamente asociadas al desarrollo personal, al empoderamiento, a la autodeterminación, a la inclusión y a la asunción de roles socialmente reconocidos.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Superar esos retos ha requerido que los sistemas de implementación de los apoyos sean capaces de:

- ✓ abarcar una amplia gama de necesidades de apoyo;
- ✓ centrarse en la persona;
- ✓ ser lo suficientemente flexibles para permitir cierta variabilidad en las prioridades individuales;
- ✓ contar con instrumentos que permitan realizar una evaluación de necesidades y preferencias individuales y, en consecuencia, determinar los apoyos requeridos, así como el seguimiento de la evolución de las necesidades con vistas a la correspondiente adaptación de los apoyos.

2.1.8 Baja exigencia

El paradigma de baja exigencia, previamente vinculado al ámbito de las adicciones, se ha ido incorporando paulatinamente en la atención a personas con enfermedad mental, especialmente cuando éstas presentan trastornos asociados o situaciones de exclusión extrema. La Baja Exigencia se define como una “metodología de trabajo en base a objetivos marcados en función del ritmo, las necesidades, demandas, oportunidades y expectativas de cada persona, sin partir de un nivel de exigencia preestablecido” (Fraiz Alcobilla, Arginarena Ruiz, & De La Rúa Madrazo, 2014).

Varios de los programas y experiencias seleccionados en el presente informe – más concretamente en el apartado dedicado a personas en situación de exclusión social grave-, incluyen la baja exigencia como uno de los factores determinantes del éxito de la intervención:

- ✓ Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave (Bilbao). Entre los factores claves del éxito del programa que identifican los responsables del programa destacan las expectativas de baja exigencia, la tolerancia y la paciencia como valores de primer orden.
- ✓ Igualmente, en el caso del Programa piloto de acompañamiento social personalizado para personas con trastorno mental y exclusión social de la Asociación Zubietxe (Bizkaia) (Asociación Zubietxe & Fundación EDE, 2014), que combina acompañamiento individualizado y baja exigencia.
- ✓ Otro de los ámbitos en que el concepto de baja exigencia en la atención social a personas con enfermedades mentales – y/o adicciones- ha despertado un interés creciente ha sido en el del acceso a la vivienda. La implantación creciente en la CAPV del modelo *Housing First* ha puesto en la mesa de debate la efectividad de los tradicionales modelos condicionales, primando la reducción de daños y la baja exigencia.

2.1.9 Inversión social y prevención

Desde mediados de los años noventa y, con más claridad, a partir de los primeros años del siglo XXI, se ha ido desarrollando sobre todo en Europa un enfoque que, para muchos, implica un cambio de paradigma en la definición de las políticas de bienestar social. Aunque este nuevo enfoque ha sido denominado de muy diversas formas —liberalismo inclusivo, Estado capacitador, Estado de inversión social, entre otras—, en los últimos años ha ido consolidándose para su definición el término de Estado social inversor o *social investment welfare state* (Zalakain, 2013).

La principal característica de este enfoque es, tal y como han señalado Morel, Palier y Palme (Morel, Palier, & Palme, 2015) el cambio de énfasis desde unas políticas orientadas a la reparación a otras orientadas a la preparación (*preparing rather than repairing*). De acuerdo con estos autores, el enfoque de la inversión social se basa en políticas que buscan tanto el desarrollo del capital humano (por ejemplo, mediante prevención de la exclusión) y el aprovechamiento eficiente de ese capital como la consecución de mayores cotas de inclusión social, fundamentalmente mediante el acceso al mercado de trabajo de grupos tradicionalmente excluidos de él.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En cualquier caso, un elemento distintivo básico de este enfoque es la idea de que las políticas sociales deben considerarse como un elemento productivo, un factor esencial para el desarrollo económico y el crecimiento del empleo, lo que constituye un cambio radical con la consideración de las políticas sociales como una carga económica y un obstáculo al crecimiento. A pesar de ello, resulta difícil conseguir financiación pública para las iniciativas sociales de carácter preventivo. Este hecho se debe, en parte, a la crisis económica que ha conllevado la implantación de políticas de austeridad acentuado los ya anteriormente existentes problemas de financiación de programas públicos. Unos presupuestos públicos cada vez más ajustados provocan, por otro lado, una necesidad emergente de justificar el gasto de las administraciones públicas mediante evaluaciones de resultados, que resultan más complicados si cabe en el caso de las intervenciones de carácter preventivo.

2.1.10 Práctica basada en la evidencia (PBE)

Desde al menos mediados de los años 80 ha surgido en los países de nuestro entorno un movimiento de gran interés que busca aplicar el conocimiento basado en la evidencia científica a la gestión de las políticas sociales y sociosanitarias. Los procedimientos de la práctica basada en la evidencia (PBE) tratan de establecer, mediante el consenso basado en el conocimiento científico, intervenciones técnicamente correctas y políticamente asumibles. La traslación de este movimiento a los procesos de intervención social y sociosanitaria resulta sin duda necesaria, en la medida en que reivindica elementos razonables pero hasta ahora poco presentes en este campo, tales como el carácter científico de la intervención social, la necesidad de no improvisar, de no guiarse solo por el sentido común, sino también por el contraste y la verificación de la intervención; de elevar, en definitiva, la intervención social a una fase más adulta mediante la selección rigurosa de las intervenciones más efectivas.

Durante muchos años, debido a sus orígenes y a su trayectoria histórica, las intervenciones sociales se han identificado con la beneficencia y, en todo caso, con la atención a situaciones que requerían una respuesta urgente, de emergencia. En ese contexto, el mero hecho de intervenir se consideraba ya en general una aportación suficiente a la resolución del problema. Sin embargo, la progresiva consolidación de los Servicios Sociales como un derecho social del conjunto de la ciudadanía, el énfasis en su capacidad preventiva, y la paulatina equiparación con otros ámbitos de las políticas públicas –como la educación o la sanidad– han hecho que se preste en este ámbito cada vez una mayor atención a la calidad de las intervenciones, y a la necesidad de demostrar su eficacia y su eficiencia.

Se ha tendido así a incorporar –a veces de forma un tanto acrítica– planteamientos muy enraizados en las ciencias de la salud, como la práctica basada en la evidencia. En su aplicación al ámbito de los servicios sociales, la idea básica de la PBE se centra en que la intervención social se debe basar de forma sistemática en un conocimiento contrastado de su efectividad, derivado a su vez de la utilización de métodos sólidos de investigación empírica. Desde esta filosofía, se entiende que los servicios deben evaluarse, no ya sólo desde la perspectiva de su actividad (indicadores de proceso relacionados con las coberturas alcanzadas, número de personas atendidas, gasto realizado), sino de los resultados que se obtienen para las personas usuarias, en función de los objetivos concretos establecidos previamente para cada intervención. Este deber está relacionado con la buena práctica profesional y con el principio ético de no maleficencia, que establece que la principal obligación ética de los profesionales que trabajan con personas es no dañarlas a través de su actuación; y aplicar intervenciones cuya efectividad se haya demostrado mediante investigaciones experimentales de carácter científico constituye una manera de dar cumplimiento a este imperativo ético de la buena práctica profesional.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

2.1.11 Algunas buenas prácticas

BUENA PRÁCTICA I

Modelo Avilés (Asturias)

El “modelo Avilés” surge en 1999, como proyecto piloto, con la puesta en marcha de un equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) basado en el modelo estadounidense de Stein y Test. El modelo Avilés aspira a establecer las bases del modelo norteamericano adaptadas a la realidad española, donde el modelo de asistencia sanitaria es muy diferente. Este modelo mantiene una buena fidelidad a buena parte de los principios originales del procedimiento, aunque, como es pauta habitual en las experiencias de implantación europeas, modifica y adapta otros como, por ejemplo, la disponibilidad horaria.

Constituyó la primera implantación del modelo TAC en el estado español y se creó como un recurso que diera respuesta al cierre previsto del hospital psiquiátrico de Oviedo, que se produjo finalmente en 2002; para entonces ya estaba en marcha el ETAC (Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario) para poder dar atención a las personas con enfermedad mental que se encontraban en una situación más difícil.

Las visitas domiciliarias y las intervenciones in vivo son el eje de su actuación. Otro de los elementos fundamentales del modelo, según sus creadores, residen en la continuidad de los cuidados y la coordinación con el resto de recursos del área.

En la actualidad el equipo cuenta con 11 profesionales (2 psiquiatras, 5 enfermeros/as, 3 auxiliares de enfermería y un/a trabajador/a social) y atiende a un número de pacientes cercano a los 130. La totalidad de las personas atendidas por este equipo son del área sanitaria de Avilés (con aproximadamente 165.000 habitantes).

Evaluación y resultados

El modelo Avilés cuenta con el aval demostrado de la eficacia del Tratamiento Asertivo Comunitario.

El propio modelo ha sido evaluado, entre otro, en una reciente tesis doctoral del promotor del propio modelo (Jambrina, 2017), Juan José Martínez Jambrina, donde se concluye que el modelo ha conseguido llamativas reducciones en los reingresos hospitalarios de los pacientes - que, además, en un 90 % de los casos son voluntarios y programados-. Se ha demostrado además una mejora en el nivel de calidad de vida de las personas usuarias, una mejor adherencia de los pacientes a los seguimientos y una mayor satisfacción de las familias con los cuidados. El modelo, referente a nivel estatal, ha recibido numerosos reconocimientos, como el premio "Jaime Albert Solana".

BUENA PRÁCTICA II

Clubhouse (Red internacional de centros)

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

BUENA PRÁCTICA II

Clubhouse (Red internacional de centros)

Un *Clubhouse* se define, ante todo, no como un simple programa o un servicio, sino como una comunidad de personas. En este sentido, se alejan del concepto tradicional de servicio diurno para basarse fundamentalmente en la idea de (re)construcción de comunidades relacionales. Se trata de un recurso comunitario que ofrece a las personas con enfermedad mental la oportunidad de reinserirse a nivel afectivo, familiar, social, formativo o laboral y acceder a los servicios y apoyos que precisan. El nombre *Clubhouse* (Casa Club) proviene de la primera de ellas, *Fountain House*, fundada en Nueva York (NY) en 1948 cuando un grupo de ex pacientes de un hospital psiquiátrico de NY comenzaron a reunirse informalmente, en una especie de club en el que se buscaba apoyo, más que como un servicio o programa propiamente dicho. En la actualidad, la red de *Clubhouses* cuenta con más de 350 centros, básicamente en Estados Unidos, pero también en Dinamarca, Escocia, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia (Clubhouse International, 2018a).

El modelo Clubhouse (Clubhouse International, 2018b) se define por las siguientes características:

- ✓ Personas destinatarias: el proyecto *Clubhouse* está dirigido a personas diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental. Respecto a la edad, es un recurso pensando para personas mayores de edad, sin que se establezca un límite de edad superior. También se ofrecen plazas para personas con un diagnóstico dual de enfermedad mental y drogodependencias, y para personas sin hogar.
- ✓ Miembros, no pacientes: Uno de los elementos básicos de este tipo de centros es la consideración de las personas con enfermedad mental como miembros del club, no como pacientes o usuarios. El club está abierto a cualquier persona que tenga un historial con enfermedad mental y está membresía la que genera la corresponsabilidad entre las personas participantes para el éxito de la organización. Ser miembro de una organización conlleva también la pertenencia a un grupo donde siempre se es bien recibido, algo que para una persona con enfermedad mental adquiere un valor único.
- ✓ Participación y voluntariedad: El funcionamiento del *Clubhouse* se fundamenta y requiere de la participación de todos los miembros, de modo que siempre hay mucho más trabajo del que puede ser cumplido por los pocos empleados fijos. La participación es voluntaria, pero se motiva la implicación de cada miembro en tareas de oficina, recepción, servicio de comida, transporte, mantenimiento, investigación, programas de empleo y educación, servicios financieros, etc.
- ✓ Recuperación: Las comunidades *Clubhouse* son creadas bajo la convicción de la posibilidad de recuperación de que cada miembro de los efectos de su enfermedad mental para llevar a cabo una vida personalmente satisfactoria, no importando cuánto tiempo puede llevar o cuán difícil sea. Las comunidades *Clubhouse* mantienen la convicción de que el trabajo y las relaciones mediadas por el trabajo y la interacción personal son restauradoras.
- ✓ Corresponsabilidad en la gestión: El número de empleados de *Clubhouse* se mantiene a propósito bajo para que se cree la necesidad de que los miembros se conviertan en imprescindibles para el buen funcionamiento del centro. Los miembros a su vez necesitan de los empleados, de modo que se crean relaciones de dependencia y responsabilidad mutua que constituyen el ingrediente esencial para la

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

BUENA PRÁCTICA II

Clubhouse (Red internacional de centros)

rehabilitación en Clubhouse. El rol de los empleados no es tratar a los miembros, sino alentar a éstos a creer en sí mismos y en sus potencialidades, por lo que no suelen ser terapeutas o psiquiatras sino perfiles más sociales como educadores. El educador social es el profesional de referencia, quien hace el acompañamiento y la comprensión de manera más próxima a la persona. Partiendo de una responsabilidad compartida entre miembros y personal en las actividades del día a día, la responsabilidad última se encuentra siempre en el personal.

- ✓ Organización y toma de decisiones: Miembros y empleados se reúnen en grupos abiertos para discutir los asuntos internos y la planificación futura de Clubhouse. El Clubhouse también cuenta con una junta de asesoramiento que es la encargada del control de la administración, la recaudación de fondos o las relaciones públicas.
- ✓ Horario: La actividad laboral diaria de un Clubhouse se organiza emulando una jornada laboral de ocho horas, de lunes a viernes, tal y como sucedería en una oficina ordinaria de la comunidad donde se ubica el centro. Todo el trabajo realizado en el centro es para el propio Clubhouse y no para ninguna entidad o negocio externo. No hay actividades obligatorias.
- ✓ Programas de empleo: La oportunidad de acceder a un programa de empleo remunerado, a la que tiene derecho todo miembro, adquiere dos modalidades: empleo temporal y empleo independiente. El empleo de transición consiste en un programa de empleo con apoyo, de unas 15-20 horas a la semana, en negocios o industrias cercanas al Clubhouse con los que se establecen convenios. Suelen tener una duración de 6 a 9 meses y su objetivo es que (re)adquirir la confianza y habilidades necesarias para acceder a empleos ordinarios. Empleo independiente es el programa mediante el que los miembros, cuando se sientan listos, transiten a un empleo ordinario. El Clubhouse sigue ofreciendo apoyo mientras el miembro lo requiera, aunque no en el mismo lugar de trabajo, sino en el mismo Clubhouse.
- ✓ Programas sociales y de ocio: Además de las oportunidades de trabajo, los Clubhouse facilitan actividades sociales y de ocio durante las tardes, fines de semana y festivos, que son organizadas conjuntamente por miembros y empleados.
- ✓ Acceso a los servicios: El Clubhouse también apoya a sus miembros en el acceso a diversos servicios de la comunidad: atención sanitaria, prestaciones, vivienda, formación, etc.
- ✓ Seguimiento: El seguimiento forma parte del trabajo diario del Clubhouse. Cuando un miembro se ausenta, se contacta con él y en caso de enfermedad u hospitalización se le realizan llamadas o visitas, fomentando la sensación de pertenencia al grupo y posibilitando una vigilancia sobre el agravamiento de determinados problemas.

Evidencia

El modelo *Clubhouse* ha sido sometido a diversas evaluaciones (Bouvet, Battin, & Le Roy-Hatala, 2015; Clubhouse International, 2010; Hänninen, 2012) (Clubhouse International, 2010) (Bouvet et al., 2015), que han acreditado sus beneficios y su coste-efectividad:

- Mejora la calidad de vida y la recuperación: un estudio de 2009 (Mowbray, Woodward,

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

BUENA PRÁCTICA II

Clubhouse (Red internacional de centros)

Holter, MacFarlane, & Bybee, 2009) demostró que los miembros de los *Clubhouse* consideran que tienen mayor probabilidad de recuperación y mejor calidad de vida que las personas usuarias de otro tipo de centros.

- Reduce las estancias hospitalarias: Este estudio llevado a cabo (Plotnick & Salzer, 2008) en Pensilvania demostró que los costos del modelo *Clubhouse* son sustancialmente más bajos que los servicios hospitalarios y que reducen el uso de los mismos mediante los sistemas de seguimiento.

- Son coste-efectivos: una reciente tesis de 2012 (Gorman, 2012) ha demostrado que por cada dólar invertido en los servicios de empleo, los miembros obtienen un beneficio de 1,31 dólares. El coste del modelo *Clubhouse* se estima en un tercio del coste del modelo IPS (Individual Placement and Support) y la mitad del coste de los Centros Comunitarios de Salud Mental.

El modelo forma parte además de las estrategias nacionales de diversos países como Dinamarca, Escocia, Finlandia, Islandia o Suecia. Diversos organismos públicos, como el Instituto Nacional de Salud y Bienestar THL de Finlandia o la agencia federal SAMSHA en EE. UU. han aprobado el modelo *Clubhouse* como una buena práctica demostrada (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018).

BUENA PRÁCTICA III

Programas BEFRIENDER de tutela informal para personas con enfermedad mental (Irlanda y Reino Unido)

Existen diversas iniciativas Befriender a lo largo de todo el Reino Unido e Irlanda. El proyecto Dublin Befriender (Befrienders Dublin, 2018) es un buen ejemplo de este tipo de iniciativas.

Los Befriender Project constituyen servicios de tutela informal prestados por personas voluntarias específicamente formadas y orientado a personas mayores de 16-18 años que padecen o han padecido una enfermedad mental, y se encuentran en situación o riesgo de exclusión social. Su objetivo es fomentar la independencia y el empoderamiento y reducir la sensación de aislamiento que suelen padecer las personas con enfermedades mentales.

La filosofía del proyecto se basa en la necesidad de ampliar las redes sociales de relación de las personas con enfermedad mental y, al mismo tiempo, posibilitar un seguimiento y apoyo continuo, en los casos en los que los referentes profesionales son poco accesibles, están saturados, no existen o no tienen la capacidad de establecer el vínculo necesarios con la persona atendida.

Se suele asignar a cada usuario/a del programa una persona voluntaria, con la que establece una relación personal de apoyo, seguimiento, tutela o acompañamiento, siempre desde el respeto a los deseos y las necesidades de la persona usuaria y con el objetivo final de contribuir a su proceso de

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

integración social.

Además de realizar esa labor de acompañamiento, uno de los objetivos de estos tutores informales es el de facilitar el acceso de las personas atendidas a los servicios sociales, culturales y sanitarios de la comunidad. Antes de comenzar estas labores de tutoría, las personas voluntarias reciben una formación específica sobre salud mental, aspectos relativos a la confidencialidad, refuerzo de habilidades comunicativas, etc. Una vez finalizada esta formación inicial, las personas tutoras dedican 2-4 horas semanales a realizar actividades muy diversas con la persona que tutelan: ir al cine o de compras, pasear por el parque, tomar un café, ayuda en las gestiones, etc. A lo largo de todo el proceso, las personas voluntarias cuentan con apoyo continuos y aceptan la supervisión por parte del coordinador como parte esencial del proyecto.

Los proyectos Befriender también gestionan clubs sociales para la realización de actividades sociales y lúdicas.

Evidencia y reconocimientos

La literatura científica ofrece claras evidencias de que el apoyo y la interacción social resultan vitales en la recuperación de las personas con enfermedades mentales. Entre ellos destaca precisamente la voluntariedad del apoyo que se da en los proyectos Befriender (Mitchell & Pistrang, 2011). El hecho de que, al contrario del apoyo profesional, el personal voluntario puede implicarse emocionalmente con la persona tutelada, parece concretarse en una relación más profunda y, en consecuencia, generar efectos más positivos.

El proyecto Dublín Befriender, en concreto, ha recibido varios galardones, entre ellos el Premio 2016 del AONTAS The National Adult Learning Organisation (AONTAS The National Adult Learning Organisation, 2018).

Más información

<https://www.befriendingservice.com/>

BUENA PRÁCTICA IV

Programa piloto de acompañamiento social personalizado para personas con trastorno mental y exclusión social de la Asociación Zubietxe (Bizkaia)

Generalmente los recursos sociales forman parte de una etapa concreta de la intervención psicosocial, dividiéndose en etapas de menor a mayor estructuración de hábitos, rutinas y tareas, de menor a mayor autonomía.

Frente a estos parámetros de acción, en la Asociación Zubietxe, radicada en Bizkaia, se plantearon una intervención basada en la flexibilidad, en la ausencia de etapas prefijadas, en el diálogo educativo y en la asignación de figuras de referencia estables y cercanas.

El Programa piloto de acompañamiento social personalizado para personas con trastorno mental y exclusión social, desarrollado por la Asociación Zubietxe combina acompañamiento individualizado, baja exigencia, calidad de vida y coordinación sociosanitaria.

En 2009, comenzaron a testar un sistema de tutorías a un colectivo, el de personas con enfermedad

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

mental y en grave exclusión, como prevención del sinhogarismo, en personas que accedieron a participar en él de manera experimental.

El proyecto busca mantener un trabajo socioeducativo de acompañamiento y apoyo individualizado, orientado a satisfacer las necesidades de apoyo social de personas que presentan enfermedad mental junto con otros rasgos de exclusión, vinculándolas con las redes social y sanitaria, y que tenga como horizonte su calidad de vida.

Las y los participantes en él se benefician de una atención personalizada a través de tutorías que se ajustan a sus necesidades individuales en lo que respecta a periodicidad, localización o aspectos abordados. La innovación de la experiencia de Zubietxe radica en que acompaña a la persona excluida sea cual sea su situación: no se limita a un determinado ámbito, como puede ser el de la inclusión laboral o una determinada asistencia personalizada, sino que acompaña a la persona en los momentos en que lo necesite, y especialmente en los de mayores crisis personales, que suelen ser los más difíciles de acompañar externamente. Este acompañamiento no es propiamente un servicio de intervención en calle, ya que normalmente no se trabaja con gente cuyo contexto es la propia calle, sino con entidades, instituciones o espacios sociales muy diversos.

Evidencia

En 2013 se llevó a cabo un trabajo de sistematización de la experiencia piloto, recogiendo datos de carácter cualitativo y cuantitativo que han permitido identificar aquellos elementos clave que inciden en el éxito del servicio, así como valorar la efectividad de este tipo de intervenciones, haciendo especial hincapié en el impacto económico positivo que tienen frente a otros recursos y modelos de intervención. Los responsables consideran que hay cuatro elementos esenciales para un adecuado acompañamiento social personalizado y que reproduce el programa de acompañamiento social de Zubietxe:

- la información: el acompañamiento se diferencia de otras formas de intervención social en que no parte de un diagnóstico de la situación de la persona, sino que sencillamente acompaña a la persona en diferentes contextos. Facilitar el flujo de información entre la persona usuaria y quien le acompaña, resulta esencial.
- el vínculo: adquiere protagonismo como herramienta fundamental de trabajo en el acompañamiento con personas en situación de exclusión social, que se caracterizan precisamente por la ruptura de las relaciones sociales y la sensación de intensa soledad y marginación social.
- la flexibilidad: es preciso ser flexibles en las acciones realizadas, en los horarios y en la intensidad que la intervención requiere, entre otros factores. Esto es especialmente importante en la primera fase de la intervención, en el momento de creación del vínculo.
- el trabajo en red: el trabajo en red se convierte en el espacio vital del acompañamiento, un trabajo en red en el que, como hemos visto, la persona acompañante debe saber moverse con agilidad y flexibilidad.

2.2 LUCHA FRENTE AL ESTIGMA SOCIAL

2.2.1 Justificación

Las personas con trastornos mentales han de enfrentarse, en su vida cotidiana, a una doble dificultad, lo que ha venido a denominarse la “doble enfermedad”. Por un lado, experimentan los síntomas propios de su trastorno, y, por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social asociado a dicho problema de salud mental lo que generalmente conlleva la propia interiorización del mismo (autoestigma).

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Paradójicamente, los inconvenientes derivados de su trastorno son, generalmente, episódicos y tratables con una adecuada atención sanitaria combinada con programas de rehabilitación psicosocial; mientras que los conflictos que resultan del estigma social son más permanentes y complejos, por lo que las intervenciones para erradicarlos resultan más complicadas. Ambos fenómenos tienen importantes consecuencias en la calidad de vida y en el proceso de integración social de la persona con enfermedad mental.

No está de más recordar que el principal estereotipo asociado con los problemas de salud mental tiene que ver con la violencia y/o la agresividad. Sin embargo, la mayor parte de los estudios epidemiológicos no confirman que las personas con trastorno mental sean más violentas que el resto. Cuando se trata la vinculación entre violencia y trastorno mental, escasas veces (debido a los prejuicios existentes) se comenta que el mayor volumen de violencia entre las personas que tienen un trastorno mental corresponde a la ejercida sobre ellos mismos. Además, y de manera mucho más generalizada, las personas con enfermedad mental suelen ser objetos (más que sujetos) de episodios violentos ejercidos por otras personas.

2.2.2 Intervención

La sección europea de la Organización Mundial de la Salud, en documento monográfico sobre Estigma y salud mental (World Health Organization, 2008), alerta de que aquello que se debe combatir es el denominado “ciclo del estigma”.

Este ciclo, como se puede observar en la Figura 2.1, genera discriminación que a su vez deriva en situaciones de exclusión social en las que las personas son despojadas de ciertos derechos como la participación plena en la vida social, lo cual tiene importantes repercusiones en su calidad de vida, así como en sus derechos de ciudadanía.



Figura 2.1 Fuente: Red2Red Consultores, Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015). Basado en OMS, 2008.

Por lo tanto, la generación y mantenimiento del estigma y las actitudes discriminatorias que se traducen en exclusión social responden a un sistema complejo de abordar; sin embargo, en la medida en que se trata de construcciones sociales, fruto de un contexto histórico, así como consecuencia de unas relaciones de poder determinadas, están sujetas a cambios y transformaciones y pueden ser deconstruidas.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Un reciente estudio de la Confederación salud Mental de España, elaborado por Red2Red consultores (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015), analizó la estigmatización de las personas con trastorno mental en España, evidenciando su persistencia en diversos ámbitos: sanitario, educativos, medios de comunicación, servicios sociales, empleo, justicia y familias, entre otros.

En definitiva, cualquier intervención destinada a la erradicación del estigma debería tener en cuenta esta triple caracterización del mismo teniendo en cuenta la vertiente cognitiva (estereotipo), emocional (prejuicio) y conductual (actitudes discriminatorias). Resultaría deseable un cambio de mirada que conduzca a todas las personas a asumir un compromiso social contra los prejuicios y la discriminación, desde los diversos ámbitos de acción, con la finalidad de crear y mantener una sociedad más justa, inclusiva y democrática (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015).

2.2.3 Buena práctica

BUENA PRÁCTICA XI
Obertament (Cataluña)
<p>El programa “Abiertamente. Da la cara por la salud mental” (Obertament. Per la salut mental, dóna la cara), nace en 2010 de la mano de la primera entidad en Cataluña que tiene como objetivo único la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental, creada por los principales agentes sociales del sector en Cataluña.</p> <p>Abiertamente aprovecha de la experiencia y conocimientos acumulados por campañas antiestigma desarrolladas durante la pasada década al mundo anglosajón, para elaborar un modelo de intervención propio.</p> <p>Este modelo sostiene que, con una combinación de campañas de comunicación, sensibilizando colectivos específicos, dando respuesta a mensajes y prácticas discriminatorias, y promocionando el contacto social se pueden conseguir a medio plazo cambios en actitudes y comportamientos que lleven a una reducción de situaciones discriminatorias vividas por las personas con problemas de salud mental.</p> <p>Sus objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ promover cambios actitudinales en la población,✓ facilitar la generación de aprendizajes en el ámbito de la salud mental. <p>El proyecto desarrolla su acción contra el estigma mediante varios frentes de acción:</p> <p>“Alerta Estigma” es un programa coordinado por un equipo de activistas que tienen un trastorno mental que vigilan los mensajes sobre trastorno mental que se emiten desde los medios de comunicación y denuncian mediante el ciberactivismo.</p> <p>Metodología contra el estigma: se diseñan proyectos destinados a erradicar comportamientos discriminatorios en cuatro ámbitos clave:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ la educación, mediante el programa Whats’up,✓ los medios de comunicación, con asesoramiento a profesionales y guías sobre lenguaje,✓ la sanidad, a través de la creación de materiales y servicios específicos para profesionales y,✓ el mercado laboral, mediante servicios para profesiones de recursos humanos que permitan mejorar el trato a personas con enfermedad mental en la empresa.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Acompañamiento a entidades locales, facilitando herramientas, metodología y recursos al tejido asociativo y de servicios, recogiendo la experiencia del sector y de los miembros de la alianza mundial de lucha contra el estigma

Historias en primera persona. Ponen en contacto a los medios y las entidades que lo requieren con portavoces en primera persona, que explican su experiencia de salud mental ofreciendo una versión positiva y vivenciales de los trastornos mentales.

Acciones de sensibilización a la población general, así como formación a activistas con trastorno mental para hablar con los medios de comunicación y trasladar mensajes positivos y de recuperación sobre sus enfermedades, basados en su experiencia.

Los agentes implicados en su desarrollo son múltiples:

- ✓ ADEMM (asociación de personas afectadas)
- ✓ Salud Mental Cataluña (federación de familiares)
- ✓ Foro Salud Mental
- ✓ Unión Catalana de Hospitales
- ✓ Consorcio de Salud y Social de Cataluña (entidades proveedoras de servicios).

El proyecto cuenta con el apoyo de los Departamentos de Salud, Bienestar Social y Trabajo de la Generalitat.

Evaluación

Según un estudio realizado por la Fundació Sant Joan de Déu per la Recerca i la Docència y supervisado por el Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas (IVÀLUA), los resultados obtenidos a través del proyecto Whats'up ofrecen evidencia empírica de su efectividad a corto y medio plazo.

El proyecto Obertament es considerado buena práctica en diversos documentos de referencia sobre el tema, entre otros:

- ✓ Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. (Obertament, 2013)
- ✓ Red2Red Consultores, Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015)

En el ámbito internacional, Obertament forma parte de la Global Alliance Against Stigma, un movimiento mundial contra el estigma y la discriminación en salud mental.

Más información

<https://obertament.org>

2.3 ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL GRAVE

Existe un vínculo indiscutible entre la marginación social y las enfermedades mentales graves, siendo estas últimas causa y consecuencia de situaciones de exclusión social severa. La relación entre enfermedad mental y exclusión social no es un fenómeno reciente, aunque se ha mantenido oculta al afectar, fundamentalmente, a un colectivo, el de las personas excluidas en general y las personas sin hogar en particular, que ha sido socialmente invisibilizado.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Se calcula que hay más de 30.000 personas sin hogar y que al menos un tercio de ellas tiene algún tipo de trastorno mental, aunque hay estudios que elevan esta cifra al 50%. En la mayoría de los casos, estas patologías mentales suelen estar asociadas al consumo de alcohol y otras drogas.

Se trata de un colectivo que requiere una atención especial desde los servicios comunitarios, tanto por sus necesidades no cubiertas y sus dificultades para hacerlo desde los programas generales, como por la trascendencia pública y el refuerzo del estigma social. Sin embargo, en la actualidad, apenas existen recursos específicos de atención en salud mental para este grupo pese a que, con un tratamiento integral, pueden reintegrarse plenamente en la sociedad.

Un reciente metaanálisis sobre 29 trabajos (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008) resume los resultados de los estudios epidemiológicos sobre la salud mental en personas sin hogar realizados entre 1979 y 2005. La muestra completa, que suma 5.684 personas sin hogar de distintos países occidentales, presenta como trastorno más frecuente la dependencia del alcohol (prevalencia media del 37.9%), la dependencia de otras sustancias (24.4%), los trastornos de personalidad (23.1%), los trastornos psicóticos (12.7%) y la depresión severa (11.4%). Otra reciente investigación de Mental Health Europe (Ophélie Martin, 2013), calcula que en torno al 30 % de las personas sin hogar padecen alguna enfermedad mental severa, lo que equivale a 150.000 personas en toda la Unión Europea.

Estos mayores índices de deterioro de la salud mental que padecen las personas sin hogar en comparación a la población general, parecen ser indicativos, por un lado, de cómo este deterioro está incidiendo en las causas de la situación de sin hogar y en el mantenimiento de estas situaciones y, por otro lado y con especial relevancia, de cómo la situación de encontrarse sin hogar y el número de sucesos estresantes vividos pueden afectar de forma muy negativa a la salud mental de quienes los padecen.

Las propias instituciones especializadas advierten de un aumento exponencial en el número de personas en situación de exclusión social extrema que padecen al mismo tiempo patologías mentales; se trata, según estas entidades, de personas cuya enfermedad no ha sido diagnosticada o, cuando lo ha sido, no siguen ningún tratamiento y no acceden a programas de atención específicos para sus patologías. Todos los expertos coinciden, en cualquier caso, en que una parte de los trastornos mentales que se registran entre las personas sin hogar no requieren de un ingreso en centro psiquiátrico, sino que con medicación y un seguimiento adecuado sería posible desarrollar un trabajo para lograr su incorporación en la sociedad. Sin embargo, una situación de vida precaria –sin apoyo social, sin empleo o incluso sin hogar– no facilita el seguimiento ni la continuidad de los tratamientos.

Por otra parte, la intervención sobre esta problemática resulta tremendamente compleja, en la medida en que su problemática compete a dos o más administraciones, con competencias, ritmos y pautas de intervención muy diferentes. Pese al avance en los sistemas de coordinación de la atención sociosanitaria, y a la creación de canales de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, la atención a las personas excluidas con problemas de salud mental se ve a menudo lastrada por la indefinición competencial, los problemas de coordinación y las lagunas (o los solapamientos) en la prestación de los servicios.

2.3.1 Tendencias innovadoras de intervención en personas con trastorno mental y exclusión social severa

Este contexto de aumento constante en el número de personas en situación de exclusión social extrema que padecen al mismo tiempo patologías mentales, junto con la constatación de la incapacidad de los servicios tradicionales para hacer frente adecuadamente a las necesidades de este colectivo, ha propiciado que se produzcan nuevos enfoques en la intervención con dicho colectivo.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

En esta línea, el Proyecto Europeo “Salud Mental y Exclusión Social” (SMES Europe, 2018), establece las siguientes recomendaciones de cara a la mejora de la intervención con personas en situación exclusión y enfermedades mentales graves:

- Desarrollar proyectos de intervención multidisciplinar, que permitan evitar la fragmentación de los servicios y que vayan acompañados de investigación sobre su funcionamiento y sobre las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales.
- Potenciar la coordinación y el trabajo en red de las organizaciones, sanitarias y sociales, privadas y públicas, que trabajan con esta población.
- Apoyar las intervenciones flexibles, adaptadas a las necesidades de los usuarios y que garanticen el seguimiento individualizado de cada uno de ellos.
- Favorecer una cultura de relaciones de proximidad potenciando el desarrollo del trabajo en la calle.
- Invertir en la prevención de la exclusión de las personas con trastornos mentales graves.
- Mantener una formación continua y específica de los profesionales que trabajan en este campo
- Implicar a los usuarios en su propio tratamiento como filosofía básica.
- Facilitar la readquisición de sus propias habilidades y capacidades.

2.3.2 Atención integral y coordinación de servicios

Como complemento a los enfoques basados en la mejora del acceso de las personas sin hogar a la red ordinaria de salud mental, otros enfoques han optado por la creación de programas integrales en los que se presta una diversidad de servicios (algunos de ellos desde la red ordinaria, y otros desde esquemas especializados) estructurados e integrados en un paquete individual.

Se trata de programas que pretenden ofrecer respuestas al conjunto de las necesidades de estas personas -de alojamiento, de tratamiento psiquiátrico, de ocio, de inserción laboral, de garantía de ingresos...- y que se basan en el principio de que los problemas de estas personas constituyen un conjunto entrelazado, difícilmente susceptible de ser abordado desde enfoques parciales, y que requiere por tanto aproximaciones integrales en las que todas las necesidades de la persona atendida sean tenidas en cuenta de forma simultánea.

BUENA PRÁCTICA IX

Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave (Bilbo)

El estudio Perfil de necesidades de las personas sin hogar de Bizkaia (Aierdi, Oleaga, Moreno, Herrero, & Armiaño, 2009) demostró que, al igual que en otras regiones, uno de los rasgos que ha ido aumentando con el paso de los años es la presencia de problemas de salud mental o de patología dual entre las personas sin hogar en Bizkaia.

Paralelamente, se detecta una incapacidad de los servicios de primera línea para atender las necesidades de este colectivo lo que, sumado a la ausencia de equipos de referencia específicos, saturan los recursos de alta intensidad, como las urgencias y las unidades hospitalarias, aumentando los costes a nivel social y personal.

En este contexto, se plantea la creación del Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave de Bilbao (Fraiz Alcubilla et al., 2014), desarrollado conjuntamente en Bilbao por la Red de Salud Mental de Bizkaia, el Área de Acción Social del Ayuntamiento, y el Departamento de

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

BUENA PRÁCTICA IX

Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave (Bilbo)

Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, está dirigido a personas sin hogar mayores de edad, con enfermedad mental grave, que viven en el municipio de Bilbao y que no están siendo atendidos por la red pública de salud mental estándar, o carecen de vínculos con ella.

La prestación asistencial sanitaria del programa es procurada por la Red de Salud Mental de Bizkaia, dependiente de Osakidetza, utilizando como sede del programa el actual Centro de Salud de Begoña, en coordinación con las unidades de rehabilitación psiquiátricas y las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. El equipo sanitario cuenta como recursos humanos con dos psiquiatras, una enfermera y una trabajadora social, todos ellos a tiempo parcial. Se realiza un abordaje en colaboración con los educadores de calle vinculados a servicios sociales. El equipo social está constituido fundamentalmente por trabajadores y educadores de los programas y servicios dependientes de la Sección de Inclusión y Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Bilbao. Intervienen principalmente el Programa de Intervención en Calle con PSH, el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS), el Albergue Municipal de Elejabarri y el Albergue Municipal de baja exigencia.

Evidencia

El Programa cuenta con un cuadro de indicadores –de resultados y de perfil– (Garay, Notario, Duque, Olaskoaga, & Uriarte, 2012) que permiten apreciar el impacto de los cambios, y analizar las tendencias y la evolución. Los datos recogidos entre 2006 –año de inicio del programa– y 2012 evidencian la eficacia del programa, por sus resultados asistenciales, fundamentalmente, una adherencia media del 75% –cumplimiento del tratamiento psiquiátrico, adhesión farmacológica y cuidados de enfermería– y una progresivo reducción de la tasa de abandono (que actualmente no supera del 10%).

2.3.3 Intervención en medio abierto y equipos itinerantes

La intervención psiquiátrica en medio abierto es, sin duda, una de las principales medidas adoptadas en los últimos años para la mejora del abordaje de la salud mental de las personas sin hogar, hasta el punto de que en algunos países este tipo de intervenciones en medio abierto constituyen un elemento indiscutido en el catálogo de servicios sociosanitarios para este colectivo.

La intervención psiquiátrica en medio abierto ha recibido particular impulso en Inglaterra al abrigo de la llamada *Homeless Mentally Ill Initiative*, una iniciativa del Departamento de Sanidad por la que se financió la creación de equipos especializados en la intervención psiquiátrica de calle con personas sin hogar, como complemento a la atención que se venía prestando en albergues y centros de día. La iniciativa se estableció a partir de 1990 en Londres, y tuvo como principal consecuencia la creación de cinco equipos multidisciplinares, cuyo principal objetivo era el de vincular a las personas sin hogar y con enfermedad mental que contactaban en la calle con la red sociosanitaria y, en particular, con los servicios de salud mental. Las evaluaciones de estos programas realizadas a mediados de los años 90 pusieron de manifiesto un considerable grado de efectividad, especialmente en los casos en los que los equipos fueron dotados de los recursos materiales y personales suficientes. Sin embargo, a raíz de la crisis que comenzó en 2008, la financiación destinada a estas iniciativas ha ido decayendo.

Las evaluaciones de la intervención psiquiátrica en medio abierto con personas sin hogar realizadas en los Estados Unidos –donde este tipo de iniciativas han recibido una mayor atención científica– indican por su parte que la flexibilidad en el tratamiento constituye, frente a otros formatos más

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

rígidos, una de sus principales ventajas. También se destaca que el éxito de estos servicios es mayor cuando se coordinan con otros programas de realojamiento, en la medida en que el acceso a la intervención en medio abierto se configura como una puerta de acceso a los servicios residenciales y/o de tratamiento psiquiátrico.

Buena parte de las experiencias que se han realizado en este marco son gestionadas de forma conjunta por la administración social y sanitaria, y en todos los casos se destaca el carácter interdisciplinar de los equipos de intervención, que cuentan con educadores, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y personal de enfermería. En la mayor parte de los casos, el trabajo específico de intervención en medio abierto se combina con la prestación de servicios especializados en centros de atención a personas sin hogar (albergues, comedores, centros de día, etc.) y con el trabajo de coordinación y asesoramiento a los profesionales que trabajan en esos centros.

Un buen ejemplo de este tipo de iniciativas lo constituyen las experiencias de Pymobiles en Bélgica (Debelle, 2014) y el antes citado Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave de Bilbao (descrito en el punto 3.2.).

BUENA PRÁCTICA IV

Care Navigator (Reino Unido)

En el Reino Unido se ha desarrollado en algunos servicios la figura del “*care navigator*” o “*peer navigator*”, responsable de acompañar a las personas sin hogar y con enfermedad mental en sus relaciones con el sistema de salud y de mediar entre el usuario y los profesionales, si resulta necesario, así como de velar por el cumplimiento del tratamiento.

Uno de los varios ejemplos en funcionamiento lo constituye la entidad sin ánimo de lucro Pathway, que se ha especializado en la atención sanitaria hospitalaria. En estrecha colaboración con los servicios de salud británicos, facilita la intervención de los “*Pathway Care Navigators*”. Se trata de personas de enlace, a menudo de carácter voluntario, que en su día sufrieron situaciones de exclusión residencial grave. Estas personas reciben formación específica para acompañar a personas sin hogar y enfermedad mental que se encuentran en situaciones similares.

El modelo Pathway está implantado en 11 hospitales donde se ofrece apoyo anualmente a 3.000 pacientes, que presentan cuadros combinados de enfermedad mental y problemas de salud y/o adicciones. Con frecuencia, los equipos Pathway facilitan el acceso a alternativas a la post-hospitalización, así como asesoramiento en el acceso a otro tipo de recursos sociales, de vivienda, etc.

Pero básicamente, se ofrece cercanía, confianza y apoyo diario.

Más información

<http://www.pathway.org.uk>

2.3.4 Programas de desinstitucionalización

La fase final de los periodos de hospitalización o internamiento de las personas con patologías psiquiátricas y situación de exclusión resulta una fase crítica en la atención que precisa este colectivo. Un alta prematura o mal planificada puede desembocar en un empeoramiento general de la situación de esa persona, al no tener en general un domicilio al que reintegrarse y/o una red social

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

de apoyo durante el periodo de convalecencia o transición. Y, por el contrario, un proceso de desinstitucionalización adecuadamente gestionado puede resultar una oportunidad de mejora para el proceso de inserción si con ello se consigue una mayor implicación de la persona atendida con la red de recursos y es posible planificar una intervención adecuada.

El interés de los planes de desinstitucionalización radica también en el aspecto preventivo, en la medida en que este tipo de altas –sobre todo cuando se realizan tras estancias prolongadas– suelen ser uno de los principales factores de riesgo del sinhogarismo.

Si bien esos procesos pueden realizarse a partir de cualquier tipo de estancia hospitalaria, revisten particular interés en el marco de los ingresos psiquiátricos y/o en el caso de pacientes que, a otras patologías, suman las de tipo mental. Los programas CTI de Intervención en Momentos Críticos (*Critical Time Interventions*), desarrollados fundamentalmente en Estados Unidos, constituyen un buen ejemplo de este tipo de acciones.

BUENA PRÁCTICA X

Modelo Critical Time Interventions (Estados Unidos y Europa)

El modelo de Intervención en Momentos Críticos CTI (*Critical Time Interventions*) es un programa individualizado que ofrece alojamiento y apoyo a personas con enfermedades mentales en su transición desde una institución residencial (albergue, hospital, prisión, etc.) a un entorno comunitario, según el modelo “*Institutional discharge planning*”. El CTI persigue dos objetivos:

- ✓ fortalecer a largo plazo los vínculos de las personas usuarias con los servicios, su familiares y amistades; y
- ✓ ofrecer apoyo emocional y práctico durante el proceso crítico de transición hacia la vida en comunidad.

El proceso, de 9 meses de duración, corre a cargo de un profesional formado específicamente en CTI, que cuenta con la supervisión de un profesional de la salud mental. Cada profesional atiende en torno a 10-15 casos simultáneamente. Se trata de personas usuarias con las que el profesional ya ha establecido una relación personal durante la intervención en la fase de internamiento o estancia residencial. Aunque el modelo ha sido fundamentalmente aplicado, de forma experimental, en Estados Unidos, programas basados en los mismos principios han sido desarrollados en otros países como Países Bajos (Fazel et al., 2008), y en el Reino Unido o en Latinoamérica (Baumgartner, Silva, Valencia, & Susser, 2012).

Evidencia

Diversos estudios han demostrado los beneficios de las intervenciones del modelo CTI en la atención a colectivos con necesidades diversas:

- ✓ Un estudio de 2013 sobre los servicios CTI (Lako et al., 2013) desarrollados en los Países Bajos, demostró la efectividad de estos programas, tanto en la atención a mujeres en situación de maltrato como a personas en situación de sinhogarismo.
- ✓ El coste efectividad de los programas orientados a personas sin hogar y problemas psiquiátricos severos ha sido científicamente demostrado en experiencias desarrolladas en Estados Unidos (Jones et al., 2003).
- ✓ En personas sin hogar con enfermedades mentales severas se reduce el riesgo de reingreso en el hospital (Tomita & Herman, 2012), los síntomas negativos de la esquizofrenia (D. Herman et al., 2000) y el número de días sin hogar y por tanto el riesgo de recaer en el

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

- ✓ El modelo CTI se ha evidenciado como eficaz en la prevención del *sinhogarismo* (Susser et al., 1997)
- ✓ El modelo CTI se ha evidenciado como eficaz en la prevención del *sinhogarismo* en personas que reciben el alta tras un ingreso psiquiátrico en el hospital (D. B. Herman et al., 2011).
- ✓ Se ha demostrado su efectividad en mujeres con hijos en la reducción del tiempo sin hogar, la mejora del rendimiento escolar y de la salud mental entre los niños y niñas (Felix & Samuels, 2010).
- ✓ Varios estudios han sugerido además que se trata de una intervención coste-efectiva (Jones et al., 2003).

2.3.5 Programas de Vivienda Primero o “Housing First”

Durante los últimos años ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia, en el debate técnico y social, el modelo *Housing First* (*vivienda primero*, en inglés) en lo que se refiere al abordaje de la problemática de las personas sin hogar. En nuestro entorno más cercano, el modelo *Housing First* está siendo desarrollado en el Estado español a través del programa Habitat de la Fundación RAIS (Fundación RAIS, 2018) y la propia Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (Ministerio de Sanidad, 2015) aprobada en 2015 por Gobierno central aboga por el impulso de este tipo de actuaciones.

En la CAPV, se han puesto ya en marcha iniciativas específicas en Bizkaia y Gipuzkoa (Cadena Ser, 2016), impulsadas por las Diputaciones Forales de esos territorios y los Ayuntamientos de Bilbo y Donostia.

¿En qué consiste este modelo? *Housing First* se caracteriza principalmente por:

- ✓ Entender el alojamiento como un derecho humano fundamental, al que deben tener acceso todas las personas.
- ✓ Partir del principio de que las personas toman todas las decisiones que les afectan; por lo tanto, los equipos de profesionales están para apoyar en ese proceso y para ayudar a que las personas puedan llevar a la práctica sus decisiones. Cualquier apoyo que se preste, pone a la persona y sus necesidades en el centro.
- ✓ Tender a la normalización, huyendo de guetos de vivienda o de formas de alojamiento en las que se concentren personas que partían de una situación de exclusión social.
- ✓ La vivienda es el lugar de residencia, de intimidad y de seguridad de cada persona; si es necesario algún tipo de tratamiento, éste se realizará desde los recursos y servicios a los que accede el resto de la ciudadanía.
- ✓ La comunidad (el bloque en el que las personas viven, el barrio, etc.) es un espacio de oportunidades para recuperar la relación con el entorno y construir una red social de apoyo.

En realidad, lo que el modelo *Housing First* hace es trasladar al ámbito de la atención a las personas sin hogar algunos conceptos y principios que (teóricamente al menos) han sido ampliamente asumidos en otros ámbitos de los servicios sociales, como la atención a las personas mayores o a las personas con discapacidad: la individualización de la atención, la centralidad del concepto de calidad de vida, la apuesta por la utilización de viviendas o equipamientos residenciales de pequeño tamaño, bien integradas en la comunidad, el énfasis en el control y la autodeterminación por parte de las personas usuarias, y el protagonismo de los conceptos de reducción de daños y baja exigencia.

De acuerdo con lo apuntado por Pleace y Bretherton (Pleace & Bretherton, 2013), existe suficiente evidencia para afirmar que el enfoque basado en la vivienda es muy efectivo para reducir el *sinhogarismo* entre los colectivos con mayores necesidades de apoyo. Este enfoque enfatiza la necesidad de tratar a las personas sin hogar con necesidades intensas de apoyo con respeto,

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

ofrecerles opciones de elección y control sobre sus vidas, y apoyarles para su reintegración en la sociedad mediante la provisión inmediata de una vivienda.

El modelo *Housing First* es, probablemente, una de las intervenciones que ha sido sometida a más análisis y evaluaciones en el ámbito de la intervención social. En efecto, son muchísimos los ensayos, pilotos y evaluaciones realizados a lo largo de los últimos años, con resultados en general positivos. Entre otros, se han realizado evaluaciones rigurosas en países como Canadá (Aubry et al., 2015), Bélgica (Housing First Belgium, 2013), Inglaterra (Bretherton & Pleace, 2015) o Escocia (Johnsen & Fitzpatrick, 2013), donde este enfoque forma parte de la estrategia nacional de atención a las personas sin hogar.

El estudio europeo más conocido es en cualquier caso el realizado, con apoyo de la Comisión Europea, en diez ciudades de otros tantos países por [Volker Busch-Geertsema](#) (Busch-Geertsema, 2013). De acuerdo a esa evaluación, el programa obtiene altas tasas de retención y la calidad de vida de las personas que acceden al programa mejora de forma ostensible, con mejoras en lo que se refiere a los problemas de salud mental y de consumo de drogas, si bien los resultados no resultan tan alentadores desde el punto del acceso al empleo, la gestión de los recursos económicos, la integración social o las relaciones personales y con el vecindario. Por otra parte, en la mayor parte de los casos analizados el programa requiere menos recursos económicos que las intervenciones tradicionales, si bien es necesario avanzar en la realización de estudios de coste efectividad más concluyentes.

Los proyectos de *Housing First* españoles también empiezan a arrojar resultados. La evaluación preliminar realizada por RAIS Fundación en relación a su programa pone de manifiesto resultados muy positivos (Bernad, Yuncal, & Panadero, 2016). A partir de un diseño experimental en el que participan 100 personas sin hogar (divididas en dos grupos: el grupo participante en el programa Hábitat y otro que recibe la intervención tradicional), el programa ha demostrado ser más eficaz que las alternativas tradicionales de intervención con un coste económico similar. En efecto, las personas participantes en Hábitat disminuyen el uso de recursos sociales de emergencia y necesidades básicas (equipos de calle o centros de día) y aumentan el uso de recursos de rehabilitación y reinserción (talleres formativos, atención psicológica o psiquiátrica, rehabilitación, etc.). De la evaluación de eficiencia económica se deriva, por tanto, de acuerdo con sus promotores, que el coste de Hábitat es similar o menor que el de otro tipo de recursos de la red de personas sin hogar, pero con una intervención de mayor intensidad y más efectiva.

3 INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

El objetivo de este capítulo es cuantificar la prevalencia de los trastornos mentales entre la población de Oarsoaldea. Antes de comenzar, cabe remarcar que medir esta prevalencia resulta complicado, dado que los problemas de salud mental abarcan una amplia gama de trastornos y su diagnóstico difiere en función de los criterios empleados y, en ocasiones, los trastornos mentales quedan en un segundo plano como una complicación añadida a otros problemas de salud.

Otra de las dificultades a la hora de concretar cuántas personas tienen problemas de salud mental es la persistencia del estigma social asociado a las personas con trastorno mental (Muñoz, Santos, Crespo, & Guillén, 2009) –debido al desconocimiento se mantienen los estereotipos de peligrosidad e incompetencia–, que lleva a estas personas a ocultar su enfermedad para evitar el rechazo social. Estos comportamientos obstaculizan el conocimiento de la incidencia real de los trastornos mentales en la población. Por tanto, el análisis que se presenta a continuación es una aproximación a la prevalencia de los problemas de salud mental entre las personas que residen en Oarsoaldea.

3.1 INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN OARSOALDEA

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define como “ un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Por consiguiente, los problemas de salud mental hacen referencia a todos los trastornos que puedan alterar ese bienestar y modificar las capacidades para realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma.

Para conocer el estado de salud mental de la población vasca y la incidencia de los problemas mentales, la principal fuente de datos es la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) (Departamento de Salud, 2018a), una operación estadística que realiza el Departamento de Salud del Gobierno Vasco cada cinco años. Entre otros aspectos, la encuesta recoge información sobre la situación de salud mental de la población, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, y el porcentaje de personas que han pensado alguna vez en el suicidio. Aunque la encuesta no dispone de datos municipales o comarcales, ofrece, en algunos casos, información desagregada por organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Osakidetza.

3.1.1 Índice de salud mental

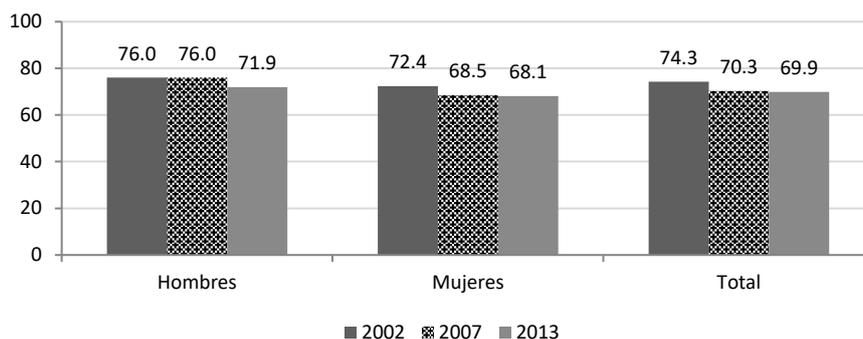
Este indicador valora el nivel de ansiedad, depresión, control emocional y equilibrio afectivo de la población en base a un instrumento denominado Mental Health Inventory (MHI-5) que evalúa los problemas de salud mental. Para llevar a cabo dicho cálculo, el cuestionario recoge una pregunta en la que se plantean diversas situaciones emocionales –estar nervioso/a, sentirse con la moral baja, sentirse en calma y con gran tranquilidad, sentirse con desánimo y tristeza y sentirse feliz– y se pide que se indique la frecuencia con la que se han sentido de tal manera durante las últimas cuatro semanas. Los resultados se muestran en un rango de valores de 0 a 100, donde los mayores valores indican una mejor salud mental.

Los últimos datos de la ESCAV, correspondientes a 2013, sitúan el índice de salud mental de la población guipuzcoana en un 69,9 (sobre 100), una cifra inferior a la registrada en el conjunto de la CAPV (70,7). Asimismo, se observan diferencias de género en esta valoración, siendo la salud mental

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

de las mujeres peor que la de los hombres –con una puntuación de 68,1 frente a un 71,9–. Desde una perspectiva evolutiva, se percibe un empeoramiento del estado de salud mental de la población guipuzcoana, ya que la media ha descendido del 74,3 al 69,9 entre 2002 y 2013. En las tres últimas ediciones de la Encuesta de Salud del País Vasco, la salud mental percibida por las mujeres se ha mantenido por debajo de la valoración registrada entre la población masculina.

Figura 3.1 Evolución del índice de salud mental por sexo. Gipuzkoa 2002-2013

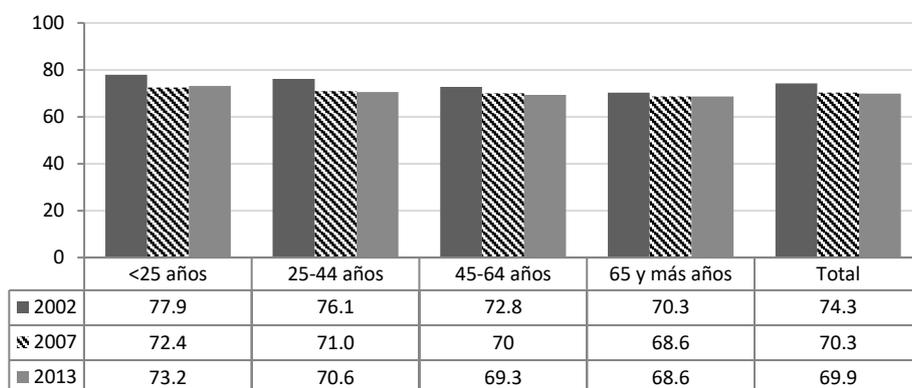


Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

Por otra parte, existe también una relación entre la salud mental y la edad, ya que los datos muestran que a medida que la población envejece empeora la salud mental percibida. Esta tendencia no es exclusiva de la salud mental, ya que la mayoría de las autovaloraciones relacionadas con el estado de salud indican esta propensión. Los datos evolutivos ponen de manifiesto que la salud mental ha empeorado, en mayor medida, entre la población menor de 45 años –con un descenso del 7,2% entre 2002 y 2013–. También se observa que, respecto a la encuesta anterior correspondiente a 2007, el único grupo de edad que ha mejorado la valoración media de salud mental es la población menor de 25 años.

Figura 3.2 Evolución del índice de salud mental por grupos de edad. Gipuzkoa 2002-2013

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA



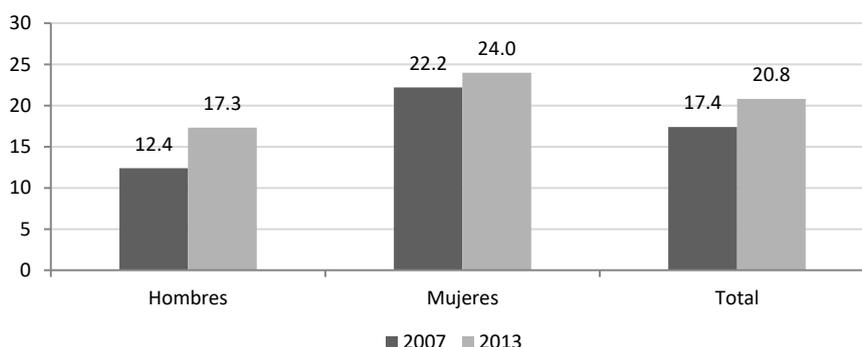
Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

3.1.2 Síntomas de ansiedad y depresión

Uno de los problemas más específicos de salud mental que recoge la Encuesta de Salud del País Vasco es la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Este indicador expresa la presencia de estos síntomas en el momento actual entre la población encuestada. Al tratarse de una autovaloración, cabe señalar que no todas estas personas cuentan con un diagnóstico de dicho problema y, además, no se tiene en cuenta su gravedad, por lo que habría que tomar estos datos como orientativos.

En 2013, uno de cada cinco personas residentes en Gipuzkoa presentaba síntomas de ansiedad y depresión, siendo la incidencia mayor entre las mujeres (24% frente al 17,3% en hombres). Al comparar estos datos con los resultados de la encuesta anterior –correspondiente a 2007–, se observa que estas diferencias de género se han mantenido, aunque se registra un aumento más pronunciado entre la población masculina –con un incremento de casi 5 puntos porcentuales entre 2007 y 2013–.

Figura 3.3 Evolución de la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por sexo (%). Gipuzkoa 2007-2013



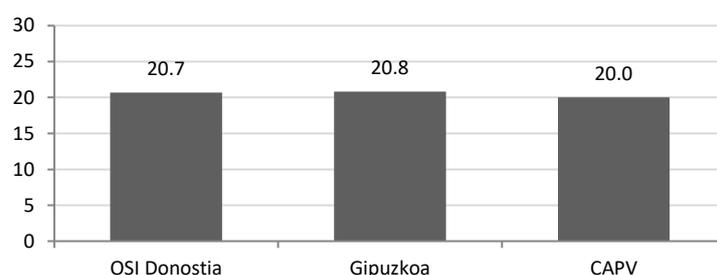
Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

Entre las publicaciones elaboradas a partir del análisis de la Encuesta de Salud del País Vasco, hay una serie de indicadores sobre el estado de salud que se presentan desagregados por organizaciones

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

sanitarias integradas (OSI). Es el caso de la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los cuatro municipios que forman la comarca de Oarsoaldea (Errenteria, Lezo, Oiartzun y Pasaia) pertenecen a la OSI Donostia, que incluye un total de 17 municipios². Según los datos correspondientes a 2013, el 17,8% de los hombres y el 23,4% de las mujeres presentaban síntomas de ansiedad y depresión en esta OSI. Por tanto, el promedio que se deriva para el conjunto de la población de estos 17 municipios es del 20,7%, una cifra muy aproximada a la media territorial (20,8%) y ligeramente superior a la del conjunto de la CAPV (20%).

Figura 3.4 Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por ámbito territorial (%). 2007-2013



Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

En base a la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión de la población residente en los municipios que conforman la OSI Donostia, se ha estimado el número de personas que podrían presentar este tipo de problema de salud mental en Oarsoaldea. Teniendo en cuenta el número de habitantes de los cuatro municipios de la comarca, se calcula que en torno a 14.700 personas podrían presentar síntomas de ansiedad y depresión, en los diferentes niveles de gravedad del problema.

Tabla 3.1. Estimación del número de personas con síntomas de ansiedad y depresión por sexo. 2013

	Hombres	Mujeres	Total
OSI Donostia	30.780	43.692	74.472
Oarsoaldea	6.170	8.521	14.691

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

² Los municipios que componen la OSI Donostia son Aia, Aizarnazabal, Astigarraga, Donostia/San Sebastián, Errenteria, Getaria, Hernani, Lasarte-Oria, Lezo, Oiartzun, Orío, Pasaia, Urnieta, Usurbil, Zarautz, Zestoa y Zumaia.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

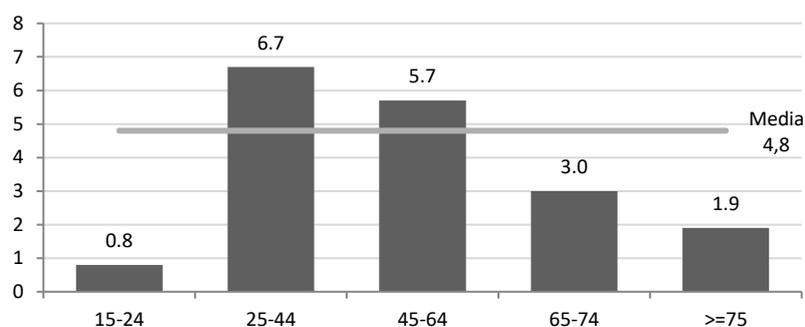
3.1.3 Riesgo de suicidio

En un intento de aproximación al fenómeno del suicidio, la Encuesta de Salud del País Vasco incluye la pregunta “En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?”. Aunque el suicidio no es una causa de mortalidad exclusiva de las personas con trastorno mental, se considera que es un acto más frecuente entre la población que presenta algún trastorno mental.

Según los datos de la última encuesta, el 4,8% de la población guipuzcoana ha pensado alguna vez suicidarse, una cifra que se eleva al 5,7% en el caso de las mujeres. Esto supone que cerca de 29.260 personas de 15 y más años ha tenido alguna vez este pensamiento. Si se analizan estos datos en función de la edad, la población de 25 a 44 años registra el porcentaje de personas que han pensado alguna vez en el suicidio (6,7%).

Figura 3.5 Prevalencia de población que ha pensado alguna vez suicidarse por grupos de edad (%).

Gipuzkoa 2013



Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

Las prevalencias analizadas se reducen sensiblemente cuando en lugar de alguna vez en la vida, se examina la incidencia de pensamientos suicidas en los últimos 12 meses. En este caso, el número de personas que han pensado quitarse la vida en el último año rondaría las 8.534 personas en el territorio guipuzcoano (el 1,4% de la población). Asimismo, se observa que el único grupo de edad donde el riesgo de suicidio es superior en hombres es entre la población de 45 a 64 años.

Tabla 3.2. Prevalencia de población que ha pensado en suicidarse, por sexo y grupos de edad (%).

Gipuzkoa 2013

	Alguna vez en la vida			En los últimos 12 meses		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-24 años	0,0	1,6	0,8	0,0	0,0	0,0
25-44 años	4,7	8,8	6,7	1,0	2,3	1,6
45-64 años	5,1	6,2	5,7	1,9	1,4	1,7
65-74 años	3,0	3,1	3,0	1,6	1,6	1,6
75 y más años	1,4	2,1	1,9	0,0	1,2	0,8
Total	3,8	5,7	4,8	1,2	1,6	1,4

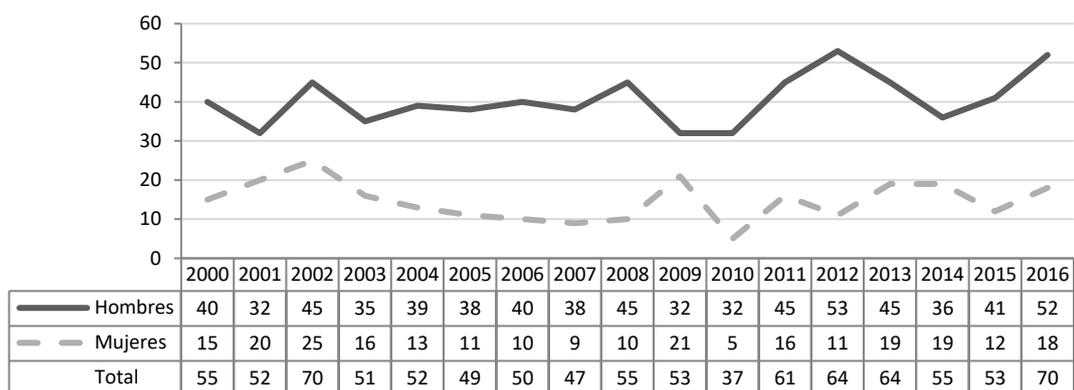
Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Salud, 2018a).

Si bien cerca del 5% de la población guipuzcoana ha pensado alguna vez suicidarse a lo largo de su vida, la mayor parte de estas personas no llega a perpetrar el suicidio. Aún y todo, resulta interesante

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

conocer la evolución del número de fallecimientos a causa del suicidio o lesiones auto infligidas, ya que constituye una de las principales causas de muerte no natural. Según los datos de la Estadística de defunciones del INE, 938 personas se suicidaron en Gipuzkoa entre el año 2000 y 2016. Tal y como se ve en el siguiente gráfico, la mayor parte de las personas que toman esta decisión son hombres.

Figura 3.6 Evolución del número de defunciones por suicidio y lesiones auto infligidas. Gipuzkoa 2000-2016



Fuente: INE. Estadística de defunciones (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

En conclusión, se determina que el estado de salud mental de la población guipuzcoana en 2013 era relativamente bueno, a pesar del empeoramiento registrado respecto a 2007. Tal y como ocurre en la mayoría de las autovaloraciones sobre el estado de salud, las mujeres y las personas de 65 y más años presentan un peor estado de salud mental. Respecto a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los resultados de la Encuesta de Salud del País Vasco sugieren que cerca del 21% de la población de Gipuzkoa presenta estos síntomas, aunque no se especifique cuál es su gravedad. Finalmente, los datos sobre pensamientos suicidas indican que alrededor del 5% de la población guipuzcoana ha pensado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que un 1,4% lo ha hecho durante los últimos doce meses.

3.2 ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Al margen de la Encuesta de Salud del País Vasco, otra fuente de datos que permite conocer la presencia de problemas mentales entre la población es la información administrativa sobre la atención que perciben las personas que presentan trastornos mentales. Esta atención proviene de dos sistemas diferentes: el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. En este caso, se dispone –en la mayoría de los casos– de información correspondiente a Oarsoaldea.

3.2.1 Atención sanitaria de las personas con trastorno mental

En la CAPV, la atención sanitaria procede del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, que gestiona una serie de servicios sanitarios mediante las organizaciones públicas de servicios dependientes del mismo. Asimismo, estas organizaciones sanitarias integradas (OSI) se constituyen de diversos centros de salud que son las que atienden de forma directa a la población con enfermedad mental. En Oarsoaldea, el centro sanitario de referencia para la atención de personas adultas con enfermedad mental se encuentra en el centro de salud mental (CSM) de Errenteria, mientras que la atención infanto-juvenil corresponde al CSM de Donostia. Por esta razón, a continuación, sólo se detalla la información sobre la atención de la población adulta con trastorno mental.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Según los datos proporcionados por Osakidetza, durante el año 2016, cerca de 2.000 personas de 18 y más años fueron atendidas en Oarsoaldea, es decir, en torno al 3% de la población adulta de la comarca. Esta cifra se sitúa en línea – aunque ligeramente por debajo – de la registrada para el conjunto del territorio de Gipuzkoa donde, en el año 2015, el 3,47% de la población fue atendida en alguno de los centros de salud mental de la red de atención. En cuanto a las características personales de la población atendida, los datos muestran una mayor prevalencia de los problemas de salud mental entre la población de 45 a 54 años –cerca de 47 personas por cada 1.000 presentan algún trastorno mental–, mientras que la distribución por sexo es relativamente proporcionada –un 53,3% de mujeres frente a un 46,7% de hombres–.

Tabla 3.3. Población atendida en la Red de Salud Mental por sexo y grupos de edad.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Por 1.000	N	Por 1.000	N	Por 1.000
De 18 a 24 años	43	19,9	44	22,0	87	20,9
De 25 a 34 años	78	22,5	121	34,9	199	28,7
De 35 a 44 años	221	33,8	240	39,2	461	36,4
De 45 a 54 años	302	52,3	236	41,8	538	47,2
De 55 a 64 años	166	39,1	185	41,1	351	40,1
De 65 a 74 años	75	20,3	113	26,3	188	23,5
75 y más años	44	15,8	123	26,4	167	22,4
Total	929	26,6	1.062	28,9	1.991	27,8

Fuente: Osakidetza.

En cuanto al tipo de trastornos diagnosticados (ver Tabla 3.4), los datos muestran que los trastornos neuróticos son los más frecuentes entre la población atendida en la Red de Salud Mental en Oarsoaldea (un 29,7% sobre el total, 591 personas), seguidos de los trastornos psicóticos (18,8%, 375 personas) y los trastornos tímicos o trastornos del humor (16,7%, 332 personas). En cuanto a la diferencia de género existente en la incidencia de los distintos trastornos cabe destacar los trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas, donde los hombres (20% sobre el total) superan claramente a las mujeres (5%) y los trastornos neuróticos, que tienen una mayor presencia entre la población femenina –35,9% frente a un 22,6% en hombres–.

Una cuestión que debe tenerse en cuenta al interpretar estos datos es que no todas las personas atendidas en el CSM de Errenteria se consideran personas afectadas por un Trastorno Mental Grave, al menos, según la definición de este concepto que se maneja desde Osakidetza. Y es que, lo cierto es que el concepto de Trastorno Mental Grave no cuenta con una acepción unívoca dentro de la comunidad médica³, lo que hace que se utilicen criterios que difieren entre sí para referirse a un mismo concepto. En el caso del sistema vasco de salud la definición de Trastorno Mental Grave

³ Por ejemplo, la *Guía de práctica clínica para intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009 señala los siguientes criterios diagnósticos para determinar la existencia de un trastorno mental grave: 1) presencia de un cuadro sintomático correspondiente a los códigos diagnósticos F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33 y F42 de la clasificación de enfermedades CIE-10.; 2) una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) y 3) afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar que se mide a través de diferentes escalas como, por ejemplo, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones < 50, o la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones > 3 en todos sus ítems.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

abarca las siguientes categorías diagnósticas de la clasificación de enfermedades CIE-10: esquizofrenia (F-20), trastorno esquizotípico (F21), trastornos esquizoafectivos (F25) y trastorno bipolar (F31). Como puede observarse esta definición deja fuera a muchas de las personas usuarias de la red, ya que, ni los trastornos neuróticos, ni los trastornos por consumo de drogas y alcohol, entre otros, se incluyen en esta definición. De hecho, los datos muestran que, en 2018, sólo en torno al 20% del total de personas atendidas en el CSM de Errenteria, concretamente, 374 personas (dato tomado a 6 de noviembre de 2018) están incluidas en la categoría de Trastorno Mental Grave que utiliza Osakidetza.

Tabla 3.4. Población atendida en la Red de Salud Mental por sexo y tipo de trastorno. Oarsoaldea. 2016

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trastorno psicótico	220	23,7	155	14,6	375	18,8
Trastorno de la personalidad	82	8,8	89	8,4	171	8,6
Trastorno neurótico	210	22,6	381	35,9	591	29,7
Trastornos mentales orgánicos	28	3,0	34	3,2	62	3,1
Trastorno del humor	110	11,8	222	20,9	332	16,7
Trastorno por consumo de drogas/alcohol	186	20,0	53	5,0	239	12,0
Trastorno de conducta	10	1,1	27	2,5	37	1,9
Otros trastornos	29	3,1	17	1,6	46	2,3
Sin diagnóstico / Sin patología psiquiátrica	54	5,8	84	7,9	138	6,9
Total	929	100,0	1.062	100,0	1.991	100,0

Fuente: Osakidetza (Departamento de Salud, 2018b).

Esta cuestión es importante en la medida en que estar en posesión de un certificado de Trastorno Mental Grave expedido por Osakidetza permite tramitar la solicitud a ciertos recursos sociolaborales de forma directa – aunque la persona debe esperar para acceder al recurso en caso de que haya lista de espera –, mientras, en los demás casos, la persona debe solicitar una valoración de discapacidad y obtener un puntaje mínimo del 33% para poder acceder a la mayoría de los recursos de atención. A este respecto, y tal y como se expone con mayor detalle en el apartado de análisis cualitativo, algunas personas consideran que el sistema actual de valoración de la discapacidad emplea criterios de valoración que dificultan la obtención de estos certificados, al menos en puntajes elevados (45% o 65%, por ejemplo) para determinadas patologías, incluso cuando la enfermedad presenta una sintomatología que incapacita a la persona severamente para llevar una vida normal.

Finalmente, es importante señalar que la falta de consideración dentro de la categoría de Trastorno Mental Grave no implica una falta de gravedad de la sintomatología o deterioro funcional de la persona afectada. Así lo muestra el hecho de que, mientras el número de personas afectadas por un Trastorno Mental Grave es de de 374 personas en 2018, el número de personas que contaban con

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

algún tipo de discapacidad reconocida a raíz de una enfermedad mental en Oarsoaldea fue de 835 personas en el año 2016, una diferencia (461 personas) que no puede explicarse en base a la diferencia en el año de referencia de ambos datos, sobre todo, teniendo en cuenta que el número de personas usuarias de la red de salud mental en Oarsoaldea se ha mantenido relativamente estable en los últimos años ($\pm 10-15\%$). Por tanto, aunque se les reconozca por la vía de la discapacidad, hay 461 personas que presentan una sintomatología grave pero que se quedan fuera de la definición teórica de enfermedad mental grave.

A este respecto, resulta de interés analizar los datos incluidos en las memorias de actividad de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (2013 y 2015) en torno a la evolución de la actividad asistencial en el Centro de Salud Mental de Errenteria. Como ya se ha dicho, el número de personas usuarias se sitúa de forma más o menos consistente en torno a las 2.000 personas usuarias – 1.991 personas en 2016, 2.361 personas en 2015 y 2.139 personas en 2013 –, aunque existe una fluctuación de entre un 10% y un 15% de un año a otro, sin que haya, sin embargo, un patrón ascendente o descendente vinculado a dicha fluctuación. Así, mientras el número de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental de Errenteria se incrementó en un 10,3% entre 2013 y 2015, al año siguiente tuvo lugar un descenso de un 15% en el número de pacientes atendidos (370 personas) que acabó situando la cifra final por debajo de la inicial.

Tabla 3.5. Evolución de los indicadores básicos por centro de salud mental. CSM Errenteria. 2013/2015.

		Inicios	Reinicios	Altas médicas	Altas totales	Total pacientes
2015	N	489	337	418	873	2.361
	%	20,7	14,3	17,7	37,0	100,0
2013	N	501	318	252	800	2.139
	%	23,4	14,9	11,8	37,4	100,0

Fuente: Memoria de actividad de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (Departamento de Salud, 2018b).

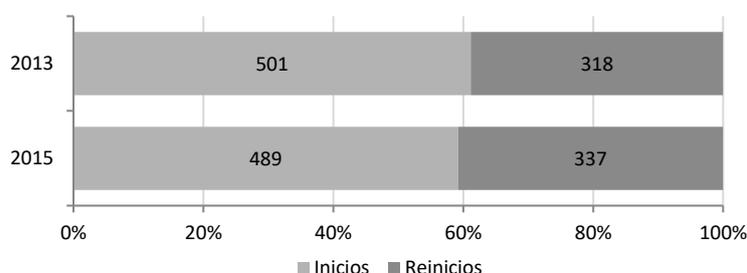
Por lo que respecta a las características de los casos atendidos, los datos muestran que algo más de dos de cada diez casos que son atendidos anualmente son totalmente nuevos, es decir, se corresponden con personas que acceden a la red de salud mental por primera vez en su vida –20,7% en 2015 y 23,4% en 2013–, mientras en torno a un 15% de los casos atendidos reinician un tratamiento tras un periodo fuera de la red de atención – 14,3% en 2015 y el 14,9% en 2013–. Esto significa que, al menos, entre un 35% y un 40% de los casos atendidos en el centro de salud mental de Errenteria son casos que pueden precisar una intensidad de atención más elevada, ya sea porque hay que realizar un proceso diagnóstico completo con la persona usuaria, o bien porque es preciso actualizar la situación y el conocimiento del / de la paciente tras un periodo en el que la persona se ha mantenido alejada del servicio.

En cuanto a las altas y las bajas registradas, se observa que casi cuatro de cada diez personas son dadas de alta anualmente, aunque ello no significa que estén recuperadas, pues, tal y como se expone a continuación, muchas de las altas registradas son únicamente administrativas. Concretamente, el 37% de las personas atendidas en 2015 y el 37,4% de las atendidas en 2013 finalizaron el año dadas de baja del servicio, ya fuera por una decisión médica – 17,7% en 2015 y 11,8% en 2013 – o por otros motivos – 19,3% en 2015 y 25,6% en 2013 –. Si bien los motivos que pueden llevar a una baja administrativa del centro de salud mental son diversos (cambio de lugar de residencia, internamiento psiquiátrico de larga duración, fallecimiento o baja voluntaria, por ejemplo), debe tenerse en cuenta que ciertos perfiles de personas usuarias tienen importantes dificultades para seguir con el tratamiento y mantener una relación estable con los servicios de atención, una cuestión que debe ser tenida en cuenta desde los servicios médicos. Esta falta de adherencia terapéutica de

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

las personas con trastorno mental puede deberse a la falta de conciencia de la enfermedad, los efectos adversos de la medicación o una insuficiente alianza terapéutica (Gallego Sola, 2015).

Figura 3.7 Evolución del número de inicios y reinicios de tratamiento. CSM Errenteria 2013/2015



Fuente: Memorias de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (Departamento de Salud, 2018b)

Finalmente, debe tenerse en cuenta también que existen personas sin conciencia de enfermedad que, padeciendo algún tipo de trastorno mental o una sintomatología afín, no se han puesto nunca en contacto con los servicios de atención médica o bien rechazan el tratamiento que en ellos se ofrece, de forma que quedan desatendidas y, además, su número es desconocido.

3.2.2 Atención social de las personas con trastorno mental

El segundo sistema que proporciona atención a las personas con trastorno mental grave es el sistema de servicios sociales. En este ámbito existen servicios de competencia municipal y otros de competencia foral, estando exclusivamente orientados a la atención de personas con trastorno mental grave aquellos del ámbito foral. Sin embargo, tal y como se explica en otros puntos de este informe, las personas con enfermedad mental también son atendidas en los servicios sociales de ámbito municipal, especialmente, en el marco de los servicios de atención a las personas en riesgo o situación de dependencia, pero, a veces, también en los de aquellas personas en riesgo de exclusión social. En cualquier caso, dada la dificultad de obtener datos desagregados a nivel municipal los datos que se exponen a continuación corresponden a aquellos servicios de competencia foral.

El Servicio de Atención a la Dependencia y la Discapacidad –perteneciente al Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa– valora el grado de discapacidad de la persona en cuestión, el cual se mide en forma de porcentaje. Para que una persona sea reconocida como persona con discapacidad es necesario que la discapacidad sea igual o superior al 33%. Además de valorar el grado de discapacidad, este servicio también proporciona orientación hacia los servicios y/o prestaciones económicas que mejor cubran las necesidades de estas personas, siempre y cuando cumplan con los criterios de acceso requeridos en cada tipo de recurso.

Según los datos proporcionados por la Diputación Foral de Gipuzkoa, a finales de 2017 había un total de 835 personas con reconocimiento del grado de discapacidad por trastorno mental en Oarsoaldea, lo que supone el 15,4% de la población con discapacidad de la comarca. En comparación con las cifras registradas en el conjunto del Territorio Histórico, el peso relativo de este colectivo sobre el total de personas con valoración de discapacidad igual o superior al 33% es algo mayor en Gipuzkoa (16,4%).

No obstante, se debe remarcar que el trastorno mental es la principal discapacidad de estas valoraciones, lo cual no excluye que haya más personas con problemas de salud mental entre la población con discapacidad reconocida. Además, tal y como se ha mencionado en la parte introductoria, las dificultades de medición y el estigma asociado a los trastornos mentales hace que

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

la cifra registrada por el servicio de atención a la dependencia y la discapacidad sea inferior al alcance real de los problemas de salud mental.

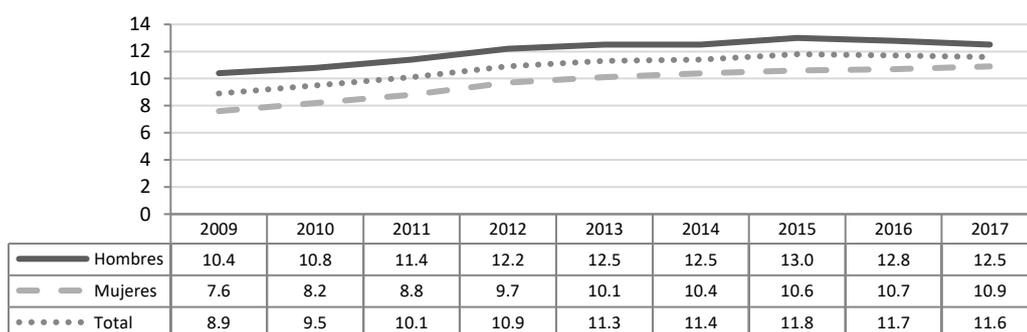
Tabla 3.6. Personas con trastorno mental por sexo y ámbito territorial. 31/12/2017

	Oarsoaldea			Gipuzkoa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Número de personas	435	400	835	4.318	3.958	8.276
% sobre personas con discapacidad	14,8	16,1	15,4	15,9	17,0	16,4
Por cada 1.000 habitantes	12,5	10,9	11,6	12,3	10,8	11,5

Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa.

Desde 2009, la incidencia de los problemas de salud mental ha aumentado entre la población de Oarsoaldea. Tal y como se observa en el siguiente gráfico, por cada 1.000 habitantes, hay cerca de 12 personas con reconocimiento de discapacidad por trastorno mental. En el caso de los hombres esta cifra es ligeramente mayor, una diferencia de género que se ha mantenido a lo largo de la serie evolutiva disponible.

Figura 3.8 Evolución del número de personas con trastorno mental (por cada 1.000 habitantes) por sexo. Oarsoaldea 2009-2017



Fuente: Diputación Foral de Gipuzkoa.

Al margen de la valoración de la discapacidad, cabe mencionar el conjunto de recursos dirigidos a las personas con trastorno mental que se detallan en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el cual determina que los servicios destinados a este colectivo son de competencia foral. Concretamente, éstos son los servicios previstos para las personas con enfermedad mental en el conjunto de la CAPV:

- Servicio o centro de día para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía (2.2.1.)
- Servicio o centro ocupacional (2.2.2.)
- Centros residenciales para personas con enfermedad mental (2.4.3.)
- Servicio de respiro (2.5.)
- Servicio de apoyo a la vida independiente (2.7.2.1.)

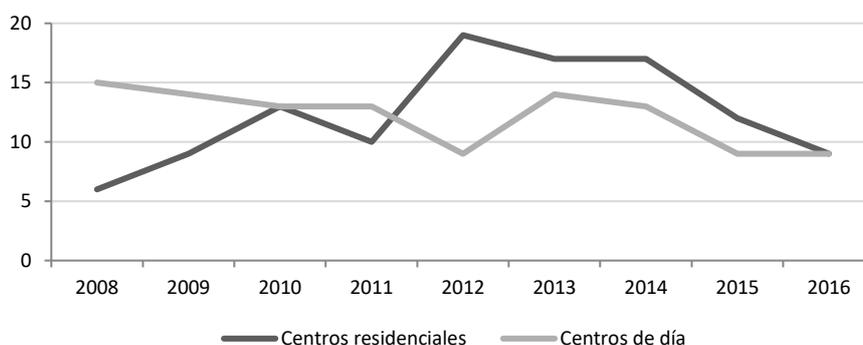
A su vez, con el fin de adaptar la previsión autonómica de los servicios sociales a la realidad más cercana, el Mapa de Servicios Sociales de Gipuzkoa recoge la planificación y estructura específica de

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

los servicios sociales del territorio guipuzcoano. Según este documento, el conjunto de servicios para personas con trastorno mental está compuesto por centros residenciales (2.4.3.), viviendas con apoyo (2.4.3.a) y centros de día para personas con enfermedad mental (desagregado del 2.2.1.).

En cuanto a los recursos de servicios sociales disponibles en la comarca de Oarsoaldea, existen 15 plazas en servicios residenciales situados en el municipio de Oiartzun –cuatro en el piso tutelado que gestiona Agifes y once en la residencia Petra Lekuona–. No obstante, el dato a tener en cuenta no es tanto la ubicación de estos recursos sino las personas usuarias de estos recursos residentes en la comarca de Oarsoaldea. Según los datos disponibles en el Observatorio de Servicios Sociales de Gipuzkoa – Behagi, a finales de 2016, había 9 personas atendidas en centros residenciales y otras 9 en centros de atención diurna. En ambos casos, destaca el descenso registrado en el número de personas atendidas a partir de 2013. Por otra parte, es posible que algunas personas con trastorno mental sean usuarias de recursos dirigidos a otros colectivos como, por ejemplo, las personas mayores o las personas con discapacidad.

Figura 3.9 Evolución del número de personas usuarias de recursos para personas con enfermedad mental, por tipo de centro. Oarsoaldea 2008-2016



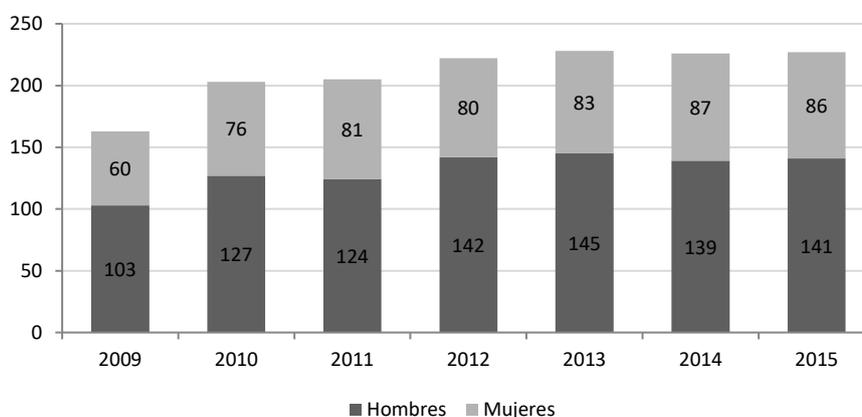
Fuente: Behagi.eus

Otro recurso para la protección de las personas con trastorno mental es el servicio de tutela. En Gipuzkoa, la entidad tutelar que proporciona este servicio es la Fundación Hurkoa, que presta atención a cerca de medio millar de personas en el conjunto del territorio, de las cuales más de la mitad son personas con enfermedad mental. La información recogida en Behagi muestra que el número de hombres tutelados por problemas de salud mental es superior al número de mujeres, ya que representan en torno al 60% de la población atendida en este servicio.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Figura 3.10 Evolución del número de personas con enfermedad mental tuteladas, por sexo.

Gipuzkoa 2009-2015



Fuente: Behagi.eus

En definitiva, los datos recogidos ponen de manifiesto que la atención de las personas con enfermedad mental recae en mayor medida en el sistema sanitario –ya que atiende a cerca de dos mil personas a lo largo del año–, mientras que la red de servicios sociales tiene cerca de una veintena de personas usuarias en la comarca de Oarsoaldea. Asimismo, se podría dar que personas con trastorno mental estuvieran atendidas en otros servicios dirigidos a otros colectivos como, por ejemplo, las personas mayores o las personas con discapacidad.

3.2.3 Atención en la inserción sociolaboral de las personas con trastorno mental

La disminución de la capacidad laboral es uno de los parámetros que se tiene en cuenta a la hora de realizar la valoración de la discapacidad. Según los criterios recogidos en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, la repercusión del trastorno en la actividad laboral de la población puede provenir de:

- El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas.
- La dificultad para adaptarse a circunstancias estresantes, entendiéndose como tales, la toma de decisiones, planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc.

Ante la dificultad para medir estos aspectos relacionados con las aptitudes laborales de las personas con enfermedad mental, se puede conocer la relación con la actividad de este colectivo mediante otros parámetros. Uno de los indicadores que muestra la dificultosa situación laboral de las personas con discapacidad es la baja tasa de actividad de este colectivo, lo cual se puede extrapolar a las personas con trastorno mental. Según los datos extraídos de la operación estadística sobre el empleo de las personas con discapacidad realizado por el INE, el 3% de la población activa en la CAPV tiene algún tipo de discapacidad reconocida, y la tasa de actividad entre las personas de 16 a 64 años con discapacidad se sitúa en el 39% en 2016, mientras que esta cifra se eleva al 76% si se tiene en cuenta al conjunto de la población de entre 16 y 64 años.

En cuanto a la tasa de ocupación, se observa que la proporción de personas ocupadas respecto a la población de 16 y más años es muy baja en el caso de las personas con discapacidad. Sólo una de cada tres personas con discapacidad en edad de trabajar tiene empleo en la CAPV. En cambio, la tasa

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

de paro de la población con discapacidad (15,9%) es ligeramente superior a la tasa de paro de la población total (14,8%), según los datos de la Encuesta de Población Activa correspondientes a 2015.

Tabla 3.7. Indicadores básicos sobre la situación laboral de las personas con discapacidad y la población total de 16 a 64 años. CAPV 2015/2016

	Personas con discapacidad	Población total (16-64 años)
Tasa de actividad (%)	38,9	75,6
Tasa de ocupación (%)	33,2	63,8
Tasa de paro (%)	15,9	14,8

Nota: la tasa de actividad corresponde a 2016, mientras que las tasas de empleo y paro son de 2015.

Fuentes: INE. El empleo de las personas con discapacidad; Encuesta de Población Activa.

Por otra parte, los informes territoriales sobre el mercado de trabajo de las personas con discapacidad que publica el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) proporcionan más información sobre la situación laboral de este colectivo. Los últimos datos, correspondientes a 2016, muestran que hay más de 4.000 personas con discapacidad demandantes de empleo en Gipuzkoa, de las cuales, el 45% se encuentran en situación de desempleo. Por otro lado, 2.498 personas fueron contratadas a lo largo del año y fueron registrados un total de 5.856 contratos laborales. No obstante, este informe –así como los datos recogidos en el INE– no dispone de datos desagregados por tipo de discapacidad, por lo que no se puede saber con exactitud cuántas de estas personas tienen algún trastorno mental.

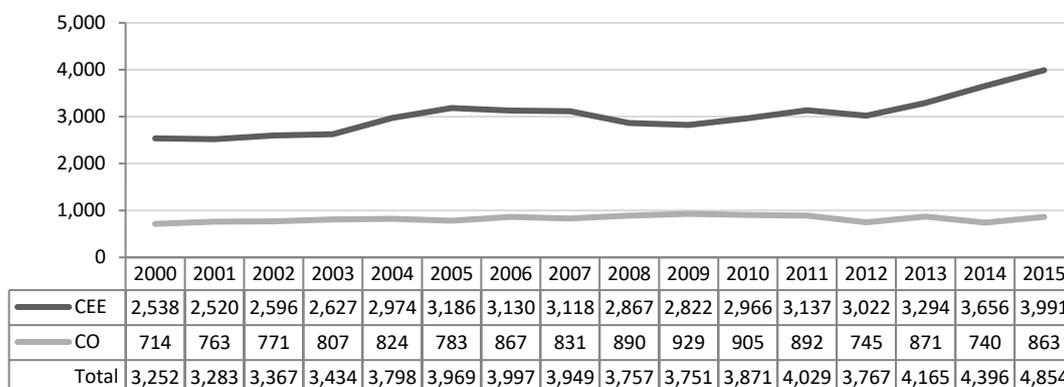
Otra de las características del mercado laboral de las personas con discapacidad es la existencia de distintas posibilidades de trabajo adaptado o protegido. En primer lugar, se encuentran los centros especiales de empleo que tienen como objetivo proporcionar a las personas con discapacidad un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite la integración laboral de éstos en el mercado ordinario de trabajo, tal y como recoge el Servicio Público de Empleo Estatal. En segundo lugar, están los centros ocupacionales que tratan de mejorar la inserción laboral de las personas con discapacidad que tienen dificultades para incorporarse a los centros especiales de empleo o al mercado ordinario de trabajo.

La Estadística de Servicios Sociales y Acción Social que lleva a cabo el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco recoge información sobre las personas usuarias de centros especiales de empleo y centros ocupacionales para personas con discapacidad. Según los últimos datos, correspondientes a 2015, en Gipuzkoa había cerca de cinco mil personas ocupadas en este tipo de centros de empleo protegido, de los cuales un 82% se encontraba en centros especiales de empleo.

En cuanto a la evolución del número de personas usuarias, se observa que el personal ocupado en centros ocupacionales se ha mantenido relativamente estable entre el año 2000 y 2015, mientras que el volumen de personas ocupadas en centros especiales de empleo ha aumentado en 1.453 personas durante este periodo, registrando un notable incremento a partir de 2012.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Figura 3.11 Evolución del número de personas usuarias de centros especiales de empleo y centros ocupacionales. Gipuzkoa 2000-2015



Fuente: Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Estadística de Servicios Sociales y Acción Social.

Para conocer el número de personas con enfermedad mental ocupadas en estos centros, la asociación vasca de empleo protegido (EHLABE), que agrupa a las principales entidades que fomentan la inclusión sociolaboral de las personas con discapacidad, proporciona en su memoria anual información relacionada con la situación laboral de las personas con discapacidad por tipo de deficiencia. Según la memoria de EHLABE de 2016, hay 975 personas con enfermedad mental trabajando en centros especiales de empleo en Gipuzkoa, lo que representa un 23% sobre el personal total del territorio guipuzcoano ocupado en este tipo de centro. El 38% de estas personas (374) son mujeres. Por otra parte, el servicio ocupacional cuenta con 227 personas con enfermedad mental, de las cuales 55 son mujeres (el 24% del personal total ocupado).

Tabla 3.8. Personal ocupado en centros especiales de empleo y servicios ocupacionales, por tipo de discapacidad. Gipuzkoa 2016

	Centros especiales de empleo			Centros ocupacionales		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Discapacidad intelectual	601	376	977	483	341	824
Enfermedad mental	601	374	975	172	55	227
Discapacidad física	1.174	577	1.751	20	10	30
Discapacidad sensorial	262	205	467	9	3	12
Total	2.638	1.532	4.170	684	409	1.093

Fuente: EHLABE.

En conclusión, los datos sobre la situación laboral de las personas con enfermedad mental ponen de manifiesto que, a pesar de las distintas opciones de empleo adaptado, la inclusión laboral de este colectivo –así como el de las personas con discapacidad en general– precisa de un impulso para poder llegar a cifras de actividad y empleo semejantes a las de la población total. En lo que se refiere al empleo protegido, los datos indican que uno de cada cinco personas ocupadas, tanto en centros especiales de empleo como en centros ocupacionales, son personas con enfermedad mental.

3. INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Finalmente, si se extrapolan los datos que acaban de mencionarse a la población que padece algún tipo de trastorno mental en la comarca de Oarsoaldea, se constata que aproximadamente sólo 121 de las 835 personas con algún tipo de discapacidad reconocida a causa de una enfermedad mental que residen en la comarca accederían a alguno de los recursos de inserción sociolaboral existentes. Si bien es cierto que existen otros recursos de atención diurna para personas con enfermedad mental como, por ejemplo, los centros de rehabilitación psicosocial y las unidades de día, el presente diagnóstico pone en evidencia que éstos son insuficientes y que no se adaptan, en muchos sentidos, a las necesidades de las personas con enfermedad mental. En la siguiente tabla se ofrece una estimación del número de personas empleadas en recursos de inserción sociolaboral en la comarca de Oarsoaldea en base a los resultados obtenidos para el territorio de Gipuzkoa (ver Tabla 3.9)

Tabla 3.9. Estimación de la situación laboral de las personas diagnosticadas de un trastorno mental que residen en la comarca de Oarsoaldea. 2016.

	Gipuzkoa		Oarsoaldea	
	N	%	N	%
Personas atendidas en los servicios de salud mental (2016)	22273	100	1991	100
Personas con un reconocimiento de discapacidad derivado de una enfermedad mental (2017)	8.276	37,2	835	41,9
Personas con enfermedad mental y sin reconocimiento de discapacidad	13.997	62,8	1.156	58,1
Personas con un reconocimiento de discapacidad derivado de una enfermedad mental empleadas en un CEE (2016)	975	11,8	98	11,8
Personas con un reconocimiento de discapacidad derivado de una enfermedad mental empleadas en un Centro Ocupacional (2016)	227	2,7	23	2,7
Personas con un reconocimiento de discapacidad derivado de una enfermedad mental empleadas en los servicios de inserción sociolaboral para personas con discapacidad (2016)	1202	14,5	121	14,5
Personas empleadas en los recursos de inserción sociolaboral sobre el total de personas diagnosticadas de una enfermedad mental	1202	5,4	121	6,1

4 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

4.1 LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL TERRITORIO DE GIPUZKOA

En este capítulo se ahonda en algunas cuestiones de fondo que perfilan el actual modelo de atención a las personas con trastorno mental grave, operando de forma transversal a los cuatro ámbitos en que se estructura el sistema. En primer lugar, se analizan las dificultades para materializar los principios que inspiran el modelo de atención, para después examinar algunos principios de ese modelo, como la individuación, la continuidad de los cuidados, y el empoderamiento y la participación social.

Para analizar cada uno de los aspectos mencionados, se han utilizado las aportaciones recogidas en las 44 entrevistas y los dos grupos de discusión organizados durante la investigación. En cada apartado se reproducen las opiniones recogidas sobre cada tema.

4.1.1 El modelo de atención

La atención actual a las personas con trastorno mental grave se inspira en dos grandes paradigmas que orientan el diseño y la prestación de recursos de apoyo. Por un lado, el paradigma de la rehabilitación, surgido del propio ámbito de la salud mental, y por otro, el de la atención centrada en la persona, nacido en el ámbito de la discapacidad.

El **paradigma de la rehabilitación** sirve de fundamento a la denominada reforma psiquiátrica, que se implementó en los Estados Unidos, Francia, Reino Unido e Italia durante las décadas de 1960 y 1970, y que llegó a España a mediados de la década de 1980. Aunque la aplicación de esta filosofía no ha sido homogénea ni coherente, y hay importantes diferencias entre unos países y otros, en líneas generales se ha caracterizado por:

- La crítica al hospital psiquiátrico bien sea para recuperar su finalidad terapéutica, bien para sustituirlo por dispositivos alternativos.
- La desinstitucionalización de la población internada en hospitales psiquiátricos.
- La puesta en marcha de una red de servicios comunitarios capaces de ofrecer una atención integral y continuada a las necesidades de las personas con trastorno mental grave.

La reforma psiquiátrica se centró, por tanto, “en el desarrollo de servicios y tecnologías con el objetivo de favorecer que las personas pudieran adaptarse a sus entornos con los mínimos apoyos posibles” (F. Pérez et al., 2012). Sin embargo, a partir de los años ochenta los planteamientos de la rehabilitación empezaron a ser cuestionados por un puñado de profesionales y personas con trastorno mental grave, que proponían trascender ese modelo reforzando la orientación de los servicios asistenciales hacia la persona y la implicación de las y los pacientes en el tratamiento, apoyando su autodeterminación y potenciando su crecimiento personal (ibídem: 75). El llamado **modelo de la recuperación** persigue ayudar a que las personas con trastorno mental grave:

- Encuentren y mantengan una esperanza.
- Restablezcan una identidad positiva.
- Construyan una vida con sentido.
- Asuman la responsabilidad y el control de sus propias vidas.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

El segundo paradigma es el de la **atención centrada en la persona**⁴, que surgió en el ámbito de la discapacidad y, desde fechas más recientes, se está implementado en el ámbito de la atención a las personas mayores y la dependencia. Tiene como referente la psicología humanista y, en particular, la obra *Terapia centrada en el cliente* (Rogers, 1981). Las propuestas de Rogers fueron asumidas en los años setenta por el movimiento de la planificación centrada en la persona, que reivindicaba la autodeterminación de las personas con discapacidad en países como Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido (Martínez-Rodríguez, 2013).

La atención centrada en la persona se plantea dos objetivos fundamentales (Rodríguez, 2013):

- “Mantener la máxima independencia funcional para favorecer el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Para ello, resulta esencial identificar, poner en valor y apoyarse en las capacidades preservadas de la persona, estimulándola a que realice por sí misma todo aquello que pueda hacer y evitar así el exceso de dependencia”.
- “Promover y dar opciones para el desarrollo de la autonomía moral para que la persona pueda proseguir su ciclo vital, tome sus propias decisiones (directa o indirectamente) sobre el acontecer cotidiano y pueda controlar su propio proyecto de vida”.

En la Tabla 4.1 compara la planificación centrada en la persona con la planificación tradicional.

Tabla 4.1 Diferencias entre la planificación individual clásica y la centrada en la persona

Aspecto	Planificación individual clásica	Planificación centrada en la persona
Percepción de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • La persona puede participar, pero no decide. • Papel: receptor de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • La persona se percibe como sujeto con derechos que toma sus propias decisiones. • Papel: cliente.
Valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Paternalismo del experto. • Predominio de la técnica. • El problema está en la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción vital. • Orientación y respeto a la persona y su autodeterminación. • El problema está en el ambiente.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Las toma el equipo técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las toma la persona y/o su grupo de apoyo.
Conocimientos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Psicopedagogía, medicina, rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se añaden al conocimiento curricular otros relacionados con la relación de ayuda, la escucha activa y la

⁴ Además de cómo paradigma o enfoque, el término ha sido utilizado también como modelo y como metodología de la intervención (Martínez-Rodríguez, 2013).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

		<ul style="list-style-type: none"> comunicación. Ética y derecho.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Elaborado por un equipo multidisciplinar. Planificación por objetivos operativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinada, participativa y democrática; incluye siempre a la persona. Debate, negociación y consenso final.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativa y cualitativa, centrada en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de servicios específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Preferencias de las personas y disponibilidad de recursos comunitarios.
Método de referencia	<ul style="list-style-type: none"> Psicopedagógico/rehabilitador. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida.

Fuente: (Rodríguez, 2013), adaptado.

Al cotejar el paradigma de la rehabilitación, su variante de la recuperación y el paradigma de la atención centrada en la persona se observa que comparten algunos principios básicos, como el enfoque comunitario o el abordaje integral, pero que difieren en aspectos sustanciales, como el protagonismo del individuo y su entorno. El modelo de la recuperación enfatiza los derechos de las personas con trastorno mental grave y pretende contribuir a su empoderamiento, y en este sentido, se distancia del paradigma de la rehabilitación, acercándose al de la atención centrada en la persona, que subraya el respeto a la autonomía del paciente y la importancia de las redes de apoyo.

El sistema de atención a la enfermedad mental establecido en Gipuzkoa, que se analizará en los siguientes apartados, no responde plenamente a ninguno de esos tres modelos. Las personas entrevistadas para conocer el funcionamiento del sistema coinciden, a este respecto, en reclamar una mayor adecuación de la praxis a los principios que la fundamentan, aunque no hay unanimidad sobre qué modelo resultaría más conveniente aplicar. En este sentido, algunas voces cuestionan que el modelo de la recuperación sea adecuado para las personas con trastorno mental grave más deterioradas y defienden que la atención centrada en la persona podría resultar más acertada en estos casos, al valorar la autonomía moral, los recursos y las redes de apoyo con los que cuentan las personas.

4.1.2 El sistema de atención

El sistema de atención a las personas con trastorno mental grave en Gipuzkoa se estructura en cuatro ámbitos, el sanitario, el sociosanitario, el social y el sociolaboral. Los criterios que habitualmente se utilizan para clasificar los servicios y programas en un ámbito u otro son la naturaleza de las prestaciones (qué objetivos persiguen) y la financiación (qué política sectorial los sufraga). Aquí se optará por catalogar los recursos según sus prestaciones, de modo que se considerarán sanitarios los que se ocupan primordialmente de la salud; sociales, los que velan ante

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

todo por la inclusión y el empoderamiento de las personas usuarias; y sociosanitarios, aquellos que combinan objetivos sociales y sanitarios; y sociolaborales, aquellos orientados preferentemente a la inserción en el mundo laboral.

A continuación, se examinarán los cuatro ámbitos con detalle. El ámbito sanitario se encarga de diagnosticar a las personas con trastorno mental grave y administrarles tratamiento facultativo, procurando que tomen conciencia de la enfermedad. El ámbito sanitario constituye la puerta de entrada al sistema de atención a la salud mental: el acceso a la mayor parte de los servicios no sanitarios especializados exige que la persona haya sido diagnosticada y esté ya en tratamiento (véase el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales). El diagnóstico también es un trámite preceptivo para solicitar la valoración de dependencia o discapacidad⁵.

El sistema sanitario se activa cuando se detecta una enfermedad mental. Su intervención suele ser más frecuente e intensa durante la fase de diagnóstico y durante los episodios agudos, y los recursos de que dispone hoy día se concentran precisamente en esos momentos. La mayoría de las y los pacientes tienen su primer contacto con los recursos sanitarios especializados en salud mental a través del servicio hospitalario de urgencias (a menudo, mediante un ingreso involuntario), pues habitualmente la enfermedad se manifiesta por primera vez en el curso de episodios agudos. Los ambulatorios, como centros de atención primaria, deben remitir a las personas con signos de enfermedad mental grave que detecten a los centros de salud mental (CSM), los cuales se ocupan de la atención secundaria. Si cualquier otro recurso de la red detectara un posible caso de enfermedad mental, también habría de derivarlo al sistema sanitario.

Como su nombre indica, el ámbito sociosanitario lleva a cabo intervenciones que combinan asistencia facultativa (elemento sanitario) y apoyo para la vida en la comunidad (elemento social). El abordaje sociosanitario está indicado para asistir a personas con necesidades complejas, como es el caso de aquellas con trastorno mental grave (Ley de Servicios Sociales, art. 46.2). De hecho, este grupo poblacional ha sido reconocido como uno de los cinco ‘colectivos diana’ de la Estrategia Sociosanitaria de Euskadi 2017-2020, por entender que requiere una respuesta específica:

“Las enfermedades psiquiátricas graves presentan una serie de peculiaridades específicas como son su frecuente asociación a un estigma social que marca de forma dolorosa a quienes las padecen. El curso de estas patologías, habitualmente crónico, lleva acompañado un nivel de discapacidad funcional importante y plantea una necesidad de recursos y dispositivos específicos que justifican un enfoque individualizado y exhaustivo de estos aspectos, que debe ser recogido en una ruta asistencial intrínsecamente sociosanitaria” (Departamento de Salud & Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2018).

Si el ámbito sanitario de la red de atención a personas con trastorno mental grave se define por proporcionar el diagnóstico y el tratamiento facultativos, el ámbito social lo hace por **apoyar a estas personas en su desarrollo individual y el afianzamiento de sus vínculos sociales**, buscando su empoderamiento y evitando la exclusión ligada al estigma y el autoestigma.

Además, el ámbito social también abarca los aspectos relacionados con la inserción laboral y las prestaciones de garantía de ingresos. Una peculiaridad de la red de recursos de inserción

⁵ Información detallada sobre estos trámites en <<https://egoitza.gipuzkoa.eus/es/listado-tramites/-/tramiteak/xehetasuna/843>> y <<https://egoitza.gipuzkoa.eus/es/listado-tramites/-/tramiteak/xehetasuna/841>>, respectivamente.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

sociolaboral reside en que es compartida por personas con trastorno mental grave y personas con discapacidad, y que prácticamente no existen centros dedicados en exclusiva a uno u otro perfil⁶. En otros territorios, en cambio, se ha optado por desarrollar redes de atención paralelas.

El sanitario, el sociosanitario, el social y el sociolaboral constituyen, como ya se ha indicado, los cuatro ámbitos en que esencialmente se estructura la atención a las personas con trastorno mental grave. Existen otros dos ámbitos que también les prestan su ayuda, aunque no se ahondará en ellos en este informe: **el ámbito de la exclusión** y **el ámbito penitenciario**. El ámbito de la exclusión no se ha considerado porque no cuenta con recursos específicos para personas con trastorno mental grave; y el ámbito penitenciario, porque la atención que presta a estas personas no es ni diurna ni comunitaria. Merece la pena subrayar que en varias de las entrevistas realizadas se señala cómo algunas personas con enfermedad mental son atendidas en recursos no especializados de la red de exclusión, bien porque sus criterios de admisión son más laxos (recursos de baja exigencia), bien porque las personas usuarias se sienten más cómodas en estos espacios.

En cuanto a los agentes que participan en la red de atención, las entidades públicas comparten protagonismo con organizaciones del tercer sector, aunque **las iniciativas impulsadas por las propias personas con trastorno mental grave y sus familias han sido menos numerosas y, en general, más tardías y de menor alcance** que en el ámbito de la discapacidad intelectual.

4.2 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE RESIDEN EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

4.2.1 Ámbito de la vivienda y atención domiciliaria

La situación residencial de la población con trastorno mental grave en la comarca de Oarsoaldea evidencia que existen importantes dificultades para acceder a una vivienda normalizada de manera independiente para este grupo de población. Las razones que explican esta situación son diversas. Por un lado, el grado de dependencia ocasionado por la propia enfermedad hace que algunas personas no puedan vivir solas, al menos, sin contar con algún tipo de supervisión o apoyo domiciliario de forma regular. En otros casos, sin embargo, las dificultades son meramente económicas y se explican, fundamentalmente, a partir de las barreras de acceso al empleo y la escasa cobertura que ofrece el sistema de ayudas económicas dirigidas a las personas con discapacidad para este grupo de población.

A partir de los resultados del diagnóstico pueden identificarse diversas situaciones residenciales entre las personas con trastorno mental grave que viven en Oarsoaldea.

La situación más habitual para este grupo de población parece ser la de **residir en el domicilio familiar** conviviendo casi siempre con uno o ambos progenitores. En caso de que estos fallezcan, es habitual que la persona pase a vivir sola o con un familiar cercano, aunque también es posible que acceda a la red de recursos de alojamiento para personas con trastorno mental grave. No obstante, tal y como se explica a continuación, el acceso a este tipo de recursos está condicionado a la

⁶ El centro ocupacional Pausoak, dirigido a personas con discapacidad intelectual y gestionado por la Fundación Goyeneche (<<http://www.fundaciongoyenechesebastian.org/?op=4>>), parece constituir una salvedad a este respecto.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

obtención de un Grado I de dependencia en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) y el tiempo medio de espera tras efectuar la solicitud se sitúa actualmente en torno a los 7 u 8 meses, tanto en la comarca de Oarsoaldea como en el conjunto del territorio de Gipuzkoa⁷. Además, la persona no siempre desea cambiar de lugar de residencia, a veces, incluso aunque su nivel de autonomía sea bajo y su situación se considere de riesgo por parte de su entorno. En la medida en que el acceso a todos los recursos de atención social y sanitaria se realiza de forma voluntaria, si la persona no desee acceder a ellos, no se la puede obligar a ello, salvo mediante un procedimiento de incapacitación que es un proceso largo y difícil que tiene fuertes implicaciones para la autonomía y el bienestar de la persona.

Las principales razones por las cuales las personas residen en el domicilio familiar son, como ya se ha dicho, el grado de dependencia originado por la enfermedad y la falta de recursos económicos propios y, en todo caso, suficientes, para asumir el coste del alquiler o la compra de una vivienda independiente. Obviamente, esta situación implica que, muchas veces, las familias asumen una labor muy importante en el mantenimiento – tanto a nivel humano como material – de las personas con trastorno mental grave en la comunidad, una función para la cual no siempre consideran que reciben el apoyo suficiente, una opinión que también comparten otros actores consultados.

“También entiendes a la familia o al que queda de la familia, que necesita un apoyo que no hay. O sea, que el tema es la enfermedad y habrá que hacer pues otro tipo de intervención [para que la familia aprenda a convivir con la enfermedad]”. (E1_5)

“Cuando empiezas con este tema todo te supera, es muy difícil la enfermedad te supera, y yo, personalmente, vas aprendiendo del trato, del día a día, lees un poquito, porque por lo demás, no tienes información así de decirte como te tienes que manejar, que tienes que hacer, a mí nadie me ha dicho.” (E3_1).

“Bueno, yo a mi hijo, por ejemplo, tengo que estar insistiéndole, insistiéndole, insistiéndole, insistiéndole y se baña, o sea, se ducha una vez a la semana. (...) Y claro... se nos hace duro también en casa... yo le quito la ropa de la silla porque si yo se la dejo él se la pondría todos los días de la semana, la misma, con los calcetines, lo mismo, y tengo que andar ahí, que te quites el calzoncillo, cuando se va a acostar, que te lo quites, que te lo quites, que te lo quites, ahora voy... (...) Le tengo que cortar las uñas de los pies porque si no, puede llegar a cortárselas... no se a algo muy lejano, muy lejano.” (GD_1)

De hecho, una de las principales demandas de las familias es la prestación de más servicios de apoyo domiciliario que permitan aligerar la carga de cuidado que supone hacerse cargo de una persona dependiente, más teniendo en cuenta que dicho trabajo recae muchas veces en una sola persona que actúa como cuidadora principal y que muchas personas con trastorno mental grave que residen en el domicilio familiar no hacen uso de los servicios de atención diurna. Así pues, la **insuficiente oferta de recursos de atención domiciliaria**, tanto de naturaleza social como sanitaria, es una de las principales insuficiencias detectadas en la atención a las personas con trastorno mental grave en el marco de este diagnóstico. Desde la red de salud mental de Osakidetza, las visitas domiciliarias se realizaban hace años de manera informal en algunos casos, pero este tipo de servicio se ha ido

⁷ Concretamente, según los datos de Behagi- Observatorio Social de Gipuzkoa para el año 2017, el tiempo medio transcurrido entre la solicitud y el acceso de las personas a un recurso alojamiento de la red de atención a las personas con trastorno mental grave se situó en 205,75 días para Gipuzkoa y 193,75 días para Oarsoaldea.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

perdiendo de forma gradual debido, por un lado, a la progresiva regulación – en un sentido cada vez más restrictivo con relación a la capacidad de actuación de los/as facultativos/as – de los derechos y deberes de los/as pacientes y, por otro lado, por la propia sobre carga del sistema de atención.

En cuanto a los servicios sociales, la atención domiciliaria se articula a través del Servicio de Ayuda a Domicilio (Servicio de Atención Domiciliaria) en el ámbito municipal y de los programas psicoeducativos a nivel provincial. El **Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)** tiene, según el Decreto de Cartera de Servicios y Prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales (Decreto 185/2015), el objetivo de “ayudar a la persona usuaria en situación de dependencia, o riesgo de dependencia, a permanecer en su domicilio, ofreciéndole una ayuda de atención doméstica y personal que posibilite su desenvolvimiento en el propio domicilio y su integración en el entorno comunitario, evitando situaciones de aislamiento”.

Así pues, a través de este servicio se puede apoyar y acompañar a las personas con trastorno mental grave en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, a priori, este servicio no cubre con necesidades de naturaleza socioeducativa o psicosocial que también se considera necesario trabajar con determinados perfiles de personas usuarias. No obstante, ante la falta de otros instrumentos adecuados para atender a esta población, desde algunos ayuntamientos se ha empezado a concebir el papel del Servicio de Atención Domiciliaria con una función más próxima al acompañamiento que a la ayuda domiciliaria propiamente dicha a la hora de trabajar con las personas con trastorno mental grave.

“La ayuda a domicilio, creo que es el instrumento que todos más utilizamos [para atender a las personas con trastorno mental grave], pero conseguir que alguien tenga ayuda a domicilio no es tan fácil... aunque te transgredas el que no le cobres, el que hagas no sé cómo, el que puedas hacer todas las excepciones del mundo, pero el llegar a que [la persona] solicite o que acepte que hay alguien [que viene a su casa] eso es un paso muy importante; entonces, hay un trabajo de contención, de concienciación, que hay que hacer con la persona y es largo y no solo se puede hacer en el despacho, que es el que hacemos, porque no tenemos más tiempo, pero eso no es suficiente, ponemos ayuda a domicilio, no sé, algo más.” (E1_5)

“El SAD, digamos, bueno depende del ayuntamiento, pero sobre todo se limita más bien a hacerle las cosas (de la casa, a la persona), es decir, a hacer, pues como a la tercera edad (...) pues sobre todo igual ayudarle a ducharse imaginaos, o hacerle la limpieza más gorda o, incluso, dejarle la comida preparada. Pero algunos ayuntamientos, yo creo que viendo un poco las necesidades que hay, pues van más allá, y pues igual hacen acompañamientos o intervienen en otras áreas que realmente igual no les corresponden porque no tienen la formación para ello, pero bueno, pues intentan implicarse pues un poquito más.” (E2_2)

“Yo tengo a una chica que viene de lunes a viernes a mi casa a hacerme la comida, dos horas cada día, desde hace cuatro años o así. Porque yo antes vivía con mi padre, pero ahora vivo solo y sino no me puedo arreglar.” (E4_X)

A este respecto, cabe destacar que, hasta el momento, parece que ninguno de los ayuntamientos de Oarsoaldea ha recurrido al Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial (Servicio 1.3. según el Decreto 185/2015) para atender a las personas con trastorno mental grave que residen en sus localidades. Sin embargo, tal y como este servicio ha quedado definido en el Decreto de Cartera 185/2015 la población destinataria del mismo puede hallarse en cualquiera de las siguientes situaciones: a) Personas en riesgo de exclusión; b) Personas en riesgo de dependencia; c) Personas menores de edad en situación de riesgo leve o moderado de desprotección. Como ya se ha comentado en otros puntos de este informe, las personas con trastorno mental grave pueden fácilmente encontrarse en cualquiera de las dos primeras situaciones. En cuanto a los objetivos de este servicio, trata de que las personas usuarias: a) adquieran y desarrollen capacidades (actitudes,

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

aptitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) personales, familiares o grupales, que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario; b) sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes, que resulten inadecuados por otros más adaptados. Finalmente, se señala que el servicio “consiste en un conjunto de prestaciones relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial –de carácter individual, familiar y/o grupal– que pueden desarrollarse tanto en el domicilio familiar (educación doméstica, intervención familiar básica) como en el entorno comunitario (educación de calle, intermediación sociocultural). Como puede observarse, tal y como este servicio ha quedado definido en la actual cartera de servicios y prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales, se ajusta perfectamente al tipo de atención que necesitan muchas de las personas con trastorno mental grave que residen en su domicilio.

“Yo, por mucho que yo quiera, que ahora yo aprenda, dependo de todos, dependo de que alguien no me lo quiera tener, no tengo las comodidades, hoy por hoy a mí nadie me pregunta qué me gustaría hacer con mi hijo, y a mí me encantaría tenerlo en casa, pero no en estas condiciones. Pero lógicamente no me dan los instrumentos para poder tenerlo en casa. Yo me conformaría con que alguien viniera a mi casa, le levantara de la cama, le organizara el desayuno y la ducha y luego se lo llevara a pasear dos horas al día, todos los días de lunes a viernes...para él eso sería estar con otra persona, que no sólo es él, ni son 2 perros y luego aparte le podría enseñar cosas distintas, yo creo que le aportaría mucho, pero eso es tener millones.” (GD_1)

En cuanto a los **programas socioeducativos domiciliarios** financiados por la Diputación Foral de Gipuzkoa⁸ y prestados por diversas entidades del tercer sector, éstos tienen como finalidad esencial brindar apoyo a las personas con trastorno mental grave con dificultades de funcionamiento para que puedan permanecer en su domicilio y evitar así los ingresos. Tanto Agifés como Aita Menni desarrollan programas de este tipo:

- El programa de Agifés se denomina Programa de Apoyo Psicosocial Comunitario y comenzó su andadura en 1997. Se plantea como objetivos: mejorar los hábitos de higiene y alimentación, el control de la medicación y el mantenimiento del hogar, así como mejorar “la vinculación con la red de recursos de salud mental, de servicios sociales y demás recursos” (Agifés, 2018: 14), así como incrementar el uso de recursos comunitarios y medios de transporte. El equipo de intervención lo integran educadores/as sociales, una psicóloga-terapeuta y una trabajadora social⁹. La solicitud puede presentarse bien en el centro de salud mental, bien en los servicios sociales de base, y la evaluación se lleva a cabo en el Servicio de Atención a la Dependencia y la Discapacidad de la Diputación¹⁰.
- El Programa de Intervención Domiciliaria de Aita Menni se puso en marcha en noviembre de 2017 y tiene carácter piloto. En este caso, el equipo de intervención está formado por monitores/as, una terapeuta ocupacional, una psicóloga y una trabajadora social (Pérez, Hueso y Quemada, 2017). La solicitud se realiza en el centro de salud mental, y desde allí se

⁸ Este servicio, sin embargo, no está contemplado en la cartera del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Considerando que se dirige a individuos y no familias, cabe preguntarse si no podría encajar dentro del Servicio de Intervención Socioeducativa y Psicosocial (1.3., de competencia municipal).

⁹ <<https://agifes.org/es/servicios/acompanamiento-y-apoyo-a-la-autonomia-en-la-comunidad>>.

¹⁰ <<https://www.agifes.org/es/actualidad/noticias/programa-de-apoyo-psicosocial-comunitario>>.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

remite al Servicio de Atención a la Dependencia y la Discapacidad de la Diputación, donde se evalúa. También en este caso se trabajan los mismos objetivos.

Este tipo de programas recibe una valoración muy positiva, tanto por parte de las personas usuarias como de los/as profesionales.

“(El programa de atención domiciliaria) es un programa con el que se consiguen muchas cosas, te quiero decir, tenemos a personas que igual estaban aisladas en su casa, que no salen, que bueno van al centro de salud mental pero no hay ahí un enganche, no quiere saber nada de hacer ningún tipo de actividad diurna, entonces pues bueno poder ofrecer un servicio personalizado en su domicilio pues joe, al final la persona se va familiarizando con los profesionales, va cogiendo mayor confianza, y a veces hemos conseguido que de una situación muy, muy caótica, conseguir que la persona enganche en un centro de rehabilitación psicosocial, en un centro de día, incluso que vaya a un piso tutelado porque vivía con la familia y había agresiones y la convivencia era insostenible, o sea te quiero decir, que es un programa que, en el que se pueden trabajar muchas cosas.” (E2_2).

Pero, además de la falta de recursos de atención domiciliaria, existe un segundo problema que también genera una sobrecarga de las familias cuidadoras: muchas personas consultadas coinciden en señalar que los recursos de atención diurna – centros de día de rehabilitación psicosocial y servicio ocupacional, fundamentalmente – son excesivamente rígidos y no logran responder adecuadamente a las necesidades de las personas con trastorno mental grave. Esta cuestión se aborda con más detalle en el punto_ 4.2.2 de este informe, pero lo importante aquí es visibilizar la falta de atención en la que esta situación deja a muchas de las personas que, contando con un alojamiento y una red de apoyo adecuadas en el domicilio, sin embargo, carecen de servicios de atención diurna que se adapten a sus necesidades y capacidades. En este sentido, diversas personas han señalado la creación de servicios con un horario de atención más flexible y reducido, más vinculados al contexto local, como una vía para llegar a este perfil de personas con trastorno mental grave que, actualmente, no enganchan con los servicios de atención diurna.

“(Este centro) Elkargune, Está abierto de lunes a viernes, de nueve y media a 12 y media. (...) Son tres horas y la exigencia es muy baja. Tampoco se les exige que vayan todos los días. Ahí también creo que Rentería está cambiando, aunque pienso que no solamente Rentería, más municipios también. (...) Y, por ejemplo, este recurso que no es para enfermos mentales, pero sí que es verdad que recoge un gran peso de este tipo de colectivo.” (E1_5).

“Y luego por ejemplo en los programas de ocio que tenemos ellos son los que eligen las actividades, para nosotros un programa de ocio que tenemos en el barrio de Loyola es como un club social, es decir, como si nosotros nos apuntamos al polideportivo y uno va cuando quiere, en el horario que le apetece, según la actividad que más le apetezca y ellos son los que van proponiendo a lo largo del día las actividades a realizar, ahí se les deja un poco que ellos sean los protagonistas y los que organicen el día, y siempre pues eso se fomenta que no sólo hagan actividades dentro del local sino fuera, van muchas a Tabacalera.” (E2_2)

“Yo lo que quiero es hacer cosas que me hagan sentir bien. Por ejemplo, yo voy a estudiar euskera, y ese rato que yo paso con gente, para mí ya es suficiente, luego yo ya me vuelvo a mi casa y estoy sola, en mi casa, o sea, hacer cosas que no me exijan nada de presión.” (E4_X)

Finalmente, una última cuestión relacionada con la atención a las personas que viven en el domicilio familiar es **el seguimiento que estas personas pueden necesitar cuando los progenitores o las personas con las que convivían fallecen**. Aunque en muchos casos existe una supervisión por parte de la familia, también se han detectado situaciones de aislamiento y malas condiciones de vida que

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

se considera que podrían haberse evitado con una mejor coordinación entre los servicios de salud mental y los servicios sociales de base de los distintos municipios de la comarca. De hecho, algunas personas han señalado que sería conveniente establecer un protocolo de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios para dar un seguimiento especial a este tipo de casos, de forma que se combinen las consultas de seguimiento en el Centro de Salud Mental con visitas domiciliarias y que los servicios sociales de cada zona o municipio tengan un registro de las personas con trastorno mental grave que viven solas entre su población de referencia, siempre, claro está, que se cuente con el consentimiento de la persona.

“En las familias, cuando los padres van falleciendo o el sistema de protección ya no funciona, el aislamiento de las personas y la situación de pérdida de éstas es muchísimo mayor, entonces, ¿qué es lo que nos encontramos?, pues con situaciones verdaderamente que pueden tener la casa, pero hasta que no la vendan o que no sean expulsados, están en su casa, pero en unas situaciones muy preocupantes. (...) Creo que ahí hubo un cambio en el modelo de atención psiquiátrica que se plantea la desinstitucionalización, pero no plantean luego los recursos dentro de la comunidad; el planteamiento es bueno, pero para eso tienes que tener recursos en la comunidad.” (E1_5).

En cuanto a las **personas que viven en recursos de alojamiento** de la red de atención para personas con enfermedad mental de Gipuzkoa, los datos del Observatorio Social de Gipuzkoa-Behagi muestran que, a 31 de diciembre de 2017, sólo ocho personas que antes residían en alguno de los municipios de Oarsoaldea se alojaban en este tipo de recursos. Si se considera la cobertura de la red para el conjunto de Gipuzkoa, el número de personas alojadas fue de 226, existiendo un total de 232 plazas en el territorio. Estos datos dan una idea de la limitada respuesta que estos recursos de alojamiento ofrecen de cara a cubrir las necesidades de vivienda de las personas con trastorno mental grave que residen en el territorio. Sin embargo, esto no significa necesariamente que exista un número insuficiente de este tipo de recursos, ya que, estas viviendas están dirigidas a un perfil de personas usuarias que necesitan contar con una supervisión profesional más o menos intensa de forma diaria, una circunstancia que no se da en todos los casos. No obstante, lo que sí evidencian estos datos es la necesidad de diseñar una política pública de vivienda que mejore el acceso de la población con trastorno mental grave a este tipo de bien, ya que, en la actualidad, son muchas las personas diagnosticadas que carecen de opciones reales de acceso a una vivienda, ya sea de protección oficial o en el mercado libre. A este respecto, las asociaciones de apoyo a las personas con enfermedad mental de Oarsoaldea, Arraztalo y Aldura, valoran de forma muy positiva el acuerdo alcanzado en 2011 con el Ayuntamiento de Oiartzun para destinar cuatro de las viviendas de protección oficial del municipio a alojar a personas con trastorno mental grave.

“Nosotros en Oiartzun conseguimos, ahora ya no sé, en las viviendas de protección oficial, daban cuatro para discapacidades físicas y nosotros conseguimos otras cuatro para discapacidad psíquica.” (E3_1)

En cuanto a los recursos residenciales, la red de atención a la enfermedad mental de Gipuzkoa cuenta actualmente con cuatro tipos de alojamientos: las viviendas con apoyo, que cuentan con tres subtipos - baja, media y alta supervisión - y las Unidades Residenciales de Trastorno Mental Severo (URTMS). Con relación a las primeras, el número de plazas parece responder adecuadamente a la demanda, según la opinión de la mayoría de las personas consultadas. Sin embargo, existen quejas relativas al servicio, fundamentalmente, debido a la falta de habitaciones individuales, una cuestión que, tanto a ojos de las personas usuarias, como de sus familias, supone una limitación del derecho a la intimidad de las personas y una dificultad para que las personas accedan a este tipo de recurso. Por lo demás, la valoración del servicio es bastante positiva.

“Pues siguen haciendo las habitaciones de dos y tres camas y cuando dices ¿y por qué no individuales? Una habitación pequeña, que cada uno tenga su habitación, tiene que tener su intimidad, su autonomía. No, tres camas, dos.” (E3_1)

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“(en las viviendas tuteladas) Ha habido veces que bueno, que ha habido ahí un colapso y hay gente que viene por la asociación y joe, estoy apuntado, llevo un año, no sale nada, y otras veces que de repente nosotros hemos tenido plaza libre y tardar tiempo en que se cubra la plaza, entonces, a ver claro, son recursos voluntarios, y recursos en los que al final hay unas normas, uno pues no puede consumir, tienen que estar a una hora determinada en el piso, se hace un seguimiento de la medicación, entonces, algunos usuarios no quieren, y al final están con su familia y allí hacen más o menos lo que quieren y bueno, entonces, (el acceso a los pisos) se da, sobre todo, en situaciones en las que ya no tienen la opción de vivir con la familia, porque la familia ya llega un momento que dice, no puede ser más, y a casa no puedes venir. Entonces, pues son situaciones en las que no les queda otra, pero otros, a veces, mientras puedan estar con sus familiares pues lo prefieren, entonces a ver ya te digo, ha habido temporadas en las que veíamos esa mayor necesidad de plazas, pero, luego, otras en las que ha costado cubrir las plazas que hay.” (E2_2).

Por lo que respecta a las URTMS, existe bastante consenso a la hora de señalar que es preciso aumentar el número de plazas de este tipo, pese a que se han creado varias unidades en los últimos años. Y es que, este servicio está dirigido a un perfil de persona usuaria con un deterioro cognitivo y funcional importante que necesita una supervisión profesional más o menos continuada. Estas personas, a su vez, coinciden con un perfil de población bastante envejecida, que habitualmente cuenta con una red de apoyo bastante desgastada, con una larga evolución de la enfermedad y escasas posibilidades de recuperación. Todos estos factores dan lugar a una elevada demanda de este tipo de recursos, ya que, por un lado, las personas tienen mayores dificultades para permanecer en su domicilio y recurren en mayor medida a los recursos residenciales y, por otro lado, dado el importante deterioro que presentan la rotación de plazas tiende a ser inferior que en otros recursos. Finalmente, el progresivo envejecimiento de la población afectada por un trastorno mental grave en Oarsoaldea también hace que la demanda de estos recursos aumente.

“Tenemos otro agujero en, con el envejecimiento de la población, claro estamos llegando a un punto en el que muchos padres de trastornos graves van a fallecer en un momento, o sea el aumento de la esperanza nos ha servido para tener ahí como un islote pero ya todos están en ochenta y tanto y a los noventa, como mucho, noventa y tres se van a morir, por ahora, y el paciente ya tendrá 60 o 58 o los que sean, y no hay un espacio residencial, que no sea hospital, que no sea hospital, porque no necesitan estar hospitalizados, donde puedan estar. Han tirado de sus padres, ya en malas condiciones, pero la sociedad y nosotros, o sea que me meto en el ajo, hemos dicho, bueno, pues está cubierto, ¿no? Está cubierto hasta que deja de estar, ese es otro agujero importante ¿no?” (E1_1).

Una tercera situación residencial es la de aquellas **personas con trastorno mental grave que se hallan institucionalizadas**, fundamentalmente, en instituciones psiquiátricas, pero también en prisiones y otro tipo de instituciones cerradas donde no debe olvidarse la presencia de estas personas y la mayor vulnerabilidad a la que están sujetas en muchos de estos espacios. No obstante, tal y como se ha explicado en la presentación del informe el presente estudio se centra, fundamentalmente, en el análisis de la atención comunitaria de las personas con trastorno mental grave, razón por la cual, no se ha recabado información específica de estas situaciones de forma exhaustiva. No obstante, es posible estimar el número de personas que permanecen ingresadas en hospitales de larga estancia a partir del número de plazas de este tipo que existen en Gipuzkoa. Según el Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa, cuya última actualización data del año 2013, en Gipuzkoa

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

existen 185 camas en hospitales de media estancia (29,09 camas x 100.000 habitantes) y 523 camas en hospitales de larga estancia (82,27 camas x 100.000 habitantes), cifras que, en ambos casos, se sitúan muy por encima de los estándares establecido en el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B.MHCC) que se tomó como referencia en la elaboración de este mapa¹¹.

Sin embargo, varias personas han señalado, tanto en la Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, como en la Diputación Foral de Gipuzkoa y en las asociaciones de apoyo a personas con trastorno mental grave y sus familiares, que todavía existe una parte de la población con trastorno mental grave que permanece hospitalizada durante gran parte de su vida y que es preciso crear recursos residenciales que estén más adaptados a las necesidades de estas personas. Además, también se señala el problema que supone que la atención a estas personas siga recayendo en la Red de Salud Mental también en la tercera y la cuarta edad, cuando la sintomatología psiquiátrica deja paso a síntomas y problemas de salud más propios del envejecimiento. A este respecto, se señala que estos casos deberían ser asumidos por la red de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

“Todo lo que tenemos históricamente, en los hospitales psiquiátricos de larga estancia. Hospital de San Juan de Dios en Arrasate, donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos ya, fueron pacientes psiquiátricos, han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, estaban allí, han estado allí durante 30, 40 años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí? En ningún sitio, pero esto, ahora mismo, carga sólo sobre el sistema sanitario, con lo cual, el liberar recursos para poder invertir en otras cosas, pues es necesario.” (E1_1).

“Ahí llega un momento en el que hay un sitio que se abre y se cierra con llave, pero tú ya de ahí dentro no puedes ver lo que pasa, pero a mí mi hermana me cuenta claro, mi hermana es esquizofrénica pero tonta no es, es más es más lista que yo, entonces pues sí, yo creo que las familias que vamos allí nos sentimos a parte de lo que sufres, pues porque ves a un familiar en esa situación, no te gusta, pero no tienes otra alternativa.” (GD_1)

Finalmente, es obvio que una cuarta situación que está presente entre las personas con trastorno mental grave es la de aquellas personas que cuentan con una vivienda independiente y que pagan con sus propios ingresos el coste de la misma. En estos casos, las principales dificultades identificadas hacen referencia a la inestabilidad laboral y a la dificultad para mantenerse en el empleo cuando la persona atraviesa periodos de inestabilidad o crisis recurrentes. De hecho, en el siguiente punto se aborda específicamente el tema del empleo y las dificultades que en este ámbito presentan las personas diagnosticadas de un trastorno mental grave.

4.2.2 **Ámbito del empleo**

El trabajo remunerado constituye la principal fuente de ingresos de la mayoría de las personas adultas, así como un importante espacio para las relaciones sociales. **Las personas con trastorno**

¹¹ Para una descripción más detallada del Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B.MHCC) y los criterios que emplea, se recomienda consultar el Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa en el siguiente enlace: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gksmegog/es/contenidos/informacion/rsmg_atlas/es_atlas/atlas_smgipuzkoa.html

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

mental grave se enfrentan habitualmente a serias dificultades para insertarse en el mercado laboral y, por este motivo, requieren de servicios de apoyo especializados. En este apartado, se analizará el ámbito sociolaboral de la red de atención a personas con trastorno mental grave, señalando sus principales agentes y los recursos de inserción más importantes de que dispone, para después indagar en su funcionamiento y limitaciones.

Son cuatro los **agentes** principales que participan en la red de inserción sociolaboral en salud mental:

- Lanbide-Servicio Vasco de Empleo, dependiente del Gobierno Vasco, ofrece al conjunto de la ciudadanía servicios de orientación e intermediación laboral, así como programas de formación prelaboral. Además, financia los programas de intermediación especializados para personas con discapacidad o enfermedad mental, los centros especiales de empleo y los programas de empleo con apoyo.
- El Servicio de Inclusión Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa es responsable de los centros ocupacionales, así como del Programa de Formación y Bajo Rendimiento, y financia ambos dispositivos.
- Entidades del tercer sector gestionan todos los servicios y programas mencionados.
- Las empresas comerciales ofrecen puestos de trabajo en el mercado ordinario y pueden beneficiarse de determinadas ventajas si contratan a personas con trastorno mental grave.

Aunque las personas con trastorno mental grave puedan hacer uso de los servicios generales de **Lanbide**, la mayoría necesitan una intervención más amplia o de mayor intensidad, que esta entidad no brinda directamente, sino a través de una **red de entidades colaboradoras especializadas**, cuyos programas y servicios son financiados por Lanbide a través de subvenciones periódicas:

“Lo que en este momento sí que estamos haciendo es contar con entidades especializadas que completen precisamente [nuestra labor] por su trayectoria, por su nivel de especialización y, probablemente, porque también cuentan unos recursos mucho más específicos, [a consecuencia] de haber trabajado con estas personas [...] es una labor de derivación, pero teniendo en cuenta una cosa: siempre el liderazgo de esa atención, de esa tutorización, la responsabilidad final de lo que es el itinerario y los resultados que esa persona va a recaer en ese técnico de Lanbide” (E1_4).

Las entidades colaboradoras opinan que el actual modelo de intervención resulta bastante mejorable. Por un lado, entienden que la participación en un determinado programa no debería limitarse en el tiempo, porque la inserción sociolaboral de las personas con trastorno mental grave a menudo requiere intervenciones muy prolongadas. Además, consideran que el sistema de subvenciones no garantiza la adecuada continuidad de los procesos de inserción, debido a que existen vacíos entre convocatorias¹², y amenaza la propia sostenibilidad de los programas, enfrentados a una constante incertidumbre.

Sin embargo, **Lanbide sitúa sus prioridades de mejora en el terreno de la evaluación de resultados**. Al objeto de realizar una supervisión más estrecha de las entidades colaboradoras, tiene previsto que las futuras convocatorias de ayudas pasen a ser anuales en lugar de bianuales. Además, quiere que las entidades colaboradoras le suministren información más detallada sobre sus actividades, para así mejorar los procesos de inserción y poder clasificar a las entidades según su eficacia y eficiencia:

¹² La convocatoria de ayudas para el desarrollo de acciones y servicios de orientación para el empleo dirigido a personas pertenecientes a colectivos en desventaja correspondiente a 2017 se convocó en julio de ese año, pero no se resolvió hasta el 30 de diciembre.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Tenemos que cambiar el tipo de colaboración que tenemos con esas entidades [...]. En las convocatorias ya les marcamos objetivos de inserción [...]. Sería mejorable si se retorna información [...] que permita un tratamiento adecuado y una toma de decisiones también mucho más enfocada o mejor enfocada a lo que realmente hay que hacer” (E1_4).

“[Queremos conocer el] análisis de valor de empleabilidad, [los] resultados conseguidos, [los] objetivos que se han marcado en esta persona, es decir, no quedarnos únicamente en el mero registro de un servicio y un tiempo; [queremos] información más cualitativa que permita de alguna manera construir mejores itinerarios” (E1_4).

“Antes no se incorporaban objetivos de inserción [...]. Ese es un elemento diferenciador importante [...] lo que se pretende es que aquellas entidades que mejor trabajen y mejor resultados consigan, podamos desde Lanbide tener un trabajo mucho más continuado, y [que] aquellas entidades que quizás no ofrezcan esos resultados tan buenos [...], pues que quizás puedan colaborar con nosotros, pero digamos de una manera más intermitente. [...] te hablo de entidades colaboradoras en orientación, agencias de colocación, centros de formación, es decir, todo el conjunto de entidades colaboradoras que alimentan y que hacen que Lanbide también pueda seguir abriendo todas las mañanas” (E1_4).

Una vez descrito el papel desempeñado por Lanbide en la red de atención sociolaboral, se ahondará en los recursos con los que cuenta dicha red. Para apoyar a las personas con trastorno mental grave en sus procesos de inserción sociolaboral, en las últimas décadas se han implementado cuatro **dispositivos de apoyo**:

- el centro ocupacional;
- el Programa de Formación y Bajo Rendimiento;
- el centro especial de empleo; y
- el empleo con apoyo.

Estos recursos están concebidos en forma de *continuum*, de manera que las personas que gozan de la menor autonomía y requieren del mayor apoyo son orientadas hacia un centro ocupacional, mientras que aquellas que pueden desenvolverse con la mayor soltura y necesitan la menor ayuda podrían optar a un puesto de trabajo en el mercado ordinario bajo la modalidad de empleo con apoyo. Sin embargo, muchas trayectorias no son lineales, sino que alternan avances y retrocesos, y a menudo llega un momento en que la progresión se estanca, circunstancia que afecta de forma especial a las personas de mayor edad y con muchos años de tratamiento a sus espaldas. Por ello, la red está pensada para facilitar las transiciones entre recursos y dar así respuesta a una diversidad de trayectorias.

En general, se puede decir que el esfuerzo realizado en materia de inserción sociolaboral es reconocido por las personas entrevistadas:

“Me parece que tanto Gureak, como Katea Legaia y otras estructuras, pero sobre todo estos dos, y sobre todo Gureak, que fue quien impulsó todo esto, hicieron una apuesta muy atrevida en su momento, hace 20 años, cuando realmente no habían hecho nunca nada con la enfermedad mental. [...] a mí me parece que eso ha abierto una puerta impensable, impensable para los pacientes” (E1_1).

Ello no obsta para que se señalen algunas deficiencias en la red de inserción sociolaboral, que según la mayoría de las personas entrevistadas no termina de adaptarse a las necesidades de las personas con trastorno mental grave:

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“La gran mayoría, no todos [...], hacen unos horarios [...] larguísimos, que entran a las 8 de la mañana y salen a las 5 de la tarde, con horarios partidos [...] muchas veces, y eso lo llevamos diciendo un montón de tiempo, que [...] media jornada sería suficiente” (E1_6).

“Un horario [de jornada completa], después de todo lo que toman [al] despertarse a las 5 de la mañana, es imposible” (E1_6).

“Yo creo que una persona con una medicación potente y tal es difícil que aguante ocho horas de trabajo de lunes a viernes” (E2_4).

“Hay personas que no pueden llevar el ritmo que Gureak establece, por su dinámica repetitiva de trabajo en según qué procesos, y observamos que, en algunos casos, [...] tienen que adecuar su medicación por la situación de estrés que se genera ese tipo de dinámicas” (E3_1).

“El problema que tengo yo también (con el trabajo) es social. Porque algunos días mi cabeza, llevando la misma vida que llevo normalmente, o sea que yo no sé por qué es, mi cabeza se pone mal. Con la diferencia de que yo, si estoy a mi aire, puedo cambiar de situación, puedo salir a caminar, puedo hacer cosas para salir del bucle de pensamiento en el que estoy. Pero claro, con el trabajo a mí eso me es más difícil. Y aunque con la gente, puedo tener un buen diálogo y llevarme bien, soy una persona muy desconfiada, porque a mí me han hecho muchas cosas y entonces me cuesta. (...) Y ahí creo que en el trabajo no me han entendido, es más, me he sentido presionada, me he sentido mal.” (E4_X)

“Para algunas cosas, [se] les exigen más que lo que realmente [se] les pueden exigir” (E1_6).

“Cuando les dicen ‘pues primero tendrás que estar —imagínate— seis meses en un taller, a ver cuál es la evolución’, pues hay muchos que lo rechazan, porque no les llama la atención” (E2_2).

“Yo creo que ese tipo de trabajo tan monótono [...] lo puede[n] desarrollar mejores personas que tienen una discapacidad [...] intelectual, pero [a] una persona con enfermedad mental [...] yo creo que hay que ofrecerle otro tipo de puestos, más creativos o al aire libre, o bueno, algo más dinámico. El estar continuamente haciendo lo mismo, ni ellos yo creo que se sienten útiles, y aparte, pues también le puede dar a pensar un montón de cosas...” (E2_2).

“Al final, es como cualquier tipo de persona, independientemente de la discapacidad: a una persona con enfermedad mental nunca podrías derivarle a un trabajo repetitivo. Tendríamos que hablar más de trabajos en movimiento o al aire libre, pero también para otra persona con otro tipo de discapacidades. Entonces...” (E2_3).

“Las capacidades que tienen y un poco también los deseos [...], muchas veces todo se queda un poco en el aire, pero bueno” (E1_6).

“Recuerdo un caso que él era especialmente obsesivo, muy controlador, y le ponen en calidad y tiene siete segundos para decidir si la pieza va a un cajón o a otro, sabiendo que, si la pieza va al cajón equivocado, si él no detecta los fallos y la pone como buena, ese pedido va a [un país en el extranjero], y como allí haya una errónea, te mandan todo el pedido para acá —eso es lo que me describía él, que igual no es así— [...] y yo decía ‘¡[...] es que no podría hacerlo ni yo!’” (E2_1).

Como puede observarse, las principales críticas se refieren a la insuficiente adaptación de las actividades propuestas a las capacidades e intereses de las personas con trastorno mental grave, en particular en lo relativo a: a) la excesiva duración de la jornada laboral; b) la escasa flexibilidad de los

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

horarios; y c) las actividades repetitivas, poco creativas y en instalaciones cerradas; y d) en definitiva, el elevado nivel de exigencia.

“Aquí vemos, mandamos gente a Gureak y algunos nos dicen, luego es verdad que se adaptan, como mismo digo una cosa digo la otra, pero algunos si dicen “joder, y luego los turnos, mañana, tarde, noche, ocho horas, como uno más, y para cobrar lo cobro”, y le contestas “ya, te entiendo, pero mejor eso que nada, mejor que estar viniendo al hospital de día, eso es un salto más”. Luego es verdad, yo tengo un hijo de 20 años que cuando vaya a trabajar le van a explotar y va a currar como un campeón para ganar mil euros si tiene suerte, la vida está así, vale, pero luego dices “ostia, {que este asunto es un tema} más grave, que no es un tío que está al 100 por cien de sus condiciones, pero bueno”. También a veces detectamos, pero que no desaparezca Gureak, que creo que da trabajo a mil y pico de personas” (E2_1).

“El problema que yo veo, bueno lo que a mí me parece, es que yo necesito descansar y cuando se me quitan las horas de sueño, que tengo que cumplir, porque hay que levantarse muy temprano, porque el horario es muy extenso, o por lo que sea, pues yo empiezo como a acumular y ahí es donde mi cabeza empieza a trabajar de más. Yo estaba trabajando en el obrador de Gureak y me levantaba a las 6 de la mañana para entrar a trabajar a las 8 de la mañana, porque hay un problema con los autobuses. Y estaba en el trabajo hasta las 17.30h y llegaba a mi casa a las 19h de la tarde. Y después, claro, tenía que hacer las tareas de la casa y demás. (...) Y yo ese ritmo no lo puedo llevar.” (E4_X)

Es evidente, que las dificultades indicadas pueden constituir obstáculos para el acceso a la red de inserción sociolaboral de determinados perfiles de personas usuarias. Además, las entrevistas realizadas ponen de manifiesto que a estos obstáculos habría que sumar la persistencia, entre algunas personas con enfermedad mental, de ciertos recelos a la hora de trabajar en centros que hasta hace unos años atendían exclusivamente a personas con discapacidad intelectual. En este sentido, las personas con enfermedad mental comparten en alguna medida el estigma frente a la discapacidad intelectual presente en el conjunto de la sociedad.

Centros ocupacionales

Los centros ocupacionales (servicio 2.2.2. de la Cartera) están gestionados por el Grupo Gureak mediante un convenio con la Diputación Foral¹³; la primera es responsable de la actividad productiva, y la segunda, de la no productiva. Como se ha señalado, estos dispositivos están diseñados para atender a aquellas personas con menor autonomía y menor grado de ocupabilidad, y que requieren, por tanto, intervenciones más amplias o de mayor intensidad. Sus programas **conjugan, por ello, la labor productiva con actividades dirigidas al desarrollo personal y social**. En principio, esa combinación debe adaptarse a las necesidades de cada persona, de modo que aquellas con menor autonomía dediquen más tiempo a las actividades no productivas que aquellas con mayor nivel de autonomía.

Es conveniente subrayar que estos dispositivos **no ofrecen un contrato de trabajo ni un sueldo, aunque sí una gratificación económica**, que oscila entre 170 y 250 euros mensuales y que es abonada por la Diputación. Lo que las personas con trastorno mental grave reciben a cambio de su esfuerzo

¹³ Gureak es un “grupo empresarial constituido por sociedades mercantiles sin ánimo de lucro”. La Diputación Foral de Gipuzkoa participa en la entidad con el 20,12% de las acciones (<<http://www.gureak.com/es/quienes-somos>>).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

en estos centros se menciona en varias entrevistas como un factor desmotivador respecto a la demanda de este recurso, aunque en otras se interpreta en términos de normalización:

“No les motiva nada ir a un sitio a trabajar 6-8 horas y que les den 180 euros: [...] enfermos están, pero tontos no son” (E3_1).

“Hay una discusión, como debe haberla, sobre lo que cobran [...], pero si queremos normalizar la vida, hay que normalizar la vida y la vida tiene cosas malas, y esto es así, ¿no? Y a veces los sueldos no son buenos [...]. Pero lo que tienen que hacer es aguantar, o sea, porque a ver si vamos a estar pensando en nosotros, ¿verdad? [...] Poder trabajar, tener un piso y que nos llegue el sueldo más o menos, ¿no? [...] eso es lo que tenemos que buscar, las necesidades básicas de los enfermos mentales son las nuestras” (E1_1).

“Yo empecé a trabajar en un trabajo (protegido), pero me pagaban poquísimo, así que lo dejé. (...) Y donde estoy ahora, en Karabeleko, sí que estoy a gusto, pero si nos dieran alguna cesta (de verduras) o algo a cambio del trabajo que hacemos. Porque meternos en un trabajo para luego no cobrar nada, pues es que no me parece. (...) Ya que no cobramos nada y vamos como un centro de día pues que, por lo menos, nos diesen algo, un reconocimiento al trabajo que hacemos o algo.” (E4_X)

El **procedimiento de acceso** a los centros ocupacionales consta de dos fases. La persona interesada debe acudir primero al Servicio de Inclusión Social de la Diputación para que certifique su nivel de discapacidad. Una vez cumplimentado este trámite, puede presentar su solicitud en el Servicio de Valoración y Orientación de Gureak, que evalúa sus competencias y ocupabilidad, determina qué recurso de inserción se ajusta mejor a su perfil y elabora un itinerario individualizado.

Este procedimiento va a ser reformado en breve, al objeto de homogeneizarlo con los establecidos para otros servicios de atención secundaria y de permitir un mejor seguimiento por parte de la Diputación. El cambio se concretará en esencialmente en dos medidas:

- Registrar automáticamente a las personas solicitantes como usuarias de los servicios sociales de base, que así podrían ofrecerles asistencia adicional.
- Orientarlas directamente desde el propio servicio foral hacia el recurso de inserción más adecuado.

En cuanto a los criterios de acceso, la Diputación se muestra preocupada por la posibilidad de que personas con trastorno mental grave que no puedan acreditar una discapacidad pudieran estar siendo excluidas de los centros ocupacionales, cuando podrían beneficiarse de ellos.

Las personas entrevistadas consideran, por otro lado, que la configuración actual de los centros ocupacionales **debería ajustarse mejor a las necesidades de las personas con enfermedad mental**, introduciendo reformas de calado. En primer lugar, se sugiere **potenciar la vertiente no productiva** de estos centros, reforzando la intervención psicosocial y la orientación comunitaria:

“A mí me parece que [el servicio ocupacional] es bueno que esté vinculado a la producción y a la actividad industrial, pero creo que es insuficiente el desarrollo de la otra parte. [...] No sé muy bien qué es lo que hará, pero desde luego [en] intervención psicosocial tendrá que hacer algunas horitas de psicólogo, de trabajador social o intervención socioeducativa, tendrá que haber algún educador por ahí. [...] en el servicio ocupacional faltan [...] prestaciones técnicas más de carácter social. [...] si estás en un servicio social, tiene que haber una continuidad [entre lo que sucede en el centro laboral y el ámbito doméstico]. Habrá que hablar con la familia; si es con la vivienda, pues habrá que hablar con el educador de la vivienda, o el coordinador, el responsable de la vivienda [...] para saber [cómo se encuentran las personas atendidas]” (E1_3).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

También se juzga necesario **ajustar el balance entre actividades productivas y no productivas** a los distintos perfiles y necesidades:

“Y en cuanto [a] los perfiles que decías, lo mismo. Con los que estén más alejados de ese enfoque más productivo, pues tendrás que trabajar mucho más, en función de sus necesidades, todo en relación con las competencias personales, relacionales, la integración comunitaria; y en cambio, con los que están más orientados, a ver si pueden pasar al empleo especial, pues a esos tendrás que presionarles más para que sean más, trabajar más las competencias profesionales, técnicas, no tanto las personales o las relacionales, las básicas” (E1_3).

Por último, se recomienda **diversificar el tipo de actividades ofertadas y reforzar la personalización**, asegurando que las nuevas opciones estén disponibles en todo el territorio.

“[Entre] lo que tiene de ocupacional Gureak, la mayoría es trabajar en cadena, ¿no? [...] lo que echo en falta es eso, que no les puedan ofrecer mayores alternativas” (E2_2).

“Necesitan diversificar más las actividades [...]. Hay que buscar [...], en todo el territorio, establecer este mismo modelo, más diversificado, con más opciones, más personalizado. No tan vinculado a la actividad industrial o al taller, que también es importante que mantengan” (E1_3).

En el curso de las entrevistas, se han detectado tres **iniciativas ligadas a la actividad agropecuaria que podrían tomarse como ejemplos de diversificación**. En primer lugar, está el centro ocupacional Pausoak en San Sebastián, gestionado por la Fundación Goyeneche y dirigido exclusivamente a personas con discapacidad intelectual. En segundo lugar, el proyecto que la asociación Arraztalo tiene en Oiartzun¹⁴ y que se enmarcan en un programa de inserción sociolaboral para personas con trastorno mental grave subvencionado por el Ayuntamiento de Oiartzun. La Diputación ha mostrado interés por este proyecto, aunque considera que no cuenta todavía con un modelo bien definido, como sería el caso de Pausoak:

“Tenemos pendiente el definir si vamos a elaborar un modelo de trabajo alternativo, complementario, un poco del estilo de lo de Arraztalo, de las huertas y de tal [...]. Estos suelen pedir unas subvenciones, normalmente se les conceden, pero el tema sería tener un modelo claro, complementario al industrial, pero un modelo claro, pues como tenemos el de Fundación Goyeneche, [el] de Pausoak, pues a lo mejor ese modelo, pues homologarlo para otro tipo de iniciativas, pero eso está pendiente de hacer, no está hecho” (E1_3).

La tercera iniciativa es la de Karabeleko, en Hernani. Lo distintivo de este proyecto es que, si bien “funciona como un centro de rehabilitación psicosocial para personas con problemas de salud mental y para otros colectivos en situación de exclusión”¹⁵, presenta también características de los programas de ocio (voluntariedad, no remuneración) y de los centros ocupacionales (orientación hacia la actividad productiva).

¹⁴ Más información en <<http://www.eitb.eus/eu/telebista/programak/atera-kontuak/bideoak/osoa/5413664/bideoa-arraztalo-gaixo-psikikoen-elkarteak-otzarak-egiten-ditu-oiartzunen/>>.

¹⁵ <<https://agifes.org/es/servicios/karabeleko/>>.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Programa de Formación y Bajo Rendimiento

El Programa de Formación y Bajo Rendimiento vendría a ser un paso intermedio entre el centro ocupacional y el centro especial de empleo. El dispositivo apenas se menciona en las entrevistas y no parece que sea necesario reformarlo.

Centros especiales de empleo

A diferencia de los centros ocupacionales y del Programa de Formación y Bajo Rendimiento, los centros especiales de empleo sí establecen una relación laboral con las personas que trabajan en ellos. Son empresas sociales que operan, además, como entidades colaboradoras de Lanbide en lo que se refiere a la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades para alcanzar por sí solas un puesto de trabajo en el mercado ordinario. Desde el punto de vista administrativo, hay que indicar que, si bien **la competencia en materia de centros especiales está transferida al Gobierno Vasco**, el decreto autonómico correspondiente no se ha aprobado todavía, de modo que **la creación de nuevos dispositivos de este tipo se encuentra en punto muerto**.

Los centros especiales de empleo presentan problemas similares a los detectados para el conjunto de la red, es decir, falta de ajuste a las capacidades e intereses de las personas destinatarias, así como horarios y jornadas laborales demasiado extensos. También se critican las dificultades que el personal con trastorno mental grave que trabaja en estos centros encuentra para **conciliar la actividad laboral con la participación en programas sociosanitarios** de otros agentes de la red. Refiriéndose a un caso determinado, el responsable de un centro de rehabilitación psicosocial comenta:

“Tenemos una situación complicada en el piso, entonces, le dije a esta persona: ‘mira, es urgente que hablemos contigo [...] allí, en el piso’ [...]. [Le] dije: ‘avisa a Gureak de que ese día vas a llegar tarde por un motivo nuestro [...], y me respondió ‘ya, pero es que no me dejan’. Le respondí: ‘¿cómo no te dejan? ¿Cuándo tienes que ir al médico no llevas el justificante?’. Y dice: ‘sí, vale, pero una entrevista aquí con vosotros no me dejan’. Y digo: ‘[...] no te preocupes, te damos un justificante de que ha sido una entrevista médica’ [...]. Volvió y nos dice que le han descontado las horas, y dije: ‘a ver, no puede ser, ¿si esto es una consulta médica, si es parte de tu tratamiento!’” (E2_1).

Finalmente, debe señalarse que, en la actualidad, el procedimiento para la creación de nuevos Centros Especiales de Empleo se halla paralizado, pese a que el Gobierno Vasco ostenta desde 2010 la competencia en esta materia. Sin embargo, la normativa para hacer efectiva y operativa esta competencia todavía no se ha desarrollado, lo cual impide que nuevos proyectos e iniciativas puedan optar a la calificación como Centro Especial de Empleo. Este es, precisamente, el caso de la Asociación Arraztalo que gestiona un proyecto en la zona de Oarsoaldea desde hace años y que, en ocasiones, ha visto peligrar la sostenibilidad del proyecto debido a la ausencia de una financiación fuerte y estable.

“Llevamos 8 años detrás del Centro Especial de Empleo, todos los años hemos presentado una moción en el Parlamento, todos los años lo han colgado, ¿lo has visto tu el registro de asociaciones? No, no está, la última que nos dijeron es que a finales de febrero pues estaría en comisión discutiéndose, a principios de marzo, estamos casi a finales de marzo y no sabemos, el otro día estuve hablando con una parlamentaria y me dijo que había preguntado por todas partes pero que el decreto no aparecía, que no estaba.” (E3_1)

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Empleo con apoyo

El paso al empleo con apoyo es relativamente infrecuente, lo que en las entrevistas se atribuye a varios factores. En primer lugar, la oferta de este tipo de contratos se considera reducida, y las condiciones laborales, muy poco atractivas¹⁶:

“Al final, hay que disponer de ofertas para poder pensar en personas. O sea, la crisis, el tipo de empleo que actualmente está llegando por parte del mercado laboral, esa precariedad, la inestabilidad, esos horarios, pues están dificultando también el poder pensar en este colectivo en esos términos [de empleo con apoyo]” (E2_3).

“El tema económico es importantísimo. [...] no compensa. [...] a no ser que tú tengas claro que quieres entorno ordinario [...], tampoco las ofertas son de decir...” (E2_3).

“En muchos casos, la oferta que se le puede dar en el Grupo [Gureak] es mejor que la que se le da en el entorno ordinario” (E2_3).

Otras veces, es la acogida en la empresa la que resulta inadecuada:

“También hay que ver por qué te solicitan la oferta, ese convencimiento [...]; también [hay que ver] quién ha tomado la decisión [...], quién solicita la oferta, porque muchas veces [...] no se consensua, y cuando llega el trabajador allí, está como en una selva” (E2_3).

Debido a esas escasas oportunidades y al miedo que la entrada en el mercado ordinario suscita en algunas de las personas interesadas, las transiciones se preparan con sumo cuidado:

“Con ese apoyo, con esa figura del preparador laboral [...] que apoya en esos inicios y ese seguimiento luego en el puesto de trabajo, o sea, que [intentamos que] sea un paso poco a poco, [...] progresivo, mimar un poco ese cambio, pero hay gente que le cuesta” (E2_3).

“Nosotros siempre garantizamos la vuelta” (E2_3).

“Hay excedencias, igual que lo que establece el convenio” (E2_3).

“Incluso cuando se termina la excedencia, luego tienen la opción de poder solicitar empleo otra vez: las puertas siempre están abiertas” (E2_3).

Desde el punto de vista de la planificación de este recurso, cabe señalar que **las subvenciones** a los programas de empleo con apoyo **están orientadas exclusivamente a centros especiales de empleo**. Esto limita la posibilidad de que otros agentes del ámbito sociolaboral, como las agencias de desarrollo comarcal, puedan poner en marcha este tipo de iniciativas, con lo que se desaprovecha su conocimiento de los mercados locales de empleo.

¹⁶ Para compensar esas malas condiciones ofertadas en el mercado ordinario, en casos muy puntuales se han llegado a ofrecer medias jornadas complementarias en el propio Grupo.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

4.2.3 **Ámbito de los ingresos y la situación económica**

En cuanto a la situación económica de las personas con trastorno mental grave, el presente diagnóstico evidencia que la precariedad económica afecta a muchas de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental. Una de las principales razones que explican esta situación es, como acaba de verse, la dificultad de este grupo de población para acceder y mantenerse en un empleo de forma estable, quedando así excluidas de la principal fuente de ingresos para el resto de la población: las rentas del trabajo.

Por otro lado, se constata que el actual diseño de las políticas públicas de mantenimiento de las rentas no responde de forma adecuada a las necesidades de las personas con trastorno mental grave, ya se trate de ayudas específicamente dirigidas a las personas con discapacidad o de prestaciones económicas dirigidas a la población general, como es, por ejemplo, la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) en Euskadi.

Finalmente, parece existir también un desconocimiento importante de las prestaciones económicas que se pueden solicitar en virtud de la situación de dependencia, discapacidad o precariedad económica, tanto entre las propias personas diagnosticadas, como entre las familias. Esta situación hace pensar que puede estar produciéndose una inhibición en el ejercicio de ciertos derechos por parte de algunas personas, siendo recomendable mejorar la información que se ofrece en este sentido y ofrecer un mayor asesoramiento a las personas y sus familias. A continuación, se analizan brevemente las dificultades encontradas en el acceso a las distintas prestaciones y ayudas económicas por parte de las personas con trastorno mental grave que viven en la comarca de Oarsoaldea.

Por lo que respecta a **las ayudas económicas específicas para personas con discapacidad y personas en situación de dependencia**, sucede lo siguiente. Por un lado, los instrumentos de valoración conceden mayor importancia y valoran de forma más detallada las limitaciones funcionales de tipo físico, de modo que, la dependencia asociada a factores cognitivos y conductuales queda en cierto modo infravalorada. Esto hace que las personas con un trastorno mental grave obtengan **puntuaciones relativamente bajas en los procesos de valoración**, siendo bastante infrecuente que las personas lleguen a alcanzar el porcentaje del 65% de discapacidad exigida para percibir determinadas ayudas como son, por ejemplo, las pensiones de invalidez de tipo no contributivo y su complemento, asociado a la ayuda para el alquiler de una vivienda. Por otro lado, desde el Centro de Salud Mental se advierte de que es necesario que el personal que realiza las valoraciones cuente con conocimientos especializados suficientes para valorar de forma específica los casos de salud mental, ya que, la sintomatología asociada a cada uno de ellos es muy diversa y no siempre se las dificultades se expresan de la misma manera.

“Si tú eres una persona que está haciendo una valoración te llegará un paciente mental grave con una esquizofrenia y no te va a dar ningún problema en la consulta, o en la entrevista de valoración, igual va una persona con trastorno de la personalidad y te lí una que, que ¿no? Entonces eso ya da una sensación de más gravedad incluido que muchos trastornos mentales, nosotros hablamos de cronicidad y para los que hacen ese tipo de valoraciones cronicidad es que bueno, pues que están más o menos estables ahí, ¿no? Que parece que no van a dar guerra ¿no?” (E1_6).

“Ahora mismo he tenido dos citas con la trabajadora social porque quiero que me revisen la valoración de incapacidad. (...) Se me hizo una valoración, pero yo creo que eso no está bien por los episodios que he tenido posteriormente. Me dieron un 47% de incapacidad y con eso no me corresponde nada (ninguna ayuda económica).” (E4_X)

No obstante, parece que muchas de las personas con un trastorno mental grave sí logran acceder a alguna de las ayudas económicas previstas en el marco del actual Sistema de Atención a la Dependencia. Así, muchas de las personas entrevistadas han afirmado que perciben una cantidad

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

que ronda entre los 150 y los 350 euros mensuales, ya sea a través de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECE) o la Prestación económica de asistencia personal (PEAP).

En cuanto a la **Renta de Garantía de Ingresos** y el encaje de las personas con trastorno mental grave dentro de este sistema de protección económica, la mayoría de las personas consultadas han expresado su desacuerdo con relación a la cobertura que este sistema ofrece a las personas con enfermedad mental. Y es que, si bien la RGI puede percibirse en la modalidad de pensionista, en la medida en que, como ya se ha dicho, las personas con trastorno mental grave no suelen alcanzar en muchos casos el porcentaje del 65% de discapacidad necesario para cobrar esta prestación tienden a quedar también excluidas de esta modalidad de cobro. Por otro lado, dadas las dificultades para llevar a cabo el proceso de emancipación previo del hogar familiar que la RGI exige, resulta también muy difícil que estas personas lleguen a cumplir con los requisitos exigidos para el cobro de esta prestación.

“Muchos porque viven los padre y tienen, pues ¿de qué viven?, pues viven de la pensión por hijo a cargo que son 350€, pues porque en cuanto el padre tiene un poquito más de sueldo ya no tienen derecho a la pensión no contributiva, con la pensión no contributiva luego ellos si ya tendrían derecho al complemento de la renta de garantía de ingresos, pero muchos no tienen esa posibilidad, porque no, entonces la situación económica es difícil, quiero decir que... en nuestra zona, pues nuestra zona no es igual que otras y aquí hay más problemas económicos.” (E1_6).

Una última cuestión relacionada con la situación económica de las personas con trastorno mental grave tiene que ver con el **diseño de los propios recursos de atención**. A este respecto, se ha aludido al copago en los servicios de atención diurna, a la imposibilidad de compatibilizar en ningún momento la estancia en un recurso de alojamiento con el cobro de la RGI y, por último, la escasa remuneración económica que las personas reciben en el marco del servicio ocupacional.

En cuanto al **copago de los servicios**, tanto los servicios de atención domiciliaria como los recursos de atención diurna están sujetos a copago. Aunque este ha sido un tema muy debatido en el ámbito de los servicios sociales y no es un tema que únicamente afecte a las personas con trastorno mental grave merece la pena destacarlo en la medida en que, tal y como acaba de exponerse, la protección económica que se brinda a este grupo de población a través de los sistemas de garantía de rentas y ayudas económicas no siempre alcanza la solidez que debería.

“Inserzioko errekurtsoak ez daukate kopagorik eta gureak bai, eta orduan gureak gelditzen dira 4 txanponekin (...) bizi dira diru gabe, eta orduan... el poder hacer un proyecto de vida... es que askotan eskatzen diegu asko eta eskaintzen diegu gutxi, exigitzen diegu recuperación, recuperación, recuperación, eta zein da pronostikoa, norantza? Zein da etorkizuna? Orduan ba hor problemak ditugu.” (E1_2).

Con relación a la imposibilidad de compatibilizar el cobro de la RGI con la estancia en un recurso de alojamiento para personas con trastorno mental grave – ni siquiera cuando se considera que la persona puede estar preparada para salir del recurso e iniciar un proceso de vida independiente – varias de las personas entrevistadas han señalado la contradicción que esto supone con relación a la vocación rehabilitadora y normalizadora del recurso. Se plantea así la contradicción que existe en el modelo de atención a la enfermedad mental donde, por un lado, los recursos de atención se conciben con un carácter rehabilitador e, implícitamente, se orientan a que la persona logre una recuperación funcional pero donde, sin embargo, los recursos se han diseñado siguiendo las mismas normas y principios que los utilizados en la red de atención a personas con discapacidad, esto es, con el objetivo de proveer cuidados de larga duración y atender la cronicidad.

“Los pacientes nuestros, como están en recursos que se entiende que son de discapacidad, en una residencia, ellos lo llaman recursos permanentes, pero en realidad no son permanentes porque a todos, a todos, se les está machacando con que tienen que salir y tal. Entonces, te quiero decir, hay un desajuste y una situación que al final

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

dices, jo, nos tenemos que poner un poco de acuerdo con toda esa serie de cosas y el tema de la renta de garantía de ingresos.” (E1_6).

Esta contradicción queda manifiesta en diversos aspectos del funcionamiento de la red, siendo uno de ellos el de la protección económica de las personas usuarias. Así, todos los recursos residenciales para personas con enfermedad mental se conciben como recursos de carácter permanente, incluidas las viviendas con apoyo de baja supervisión, haciendo que no sea posible para las personas usuarias acceder a la RGI mientras permanezcan en dichos recursos. Esta situación, a su vez, limita las posibilidades de las personas para abandonar dichos recursos, resultando en la frustración de las personas usuarias en muchos casos y en un uso ineficaz de los recursos de atención, ya que, hay personas que permanecen dentro de la red al no contar con medios suficientes para acceder a otro tipo de vivienda. Finalmente, desde el Área Sociosanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa se considera necesario establecer también acuerdos con las instituciones responsables de la política pública de vivienda para alcanzar algún tipo de solución en estos casos.

“Beharko genuke laguntza ekonomikoak beste kolektibo batzuk dituzten bezala eta bibiendarekin enlazeren bat, eta hori ez daukagu. Guk ez dogu lortu eta klaro eta faena bat da zeren eta dirurik gabe ibiltzen dira, zeren eta badago jendea gaitasunarekin eta posible izango zutela bere kabuz bizitzea baina ekonomikoki ezin diote horiei aurre egin, orduan ez dioazte.” (E1_2).

Por último, la **gratificación económica** que las personas usuarias del **servicio ocupacional** reciben mensualmente y que se sitúa en torno a los 180 euros, también ha sido criticada por varias personas que consideran que esta es una cuantía insuficiente a cambio de la labor que muchas personas realizan dentro de este servicio que, como ya se ha comentado, en Euskadi está plenamente integrado dentro del sistema de empleo protegido para personas con discapacidad. No obstante, dado que hay distintos niveles de exigencia – y también de remuneración – dentro de este servicio sería necesario evaluar esta idea con más detalle, al tiempo que debe tenerse en cuenta que el objetivo de dicha gratificación no es suplir la falta de rentas de la persona, sino incentivar su participación en las actividades del centro ocupacional. Es decir, resulta necesario distinguir los casos en los que, realmente, las personas están aportando a los centros más de lo que reciben y cuando esta demanda tiene en realidad su origen en la necesidad de paliar una situación de precariedad económica y que corresponde a otras instituciones satisfacer.

“(Las personas) tienen que tener también motivación, y desde luego no les motiva nada ir a un sitio a trabajar 6-8 horas y que les den 180 euros, entonces enfermos están pero tontos no son, son muy listos, yo al menos mi experiencia las pillan todas, de tontos no tienen nada, y si le vas a decir que le vas a dar 180 euros por estar desde las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde allí, entre el tiempo libre y lo que trabajan y la hora de la comida, ¿a qué voy a ir, a qué? No voy, si en viaje solo ya tengo que pagar muchos menos, pero bueno ya tengo un costo” (E3_1).

“Tenemos casos, gente que está en ocupacional cobrando 180 € y no tienen otro tipo de ingreso.” (E1_6).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

4.2.4 Ámbito de la salud

El **modelo sanitario de atención a la enfermedad mental** está diseñado con un enfoque comunitario y rehabilitador, concebido además para priorizar la asistencia a las personas con diagnósticos graves sobre las que presentan trastornos más leves. La orientación comunitaria y rehabilitadora en salud mental constituye un pilar básico del sistema sanitario estatal, tal como establece la Ley General de Sanidad (art. 20):

- “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. [...]”
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.

Si bien se han producido avances considerables hacia una atención comunitaria, integral y rehabilitadora, la asistencia sanitaria no se corresponde todavía con esos principios. Como reconoce la propia Osakidetza al enunciar sus retos estratégicos en el área de salud mental para 2017-2020:

“Aunque hay un desarrollo asistencial y organizativo muy completo en las redes especializadas, es el momento de reflexionar para que se produzca la incorporación de la salud mental en los recursos y niveles de todas las organizaciones, así como la potenciación del modelo comunitario como paradigma asistencial. [...] [El objetivo es] ahondar en la coordinación integral de todos los recursos primarios, especializados y hospitalarios para el abordaje de las patologías psiquiátricas” (Osakidetza, 2017: 30).

Aunque no se trata de un recurso de atención diurna, resulta obligado comenzar este examen señalando la **persistencia de hospitales psiquiátricos de larga estancia** como la muestra más evidente —al menos, en términos conceptuales— de que el enfoque comunitario y rehabilitador constituye más un desafío que una realidad. En Gipuzkoa, estos dispositivos atienden todavía a parte de las y los pacientes agudos que deberían recibir cuidados en recursos comunitarios, como sucede, por ejemplo, en Bizkaia. El paso definitivo de un modelo y otro se complica por la presencia de una población envejecida y muy deteriorada que ha hecho de estos hospitales su hogar, y para la cual no se vislumbra una alternativa apropiada:

“Hay otro [...] agujero, [...], o socavón, quiero decir, que es todo lo que tenemos históricamente en los hospitales psiquiátricos de larga estancia [...], donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos [...], fueron pacientes psiquiátricos, han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, [...] han estado allí durante 30, 40 años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí?” (E1_1).

La atención diurna en el ámbito sanitario corresponde a los **centros de salud mental**. El hecho de que el acceso a la red de atención se realice a través del sistema sanitario explica en buena medida por qué los centros de salud mental se han convertido en el **principal referente de la red**. Los centros de salud mental participan habitualmente en los procesos de coordinación, derivan pacientes a otros

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

recursos, reciben consultas frecuentes del resto de agentes de la red y, cuando así se lo solicitan, les proporcionan formación. La falta de especialización en salud mental de algunos agentes del sector —en especial, los servicios sociales de base, por su orientación universal— y el peso que lo sanitario mantiene todavía en el abordaje integral de las enfermedades psiquiátricas han contribuido también a que hayan alcanzado ese estatus cardinal.

Los centros de salud mental constituyen el dispositivo básico de atención sanitaria a personas con diagnósticos psiquiátricos graves. Por ello, la sobrecarga de trabajo que soportan actualmente podría considerarse el problema más acuciante que atraviesa la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. La propia Red calificaba esta “saturación asistencial” como una amenaza en un diagnóstico DAFO realizado en 2013 (Red de salud mental de gipuzkoa, 2013).

El motivo inmediato parece residir en una plantilla insuficiente para responder con garantías al incremento de la demanda asistencial registrado en los últimos años. Este incremento obedece probablemente a la confluencia de varios factores. Algunos estudios han relacionado la crisis económica con un repunte de la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas¹⁷. La Red de Salud Mental de Gipuzkoa, por su parte, habla de “sobredemanda de trastornos adaptativos, cuadros subclínicos y códigos Z” (ibídem). Las y los profesionales sanitarios entrevistados apuntan en esta misma línea, al indicar la presencia en sus consultas de un porcentaje significativo de personas con diagnósticos más leves, lo cual refleja ciertas dificultades en el cribado de pacientes que se derivan de atención primaria a secundaria, y pondría en entredicho la prioridad que el sistema otorga a los casos más graves:

“Hay una especie de explosión de gente siendo atendida en salud mental [...] de repente, parece que todo el mundo [lo] necesita y eso ha generado, bueno, ya generó en su momento, [...] que de repente los casos leves, o incluso sin patología psiquiátrica, ocupaba[n] mucho espacio. Ahora ya la hemos invertido [la tendencia], pero todavía sigue habiendo casos que [...] no le vemos patología. Pero es verdad que si tú recibes a cualquiera y le dejas que hable un rato, quiere seguir viniendo, es así; si se siente cómodo y tal, pues dice ‘mira qué bien!, tengo un sitio donde contar mis cosas’, [...] y claro, eso es muy difícil de tirar para atrás” (E1_1).

“Yo creo que ahora mismo se accede, posiblemente, en exceso a lo que es la salud mental. Quiero decir, a nivel de atención primaria, es verdad que existe una sobrecarga; yo creo que [...] esa sobrecarga se refleja también en nuestras consultas [en atención secundaria]” (E1_6).

Debe señalarse, por último, que **esta demanda podría incrementarse todavía más a medio y largo plazo**, debido a otros dos factores señalados como amenazas en el citado diagnóstico de la Red de Salud Mental (2013b: 8): las “patologías emergentes derivadas de nuevas formas de adicción (a nuevas tecnologías, redes sociales)” y “la extensión de factores de riesgo para la salud mental: soledad, empobrecimiento, exclusión”. Un tercer factor que apunta en este mismo sentido es el aumento de los diagnósticos psiquiátricos observado en los últimos años en la etapa infanto-juvenil —que, de momento, ya ha obligado a un reparto de los recursos existentes—:

“Es verdad que tenemos déficits de atención [...], quizá en infanto-juvenil, hasta 18 años [...] hace 20 años, [...] tener chavales de menos de 10, 11 años en consulta era raro; ahora mismo tenemos desde 2, desde 1, desde 3... [...] están viniendo más, y

¹⁷ Para el conjunto del Estado, véase (Gili, García Campayo, & Roca, 2014), y para Euskadi, (G. Pérez et al., 2016).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

claro, como siempre pasa, cuando recibes más, también detectas más, y afortunadamente vamos detectando, afortunadamente dentro de lo malo, detectamos la patología grave mucho antes [...] tenemos una unidad para niños graves de 4 a 8 años” (E1_1).

Algunas carencias detectadas en el funcionamiento de los centros de salud mental están relacionadas con esa sobrecarga del trabajo, por ejemplo, la **falta de una actitud más proactiva** acorde con el enfoque comunitario, que se traduce en un **número muy reducido de visitas domiciliarias**. A este respecto, se ha comprobado que durante mucho tiempo estos centros se han desentendido de las personas en tratamiento que dejaban de acudir a las consultas, de manera que a los seis meses de la última cita programada se les daba el alta administrativa de forma automática, invocando el principio de autonomía del paciente (Ley 41/2002). Este procedimiento suponía retirar la atención a un grupo poblacional necesitado de ella, pero con dificultades para asumir la enfermedad y el cuidado que requiere. En general, las **labores de seguimiento y acompañamiento, así como las visitas domiciliarias**, eran más habituales hace años, pero **han ido siendo relegadas** en las agendas de estos y estas profesionales para que pudieran atender a un mayor volumen de pacientes y ocuparse de tareas administrativas.

“Cuando yo empecé a trabajar, íbamos a los domicilios [...] y luego se perdió, probablemente, porque al principio teníamos más tiempo” (E1_1).

“A lo largo del tiempo se ha ido perdiendo un poco esa capacidad [...] de hacerlo [...] con más tranquilidad, porque tuvimos un tiempo [...] lo que hacíamos era un acompañamiento [...] al paciente. Entonces, ¿cómo era la historia? Muchos, pues llamábamos, pues había diferentes talleres prelaborales, talleres de no sé, y que iban, e incluso [...] no los llegábamos a soltar de la unidad de día [...] empezaban, yo qué sé, como si empezasen dos días en Gureak, y un día pues venían aquí un poco para ver nosotros [...] qué dificultades tienen, y había un seguimiento” (E1_6).

“Otra cosa es los que no llegan aquí, los que están en su casa, que eso, claro, nosotros no vamos a buscarlos, pues porque no podemos, evidentemente. Entonces, a veces pues te enteras de situaciones [...] por trabajadoras sociales; [...] si [...] puede [...] ser un caso [...] de los nuestros, entonces se trata un poco de que vengan” (E1_6).

Una consecuencia adicional del incremento de las consultas ha sido la **menor dedicación a otras actividades relevantes** para las y los profesionales de los centros de salud mental, como **la formación y la deliberación grupal**:

“La mayor dificultad es que tenemos poco tiempo, [...] porque hay mucho paciente [...] es muy difícil programar espacios libres que sepas que no va a llamar ni Dios, o sea, que te puedes dedicar a otra cosa y a pensar, pues eso casi no existe y ese es un problema, el mayor problema que tiene el sistema” (E1_1).

El desbordamiento de los centros de salud mental se vincula también con **la duración y frecuencia de las consultas**, aunque las opiniones al respecto resultan controvertidas: las familias las consideran a menudo insuficientes; las y los profesionales del centro, en cambio, creen que se adaptan al estado de cada paciente, las juzgan razonables teniendo en cuenta la presión asistencial bajo la que desarrollan su trabajo y aplican estrategias para procurar que la atención sea lo más continuada posible.

“Depende en el momento que esté [el/la paciente], sobre todo, lo que necesite [...] no se puede generalizar, tenemos muchas dificultades también con carga [...] de trabajo, pero yo creo que al menos los profesionales hacen un esfuerzo” (E1_6).

“Si hay un paciente grave, se le ve, no se le da [cita] cada tres meses porque haya más carga de pacientes” (E1_6).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Además, el abordaje es integral: no solo le ve una persona, normalmente tiene enfermería, tiene psicología, tiene psiquiatría. Quiero decir, que se le vea cada tres meses, y a lo mejor en dos meses no le vea nadie, yo creo que eso es raro, que a lo mejor entre medias tiene la cita con enfermería” (E1_6).

“Lo repartimos un poco para darles continuidad, eso intentamos” (E1_6).

En cuanto a los/as pacientes, las opiniones varían desde aquellas personas que consideran adecuadas la duración y la frecuencia de las consultas, a las que creen que el seguimiento que reciben es insuficiente y reclaman una atención más frecuente y citas más largas en el centro de salud mental. En este sentido, parece que existen diferencias importantes entre profesionales y son varias las personas que han señalado que su grado de satisfacción respecto a la atención que reciben ha variado significativamente en función del profesional que les atiende.

“Ba ni oraintxe bertan lau edo bost hilabetero nijo medikuarengana (psikiatra), baina gaizki egon naizenean bi astero edo hilabete behin gutxienez. (...) Nik denbora aldetik ez daukat kezarik nire terapeutarekin, beti egoten da denbora dexente eta berak paziente bakoitzari dedikatzen dio bere lan esparrua” (E4_X)

“Bueno, yo voy cada dos meses a la psiquiatra y suelo ir y bueno, son diez minutos, te pregunta si estás bien y así y sino hasta después de dos o tres meses a mí ya no me ven más” (E4_X)

“Yo estuve viendo ese programa de “Uno de cada cinco” y allí hablaban de muchas cosas como, por ejemplo, el hecho de que, a veces, hay psicólogos que no te van bien. Entonces, por ejemplo, el hecho de que podamos elegir a nuestro psicólogo. O que, si hay uno que no te va bien, pues tú puedas pedir un cambio. (...) Porque, en ese sentido, yo he tenido psicólogos que me han ido muy bien y otros que no me han ayudado nada” (E4_X)

Sin embargo, más allá de las quejas relacionadas con la intensidad de la atención las personas usuarias demandan cambios en el modelo y en el tipo de atención que reciben. Por ejemplo, consideran que la prescripción de tratamientos farmacológicos es excesiva y que se produce, además, en detrimento de la atención psicológica. Esta cuestión es especialmente controvertida en determinados trastornos como son, por ejemplo, los trastornos obsesivo-compulsivos y los trastornos bipolares, donde la psicoterapia es un tratamiento altamente recomendado. Por otro lado, algunas personas han mencionado la escasa proactividad de algunos/as profesionales a la hora de indagar acerca de su estado de ánimo o su situación vital durante las consultas, más si se tiene en cuenta el retraimiento y la dificultad en la expresión que muchas veces lleva aparejada la toma de la medicación. Finalmente, algunas personas han señalado la dificultad para solicitar un cambio de profesional, fundamentalmente, debido a la escasez de determinadas figuras profesionales dentro de los equipos. Este es, por ejemplo, el caso de los/as psicólogos/as.

“Ni joaten naiz psikologo pribatu batera, ze hasiera batean nire diagnostikoa eman zidatenean psikiatrak berak komentatu zidan nire diagnostikorako (antsietate trastorno bat) oso garrantzitsua zela psikologo bat edukitzea. (...) eta ni hasi nintzen Osakidetzako psikologoarekin baina, azkenean ezin duzuna da, gaizki baldin bazaude, zuk ezin dituzu itxoin bi hilabete kontsulta batetik bestera. Eta azkenean osasun mentalen psikologo bakarra dago bertara goazen guztiontzat eta ez dago beste aukerarik. Duzu txanda, duzunean eta azkenean normala da horren beste jende hartu behar baldin badu pertsona berdin batek.” (E4_X)

“Yo el apoyo psicológico individualizado lo he encontrado en Agifes y los grupos de apoyo para personas con trastorno bipolar, que es mi diagnóstico, también lo ofrece Agifes” (E4_X)

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Yo creo que tienen tendencia de recetar medicamentos con demasiada facilidad. Porque, no sé, a lo mejor una persona que tiene esquizofrenia, pues a lo mejor tiene que tomar medicación sí o sí. Pero una persona con ansiedad, que a la primera de cambio le receten ansiolíticos, sabiendo lo que enganchan, sabiendo que, después, en el momento en que los dejes vas a tener el doble de ansiedad, pues no sé” (E4_X)

“Pues yo creo que los/as psiquiatras que me han atendido deberían haber intentado estar más tiempo conmigo y preguntar más cosas, no sé, interesarse más” (E4_X)

Otros aspectos cuestionados del funcionamiento de los centros de salud mental no tienen que ver con la sobrecarga, sino con el modelo de atención en sí. Es el caso de la **participación de las familias**, que, como apoyos naturales, desempeñan un papel muy importante en el modelo de atención centrada en la persona. Algunas voces consideran, a este respecto, que los centros de salud mental no toman suficientemente en cuenta a las familias o tienen dificultades para recoger su aportación:

“Me parece bien, [y] esto no se da, [...] que se pueda trabajar no solo [...] [con el] individuo, al que atiende el psiquiatra, sino que hay un sistema familiar que está sufriendo esta situación, y que haya un espacio en que eso se pueda trabajar: para mí, sería lo ideal” (E1_5).

“Al familiar, lo que intentamos [es] el [...] ‘tú, vete [al centro de salud mental], aunque te hayas sentido a veces un poco mal tratado’. Es importante que llegue la información adonde tiene que llegar, y le[s] damos herramientas para que también sepan cómo dirigirse [al centro de salud mental]. Y ahí siempre me coordino con la trabajadora social, ‘oye, que sepas que [...] la familia está en esta situación’, porque hay muchas veces que igual la información no llega a la trabajadora social, porque igual desde la misma recepción le han dicho ‘no puedo darte cita’, porque, bueno, sus protocolos y sus historias” (E2_2).

“Sí que es verdad que la atención a la familia no se registra, no tenemos registros como tal[es], [...] incluso luego, en el seguimiento de los pacientes, [...] la mayoría de las entrevistas o de las consultas son entrevistas familiares, [...] lo que pasa es que no constan como tal[es], quiero decir, consta seguimiento individual” (E1_6).

Pero en este punto, la postura predominante es de cautela y de juzgar caso por caso: no todas las familias pueden o quieren intervenir, y su participación resulta a veces contraproducente:

“Las familias a veces ayudan, pero otras veces entorpecen también mucho el acceso, pues porque ellos, para empezar, niegan toda la enfermedad” (E1_6).

“Hay familias con muchísima tolerancia, tan[ta] que no distinguen que hay enfermos mentales; y otros, por el contrario, no lo soportan nada y vienen antes de que el propio paciente se dé cuenta de que tiene que pedir ayuda” (E1_6).

“Las familias muchas veces hacen toda su orientación a los hijos desde lo que ellos entienden que sería bueno para sus hijos, [...], pero ahí muchas veces no está implicado el deseo de la persona, entonces hacen proyectos que son ajenos a esa persona” (E1_6).

También se han recogido críticas relativas al tipo de tratamientos prescritos en los centros de salud mental. Algunas personas entrevistadas consideran que **la psicoterapia se aplica con poca frecuencia y con criterios un tanto discrecionales**. Frente a esta política, las voces señaladas defienden extender el uso de la psicoterapia como complemento al tratamiento con fármacos, pues consideran que un enfoque combinado se adecúa más al perfil de aquellas personas estabilizadas que precisan recuperar su proyecto de vida.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Respecto a la atención, yo creo que para las personas que tenemos un trastorno mental grave y para los momentos de crisis, que es cuando más necesitas el apoyo, yo creo sinceramente que la atención que hay, se queda corta, porque hay muy pocas derivaciones al psicólogo, porque, al final, es el psiquiatra el que valora y el que considera si tú estás en ese momento en condiciones para recibir un apoyo psicológico. Cuando hay otros países en los que ese apoyo psicológico es el eje central del tratamiento y donde, sólo cuando ese recurso es insuficiente, se activa el tratamiento farmacológico. Aquí, sin embargo, hay mucha presencia de la farmacología y poco apoyo psicológico” (E4_X)

“En teoría el acceso al psicólogo sí que está en la cartera de servicios de Osakidetza, pero para mí, su presencia es testimonial y, por ejemplo, la presencia de los grupos de apoyo y ayuda mutua es inexistente. Entonces, para mí, hay carencias importantes en el modelo de Osakidetza, que yo creo que sirve para problemas de andar por casa, pero que cuando tú tienes un problema serio y necesitas psicoterapia, pues yo, por ejemplo, tuve que recurrir a la privada” (E4_X)

El escaso peso de la psicoterapia en la sanidad pública parece relacionado en gran medida con la configuración de los equipos de los centros de salud mental. Aunque estos se definen como multidisciplinarios¹⁸, las y los psiquiatras son el colectivo profesional más numeroso y ocupan un lugar central en tanto que responsables últimos del diagnóstico y el tratamiento facultativo. Además, se ha podido constatar que la eficacia de los tratamientos no farmacológicos resulta todavía controvertida en determinados círculos de la comunidad psiquiátrica, y que, como consecuencia de ello, quedan psiquiatras que se resisten a prescribir psicoterapia en el propio centro de salud mental o a coordinarse con psicoterapeutas de otros servicios.

“Yo el apoyo psicológico individualizado lo he encontrado en Agifes y los grupos de apoyo para personas con trastorno bipolar, que es mi diagnóstico, también lo ofrece Agifes.” (E4_X)

“Creo que hay una visión completamente biologicista de los problemas de salud mental, al final, se reduce la cuestión a un déficit de neurotransmisores, un problema hereditario. Y se supone que tú estás mal por eso. Pero claro, en el momento en que a mí me aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, yo tenía una serie de condicionantes ambientales, una situación laboral muy exigente y estresante y una situación personal afectiva conflictiva en ese momento. Y, en mi caso, esos han sido factores determinantes para que yo me descompensara y tuviera la primera crisis. (...) Es verdad que a mí me diagnosticaron en el año 2000 y creo que, actualmente, esta visión biologicista tal vez no es tan acusada.” (E4_X)

“Nik eta beste batek, naiz eta gaixotasun berdina eduki, bakoitzak du bere sintomatologia, ezta?. Orduan, garrantzitsuena da zuk sintoma horiek identifikatu eta kudeatzen jakitea. (...) Eta zentzu horretan nik uste dut CSM-an psikiatreek oso erraz jokatzen dutela medikazioarekin eta guk behar dugula beste nolabaiteko arreta dela, beste gauza batzuk landu behar ditugula gaixotasunaren inguruan.” (E4_X)

¹⁸ En 2011, la plantilla de los centros de salud mental estaba formada por “32 psiquiatras, 14 psicólogos clínicos, 25 enfermeros, 11 trabajadores sociales y 14 administrativos” (Red de salud mental de gipuzkoa, 2013). Cifras aproximadas y estandarizadas tomando como referencia una jornada laboral de 35 horas semanales.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Nik adibidez, oraindik ez daukat diagnostiko finkorik (eta 9 urte daramakit gaixotasunarekin). Zeren, adibidez, egoten naiz psikiatra batekin eta esaten dit gauza bat eta gero aldatzen dut psikiatraz eta beste gauza bat esaten dit, ezta?. Eta orduan nik pentsatzen dut, joe, ba zuek ez baldin badakizue, zaretela jakin behar duzutenok, nik...are gutxiago!. Eta batzuetan pentsatu izan dut, gutxienez ez esan ezer ez baldin ba zaudete ziur, ze ni bestela... me vuelvo un poco loco!. Beraz, ez esatea ezer seguru ez egon arte. Baina azkenean, honetan, ez dago zientziarik ez?. Oso eremu zabala da eta ez dago batere argi.” (E4_X)

Desde una perspectiva más general, algunas personas entrevistadas opinan que los dispositivos sanitarios priorizan la contención en detrimento de la recuperación:

“Cada dos o tres meses, quince minutos con el psiquiatra; y cada dos o tres meses, otros quince minutos con [...] el psicólogo. ¿[A] uno y [a] otro qué es lo que le[s] dice? Lo que quieren oír. ¿Por qué? Porque él dice: ‘[...] si le digo que estoy mal, igual me ingresa’. Y en quince minutos, no hay espacio para valorar la realidad, [...] lo único que hay es un control de la medicación” (E3_1).

“Zitak gaixo psikikoekin dira bi hilabetean behin ailegatzen badira psikiatrarekin [...] hamabost minutu, eta bueno, segun, ordu batean [...] gertatzen da horrekin ez da aski eta dena kontzentratua dago botikaren asuntoarekin. Botikak oso fuertek dira eta botikan dira jendea kontenitzeko, jendea ez bere onetik atera[tzeko], biolentziaren kontra, eta geratzen da jendea apal-apala. Antipsikotikoak dira medikazio oso-oso txarra beraientzat eta ez daukate beste possibilitaterik, ba beste terapiak edo lana, edo beste asuntuetik konpentsatu, dena fidatzen da botikak, eta botikak, eta botikak, eta orduan botikak diagnostikoekin gabe, hasten dira botikekin, funtzionatzen badira botika ho[r]iek horrekin jarraitzen dute urteak eta urteak eta urteak. Ez badira funtzionatzen, egoten dira frogak egiten, eta froga horietan batzuetan pasa eta beste batzuetan ez da ailegatzen, baina mina egiten dute, hori bat efektu sekundario oso izugarriak izaten dira” (E3_1).

Consciente de que existen déficits asistenciales, Osakidetza ha emprendido en los últimos años varias **medidas destinadas a mejorar la calidad de los servicios de atención diurna en salud mental**. Las iniciativas más importantes persiguen reducir los abandonos terapéuticos, potenciar el enfoque comunitario, incrementar la individualización y continuidad de la atención, así como impulsar el abordaje temprano y la prevención.

El **refuerzo del seguimiento para evitar el abandono terapéutico** constituye, posiblemente, el cambio de mayor relevancia entre los aquí descritos. Gracias a una aplicación informática diseñada *ad hoc*, los centros de salud mental reciben cada lunes la lista de personas usuarias de ese dispositivo que no han acudido a consulta en los últimos seis meses y que no tiene cita posterior. En vez de darles el alta administrativa, como se hacía hasta ahora, se activa un protocolo que puede incluir intervenciones como revisar el caso o intentar recabar información sobre el estado de salud de la persona, bien telefoneándola directamente, bien a través de los servicios sociales de base. Si se contacta con ella y se estima necesario, se le da una nueva cita. Si no resulta posible contactar con ella o se detecta algún problema, se plantea la posibilidad de acudir al domicilio o solicitar un ingreso involuntario. Esta estrategia ha permitido reducir la tasa de abandono hasta el 3,3%, lo que significa un descenso de más de 15 puntos porcentuales respecto a las cifras de hace unos años.

Para potenciar el componente comunitario de la atención sanitaria, se pretende **también impulsar las visitas domiciliarias**, de forma que dejen de considerarse exclusivamente como un recurso de emergencia y se integren en el tratamiento ordinario. Ello permitiría asimismo acercarse a las familias y conocer mejor cómo funciona el sistema familiar de las y los pacientes:

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Todo el mundo nos comportamos diferente cuando vamos a una consulta [...], pero si tú le ves en su medio y ves cómo está configurado el domicilio, tiene bastante valor. [...] intentar ir más a los domicilios, [...] por lo menos una visita o dos al año, para ver cómo funcionan... y eso también te da una cercanía mayor a la familia” (E1_1).

Este programa de visitas domiciliarias no está todavía completamente definido. De momento, han comenzado a visitar a los casos más graves y se está explorando la posibilidad de crear equipos mixtos con Agifes, con las ventajas y precauciones que ello supone:

“Hay algunos acuerdos con Agifes para intentar ver cómo canalizamos [estas visitas]; no es una cosa fácil, porque eso sí que es invadir, ¿eh? Es entrar en el espacio del paciente, que muchas veces no quieren que vayas, el paciente o, a veces, no quiere la familia, o a veces, no quiere nadie, y entonces eso es ya un manejo donde las asociaciones sí tienen que jugar, yo creo, un papel potente, porque ellos, bueno, están considerados de otra forma, ¿no?, por los pacientes y los familiares. Luego al final, somos el demonio, somos los que les ingresamos, los que les ponemos medicación, los que no sé qué, tal, y ellos son bueno, la cara más amable, ¿no?, los que ayudan, los que tal” (E1_1).

“Esto es muy complicado, muy complicado: nuestros psicólogos son psicólogos clínicos, los de Agifes no son psicólogos clínicos, son psicólogos; allí no hay psiquiatras, nosotros somos psiquiatras; enfermería es solo nuestra. Antes de armar un lío, que podríamos armarlo perfectamente, vamos a ver cómo lo podemos hacer [lo de un modo] un poco ordenado” (E1_1).

Con el fin de ofrecer una atención más individualizada e integral, que propicie además el autocuidado, también se están elaborando y aplicando **planes de cuidados de enfermería personalizados**¹⁹. En el marco de estos planes, las enfermeras se están ocupando de:

- Ayudar a las personas con trastorno mental grave a gestionar su medicación y a tomar conciencia de su enfermedad.
- Realizar un seguimiento de su salud física, atendiendo a indicadores específicos, con el fin de prevenir o controlar enfermedades, así como los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica. Esta medida trata de compensar el menor uso que este grupo de pacientes hace de los servicios sociales de atención primaria.
- Facilitarles consejos y pautas generales para llevar una vida más saludable.

Menos visible, pero muy significativa de cara a la atención individualizada y la continuidad asistencial es la **reforma de la historia clínica electrónica** (Osabide Global) para que recoja tanto el plan de cuidados personalizado al que se acaba de hacer referencia (software Osanaia²⁰) como las fortalezas, necesidades y expectativas de las y los pacientes²¹. Al poner estos datos al alcance del conjunto de profesionales de Osakidetza que atienden a una persona, se propiciará un mayor ajuste a cada paciente y una asistencia más integrada.

¹⁹ Para más detalles, puede consultarse la guía editada por el Hospital Psiquiátrico de Álava (Osakidetza, 2008)

²⁰ Más información en <<https://www.youtube.com/watch?v=IXFE6ycej3A>>.

²¹ Anteriormente, estos datos solo figuraban en los registros particulares de las y los profesionales sanitarios.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Otras iniciativas de mejora previstas a corto o medio plazo son la creación de una **unidad de primeros episodios psicóticos** —un recurso de abordaje temprano hasta ahora inexistente en Gipuzkoa—, así como el diseño y puesta en marcha de un **plan de prevención del suicidio** para el conjunto de Euskadi.

Todas estas iniciativas parecen bien encaminadas y, sin duda, contribuirán a corregir algunos déficits detectados en la atención sanitaria diurna a personas con trastorno mental grave. Sin embargo, **ninguna medida parece incidir en la más evidente de las dificultades señaladas: la sobrecarga de los centros de salud mental**. Todo indica que la solución a este problema pasa fundamentalmente por un aumento de recursos, que a día de hoy se antoja complicado. El incremento de plazas —que depende del Parlamento Vasco— se vislumbra poco probable a corto plazo, y la reordenación de recursos tampoco parece sencilla. Si bien es cierto que en los hospitales psiquiátricos guipuzcoanos sobran camas, y que esos recursos podrían reorientarse a cubrir necesidades urgentes, como la saturación de los centros de salud mental, la sanidad pública guipuzcoana no puede gestionar esos recursos con la flexibilidad deseada, ya que no se trata de centros propios, sino conveniados. Modificar el uso de estas plazas solo resultaría factible en el marco de una reforma sociosanitaria más amplia, de notable complejidad técnica y política. A estas dificultades económicas, se suma la escasez de profesionales con la preparación adecuada para incorporarse a la plantilla:

“No hay psiquiatras en el mercado [...]. No hay psicólogos clínicos en el mercado, y además, hay menos todavía que tengan el PL2 de euskera, con lo cual ahora mismo tenemos paralizadas sustituciones, no por falta de dinero, ¿eh?” (E1_1).

Por otro lado, se requiere un esfuerzo específicamente dirigido a atender a pacientes complejos con baja adherencia al tratamiento, sobre todo si se encuentran en situación de exclusión social. Recursos como el tratamiento asertivo comunitario o los equipos itinerantes podrían completar los esfuerzos por dotar a la asistencia sanitaria de un carácter aún más proactivo.

4.2.5 **Ámbito de las relaciones familiares y la participación social y comunitaria**

La influencia del entorno es fundamental en la evolución de las personas con trastorno mental y, en este sentido, tan importante es el papel que juegan las familias en el proceso de recuperación, como el que puede desempeñar la comunidad, especialmente, en el caso de los municipios de pequeño tamaño como es el caso de las localidades que componen la zona de Oarsoaldea.

Por lo que respecta a la familia, esta institución y las personas que la componen juegan un papel fundamental en el bienestar y el cuidado de las personas con trastorno mental grave, contribuyendo, por un lado, a la satisfacción de necesidades básicas como el alojamiento y la manutención, pero encargándose también de la provisión de muchos de los cuidados que estas personas reciben. Por lo tanto, resulta necesario tener en cuenta también su visión a la hora de diseñar la atención que se brinde a las personas con trastorno mental grave.

En 2014, la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (Eufami) llevó a cabo una encuesta para conocer la situación de las personas cuidadoras familiares de personas con enfermedad mental a nivel europeo. Entre los aspectos analizados se encuentran la carga como consecuencia de hacerse cargo de los cuidados, el nivel de bienestar, la satisfacción con el apoyo profesional y la necesidad de apoyo adicional. Los datos correspondientes al territorio español muestran que las personas cuidadoras tienen un buen nivel de bienestar emocional, no sienten peligrar la seguridad de la persona de la que cuidan y se sienten satisfechos con el apoyo recibido en su lugar de trabajo. También afirman tener acceso a la información necesaria para llevar a cabo las tareas de cuidado y que tienen con quién contactar en caso de necesitar ayuda. Por el contrario, se muestran preocupadas por la situación económica de la persona de la que cuidan y la posible dependencia que se crea entre la persona cuidadora y la persona con enfermedad mental, lo cual dificulta la planificación del futuro. No obstante, cabe señalar que la situación de cada persona

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

cuidadora varía en función de su relación con la persona a la que cuida, así como en función del estadio de la enfermedad mental en la que se encuentra la persona que precisa dichos cuidados.

“Bueno ahí lo que se trata más que nada es tener un punto de protección en caso de que los padres, por ejemplo, no podamos atenderles, bueno si faltamos nosotros, que ellos tengan una salida, una remuneración, algo que ellos mediante un seguimiento se puedan mantener sus necesidades y sus cosas, porque nosotros sabemos que ahí no estamos, estamos de paso y es la cosa que teníamos nosotros y ¿quién sabe? La edad va para adelante y ¿qué va a ser de mi niña?” (GD_1)

En cuanto a nuestro contexto, existen diversas asociaciones de apoyo a las personas con trastorno mental grave y sus familiares, entre las que cabe señalar a la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Agifes) que trabaja en el conjunto del territorio y también a las asociaciones Arraztalo y Aldura, que actúan específicamente en la zona de Oarsoaldea. Para hacerse una idea del tipo de actividad que desarrollan estas asociaciones, puede ser de utilidad consultar la memoria de actividades del año 2016 de Agifes, donde se recoge que las solicitudes de información y orientación suponen el 29% de las consultas recibidas, las demandas de apoyo en cuestiones puntuales son el 25% y la mejora de las pautas de comunicación y otras herramientas para el manejo de la enfermedad de sus familiares el 12%. Todos estos datos ponen en evidencia la importancia del papel que las familias desempeñan en el cuidado y la atención de las personas con trastorno mental grave, pese a lo cual existe todavía cierta controversia entre las personas y agentes que han participado en este diagnóstico sobre el papel que éstas deben desempeñar en la atención a las personas con trastorno mental grave, así como con relación a los recursos y servicios que se les deberían ofrecer. A continuación, se describen los servicios sociales y sanitarios a los que pueden acceder los familiares y cuidadores/as de las personas con trastorno mental grave y se analiza cual es la situación actual con relación a los mismos.

En primer lugar, los familiares y personas cuidadoras de una persona con trastorno mental **grave pueden** utilizar los recursos que los servicios sociales de base brindan a la población general, es decir, el **Servicio de Información, Valoración, Diagnóstico y Orientación (1.1.)** y el **Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras (1.4.)**. Este último recurso se dirige a “personas cuidadoras no profesionales de personas en riesgo o situación de dependencia”, de manera que podría ser solicitado por cuidadores/as de personas con trastorno mental grave siempre que tuvieran reconocido algún grado de dependencia. En la práctica, sin embargo, el servicio se ha materializado en torno al cuidado a personas mayores y hasta la fecha no se ha explorado apenas la posibilidad de extenderlo a otros grupos de personas en riesgo o situación de dependencia, como es el caso de las personas con trastorno mental grave. Esta parece, sin embargo, una opción interesante, más teniendo en cuenta el pequeño tamaño de los municipios de Oarsoaldea y que este tipo de servicio puede promover la creación de redes de apoyo entre familiares y contribuir a visibilizar la problemática de la enfermedad mental, una cuestión que, tal y como se verá más adelante, se considera prioritaria en la actualidad.

“Normalmente nosotros también hacemos como dos talleres, que es un poco, que iría enfocado a eso, a lo que igual conocemos más en tercera edad, ¿no? Que se ofrece pues esos talleres de cuidar al cuidador y todo eso lo adaptamos a nuestro colectivo, entonces solemos hacer al año dos talleres normalmente, que se hacen aquí, pues, por ejemplo, sobre todo de personas familiares que han venido por primera vez a la asociación que les vemos muy verdes, ¿no? que necesitan un chute de un montón información y les derivamos a ese tipo de talleres.” (E2_2)

Las entidades del tercer sector disponen además de programas de información y orientación. Al programa de acogida de Agifes se acercan, sobre todo, padres y madres preocupados por ayudar a sus hijos o hijas con trastorno mental grave:

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Tenemos a muchas familias que igual llevan años viviendo una situación pues muy desagradable, o sea, que no saben cómo intervenir, cómo ayudar a su hijo [...] no han conseguido acercarle al centro de salud mental, o lo han intentado hasta con el médico de cabecera, pero la persona se niega [...] una labor también importante en la asociación es el trabajar con la familia para que ellos sepan sobre todo cómo actuar y cómo ir dando pasos para acercar [...] al afectado [...] a los servicios sociosanitarios” (E2_2).

Sin embargo, llama la atención que la principal vía de derivación de las personas a este servicio es a través del boca a boca o por la búsqueda de recursos que las personas hacen en internet, siendo mínimo todavía el número de casos en los que las personas acuden a las asociaciones de apoyo a familiares por recomendación del / de la psiquiatra o el/la trabajador/a social del centro de salud mental. En este sentido, resulta evidente la necesidad de estrechar lazos entre uno y otro servicio, pese a las dificultades que, obviamente, puedan existir en la relación, ya que, el sistema médico es objeto de muchas de las demandas planteadas por las asociaciones de apoyo a las personas con trastorno mental grave y sus familiares.

“A ver, conocen, conocen todos nuestros servicios, pero sí que es cierto, algunos derivan, pero nos sigue sorprendiendo las personas que igual su hijo lleva diez años yendo a un centro sanitario y dicen pues nunca me habían hablado de vosotros, porque os he visto en la charla ésta o porque mi hija se ha metido en internet. Sí, sigue pasando, sobre todo cuando hacemos la memoria anual, el porcentaje mayoritario, yo creo que este año llegaba a un sesenta y pocos por ciento, de cómo nos han conocido, es a través del boca a boca, pero no porque, a través de un profesional, sino, mi vecino... no sé qué me ha dicho, el otro porcentaje que le sigue es los medios de comunicación e internet, o sea que le haya dicho la trabajadora social, o centro de salud mental o psiquiatra o tal, sigue siendo mínimo.” (E2_2)

En función de sus necesidades, desde los programas de acogida se deriva a los padres y madres a otros **programas o servicios específicos para familiares y personas cuidadoras**. En el caso de Agifes, esta asociación cuenta con los siguientes servicios (Agifes, 2018): servicio de asesoramiento jurídico, talleres de formación, grupos de apoyo y programa de atención psicológica individual. El servicio de asesoramiento jurídico está subvencionado por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, mientras los grupos de apoyo y el programa de atención psicológica individual están cofinanciados por el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación.

“Desde la asociación nos parece fundamental el seguir ofreciendo (los grupos de apoyo mutuo) y sí que nos hemos intentado acercar muchas veces a las comarcas por no centralizarlo todo en Donosti y tenemos en Irún también, tenemos un grupo, en Azpeitia, en Éibar, y en Bergara, y bueno, yo creo que es importante el mantener todo eso y que luego pues los familiares vienen pues la verdad que muy agradecidos de poder tener ellos un espacio de desahogo, de poner en común, pero sobre todo que sea un aprendizaje para ellos, ¿no?”. (E2_2)

“(Loas grupos de apoyo mutuo) serían un poco como esa escuela de familias [...] los familiares vienen [...] muy agradecidos de poder tener ellos un espacio de desahogo, de poner en común, pero sobre todo, que sea un aprendizaje para ellos” (E2_2).

Además, para una atención más específica en torno a cuestiones legales, las familias pueden recurrir también al **Servicio de Asesoramiento Jurídico** prestado por la Federación de Euskadi de

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos (Fedeafes)²². Este servicio, que se dirige tanto a familiares como a personas con trastorno mental grave y a profesionales del sector, atiende consultas sobre el ámbito civil (incapacitación y tutela, ingresos psiquiátricos involuntarios, gestión del patrimonio), sociolaboral (discapacidad, dependencia, incapacitaciones laborales, pensiones, prestaciones, derechos laborales) y penal/penitenciario (delitos y faltas, eximentes y atenuantes, medidas de seguridad, cumplimiento alternativo de la pena).

Por último, cabe señalar que Osakidetza puso en marcha hace unos años un **programa psicoeducativo**, Educa, que partía de una iniciativa de grupos de apoyo a personas cuidadoras de pacientes con demencia, y adaptado y validado más tarde para los trastornos mentales graves. Los resultados se juzgaron satisfactorios, pero el programa se abandonó ante la escasez de inscripciones, pues según parece las actividades se desarrollaban en horario laboral, lo que dificultaba la asistencia de las personas interesadas.

“¿No será esa igual una alternativa para esas personas? Un espacio donde puedan ir, dentro de la sociedad en vez de ubicarlos a todos en un sitio, buscar espacios donde una persona x, con una enfermedad mental x, tiene en la ciudad un espacio donde le admite, un bar, o una pastelería o lo que sea, que le admite, y va a estar ahí y de ahí busca ella sus salidas de esparcimiento, pero allí sabe que tiene su espacio que le van a respetar y que le van a considerar, al menos, personalmente yo creo que, si se cuenta con ese apoyo informal la persona no necesita ir a otro centro.” (E3_1).

En cualquier caso, más allá de los servicios específicamente dirigidos a atender a las familias y a las personas cuidadoras, **lo que algunos familiares reclaman es una mayor presencia y participación en los procesos de rehabilitación de sus familiares**. Y es, precisamente en este punto, donde el discurso y las experiencias de profesionales y familiares difieren en mayor medida. Por un lado, desde los servicios que atienden a las personas con trastorno mental grave recuerdan, por un lado, que, si la persona no desea que su familia intervenga en su proceso de rehabilitación, existe la obligación de respetar dicha voluntad. Por otro lado, también se indica que en los casos de trastorno mental grave no resultan infrecuentes las situaciones de conflicto y la existencia de relaciones familiares deterioradas, algo que da lugar a posiciones y actitudes muy distintas con relación a la enfermedad de la persona en cada familia. Finalmente, se recuerda que, en algunos casos, la familia no ejerce una influencia positiva sobre la persona y que su participación puede no contribuir a la recuperación de la persona. En definitiva, lo que se plantea es que el papel que las familias y otras personas próximas a la persona deben y pueden desarrollar en el tratamiento y la rehabilitación de la persona diagnosticada debe ser valorada en cada caso y difícilmente existirán soluciones únicas.

“Siempre me coordino con la trabajadora social, oye, que sepas que ha venido este caso, la familia está en esta situación, porque hay muchas veces que igual la información no llega a la trabajadora social, porque igual desde la misma recepción le han dicho, no puedo darte cita porque, bueno, sus protocolos y sus historias, entonces yo a veces también hago un poco ese enlace de que sepas que ha visto este familiar, que está pasando esto, y bueno, pues nos parece fundamental que el centro de salud mental esté informado.” (E2_2)

“La otra realidad que me he encontrado es solicitar estar con la psiquiatra y que la psiquiatra me diga, si estoy contigo no voy a estar con el chaval, va a tener menos tiempo, bueno eso es otra liada, ¿y que otra vía me he encontrado? Pues que le han

²² <<https://agifes.org/es/servicios/asesoria-juridica/>>.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

cambiado de medicación sin consultarlo conmigo, cuando no sé, yo creo que, si hay que cambiar la medicación pues la valoración de la familia que es la que está las 24 horas del día con él, tiene mucha información para no sé luego que contexto, como lo vas a contextualizar, pero como mínimo, pues si vas a cambiar dar el parte a la familia y decir, bueno he tomado esto, que os parece, pues igual no tenemos criterio y le diríamos, pues vale.” (E3_1)

Frente a estos argumentos, desde las asociaciones de familiares se señala que, si bien es cierto que todas estas circunstancias se dan, no es menos cierto que el modelo de atención, especialmente el de los centros de salud mental, está basado en un modelo de intervención psiquiátrica individual que no potencia una perspectiva sistémica en el abordaje de la enfermedad mental. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de otros recursos, donde el papel que desempeña la familia en la red de apoyo de la persona usuaria está mucho más estructurado. Este es, por ejemplo, el caso de los centros de día o los recursos de alojamiento, entre otros. A este respecto, varias personas han señalado que el encaje de las familias en la atención en los centros de salud mental debería de clarificarse, más que nada porque en la actualidad existe un elevado nivel de discrecionalidad en función de la voluntad de los/as profesionales y de los servicios en los que se les atiende. Así pues, se considera que, respetando siempre la voluntad de las personas usuarias, cuando éstas deseen que sus familiares participen en su proceso de recuperación, la atención que se les brinde debe contemplar un enfoque más sistémico de la intervención y con un trabajo más estrecho y coordinado con la familia.

“Zerbitzuak familiarekin, hori beti izaten dute (koordinazioa), bueno beti, lehenengo pertsonak nahi ezker, inkapazitatua baldin badago ba orduan bai, baina ez badaude inkapazitatua lehenengo gauza da, berak nahi duen ala ez. Eta hor pixka bat koordinazioa edo inplikazioa da bai familiaren arabera nahi duen arabera, nahi ezker bai, edozein gauza informatzeko, erabakiak hartzeko, etxera, adibidez etxera aste bukaeretan joaten badira edo antolatzeko noiz bai, noiz ez, batzuetan ez da egokia etxera bueltatzea, orduan koordinazio lan guzti hori dago pertsonaren plangintzaren barruan, erabakitzen da ze plana, planteatzen da zer egin eta plangintza horren barruan erabakitzen da familiak ze pisua izango duen ala ez. (E1_2)

“Algunas familias quisieran participar más y no les dejamos, otras quisieran menos y les obligamos y luego, con otras, pues más o menos nos ponemos de acuerdo, no hay más remedio, porque, al final, el control de medicación y la información sobre la realidad que viven en casa, pues eso nos tiene que venir de la familia. Que es verdad que eso también tiene un riesgo, eh, que es la manipulación de la familia de situaciones, eso también hay que tenerlo en cuenta.” (E1_1).

“Esa necesidad, ese empoderamiento de la familia, es tan importante para llevar como es debido la situación... no es un tema de médico, quiero decir. Entonces, yo creo que hay grupos pero creo que habría que proporcionar mucha mayor programación al entorno familiar, y muchas veces se plantea como si quieres, no, no, no, aparece por cojones, quiero decir, los padres, los familiares apareced, porque hay un aprendizaje que eso es con el tiempo, pero claro, igual vas a donde el psiquiatra a decirle, está jodido, pero si sabes manejar un poco el tema y le vas a hacer menos daño al chaval porque tú posicionamiento hace que el psiquiatra, que no tiene otro recurso, le va a dar más pastillas, y eso no baja, eso no baja.” (E3_1)

Pero además del papel que desempeña la familia en el bienestar de las personas con trastorno mental grave también resulta fundamental el papel integrador que la comunidad puede ejercer a través de la articulación de espacios de participación e integración social. En este sentido, el presente diagnóstico muestra que el panorama actual cuenta todavía con importantes limitaciones. Por un lado, existen todavía muchos prejuicios y un fuerte estigma en torno a la enfermedad mental, un hecho que coexiste con el simple desconocimiento en torno a esta problemática por parte de gran

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

parte de la población y que se ve agravada por la invisibilización del problema por parte de muchas familias por miedo al rechazo social.

“Es que de afuera también dicen, gente por fuera... en mi caso alguna vez han dicho es que va sí como... como si iría drogado, ¿Tú crees que yo a esas personas les tengo que explicar lo que le pasa a mi hijo? Cuando ya están emitiendo un juicio sin saber y están comentándolo entre muchos. (...)¿A ti te consta que mi hijo se droga?...a mi hijo le han hecho de todo, y mi hijo no se droga, no se mete en nada y tú metete en tu casa y no en la mía por favor te pido que ignores de lo que no sabes.” (GD_1)

“Entonces ahí igual se ha tenido que reservar una sala para jugar a lo que sea, o se ha pedido permiso para utilizar las instalaciones porque vamos un grupo tal y saben ¿no?, que van personas con un problema de salud mental y de hecho ellos nos exigen, que ahí tenemos nuestras discrepancias que tienen que ir acompañado de un monitor, cuando nosotros queremos que sea algo que vayan por su cuenta, pero no nos dejan.” (E2_2)

“Antes estaba mucho con mis amigos por las tardes. Hacía zumba también. Y ahora estoy en un grupo de mujeres feministas y ahí me paso la tarde estando con un montón de mujeres y con mi madre también. Y ahí estoy, apoyándoles, vendiendo cosas, para que el local pueda llevarse adelante. Y también voy a clases de euskera allí los viernes.” (E4_X)

En este sentido, existe un importante consenso a la hora de señalar la importancia de ahondar en campañas de sensibilización y estrategias para visibilizar esta problemática. Pero, además de las dificultades que la propia sociedad impone a las personas con trastorno mental grave para integrarse en la comunidad, lo cierto es que la capacidad para establecer y mantener relaciones sociales y personales es una de las habilidades que más se resiente con la evolución de la propia enfermedad, haciendo que las personas tiendan a aislarse y resultando difícil revertir esta tendencia en muchos casos. Finalmente, también hay casos en los que la enfermedad se manifiesta a través del conflicto, haciendo que la persona acabe siendo no sólo invisibilizada sino rechazada por parte de la comunidad en la que vive.

“Por una parte (las personas con trastorno mental grave) son invisibles, y cuando son visibles son excesivamente visibles, y eso les dificulta a ellos para la convivencia en la comunidad, o porque hay una invisibilidad, una soledad llevada al extremo, o una visibilidad con un malestar que es completo y eso hace que la comunidad, con todo lo que tu decías antes... pues, por ejemplo, el ocio, se quedan sin redes. Nos encontramos en el ámbito cultural con gente que ha podido leer y que les encantaba y ahorra están total y absolutamente ninguneados, no tienen una posibilidad de acceso, etcétera, son de otra apertura, o sea, hay que hacer recursos diferentes o no sé, pero hay que intervenir también ahí.” (E1_5).

“La psicosis evoluciona hacia el deterioro, cognitivo y relacional y nosotros intentamos frenar eso, frenar eso, y luego según como se establezca la cosa, ver que hacer, ver qué alternativas hay. Porque muchos no quieren venir, muchos están en sus casas, la inmensa mayoría, probablemente, de los psicóticos, lo pasaran en su casa, o paseando. Los vemos en la calle, paseando, pero no están en la mesa de comer, no están en la escuela, no están en el trabajo, no están en la amistad, no tienen novia, o sea, están al margen de la organización, de lo discursivo, del lazo social ordenado. (E1_6).

En cualquier caso, todas estas circunstancias evidencian que la integración y participación social de estas personas no es algo que vaya a darse de manera espontánea, sino que es necesario el esfuerzo coordinado y continuado de numerosos actores sociales, políticos y económicos del territorio y de la propia comunidad para conseguirlo. De hecho, algunas personas han señalado que la integración social de las personas con trastorno mental grave exige una perspectiva más amplia que la que

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

habitualmente se utiliza y que debería de abordarse desde una perspectiva local e integral cuyo diagnóstico y propuestas de acción partan del conocimiento de las condiciones de vida de las personas con trastorno mental grave en los distintos municipios de Oarsoaldea y, a partir de ahí, diseñar acciones coordinadas para lograr que éstas mejoren.

“Hay que reconocer la transversalidad del problema, quiero decir que a nivel de Oarsoaldea se monte una mesa estable con los distintos sectores al que corresponde dar una solución para abordar el problema a nivel de conjunto y a nivel individual de las personas, no solo abordar las tareas de tipo de integración socio-laboral y rotura del estigma, que eso está muy bien, sino de evaluación personal de sus condiciones de vida, dar dignidad a esas personas.” (E3_1)

Por lo que respecta a los servicios de atención social y sociosanitaria, la integración y participación de las personas con trastorno mental grave se potencia mediante dos vías diferenciadas. Por un lado, se trata de apostar cada vez más por la individualización de las intervenciones, haciendo que las personas participen y se integren en actividades que se desarrollan en entornos normalizados y que responden a sus intereses. Este tipo de estrategia, sin embargo, puede requerir un nivel de acompañamiento importante en función del grado o nivel de autonomía de la persona y, por lo general, exige que el servicio tenga un planteamiento próximo al de la planificación centrada en la persona, con una organización flexible y ratios de personal relativamente elevados. Los recursos que, en la actualidad, más se aproximan a este modelo son el servicio de Tutela ofrecido por las fundaciones tutelares y los recursos residenciales en los que cada persona cuenta con un profesional de referencia dentro del recurso.

“La sociedad es muy hostil y agresiva hacia la persona con enfermedad mental, por un lado, y ellos mismos también tienden a aislarse mucho ¿no? Entonces, bueno, ¿de qué manera podemos integrar? No es que le gustaba hacer manualidades, pues a ver, vamos a ver qué talleres tienen y lo haces con otros ¿no? Le gustaba pues el deporte, le gustaba el cine. Bueno, pues oye, que alguien le acompañe al cine, que vaya al cine con alguien ¿no? Y que, si antes tenías unos amigos, a ver si podemos ayudar a conseguir que te integres con ellos otra vez, que vuelvas a establecer esas relaciones ¿no? Es difícil ¿eh? Es de lo más difícil. La integración social es de lo más difícil que hay.” (E2_4).

Una segunda estrategia para promover el empoderamiento y la participación social de las personas con trastorno mental grave consiste en organizar actividades grupales en entornos y recursos comunitarios con el objetivo de hacer visible al colectivo y familiarizarle con el uso de los espacios y lugares de la comunidad. No obstante, algunas personas han señalado que no resulta suficiente con realizar actividades en espacios comunitarios, sino que estas actividades deben realizarse junto con la comunidad. En este sentido, parece que uno de los enfoques que se debe trabajar es fomentar las alianzas con otros grupos y redes de acción social que trabajan en el territorio para llevar a cabo y organizar actividades conjuntas.

“En los centros creo que es, no sé si es la tarde del viernes o algún día, si se va hacer, es algo más enfocado a la comunidad, de salir, que nos vean, que no se conviertan estos centros en guetos, esas actividades comunitarias las organizan ellos, entonces ahí se da siempre un espacio de que ellos puedan elegir que les apetece hacer, si quieren ir al polideportivo, si quieren ir a la casa de cultura, si quieren hacer una excursión, y si hay que organizar esa excursión son ellos los que llaman al museo, o donde sea para reservar, se trabaja mucho eso con ellos y siempre se les informa un poco de todo lo que hay en su entorno más cercano para que puedan elegir, acudir e incluso hay algunos usuarios, que igual más en los centros, bueno, y en los pisos también, que igual a la tarde no van al piso o no van al centro porque ya están participando en una actividad comunitaria, igual alguien está yendo a una clase de pintura que se ofrece en la casa de cultura y el objetivo es que se pueda relacionarse con otras personas y no

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

siempre con sus compañeros o con personas con la misma problemática, eso se trabaja con ellos,” (E2_2)

4.3 PERFILES CON NECESIDADES ESPECIALES

4.3.1 Personas jóvenes

Pese a que la atención a las personas jóvenes con trastorno mental grave debería ocupar una posición estratégica dentro del sistema, a lo largo del diagnóstico se ha comprobado que el acceso de este grupo de población a los recursos de atención existentes es reducido y que, cuando se da, los servicios no están lo suficientemente adaptados para atender sus necesidades específicas. Esta falta de encaje con los recursos de atención es especialmente notoria entre las personas de 18 a 25 años, las cuales se sitúan en un momento crítico para la evolución de su enfermedad, pero también para el desarrollo de su identidad social y personal. Por eso, el bajo enganche de este grupo de población con los recursos se considera una debilidad importante del sistema de atención, ya que, *a priori*, estas personas tienen mayores posibilidades de recuperación y pueden beneficiarse de una intervención temprana que la literatura especializada asocia con un buen pronóstico de la enfermedad y con mayores tasas de recuperación.

“Nik uste dut hor 18- eta 24-25 urteko tarte hori, eta goitikan ere berdin, 60-70 tarte horretan bueno zerbitzuak desberdinak izan behar dira edo lan modua desberdina izan behar da, zerbitzuen aldetik, ba zerbitzuak igual berdinak dira baina lan modua desberdina izan behar da [...] bizitza proiektu bat lantzeko modua. Zuk mutil gazte batekin, mutil gazteekin baldin bazaude [proiektu bital bat garatu dezaten], hau izan behar da zure helburua [...] behar duzu armatu eta saiatu bizitza normal bat egiten, 55 urtetik aurrera segun zein izan den pertsonaren bizitza, segun eta zenbat ingresu izan dituen, segun zenbat gauza gertatuko zaizkio, ere bai eman behar dizkiozu erramintak, baina beste era batean” (E1_2).

Por lo que respecta a los recursos de atención diurna, la mayoría de las personas entrevistadas señalan que tanto el servicio ocupacional como los centros de día de rehabilitación psicosocial podrían reformularse para brindar una atención más adecuada a las personas más jóvenes. Respecto a los centros de día de rehabilitación psicosocial, se entiende que el principal cambio debería ser la diversificación de los programas de rehabilitación ofertados, ya que la especificidad de las intervenciones que se realizan hoy día resulta insuficiente. Aunque la mayoría de las personas consultadas consideran que no es necesario crear centros de rehabilitación psicosocial exclusivos para personas jóvenes, sí señalan que es necesario partir de un enfoque diferente en las intervenciones con este perfil de personas usuarias, al igual que sucede en el caso de aquellas personas que tienen una primera crisis psiquiátrica durante la edad adulta, pero que no comparten el perfil de cronicidad o la historia de enfermedad de otras personas de su misma edad.

“Es verdad que creo que [jóvenes y personas mayores] necesitan enfoques diferentes, alguien con 50 y pico de años, pensando a nivel vital, que ha estado enfermo toda la vida, está en otra fase, pero a un sujeto con 20 y pico o 30 nuestro enfoque es ‘hay que currar, debes dar el salto desde aquí, todavía no tienes una incapacidad, aún no posees una pensión absoluta, eres muy joven, te queda mucho por hacer’, entonces el empuje es diferente, pero con la convivencia diaria no hay problemas” (E2_1).

En cualquier caso, se han señalado algunas dificultades para transformar la red de centros de día de rehabilitación psicosocial en este sentido. En la Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa se considera, en primer lugar, que debería crearse un modelo de intervención compartido, ya que las entidades que gestionan estos recursos son diversas y cada una cuenta con un bagaje y una experiencia profesional cercana a aspectos y corrientes distintos dentro del paradigma de la rehabilitación psicosocial. Además, se hace hincapié en que el modelo de

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

intervención que se cree debería reforzarse aplicando instrumentos de valoración y diagnóstico que establezcan criterios comunes de derivación de las personas a los distintos programas ofertados.

No obstante, la Diputación Foral de Gipuzkoa reconoce que no dispone de los medios necesarios para acompañar a las entidades que gestionan estos recursos en la aplicación de estas medidas, aunque se está trabajando en este sentido. De hecho, actualmente se está desarrollando una herramienta de medición del desempeño psicosocial con el objetivo de que sea utilizada para dar seguimiento a la evolución de los procesos de rehabilitación de todas las personas que acuden a los centros de día de rehabilitación psicosocial. Por último, debe tenerse en cuenta que es preciso incrementar las ratios de personal si se quiere brindar una atención más especializada a los distintos perfiles de personas usuarias que acuden a estos recursos en la actualidad.

En cuanto a los servicios de inserción sociolaboral, la integración de las personas más jóvenes en este tipo de recursos no parece diferenciarse, al menos de forma significativa, de las de las demás personas usuarias. Sin embargo, sí se percibe que existe una baja demanda de recursos formativos y de inserción sociolaboral por parte de este grupo de población que, en principio, debería presentar una elevada demanda. Esto hace pensar que es necesaria una mayor proactividad en la promoción de la participación de las personas más jóvenes en actividades de formación y empleo. Un referente interesante en este sentido pueden ser los programas de transición escuela-empleo aplicados a personas con otro tipo de discapacidades. Aunque existen, obviamente, importantes diferencias en la posibilidad de planificar con antelación estas transiciones en el caso de la enfermedad mental, lo cierto es que también hay muchos elementos comunes que podrían ser aplicados en ambos casos.

“Los nuevos casos [de personas jóvenes] que de repente aparecen aquí, y ahí sí que es verdad que, salvo la unidad de día [...], no tenemos más [recursos], y eso que ese es un recurso en el que justo a los jóvenes les cuesta incluirse muchísimo más. Y es necesario recogerlos de alguna manera, ¿no? Guiarlos, porque nosotros les podemos guiar, pero al final están en una edad muy complicada, quiero decir, a lo mejor ha terminado los estudios, no han empezado a trabajar y se quedan un poco en el limbo, ¿no?” (E1_6).

Respecto a las relaciones sociales y la integración social de los pacientes jóvenes, parece que también sería conveniente ofrecer programas de ocio y tiempo libre específicamente dirigidos a estas personas, y en Hurkoa señalan las dificultades que tienen para encontrar a personas voluntarias jóvenes que se ofrezcan a hacer acompañamientos a las personas con trastorno mental grave que tienen una edad similar a la suya.

“A mí, a la unidad de día ya me mandaron como último recurso, pero yo era allí de los más jóvenes y era ir allí y todos los días estas escuchando las penas de uno y de otro y, al final, te vas peor de lo que has llegado”. (E4_X)

“Yo cuando estuve en la unidad de día, no me sentí a gusto, la verdad. Era raro. No sé, es que todo el mundo era mayor que yo y las actividades que hacíamos tampoco me motivaban”. (E4_X)

Como puede observarse, existe una dificultad generalizada para intervenir con las personas más jóvenes y parece que la red de atención no está respondiendo adecuadamente a sus necesidades, especialmente, en la franja de edad situada entre los 18 y los 25 años. Aunque la mayoría de las personas consultadas no han planteado como solución crear una red de recursos específicos para este grupo poblacional, en la Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se defiende esta posibilidad y se señala que en su momento se planteó la posibilidad de estructurar la red de atención de esta forma.

Ello supondría que el sistema de atención a la enfermedad mental estaría estructurado en tres franjas de edad. La primera coincidiría con la edad de admisión en la red de salud mental infanto-juvenil (3-18 años), la segunda abarcaría el tramo entre 18 y 25 años, y la tercera estaría dirigida a las personas que son mayores de 25 años. Pero tal y como se expone a continuación, este cambio no

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

acabaría de resolver el problema relacionado con la necesidad de brindar una atención específica a las personas en función de su edad. De hecho, además de la situación de las personas jóvenes, se constata también un vacío en la atención a las personas mayores de 50 o 55 años, en quienes la enfermedad ha causado un deterioro funcional y cognitivo importante.

Por último, uno de los recursos de atención que en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se considera que mejoraría sustancialmente la atención a las personas jóvenes sería **la creación de un programa de primeros episodios psicóticos**. Las redes de salud mental de Álava y Bizkaia ya cuentan con programas similares y en Gipuzkoa se mira al programa recientemente implementado en la Comunidad Foral de Navarra como el referente de mayor interés, ya que es el único que ha conseguido integrar en un mismo programa a la red ambulatoria y hospitalaria de atención psiquiátrica.

El objetivo de estos programas es brindar una atención intensiva y personalizada durante los dos o tres primeros años que siguen a la aparición del primer episodio psicótico a todas las personas que acuden a la red de salud mental por este motivo. Los principios que orientan estas intervenciones son los siguientes:

- detección precoz de los primeros episodios psicóticos en la comunidad;
- detección precoz de los primeros episodios psicóticos en la atención primaria del sistema de salud; intervención temprana y el acceso rápido al tratamiento;
- promoción de la recuperación en la vida cotidiana;
- involucrar y dar soporte a las familias y al entorno de la persona con trastorno mental grave desde el primer momento.

Aunque estos no son programas específicamente dirigidos a la población juvenil, el hecho de que los trastornos psicóticos debuten en muchos casos durante la adolescencia y la juventud temprana hace que las personas usuarias más jóvenes sean quienes más puedan beneficiarse de este tipo de intervenciones.

“Sobre todo, lo que pretende es captarlo a una edad muy temprana... hospitalizarán, pues, no sé, a los 20 [años], ponte, ¿no? Pero si hospitalizan y se van, probablemente no les vamos a tener en consulta, o bien hasta que hagan otro ingreso, o bien hasta entre los 25 y los 30 [años], que es cuando vienen. Entonces, el lapso de tiempo entre el primer brote y la puesta en marcha de un tratamiento más o menos continuado es demasiado. [...] Hay un porcentaje que no vienen a los centros de salud mental, algunos porque tienen un psiquiatra privado o un psicólogo privado, con lo cual nada que decir, pero otro porcentaje es que se les da cita y no vienen” (E1_1).

4.3.2 Personas mayores

Como se acaba de mencionar, existe también un perfil de personas usuarias de edad avanzada que presentan un importante deterioro funcional y cognitivo y para las cuales es preciso diseñar alternativas asistenciales específicas, ya que no acaban de encajar ni en la red de recursos orientados a las personas con trastorno mental grave, ni tampoco en la red de atención a las personas mayores.

En la red de atención al trastorno mental grave, las dificultades se deben, en particular, a falta de recursos de atención diurna de baja exigencia que estén orientados únicamente a preservar las capacidades de las personas usuarias y mantener una red social de apoyo, pero que no incorporan objetivos de rehabilitación psicosocial, al menos como el elemento fundamental de la intervención.

“Es que, mira, todos los recursos son rehabilitadores, entonces, muchos de nuestros pacientes están en una unidad de día rehabilitadora y luego viven en una residencia, que también es una unidad residencial rehabilitadora, entonces se le rehabilita por la mañana hasta las cinco de la tarde, y luego van a la residencia para que sigan

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

rehabilitándose [...] imagínate, imagínate, que en vez de dejarte en paz te están todo el día dando la matraca, es terrible, tiene que ser terrible” (E1_6).

Las **dificultades** para atender a estos perfiles en los recursos dirigidos a personas las personas mayores en situación de dependencia son las siguientes. En primer lugar, el deterioro cognitivo y funcional de las personas con trastorno mental grave tiene lugar, por lo general, antes que, para la población general, muchas veces antes de los 65 años, es decir, la edad mínima para acceder a los recursos para personas mayores en situación de dependencia. En segundo lugar, la expansión de las prestaciones económicas y de los servicios de cuidado a personas mayores en el domicilio ha conllevado un importante envejecimiento de la población atendida en los centros de día y los centros residenciales para personas mayores del territorio, un hecho que dificulta todavía más el encaje en este tipo de recursos de las personas procedentes de la red de salud mental. Finalmente, se constata que existe una escasez de plazas psicogeriátricas en los recursos destinados a la población mayor, que impide que las personas con trastorno mental grave recibir la atención especializada que precisan.

“Hirugarren adineko egoitzak zahartu egin dira, prestazio ekonomikoak martxan sartu diran ezkerotzik hirugarren adineko egoitzetako edade media da 95, eta mendekotasun maila 2.2, 3.1, 3.2 eta orduan, 67 urte, zure sailtasunekin, kolektibo horretan hori nola txertatu?” (E1_2).

“Hasta hace muy poquito, en cuanto cumplían 65 años [a estas personas] las metían a una residencia, como [a] cualquiera [con dependencia], pero no es la misma atención que necesita una persona con una demencia, que con una enfermedad mental. Si la de enfermedad mental también tiene demencia, vale, pero no tiene por qué, ¿no? Entonces, claro, no es el mismo tipo de atención y cuidado. Los centros gerontológicos de Gipuzkoa [...], de lo que conozco, ¿eh?, que es Gipuzkoa, no están preparados para tener gente con una dependencia originada por un deterioro cognitivo, sobre todo, pero no están preparados para personas con una dependencia, pero motivada por una enfermedad mental. Una esquizofrenia no es igual que un alzhéimer, no tiene nada que ver” (E2_4).

En cuanto a la influencia que el envejecimiento tiene en el funcionamiento de los recursos actuales, las principales ideas se resumen a continuación. Entre los recursos de atención diurna parece que **los centros de día de rehabilitación psicosocial son los más afectados por el envejecimiento**, siendo la media de edad de la población atendida bastante elevada, especialmente, en determinados centros. De hecho, dada la ausencia de otros recursos más específicos a los que derivar a este perfil de personas usuarias, se está produciendo una especialización funcional entre los propios centros de la red, para tratar de ofrecer una atención lo más específica y diferenciada posible a los distintos perfiles que llegan, teniendo en cuenta los recursos existentes.

Sin embargo, la dispersión geográfica de los recursos no siempre lo permite y muchas de las personas entrevistadas coinciden en señalar que el problema del envejecimiento y el grado de deterioro de la población que accede a estos centros están menoscabando la función rehabilitadora de esos centros. De hecho, desde la Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa se apunta a que lo más adecuado sería contar con dos tipos de recursos: centros de día, destinados a las personas con un alto nivel de deterioro cognitivo y funcional; y centros de rehabilitación psicosocial, que atenderían a las personas que pueden trabajar desde un enfoque rehabilitador.

“Es cierto que nos estamos encontrando, con personas de 50 y pico, 60 y pico, que llevan toda la vida en un piso tutelado y un poco dando vueltas en nuestro sistema y ahora hay un deterioro y dices, ¿y ahora qué hacemos con ellos?, ¿hacia dónde los derivamos? Eso en cuanto a recursos diurnos, porque igual en los residenciales está un poco más cubierto ese tema” (E2_2).

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

En cuanto al servicio ocupacional, aunque el problema no es tan generalizado, existen también casos de este tipo y, sobre todo, se percibe que podrían ir en aumento si no se crea algún recurso claramente orientado a atender a estas personas.

“Nosotros sí empezamos a tener gente pues que ya incluso, no sería envejecimiento, pero sí un deterioro que, en el caso de la discapacidad intelectual, sí que tendríamos claro que la orientación sería el Garagune o Gautena, y las personas con enfermedad mental pues están en los talleres, están en Bidean, en un programa que tenemos ahora ahí, Bidean, que se supone que es un paso previo al Garagune. Y estas personas están ahí de momento, pero me imagino que con el tiempo eso irá a más y desde luego no hay recursos comunitarios [para atender a estas personas]” (E2_3).

En cuanto a los recursos residenciales, sí que se ha creado una modalidad de alojamiento específicamente dirigida a este perfil de personas usuarias: las unidades residenciales de trastorno mental severo. Aunque el acceso a estos recursos no viene determinado por la edad, sino por el grado de deterioro funcional de las personas, dado que este es más frecuente entre las personas mayores, la población que accede a este recurso presenta un perfil bastante envejecido. En cuanto a la valoración que se hace de este recurso, la mayoría de las personas entrevistadas señalan que su creación ha permitido responder a la demanda y creen que la red ha reaccionado con relativa rapidez frente a este problema. No obstante, algunas voces coinciden en señalar que existe un déficit en este tipo de plazas y que debería de incrementarse la oferta en los últimos años. Las razones que parecen explicar el aumento de la demanda de este tipo de recurso son principalmente dos. Por un lado, el progresivo envejecimiento de la población con trastorno mental grave que reside en Gipuzkoa y, por otro lado, el fallecimiento en los últimos años de una parte de los progenitores que ejercían el rol de cuidadores principales de sus hijos/as con trastorno mental grave y que vivían con ellos en el domicilio familiar.

“Tenemos otro agujero con el envejecimiento de la población y es que, claro, estamos llegando a un punto en el que muchos padres de [personas con] trastornos graves van a fallecer en un momento, o sea, el aumento de la esperanza nos ha servido para tener ahí como un islote, pero ya todos están en los 80 y tanto y a los 90, como mucho, 93, y se van a morir, y el paciente ya tendrá 60 o 58 años, o los que sean, y no hay un espacio residencial que no sea un hospital, o sea, que no sea hospital, porque no necesitan estar hospitalizados, donde puedan estar, han tirado de sus padres, ya en malas condiciones, pero la sociedad y nosotros —o sea, que me meto en el ajo— hemos dicho, bueno, pues está cubierto, ¿no? Está cubierto hasta que deja de estar: ese es otro agujero importante, ¿no?” (E1_1).

En la medida en que estas dos situaciones van a mostrar una tendencia creciente en los próximos años, algunas voces han apuntado a la **necesidad de complementar estos recursos con servicios de atención en el domicilio familiar que retrasen o eviten la derivación de estas personas a recursos de tipo residencial**. Como ya se ha dicho, la Diputación Foral de Gipuzkoa ha optado por esta modalidad de atención y está aumentando las plazas disponibles en el programa domiciliario de apoyo psicosocial. Cabe plantearse además si una mayor implicación de los servicios sociales municipales podría ayudar también a contener este tipo de situaciones y prolongar el tiempo que las personas permanecen en su domicilio. En cualquier caso, sería conveniente anticipar este tipo de situaciones y no esperar a que la situación de la persona se deteriore o a que los servicios sociales deban intervenir con carácter de urgencia. Sin embargo, este tipo de planificación anticipada exige también una estrecha coordinación y comunicación entre todos los agentes que intervienen en la atención a una persona con trastorno mental grave, así como un mayor reparto de las responsabilidades relacionadas con la atención a este colectivo por parte de todas las instituciones y agentes implicados.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

“Estamos [trabajando con] una población a la que tenemos que atender en su domicilio, sus padres son mayores, tienen la casa pagada, se van a morir y van a dejar la vivienda a estos pacientes, con lo cual, la atención tiene que estar en sus hogares, en su comunidad, para que no salgan de ahí, para que vivan todo lo que puedan en su casa. Creo que el enfoque es correcto, porque fíjate en nuestros perfiles, cincuentón, por lo cual los padres tienen 70-80 años, muchos ya no tienen padres o van a dejar de tenerlos en breve” (E2_1).

En cualquier caso, **el envejecimiento plantea la necesidad de reorientar la red de atención a la enfermedad mental** y, probablemente, también la atención a personas mayores en situación de dependencia en dos sentidos. Por un lado, hay que crear una serie de recursos de atención diurna, domiciliaria y residencial para las personas menores de 65 años con un deterioro cognitivo y funcional importante. Esto pasa por reconocer que los síntomas residuales no son, como se pensaba antes, una mera consecuencia de los procesos de institucionalización psiquiátrica prolongada, sino que la evolución de la enfermedad y los tratamientos farmacológicos prolongados generan por sí mismos un deterioro en la capacidad funcional de las personas diagnosticadas. Por otro lado, es necesario crear más plazas psicogerítricas en la red de atención a las personas mayores dependientes en Gipuzkoa, puesto que son insuficientes para ofrecer una atención especializada a las personas con trastorno mental grave que son derivadas a este tipo de recursos. Además, es preciso considerar si los límites de edad que se han establecido para acceder y permanecer en los recursos de atención se ajustan a las necesidades de este grupo de población o si hubiera que usar criterios más específicos. De hecho, también se ha señalado que a veces tiende a producirse un vacío en la atención cuando las personas cumplen 65 años y son derivadas a los recursos de atención diurna para la tercera edad, ya que, por un lado, esta red se encuentra a veces saturada y, por otro, la atención no se adecúa a las necesidades de la persona usuaria, lo cual puede provocar que la persona abandone el recurso.

“Lehenago pentsatzen zan erresidualidade guztia zala instituzionalizazioaren ondorio bat, horrela daude psikiatrikoetan egon direlako, eta ez da egia, batzuk mantentzen dira kanpoan, baino gaixotasun berak batzutan sintomatologia negatibo pilo bat dakar eta medikazioa ezin da jaitsi eta oso erresidualak daude, batzuk daukate kanpoan ere oso bilakaera negatiboa, eta kolektibo ohiek ere atenditu egin behar dira ere, eta eguneko zentroetan gertatzen zaiguna da batera ditugula oso gaitasun gutxi daukan jendea eta gainera oso anbizio gutxi zentro horretan zeren eta bueltan datoz, eta bultzatu beharko genukeen jendea beste intensidade batekin, eta dauzkagun pertsonalen ratioekin ba askotan bi kolektiborekin lan egitera modu egokian ez da erresena” (E1_2).

Un último problema relacionado con el envejecimiento de las personas con trastorno mental se sitúa en los **hospitales de larga estancia** que se gestionan desde el sistema sanitario y donde hay un porcentaje de personas atendidas que permanecen allí porque han estado institucionalizadas toda su vida en ese tipo de recurso, pero cuya sintomatología ya no se corresponde tanto con la enfermedad mental, como con una demencia senil similar a la que puede tener cualquier persona mayor con deterioro cognitivo. La cuestión es que estas personas ocupan camas en centros de atención psiquiátrica absorbiendo recursos que la red de salud mental de Gipuzkoa podría destinar a objetivos asistenciales más prioritarios y, sobre todo, más acordes con los objetivos de la red.

“Todo lo que tenemos históricamente en los hospitales psiquiátricos de larga estancia, [el] Hospital de San Juan de Dios, en Arrasate, donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos ya, fueron pacientes psiquiátricos, han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, estaban allí, han estado allí durante treinta, cuarenta años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí? En ningún sitio, pero esto, ahora mismo, carga solo sobre el

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

sistema sanitario, y sería necesario liberar recursos para poder invertir en otro tipo de estructuras” (E1_1).

4.3.3 Mujeres

Respecto a la atención que reciben las mujeres con trastorno mental grave en comparación con sus homólogos masculinos, la mayoría de los agentes consultados no consideran que existan desigualdades importantes y apuntan a la individualización de las intervenciones como la principal garantía para que los hombres y las mujeres reciban una atención adaptada a sus necesidades y circunstancias personales dentro de los distintos recursos. No obstante, sí se alude a ciertas medidas dirigidas a proteger a las mujeres en determinadas situaciones. Este es, por ejemplo, el caso del protocolo de prevención y actuación en casos de acoso sexual y laboral en el Grupo Gureak, o la creación de recursos residenciales con plazas exclusivamente dirigidas a las mujeres dentro de la red de viviendas con apoyo. Este tipo de medidas evidencian que la individualización de la atención debe complementarse con recursos y herramientas para abordar los riesgos y responder a las necesidades de ciertos grupos de población y determinados perfiles de personas usuarias, entre ellos, las mujeres. Además, a lo largo de este diagnóstico se ha constatado que los recursos disponibles no permiten individualizar la atención lo suficiente y, así, se han detectado algunas diferencias en el uso y el acceso a los recursos de atención entre hombres y mujeres que se enumeran a continuación.

En primer lugar, se comprueba que las mujeres han accedido históricamente en menor medida que los hombres a muchos de los servicios existentes y, en especial, a los residenciales y los de inserción sociolaboral. Esta circunstancia se atribuye, por un lado, al hecho de que **las mujeres parecen tener un manejo distinto de la enfermedad y logran preservar en mayor medida sus redes de apoyo familiar y social**. Entre los hombres, las situaciones de soledad y desarraigo son, sin embargo, más frecuentes, lo cual propicia que los recursos residenciales sean demandados sobre todo por hombres solos. Es importante mencionar que, según han señalado algunas personas, esto implica que las mujeres que entran en un recurso residencial presenten una situación social y un estado de salud más graves en comparación con los de la mayoría de los hombres que entran en esos recursos. Algunas personas han señalado además que existe una mayor prevalencia de patología dual entre las mujeres que acceden a los recursos residenciales, relacionada especialmente al consumo abusivo de alcohol.

“Al final, las mujeres, lo que nosotros observamos es que aguantan más en el domicilio, posiblemente a veces por ese rol que siempre desgraciadamente se ha dado a la mujer más de cuidadora, de estar en casa, ama de casa, cuidar de la madre, de la abuela, ¿no? Pues bueno, se han podido manejar más en ese entorno familiar y han aguantado, y ya cuando llegan a nosotros es porque son casos muy graves, o sea, casos más graves que cualquier otro usuario hombre que lleva con nosotros tiempo” (E2_2).

“Emakumeak enkaxatzea zaila da, oso emakume gutxi [daude], eta emakumeetan gaixotasun mentala uste dot beste modu batean kudeatzen dutela, eta etxeetan ez ondo, ez gaizki, ez dakit nola, gehiago mantentzen dira, ez beste, alkohola sartzen bada medio [...] gure sarera iristen direnak, gutxi direnak, iristen direnen artean alkoholak presentzia handia du, emakume gutxiago iristen dira gizonak baino, baina prebalentzia aldetik ez litzateke horrela izan behar” (E1_2).

Por otro lado, cabe plantearse hasta qué punto el diseño de estos recursos ha frenado el acceso de las mujeres a ellos. Por ejemplo, las viviendas con apoyo cuentan con habitaciones compartidas, un hecho que dificulta la entrada de las mujeres a los pisos mixtos, ya que debe quedar libre una habitación entera o que haya otra mujer en el recurso para que ellas puedan acceder en igualdad de condiciones con el resto de los hombres que son candidatos para acceder al recurso en ese preciso momento. No obstante, no existe un acuerdo claro sobre la conveniencia de que los pisos tengan un carácter no mixto, y mientras que algunas personas hacen una valoración muy positiva de estos

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

recursos y defienden la necesidad de que haya pisos exclusivamente destinados a mujeres, otras creen que la variable género no es la más importante y que deben priorizarse otros criterios a la hora de decidir cuál es la composición más adecuada de una unidad convivencial.

“En los pisos es lo mismo, tenemos un piso en Donosti en que viven dos chicas y tres chicos y no pasa nada, pasará si ellos quieren. Aquí tenemos doce mujeres, ahora nos baja otra chica, la nueva, pero llegará el día en que tengamos que ofertar también un piso mixto, y creo que la atención debe ser exactamente igual para unos y otros. Nosotros, en los centros, no hacemos distinción, atendemos más varones, porque la población es así, aparece más esquizofrenia en varones en Gipuzkoa, así es” (E2_1).

No obstante, sí se apunta la necesidad de contar con pisos exclusivamente dirigidos a mujeres para atender casos en los que existen antecedentes de violencia intrafamiliar o violencia de género. En este sentido, debe tenerse en cuenta que las mujeres con trastorno mental grave, al igual que las mujeres con otros tipos de discapacidad, constituyen un colectivo de riesgo frente a este tipo de violencias y que tanto la prevalencia que cabe esperar de este tipo de casos como el riesgo de que se produzcan es más elevado en este grupo de población que en otros grupos de mujeres. Esta es una cuestión que no solo debe tenerse en cuenta en los recursos residenciales, sino también en los recursos de atención diurna y en todos los demás recursos dirigidos a atender a las personas con trastorno mental grave.

“Ba batzuetan beharrezkoa da, emakumeentzako bakarrik pisu bat edukitzea, batzuetan beharrezkoa da [...] zeren badaude istorio oso gogorak, orduan, aske dira nahi dutena egiteko baina emakumezkoenak bakarrik dauden pisu batean batzuetan iruditzen zaigu babestuagoak daudela, gainontzeko guztiak mistoak dira, baina badira batzuk, bueno ba istorio gogorrekin atzetik eta orduan hor babestuagoak daude” (E1_2).

“Yo soy así super contenta, super alegre, pero ya sabes cómo son los chicos. Que piensan que cuando tú eres amable, quieres algo más. Y a mí eso me ha pasado y me sigue pasando.” (E4_X)

En cuanto a los recursos sociolaborales, también parece que el número de mujeres usuarias es inferior al que cabría esperar, aunque la tendencia de los últimos años apunta a una **presencia creciente**. En este caso, se alude también al peso del rol asignado a las mujeres en el ámbito doméstico y familiar como una de las razones que explican esta desigualdad, con niveles de exigencia productiva más elevados para los hombres. En cuanto al diseño de los recursos, en este caso no se ha mencionado ningún factor específico de género, salvo la inferioridad numérica de las mujeres en estos recursos que, por sí misma, ya supone una cierta desventaja en la relación con sus homólogos masculinos.

“Lo que pasa [es] que antes se quedaban, las mujeres se quedaban más en casa, pues por el rol, pues muchas cuidando a padres, hermanos, etc. [...]. El hombre sí o sí iba a trabajar, y se le nota, y eso sí que era claro, antes de las hospitalizaciones, iban muchos más hombres que mujeres, las mujeres tenían mucho que hacer, pero ahora ya no es exactamente igual así, pero habría que ver los números [de personas] con trastorno mental grave” (E1_6).

Finalmente, **en los recursos pertenecientes al ámbito sanitario y sociosanitario la presencia de hombres y mujeres parece más equitativa** y, de hecho, en algunos recursos parece existir una mayor presencia de mujeres, aunque también en este caso la mayor presencia de las mujeres en comparación con los hombres parece ser una tendencia bastante reciente.

En cualquier caso, las desigualdades en el acceso a determinados recursos dan pie a reflexionar acerca de las características implícitas en el diseño de determinados recursos, así como en la orientación general de la red de atención que hacen que se produzcan determinadas diferencias en

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

el acceso a los recursos entre hombres y mujeres. A este respecto, un primer punto que se ha de considerar es el hecho de que la red de atención se ha desarrollado históricamente para responder a las necesidades de pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia, un tipo de trastorno mental grave más prevalente entre los hombres que entre las mujeres. Finalmente, aspectos como el menor desarrollo de los recursos de atención domiciliaria en comparación con los ocupacionales también podría estar suponiendo un menoscabo de la atención recibida por las mujeres con trastorno mental grave en comparación con los hombres. Todas estas cuestiones no hacen sino recordar el carácter transversal del género como categoría que debe tenerse en cuenta a la hora de analizar no solo el acceso a los distintos recursos, sino también el uso que las personas hacen de estos, el grado de satisfacción con ello y la incidencia en la calidad de vida de la atención recibida.

“En los centros y en los servicios hay muy pocas chicas. Y encima, cuando están, muchas tienen vergüenza o no sé qué. Y es que, además, te das cuenta de que entre ellas no se juntan, es que no se relacionan.” (GD_1)

Una última cuestión relacionada con la perspectiva de género en el ámbito de la salud mental tiene que ver con que **las mujeres continúan ejerciendo un papel preponderante como cuidadoras**. Aunque este factor que no está directamente relacionado con la atención a las personas con trastorno mental grave, si puede ser de interés a la hora de diseñar actividades dirigidas a las familias de las personas con trastorno mental grave.

“El problema que hay es que todas las personas cuidadoras son mujeres. La carga que tienen las mujeres es muy, muy fuerte, muy fuerte; los hombres siempre nos quedamos un poco atrás, al margen. El mundo de las personas cuidadoras es femenino, ya sea en personas mayores o en jóvenes, es femenino” (E3_1).

4.3.4 Personas de origen extranjero

El acceso de las personas de origen extranjero a los recursos especializados en salud mental se ve limitado de diversas maneras. Por un lado, hay un porcentaje de personas que se hallan en una situación administrativa irregular y que, por lo tanto, no tienen derecho de acceder a la mayoría de los recursos de atención social, sociosanitaria y sociolaboral que existen. De hecho, tal y como se expone a continuación, la mayoría de estas personas son atendidas por la red de servicios sociales para personas en situación de exclusión social y muchas veces se hallan en situaciones de exclusión social grave. Por otro lado, entre las personas que cuentan con una situación legal regular las diferencias culturales y las barreras idiomáticas parecen dar lugar a importantes dificultades a la hora de detectar los síntomas de la propia enfermedad y acudir a los servicios de salud, lograr que se les derive a los servicios especializados y, una vez allí, establecer un diagnóstico adecuado. Así pues, sin que se perciba que los problemas de salud mental son especialmente prevalentes entre las personas de origen extranjero que residen en Gipuzkoa, sí se constata que cuando este tipo de problemas aparecen ni la red de recursos ni las propias personas con trastorno mental grave cuentan con medios adecuados para abordar y manejar la situación. A continuación, se exponen con más detalle las distintas situaciones que acaban de mencionarse.

Las personas que se hallan en una situación administrativa irregular mayoritariamente acceden a la red de salud mental mediante los servicios de urgencia, ya que debido a la falta de documentación no pueden acceder al resto de los servicios especializados que se ofrecen. No obstante, dado que el sistema sanitario en Euskadi plantea requisitos más laxos que el sistema de servicios sociales o, al menos, que la red de atención a personas con enfermedad mental para el acceso de las personas extranjeras indocumentadas, a veces se llega a derivar a este perfil de personas usuarias a la atención en salud mental ambulatoria, es decir, al centro de salud mental. En otras ocasiones, cuando se detecta una situación de necesidad muy importante, prácticamente una urgencia social, el caso puede llegar a ser atendido en un recurso de atención diurna o residencial, aunque sea de forma temporal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta es una situación sumamente excepcional y

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

que, por lo general, las personas de origen extranjero y, especialmente, aquellas que carecen de documentación, encuentran muchas dificultades para acceder a los servicios especializados en salud mental.

“Nosotros solo atendemos a gente que ya está en centros de salud mental. Bueno, tuvimos a un chico que no tenía papeles y que venía de Eibar, pero nos lo mandaba salud mental desde el hospital de día sanitario y no sociosanitario, ya que esa persona en principio no puede venir por [el sistema de atención] sociosanitario, porque no tiene papeles, no tiene hecha la dependencia y ese tipo de cosas” (E2_1).

“Batzuetan organikotik ere bai [iristen zaizkigu kasuak] eta organikotik gaixotasun mentala dagoanean... ba kriterioak daude betetzeko eta nik esaten dudan bezala salbuespenak egiteko ere bai [...] batzuetan gertatu izan zaigu, organikotik ingresatzen dutela, urgentzietatik eta detektatzen da egoera bat oso larria eta argi dago ezin direla bueltatu zeuden tokira, eta orduan, bueno, ba beste bidetik batetik kaptatzen ditugu. Egia esan oso gutxi iristen zaizkigu zuzenean, oso gutxi pertsona atzeritarak” (E1_2).

De hecho, la mayoría de las personas entrevistadas coinciden en señalar que **el número de personas de origen extranjero que acceden a sus recursos es relativamente bajo** y no perciben que los problemas de salud mental entre la población migrante estén en aumento. No obstante, sí reconocen las **barreras** que el itinerario de **acceso** a los recursos presenta para las personas de origen extranjero, de modo que existe una cierta conciencia de que **el número de casos puede ser bastante más elevado** de lo que, *a priori*, podría parecer. A este respecto, se menciona como una primera dificultad la **interpretación de los síntomas** que las propias personas puedan hacer, específicamente a las personas de África Subsahariana, cuyo esquema cultural con relación a este asunto es muy distinto del que aquí se maneja. Así pues, desde la falta de reconocimiento de los síntomas de la propia enfermedad las personas pueden ni tan siquiera acudir a los servicios sanitarios de atención primaria. Un segundo obstáculo en este proceso lo constituye la **comunicación con el médico de cabecera** y la capacidad de esta figura profesional para valorar adecuadamente los síntomas y el relato que la persona hace de su experiencia. Finalmente, una vez que la persona es derivada a los servicios especializados en salud mental se pone en evidencia también la **dificultad para establecer el diagnóstico**, teniendo en cuenta las diferencias culturales y las barreras idiomáticas existentes. Por último, la **situación de precariedad y la inestabilidad vital** que afecta muchas veces a las personas de origen extranjero también pueden suponer un obstáculo de cara a que las personas puedan enganchar con los servicios de salud mental de forma permanente o, al menos, puedan ser atendidas en un mismo servicio el tiempo suficiente como para establecer un diagnóstico permanente.

“Y hay gente [de origen extranjero] que tiene problemas de salud mental muy serios y cada vez se está viendo más. Que hablan con los espíritus, que no van al médico, que no están atendidos. Son personas en situaciones de precariedad residencial, ahora están en pensiones, pisos compartidos...y estas personas tampoco quieren ir al médico, o sea, entrarían en este perfil que no llega al centro de salud mental y a veces ni siquiera a los servicios de atención primaria” (E1_5).

Por otro lado, llama la atención que, al mismo tiempo en que en los servicios de atención especializada se considera que el número de personas de origen extranjero que presentan un problema de salud mental no está en alza, en los servicios sociales de base y en la Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa —dos agentes que, por distintas razones, mantienen una perspectiva más amplia sobre este asunto— sí se considera que existe un aumento y, además, que constituye un reto importante para el sistema de atención. De hecho, en la actualidad muchas de estas personas siguen sin acceder a los servicios especializados en salud mental, y cuando lo hacen, no siempre reciben una atención adecuada. A este respecto, desde la Dirección de la Red de Salud Mental de

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Gipuzkoa se destaca la falta de preparación de los profesionales de la red de atención, ya que la tradicionalmente baja tasa de inmigración en Gipuzkoa en comparación con otros territorios de nuestro entorno ha hecho que no fuera necesario invertir recursos en la formación en psiquiatría transcultural de las personas que trabajan en la red de salud mental de Gipuzkoa.

“No, [personas de origen extranjero] con enfermedad mental muy a cuenta gotas, no hemos visto ahí un incremento, o sea de todos los usuarios, yo llevo ocho años o nueve en Agifes y habré visto cuatro casos de personas inmigrantes, o sea, no ha habido un aumento. Yo creo que van más por temas de exclusión social, en enfermedad mental hay poquitos casos” (E2_2).

Una última cuestión relacionada con la atención a las personas con enfermedad mental de origen extranjero es su **mayor presencia en la red de recursos de atención para personas en situación de exclusión social**, un aspecto que se aborda con más detalle en el siguiente apartado.

4.3.5 Personas con trastorno mental en situación de exclusión social

Como ya se ha comentado en diversos puntos de este informe y se aborda ampliamente en el informe complementario en el que se recogen las principales tendencias y buenas prácticas en la atención a personas con trastorno mental grave (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2018), resulta cada vez más evidente la interrelación existente entre la enfermedad mental y la exclusión social. Esta relación, además, se extiende a través de un amplio abanico de circunstancias que abarcan desde el aislamiento y la ausencia de relaciones sociales hasta situaciones de mayor gravedad como la falta de vivienda, la ausencia de ingresos económicos o el establecimiento de relaciones muy conflictivas con otras personas y con la comunidad, entre otros. A continuación, se resumen los principales problemas detectados en este ámbito por parte de las personas entrevistadas en este diagnóstico.

En primer lugar, y por empezar por aquellas situaciones de menor gravedad, se apunta a que existen importantes **situaciones de aislamiento** en la población con trastorno mental grave que reside sola en su domicilio y que no acude a ningún centro de atención diurna y tampoco recibe seguimiento ni una supervisión adecuada en los servicios sociales o los servicios de salud mental. A este respecto, se considera que una situación de especial riesgo se da cuando las personas han convivido con sus progenitores toda la vida y estos fallecen. En este sentido, parece clara la necesidad de establecer una mayor coordinación entre los servicios sociales de base y los centros de salud mental para notificar cuándo una persona que está siendo atendida en el centro de salud mental pasa a vivir en un domicilio de forma independiente sin que exista ningún familiar o persona del entorno cercano que pueda supervisarla.

“Los sistemas familiares, lo que vemos es que tienen mucha capacidad de protección, pero a la vez tienen cada vez menos. En las familias, cuando los padres van falleciendo el sistema de protección ya no funciona y el aislamiento de las personas y la situación de pérdida de estas es muchísimo mayor. Entonces, ¿qué es lo que nos encontramos? Pues con situaciones [en las que las personas] verdaderamente están en su casa, hasta que no la vendan o sean expulsados, están en su casa, pero en unas situaciones muy preocupantes” (E1_5).

En un segundo nivel se situarían **aquellas personas que teniendo un lugar donde residir, sin embargo, mantienen relaciones muy conflictivas** con la comunidad y presentan frecuentes conflictos en el espacio público y con los vecinos, así como con los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Si estas situaciones no son bien controladas y supervisadas, pueden terminar en procesos judiciales que únicamente vienen a agravar la exclusión social de la persona y pueden, si la persona no ha sido previamente atendida en la red de salud mental y no se realiza una adecuada valoración psiquiátrica en el momento de su detención, acabar generando antecedentes penales. A este respecto, en los servicios sociales de base parece existir una cierta demanda dirigida hacia las

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

autoridades judiciales y policiales para facilitar la derivación de las personas a los servicios de salud mental y el enganche con ese sistema de atención. De hecho, se denuncia que, a veces, cuando la persona está causando altercados en el espacio público o tiene conflictos vecinales la tendencia es a derivar el caso a los servicios sociales y a clasificarlo como un caso de exclusión social cuando, en realidad, también subyace un problema de salud mental. Cuando la persona ya está siendo atendida en la red de salud mental, esta forma de proceder puede resultar adecuada, pero si no, se considera que debe aprovecharse la oportunidad para propiciar también un enganche con estos servicios.

“A cuenta de nosotros [los servicios sociales de base], nos mandan notificaciones de la Guardia Municipal diciendo, por ejemplo, ‘pongo en conocimiento de la asistente social para que tomen medidas de una persona que está con malestar y que está suponiendo problemas con los vecinos, etc.’, y los vecinos se vienen a quejar y los municipales te lo ponen encima de tu mesa, entonces dices: ‘yo no soy juez, no tengo un informe de este señor [..] esa es nuestra situación, estamos conteniendo el malestar de las personas y, por otra parte, hablando con este paciente que te está diciendo que está en una realidad paralela [..] y otra dificultad que nosotros hemos vivido, y me imagino que en otros sitios también, es que para que el tema llegue al juez, no es suficiente un informe social nuestro en el que reflejamos lo que estamos recogiendo, siempre te piden que haya un diagnóstico y un informe médico, y ahí estamos otra vez con el mismo problema de antes, que si está catalogado o diagnosticado, lo vamos a poder hacer y encaminar, pero si no es así, el juez nos dice ‘pues yo no puedo hacer nada’” (E1_5).

En tercer lugar, se situarían aquellas personas que debido a su situación administrativa irregular y a la pertenencia a otro origen cultural (dificultades de comunicación, falta de conocimiento de los servicios de atención) encuentran dificultades para acceder a los recursos de atención social o, incluso, no tienen derecho a ser atendidos en dichos recursos. En estos casos, la situación de la persona en otras dimensiones de la exclusión social puede ser diversa, pero, en todo caso, se trata aquí de destacar el componente exclusógeno derivado de su condición de persona de origen extranjero. Como este problema ya ha sido abordada en el punto anterior, no se profundiza más al respecto en este apartado.

Finalmente, también se constata una importante presencia de personas con problemas de salud mental entre las personas que están en una situación de exclusión social muy grave que prácticamente roza la marginalidad. Un caso especialmente preocupante es el de aquellas que no acceden o que, incluso, rechazan ser atendidas por los servicios de salud mental. En este sentido, se señala la necesidad de implementar acciones preventivas y de detección precoz por parte de los servicios sociales, al tiempo que en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se considera necesaria una mayor implicación en la atención sanitaria a estas personas fuera de los servicios de las urgencias hospitalarias, que es donde habitualmente acaban siendo atendidos/as. En cualquier caso, tanto en la Dirección de Inserción Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa como en los servicios sociales de base se advierte de que existe un vacío en la atención a este perfil de personas usuarias que es importante resolver.

“Toda la gente también que cada vez se está viendo más en nuestra zona, gente que está en la calle, viviendo en la calle, gente que está..., todo eso, es gente que no, que ni va a albergues ni va..., pues porque ahí pasa algo, ¿no? Entonces, pues no sé, que tengan unos mínimos, que no sé..., todo ese tipo de cosas, pues sí que habrá que hacer algo, porque vienen al centro de salud mental y luego siguen estando y durmiendo en la calle, y algunos ni vienen” (E1_6).

“En las personas que están en calle, por ejemplo, hay un montón de gente en exclusión residencial que tiene un componente de salud mental terrible” (E1_3).

4.3.6 Personas con determinados diagnósticos

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Una de las conclusiones del presente informe es que la atención a las personas con enfermedad mental debería abordarse a partir de una óptica más transversal que incluya también a los servicios sociales y sanitarios no especializados o, al menos, no específicamente dirigidos a atender a este grupo de población. No obstante, lo cierto es que esta idea coexiste con la percepción de que es precisa una mayor especialización de los recursos existentes para atender algunos tipos de diagnósticos o situaciones específicas que se incluyen dentro del abanico del trastorno mental grave. A este respecto, y a falta de un análisis más exhaustivo, cabe mencionar dos tipos de casuísticas que han sido expresamente señaladas por varias de las personas que han participado en este estudio: la atención a las personas con un trastorno de la personalidad y la atención a las personas con patología dual.

Antes de analizar específicamente las dificultades de cada uno de estos perfiles, es importante señalar que los criterios de acceso a los recursos de atención actúan como un filtro que determina el tipo de casos y las patologías que llegan a ser atendidas en los recursos de rehabilitación e inserción sociolaboral especializados. Como ya se ha comentado al principio de este informe, en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se aplican tres criterios para determinar la existencia de un trastorno mental grave: 1) la presencia de alguno de los códigos diagnósticos F20, F21, F25 y F31 de la clasificación de enfermedades CIE-10; 2) una evolución del trastorno de dos años o más, o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas; y 3) afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, que se mide a través de diferentes escalas. Cabe recordar, a su vez, que estar en posesión de un certificado médico que acredite la presencia de un trastorno mental grave es uno de los requisitos para optar a una valoración de la discapacidad y que la puntuación obtenida en dicha valoración (> 33%) es la que regula la posibilidad de acceder a la mayoría de los recursos de atención.

“Gugana iristen direnak [...] batez ere izaten dira psikotikoak, bipolarrak, TOC, depresio larriak, eta pertsonalitate trastorno batzuk, baino hor zailtasun handiak ditugu. Zailtasun handiak ditugu [pertsonalitate trastornoak sarean sartzeko] eta gure perfilekin denak batera atenditzeko” (E1_2).

“En los centros sí que tenemos algún trastorno de personalidad, pero porque nos lo han derivado, porque no hay otros recursos y hay que atenderles desde ahí. Entonces, bueno, algunos acaban encajando, otros es un desastre, pero lo que va a implicar al final es una mayor dedicación del profesional, o sea, que con otros igual te reúnes cada equis y, con ese, igual tienes que estar todos los días pendiente. Entonces, bueno, sí que sería, el que hubiera un abanico más amplio [de recursos] sería mucho mejor, pero claro, dado que no hay recursos...” (E2_2).

En Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se ha señalado que los criterios que configuran la puerta de entrada actual al sistema son el resultado de una apuesta hecha hace dos décadas para priorizar la atención a aquellas personas con patologías más graves en un contexto de importante escasez de recursos. Aunque esta situación ha sido ya parcialmente superada, lo cierto es que la escasez de recursos económicos continúa muy presente. Sin embargo, algunas voces defienden la necesidad de crear también recursos de carácter intermedio que se dirijan a las personas que no cumplen con los requisitos de acceso actuales, pero que necesitan apoyos para mantener una vida normalizada en su comunidad. Este es, de hecho, el caso de muchas de las personas que sufren un trastorno de la personalidad, una patología que no incluida entre las categorías diagnósticas consideradas por la definición de trastorno mental grave de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

“Si cada uno pone sus límites y va expulsando [a las personas del sistema de atención]... No, tienes enfermedad mental, pero no la tienes del 33%; tienes enfermedad mental, pero no eres dependiente; [...] puede haber personas con enfermedad mental que no den discapacidad y que, además, no estén en exclusión. Entonces, vamos expulsando todos a una parte de la población que queda sin atender,

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

y yo una de las cosas que estoy planteando aquí es que tenemos que crear recursos intermedios para personas que no cumplan con esos requisitos” (E1_3).

Como ya se ha comentado en diversos puntos de este informe, este perfil de personas usuarias acaba siendo muchas veces atendido en los servicios sociales de base o, en el mejor de los casos, en los recursos especializados en atender a personas en riesgo o situación de exclusión social. En ambos casos, como ya se ha comentado, es preciso estrechar las relaciones entre los servicios de salud mental y los servicios de atención social para el manejo de este tipo de casos, así como aumentar la formación específica en enfermedad mental de las personas que trabajan en dichos recursos.

“Por ejemplo, aquí en Beraun la unidad de día está centrada en [atender casos de] esquizofrenia, bipolaridad, psicóticos, pero un trastorno de personalidad no se atiende; además, te dicen ‘es que no es un perfil, no va a encajar’. Y esos son los que nos llegan a nosotros, los que no funcionan bien con medicación, los que no te vienen diciendo ‘yo escucho voces raras’, pero que te expresan ‘he dejado de cobrar la RGI porque no he comunicado’, ‘he perdido el piso porque no he pagado’, ‘tengo problemas con la red porque la he gastado del todo’, ‘estoy en la calle’, ‘tengo problemas de consumo’; y esos son los casos que atendemos nosotros” (E1_5).

“Las personas que tienen un trastorno de personalidad, pues desde sanidad no se va a considerar que es una enfermedad mental. Entonces, ahí sí tenemos un problema importante, porque [...] tenemos que tener capacidad de actuación con estas personas que igual no tienen, no cumplen, el requisito de dependencia o el requisito de discapacidad, pero que tienen una enfermedad mental clara. O que, incluso, a veces, ni cumplen con el requisito de enfermedad mental grave, pero que sí tienen ese trastorno de la personalidad, por ejemplo. Y esos quedan fuera de la atención en la actualidad” (E1_3).

Finalmente, ya sea porque los criterios de acceso se aplican en los casos más graves de forma más flexible o porque las personas presentan un diagnóstico combinado que les permite acceder a los recursos de atención especializada, lo cierto es que varias personas han manifestado que, en los últimos años, se ha producido un aumento de los casos de trastorno de la personalidad y patología dual en los recursos de atención.

“Por ejemplo, sí que dentro de lo que son los pisos tutelados nosotros sí que vemos que, por ejemplo, los trastornos de personalidad, que cada vez hay más, o con un consumo perjudicial de tóxicos, pues a veces es un poco donde entran, ¿no? Es difícil..., porque sí que es cierto que en la mayoría de nuestros recursos, pues siempre el perfil tipo de usuarios siempre han sido una esquizofrenia paranoide, que suelen ser hombres, con un cierto deterioro, pero que son personas que no muestran ningún tipo de resistencia, que al final se dejan llevar y se marcan con ellos unos objetivos y se van cumpliendo, pero cada vez viene otro tipo de perfiles, pues gente joven con trastornos de personalidad o de conducta y dices, a veces, pues no sabemos muy bien hacia dónde derivarles, o dónde pueden encajar mejor” (E2_2).

En cuanto a las dificultades específicas que conlleva cada una de las situaciones mencionadas, cabe señalar las siguientes. Con relación a los trastornos de la personalidad, existe un amplio consenso a la hora de señalar la dificultad que los/as profesionales experimentan en el manejo de este tipo de casos, sobre todo, debido a la elevada inestabilidad emocional y conductual de este perfil de personas usuarias. Precisamente, el conocido como trastorno límite de la personalidad (en inglés, *borderline*) consiste en “un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones personales, la propia imagen y las emociones, así como una intensa impulsividad, un sentimiento de vacío, crisis de identidad y miedo al abandono (real o imaginario) [...] y se caracteriza, en última instancia, por la agitación emocional que provoca. Las personas con trastorno límite de la personalidad sienten las emociones intensamente y durante largos períodos de tiempo y es más difícil para ellos volver a una

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

base estable después de un episodio emocionalmente intenso. Las amenazas y los intentos de suicidio son muy comunes en estas personas” (American Psychiatric Association [APA], 2000). Esta definición da una idea de la conflictividad y las dificultades de relación que estas personas pueden experimentar dentro de los recursos de atención, además de la mayor dedicación profesional que requieren.

Por otro lado, desde el punto de vista médico se constata la falta de tratamientos farmacológicos adecuados para tratar estos trastornos, siendo muy raro llegar a un control satisfactorio de la sintomatología en estos casos. En este sentido, las últimas investigaciones apuntan a que la psicoterapia sería el método de tratamiento más efectivo, en combinación, a veces, con la intervención familiar. No obstante, en Gipuzkoa todavía no existe ningún programa especializado en atender a este perfil de personas usuarias, aunque su puesta en marcha está prevista y actualmente se siguen de cerca los resultados de los programas piloto puestos en marcha en Álava y Bizkaia en el último año.

“Centrándonos en el trastorno límite [de personalidad], que es el que se lleva ahora todas las investigaciones y todas las cosas, lo que parece estar claro es que en estos pacientes el crear unidades hospitalarias no sirve para nada, de hospitalización, parece que no tiene utilidad pronóstica, por lo menos. Los fármacos que tenemos, poca historia; se usan, es verdad, que se usan para limitar, no sé si síntomas o conductas, no sé muy bien, pero para el trastorno de personalidad en sí, son como un apaño, con lo cual tampoco están indicados. [...] Y [estos casos] nunca se han abordado [...], hay algunos modelos de terapia, sin fármacos, en principio, normalmente enfocados a la terapia grupal, sobre todo, pero también individual” (E1_1).

“Sobre esto [los trastornos de personalidad], se ha hecho un informe en el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi; entonces, el informe recomienda al final la puesta en marcha de programas específicos en cada territorio para abordar esto, basado en alguna de las dos técnicas [que han demostrado una mayor eficacia hasta ahora] [...] [pero esto supone] personal con dedicación casi exclusiva a esto, cosa que ahora mismo es económicamente impensable, y además hace falta un periodo largo de formación [...] y más luego una predisposición del profesional a aceptar un modelo de intervención con personas de estas características todo el rato, lo cual también tiene su complicación [...]. Bueno, con todo ese lío, Bizkaia y Álava han empezado un pilotaje y nosotros estamos a la expectativa del pilotaje, no porque seamos más listos, sino porque hemos sido más lentos” (E1_1).

En cuanto a la patología dual, esta se define como la existencia simultánea o secuencial de un trastorno adictivo y otro trastorno mental (Vega et al., 2015). Según el *Libro blanco sobre recursos y necesidades asistenciales en patología dual*, una de las dificultades que presentan los estudios epidemiológicos sobre enfermedad mental a la hora de determinar la prevalencia de este problema de salud es que han sido creados para detectar categorías diagnósticas y no se identifican los diferentes rasgos o estados patológicos que pueden coexistir o suceder a la aparición de un trastorno mental. No obstante, se estima que la patología dual está presente en 20-30% de los casos de trastorno mental grave, siendo un factor de mal pronóstico (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión, 2002, cit. en Fundación Gizakia, 2012). Finalmente, dado que resulta complicado distinguir los síntomas propios de las adicciones de aquellos que provienen de los trastornos mentales, la detección y posterior tratamiento de estas personas es un proceso complejo.

No obstante, en el caso de Gipuzkoa existe una ventaja comparativa con relación a otros territorios y es la integración funcional existente entre la red asistencial de atención a las adicciones y la red de atención a los problemas de salud mental. Aunque cabe suponer que esta situación permite mejorar la detección y el diagnóstico de los casos, sería necesario analizar con mayor profundidad la atención y el tratamiento que reciben estas personas. Por un lado, la mayoría de los recursos de rehabilitación, ya sean de un trastorno mental grave o de una adicción, no están directamente gestionados por la

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

Red de Salud Mental de Gipuzkoa, sino convenidos con entidades del tercer sector, de forma que resulta habitual que dos o tres equipos de profesionales intervengan sobre un mismo caso. Por último, solo existe en Gipuzkoa una unidad especializada en el tratamiento de la patología dual, el Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial Maldatxo, que se encuentra en la actualidad en un proceso de reconversión para atender a un abanico más amplio de personas usuarias y, por lo tanto, dejando de centrarse en atender a este perfil de personas usuarias.

“[En la Unidad Especializada en Patología Dual] hemos atendido durante muchos años este perfil, pero con el propio envejecimiento de los usuarios no tenía sentido ya [...]. Por el tiempo, han ido entrando, digamos, en la zona de exclusión social y les atiende la gente de exclusión; por tanto, contábamos con doce plazas que, a veces, teníamos a tres y cuatro personas [...]. Seguiremos atendiendo a los que quedan de patología dual, pero vamos a mirar también de abrir el centro a otros perfiles” (E2_1).

Por lo que respecta al tipo de tratamiento que se debe dar a los casos de patología dual, en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa parece privilegiarse el tratamiento de la patología psiquiátrica sobre la adicción y, por ello, no se considera necesario contar con unidades de atención especializada, ya que ambos diagnósticos se abordan en los centros de salud mental. Sin embargo, las personas que trabajan en los centros de rehabilitación psicosocial y los recursos de inserción sociolaboral sí creen que, ante el aumento del número de casos de personas con un trastorno mental grave y un problema de adicción combinado, es preciso plantear una estrategia más específica para atenderlos. No obstante, lo cierto es que no existe una demanda de creación de un recurso específico y las propuestas se dirigen más bien a estrechar la coordinación entre todos los/as profesionales que intervienen y a mejorar la capacitación y formación de estos en el abordaje de este tipo de casos.

“La realidad es que el consumo de tóxicos agrava la enfermedad mental; entonces, los estudios, la bibliografía, parece indicar que, en realidad, el tóxico solo ha sido un desencadenante de una estructura previa donde la psicosis ya estaba presente, ¿no? Desde esa perspectiva, los tratamos como psicosis, que además consumen, que además no se cuidan en la salud, que además comen mal, que además no tienen casa, pero el eje central del tratamiento es la psicosis, que para nosotros es lo realmente grave. [...]

O sea, para nosotros el diagnóstico principal no es patología dual, no, el diagnóstico principal para nosotros es uno siempre; otra cosa es que se le añada y además tenga una hepatitis, y además no sé, pero el diagnóstico es uno. [...] en ese sentido, son los centros de salud mental quienes abordan eso, quiero decir, la parte de consumos, como pauta de vida saludable que, de alguna manera, se refuerza también desde enfermería, eso que decíamos antes, ¿no? Y la parte psicótica, por decirlo así, es con el psiquiatra, pero es del mismo equipo” (E1_1).

“Nosotros cada vez tenemos más [personas con un] tema de consumo, no solo en el colectivo de enfermedad mental, pero bueno, sí que se añade a este colectivo. Entonces, esa es un poco nuestra problemática del día a día, pues el pautar bien, incluso, saber si hacemos de la mejor forma que pensamos sí, igual, también sería adecuado hacer de otra forma que igual no se nos ha ocurrido, bueno pues un poco todo eso” (E2_3).

Finalmente, con relación a los recursos de rehabilitación de la red de adicciones, algunas personas han señalado que son poco diversos y no cuentan con la flexibilidad necesaria para atender a las personas con patología dual. No obstante, dado que este tipo de recursos no ha sido objeto de análisis específico en este estudio, no se cuenta con información suficiente para contrastar y valorar dicha percepción. Se recomienda, sin embargo, la lectura del documento elaborado por las fundaciones Gizakia y Argia *Buenas prácticas para la inserción de social de personas con patología dual*, pues los resultados de dicho estudio se basan en un diagnóstico e identificación de buenas prácticas

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA

en la atención a las personas con patología dual llevado a cabo en los tres territorios de la Comunidad Autónoma de Euskadi en 2012.

“Solo en consumo [en problemas de abuso de sustancias], los recursos tampoco son un montón y son bastante, vamos, que se reducen a Proyecto Hombre y poco más, y hay poca flexibilidad, creo yo. No conozco mucho, pero pienso que hay poca flexibilidad en ciertos recursos, y más para estas personas [con trastorno mental grave]” (E1_5).

5 CONCLUSIONES

En este apartado, se resumen las principales ideas que se desprenden de la revisión bibliográfica, el diagnóstico cuantitativo y el diagnóstico cualitativo realizado en torno a la situación de las personas con enfermedad mental que residen en la zona de Oarsoaldea.

5.1 Conclusiones sobre la revisión bibliográfica

El análisis de la literatura revisada en el contexto del presente informe parece sugerir que cuando en el diseño de los programas de atención para personas con enfermedades mentales se tienen en cuenta los 9 elementos que se señalan a continuación, la posibilidad de que los programas resulten efectivos es mayor:

- a) Respeto y promoción de los derechos de las personas
- b) Planificación centrada en la persona y empoderamiento
- c) Constructo de Calidad de vida
- d) El papel de lo comunitario
- e) Coordinación, multidimensionalidad e integralidad de la intervención
- f) Modelo de Apoyos
- g) Baja exigencia
- h) Inversión social y prevención
- i) Práctica basada en la evidencia.

En segundo lugar y más allá de los principios o enfoques que deben orientar el diseño de los recursos de atención a las personas con enfermedad mental, hay dos temas que son clave para mejorar la inclusión y la integración social de este colectivo: la lucha contra el estigma y la atención específica a las personas con enfermedad mental que se hallan en una situación de exclusión social grave.

Por lo que respecta a la lucha contra el estigma la revisión bibliográfica evidencia la necesidad de diseñar actuaciones dirigidas a un abordaje integral de este fenómeno, acabando así con el ciclo de marginación y exclusión social que conlleva. Para ello, es necesario que cualquier intervención destinada a la erradicación del estigma tenga en cuenta las tres vertientes que componen este fenómeno:

- cognitiva (estereotipo),
- emocional (prejuicio),
- conductual (actitudes discriminatorias).

Se constata, sin embargo, que todavía queda un largo camino por recorrer, como bien evidencia un reciente estudio de la Confederación salud Mental de España (2015), que identificó la persistencia del estigma en diversos ámbitos: sanitario, educativos, medios de comunicación, servicios sociales, empleo, justicia y familias, entre otros.

Finalmente, por lo que respecta a la atención a las personas con enfermedad mental que se hallan en una situación de exclusión social grave, la consulta de documentación especializada permite identificar una serie de estrategias que resultan exitosas o especialmente eficaces en la atención a este colectivo:

- Atención integral y coordinación de servicios
- Intervención en medio abierto y equipos itinerantes
- Programas de desinstitucionalización
- Programas de Vivienda Primero o “Housing First”

5. CONCLUSIONES

5.2 Conclusiones sobre el análisis cuantitativo

Desde el punto de vista cuantitativo, debe tenerse en cuenta que, debido a las dificultades de medición –amplia gama de trastornos, diferencias en el diagnóstico, estigma asociado a la enfermedad mental– las cifras que se han recogido en este análisis deben considerarse como aproximadas. Además, dada la ausencia de indicadores cuantitativos específicos de dicho territorio, en algunos casos se ha tenido que recurrir a datos de una escala territorial superior, que ha sido, por lo general, la de la provincia de Gipuzkoa.

Teniendo en cuenta los matices mencionados, las principales conclusiones que cabe extraer del análisis realizado se muestran a continuación.

5.2.1 Incidencia de los problemas de salud mental

El estado de salud mental de la población en Gipuzkoa es relativamente bueno, a pesar del empeoramiento registrado durante los últimos años. Tal y como sucede con la mayoría de los indicadores sobre la percepción del estado de salud, la situación de las mujeres y la población mayor resulta algo peor que la del conjunto de la población. En cuanto a los problemas de salud mental, los datos indican que uno de cada cinco habitantes del territorio guipuzcoano podría tener síntomas de ansiedad y depresión, aunque no todos los casos presenten la misma intensidad o gravedad. Finalmente, los resultados de la última Encuesta de Salud del País Vasco (2013) muestran que cerca del 5% de la población ha pensado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que el 1,4% lo ha hecho durante los últimos doce meses.

5.2.2 Atención a las personas con enfermedad mental

En cuanto a la **atención sanitaria** de las personas con trastorno mental, se observa que **el número de personas atendidas a lo largo del año en el centro de salud mental de referencia de Oarsoaldea – situado en Errenteria– ronda las dos mil personas, de las cuales cerca de un tercio lo constituyen personas de entre 45 y 54 años**. Los trastornos neuróticos y los psicóticos suponen la mitad de los casos atendidos, aunque se perciben ciertas diferencias de género entre los trastornos diagnosticados. Así, la incidencia de los trastornos derivados del consumo de alcohol y otras drogas es mayor entre los hombres (20% frente a un 5% en mujeres), mientras que los trastornos neuróticos tienen una mayor presencia entre la población femenina (36% ante un 23% en hombres).

En cuanto a la **atención social**, a finales de 2017, había en Oarsoaldea un total de 835 personas con valoración de discapacidad por trastorno mental, lo que supone el 16,4% de la población con discapacidad reconocida y el 1,16% del total de la población que reside en el territorio. Asimismo, **los datos de evolución muestran que la incidencia de los trastornos mentales sobre la población de la comarca ha ido en aumento desde 2009. Por el contrario, el número de personas usuarias de los recursos destinados a personas con trastorno mental en la red de servicios sociales ha disminuido**. En diciembre de 2016, había 9 personas de Oarsoaldea alojadas en centros residenciales y otras 9 en los servicios de atención diurna. En definitiva, los datos sobre la atención de la población con trastorno mental en Oarsoaldea ponen de manifiesto que **las personas con problemas de salud mental acuden en mayor medida a los centros de salud mental que a los servicios sociales**.

En cuanto a la **atención sociolaboral** y la situación laboral se refiere, considerando la baja tasa de actividad y empleo de las personas con discapacidad, se deriva que la situación laboral de las personas con trastorno mental será similar, es decir, las tasas se situarían por debajo de las registradas para el conjunto de la población. A pesar de las distintas opciones de empleo protegido, la inclusión laboral de este colectivo –así como el de las personas con discapacidad en general– sigue siendo un reto. En lo que se refiere al empleo protegido, los datos indican que una de cada cinco personas ocupadas, tanto en centros especiales de empleo como en centros ocupacionales, son

5. CONCLUSIONES

personas con enfermedad mental. Según los datos de la asociación vasca de empleo protegido (EHLABE), en 2016 había en el territorio guipuzcoano 975 personas con enfermedad mental en centros especiales de empleo y otras 227 en centros ocupacionales. **En conclusión, los datos sobre la situación laboral de las personas con enfermedad mental ponen de manifiesto que la inclusión laboral de este colectivo precisa de un impulso para poder llegar a cifras de actividad y empleo semejantes a las de la población total.**

Por último, el enfoque de género muestra la doble discriminación que padecen las mujeres con enfermedad mental, que constituyen el 53% de las personas atendidas en el centro de salud mental y el 11% de las usuarias de servicios sociales en Oarsoaldea. Sin olvidar que tres de cada cuatro mujeres con enfermedad mental han sufrido violencia en el ámbito familiar o por parte de su pareja en algún momento de su vida, según los datos recogidos por Fedea. Esto significa que **el personal ocupado, tanto en el ámbito de salud como en los servicios sociales, debe incorporar la perspectiva de género en la atención a las personas con enfermedad mental y viceversa, dado que los servicios y programas destinados a la atención de mujeres víctimas de violencia de género tampoco están adaptados a las necesidades específicas de las mujeres con trastorno mental.**

5.3 Conclusiones sobre el análisis cualitativo

Por lo que respecta a los resultados del diagnóstico cualitativo realizado, cabe señalar lo siguiente:

5.3.1 El modelo y el sistema de atención

Una de las principales limitaciones del actual sistema de atención a las personas con trastorno mental grave en Oarsoaldea y, de forma más general, en el conjunto de Gipuzkoa, es la **escasez de recursos comunitarios que permitan ofrecer una atención integral y de calidad a las personas con trastorno mental grave** que residen en su domicilio. Dentro de la red de atención, dicha insuficiencia parece situarse sobre todo en los recursos ocupacionales y de inserción sociolaboral, los recursos y programas de atención domiciliaria y la provisión de una atención psiquiátrica y psicológica de mayor intensidad y continuidad en los centros de salud mental. No obstante, varias personas han remarcado que un verdadero despliegue del modelo de atención comunitaria pasa también por una mejor integración de las personas con enfermedad mental en las políticas públicas de garantía de ingresos y de vivienda pública y, probablemente, también por un mayor protagonismo de los municipios en la atención a las personas con trastorno mental grave que residen en su territorio. Se constata, además, que la escasez de recursos comunitarios genera una sobrecarga de las familias, que asumen un peso excesivo en el cuidado y la supervisión de las personas con trastorno mental grave que no acuden a ningún tipo de recurso de atención diurna.

Una segunda dificultad, estriba en la **insuficiente orientación del modelo de atención hacia enfoques relacionados con la provisión de cuidados de larga duración, la reducción de daños o la baja exigencia**, por ejemplo. La cuestión es que el excesivo énfasis en el carácter rehabilitador de los recursos y en las posibilidades de recuperación de las personas en el entorno comunitario que se produjo tras la reforma psiquiátrica ha hecho que, en cierta medida, no se hayan contemplado suficientemente las circunstancias y características de aquellas personas que no han logrado un proceso de recuperación o rehabilitación exitoso y que permanecen en la comunidad con una sintomatología negativa elevada o un grado de deterioro cognitivo y funcional importante, sin que existan recursos adecuados para ellos y ellas.

En general, se concluye que la atención a las personas con enfermedad mental debería abordarse a partir de una óptica más transversal que incluya también a los servicios sociales y sanitarios no especializados o, al menos, no específicamente dirigidos a atender a este grupo de población.

5. CONCLUSIONES

5.3.2 Las necesidades sociales de las personas que residen en la comarca

En cuanto al grado de satisfacción de las necesidades sociales de las personas que residen en la comarca de Oarsoaldea, los resultados de esta investigación ponen de manifiesto importantes limitaciones en muchas de ellas, entre las que cabe destacar la vivienda, los ingresos económicos, el empleo y la participación social y comunitaria, por ejemplo. También en el ámbito de la salud y la atención sanitaria se han detectado importantes áreas de mejora, tanto en la atención psiquiátrica, como en el acceso a los servicios de salud general, que muchas veces se resiente a causa de la propia enfermedad y que precisaría de un plan de cuidados específico para este grupo de población. A continuación, se exponen las principales ideas y conclusiones extraídas de este diagnóstico en torno a la satisfacción de las necesidades sociales básicas de las personas que viven en la comarca de Oarsoaldea.

En el ámbito de **la vivienda** cabe destacar la **dificultad de la mayoría de las personas** con un trastorno mental **para acceder a una vivienda normalizada de manera independiente**, fundamentalmente, debido a la exclusión –más o menos permanente – del mercado de trabajo que resulta de la propia enfermedad y la inseguridad y la precariedad económica que ello conlleva. Además, tal y como se menciona a continuación, el actual diseño de las prestaciones económicas para personas con discapacidad, así como el de la prestación económica para personas en situación de pobreza de Euskadi – la Renta de Garantía de Ingresos, (RGI) – no favorece el acceso de las personas con enfermedad mental a estas fuentes de ingresos, de modo que, son pocas las personas que obtienen unos ingresos que les permitan emanciparse. En segundo lugar, la **falta de servicios psicoeducativos de atención domiciliaria** también supone un obstáculo para que algunas personas con enfermedad mental puedan vivir de forma independiente, ya que, algunas precisan contar con apoyos básicos para poder mantener su autonomía.

Finalmente, por lo que respecta a los **recursos de alojamiento** para personas con enfermedad mental, se observa que **muchas personas son reacias a acudir a los mismos** y que, normalmente, las personas que acceden a este tipo de recursos son personas que viven solas, cuentan con un bajo apoyo familiar y social y presentan un deterioro cognitivo y funcional relativamente elevado a causa de su enfermedad. En este sentido, varias personas han señalado la **necesidad de rediseñar estas viviendas para garantizar un mínimo de intimidad y privacidad**, ya que, las habitaciones son, en la mayoría de los casos, compartidas. Esto supondría tomar como referencia los apartamentos tutelados para personas mayores, donde los espacios privados y de uso común conviven en presencia de apoyos educativos de baja intensidad. En cuanto al grado de cobertura de estos recursos, varias de la persona entrevistadas coinciden en señalar que las viviendas con apoyo cuentan con una dotación suficiente, mientras que las Unidades Residenciales de Trastorno Mental Severo (URTMS) precisan aumentar su número de plazas.

Por lo que respecta al **ámbito sociolaboral y el empleo**, puede decirse que el esfuerzo realizado en este terreno es ampliamente reconocido por las personas entrevistadas. Sin embargo, **la red de recursos de inserción sociolaboral muestra claros síntomas de falta de adaptación a las necesidades de las personas con trastorno mental grave, con jornadas laborales excesivamente largas, horarios poco flexibles, actividades poco atractivas y, en general, un elevado nivel de exigencia**. Por lo que se refiere a dispositivos concretos, los centros ocupacionales deberían ajustar mejor el balance entre actividades productivas y no productivas a los distintos perfiles y necesidades, así como diversificar sus actividades. Los centros especiales de empleo, por su parte, precisan facilitar la conciliación entre trabajo y tratamiento. De todas formas, **la creación de nuevos dispositivos de este tipo se encuentra en punto muerto debido a que el decreto autonómico correspondiente no se ha aprobado todavía**.

En cuanto a la inserción en el mercado ordinario, continúa siendo un desafío de primer orden, y convendría examinar por qué mecanismos específicamente diseñados para facilitar ese tránsito, como el empleo con apoyo, no están consiguiendo los resultados esperados. Ese análisis de los mecanismos actuales necesita que las instituciones (Gobierno Vasco, Diputación y Ayuntamientos)

5. CONCLUSIONES

asignen en sus presupuestos recursos económicos para esta labor en Oarsoaldea, al tiempo que deben de articular fórmulas y programas para permitir que la Agencia de Desarrollo de Oarsoaldea, – la institución encargada de potenciar la inclusión sociolaboral de las personas con dificultades de acceso al empleo en la comarca –, Arraztalo- Asociación para la Integración Social y Laboral de Personas con Enfermedad Mental de Oiartzun y Aldura-Asociación de Apoyo a las Personas con Enfermedades Psíquicas de Errenteria, Pasaia y Lezo, entre otras, puedan trabajar con este grupo de población. Y es que, dado que las personas con enfermedad mental se incluyen dentro de la categoría de personas con discapacidad, únicamente los centros especiales de empleo están autorizados para realizar, a priori, procesos de incorporación laboral dirigidos a este colectivo. Esto supone una dificultad adicional para poder hacer un abordaje de la exclusión sociolaboral de las personas con enfermedad mental desde el ámbito local y sitúa en la precariedad e inestabilidad económica a algunos de los proyectos que ya existen con este objetivo en la comarca.

Por lo que respecta a los **ingresos económicos**, se constata que el actual diseño de las políticas públicas de mantenimiento de la renta no responde a las necesidades de las personas con trastorno mental grave, ya se trate de ayudas específicamente dirigidas a las personas con discapacidad o de las prestaciones económicas dirigidas a la población general, como es, por ejemplo, la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) en Euskadi. En el primer caso, resulta relativamente difícil que las personas con un Trastorno Mental Grave logren acceder a un reconocimiento de la discapacidad de más del 65%, que es el tramo donde las cuantías son más significativas. Además, según algunas de las opiniones recogidas en este informe, los criterios de valoración parecen aplicarse de forma cada vez más restrictiva. Por lo que respecta a la Renta de Garantía de Ingresos, el periodo de emancipación previo exigido para acceder a esta prestación, hace que muchas personas con trastorno mental no puedan percibirla, dadas las dificultades que tienen para acceder y mantenerse en un empleo durante el tiempo necesario para cumplir con este requisito. Así pues, se constata que existe un círculo vicioso entre la exclusión del mercado laboral y la precariedad económica que resulta prácticamente insalvable para las personas con un trastorno mental grave, condenando a este grupo de población a vivir en la pobreza y, muchas veces, en una situación de dependencia económica respecto a sus familias y entorno cercano. Finalmente, parece existir también un desconocimiento importante de las prestaciones económicas que se pueden solicitar en virtud de la situación de dependencia, discapacidad o pobreza económica, tanto entre las propias personas diagnosticadas, como entre las familias. Así pues, parece necesario mejorar la información que se ofrece en este sentido y ofrecer un mayor asesoramiento, tanto a las personas usuarias como a sus familias.

Por lo que respecta al **sistema sanitario**, éste se enfrenta a varios desafíos para terminar de implementar el enfoque comunitario y rehabilitador. Desde una perspectiva simbólica, el más evidente es la persistencia de hospitales psiquiátricos de larga estancia, pero el más acuciante se refiere a la sobrecarga de trabajo que actualmente soportan los centros de salud mental. El motivo inmediato de esta saturación parece residir en una plantilla insuficiente para responder con garantías al incremento de la demanda asistencial registrado en los últimos años. Por otro lado, el resto de los agentes de la red demandan una mayor proactividad y que las visitas domiciliarias se integren en las intervenciones cotidianas, dejando de ser un recurso de emergencia. También se han recogido críticas a la escasa prescripción de psicoterapia como complemento al tratamiento farmacológico, los obstáculos puestos a las familias para participar en los tratamientos —tanto como fuente de información sobre la persona con trastorno mental grave y como en calidad de apoyos naturales de esta— y a un enfoque que algunas personas consideran más cercano a la contención que a la recuperación.

Sin embargo, consciente de que existen déficits asistenciales, Osakidetza ha emprendido en los últimos años varias iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los servicios de atención diurna en salud mental. El mayor énfasis en el seguimiento y las visitas domiciliarias, la elaboración de planes de cuidados de enfermería personalizados o la reforma de la historia clínica electrónica parecen medidas bien encaminadas y, sin duda, contribuirán a corregir algunos déficits detectados. Habrá que seguir implantando estas iniciativas a nivel global en el sistema sanitario de atención primaria

5. CONCLUSIONES

teniendo en cuenta que la esperanza de vida de las personas con enfermedad mental es menor que la de la población en general. Quedaría pendiente abordar la sobrecarga de los centros de salud mental, que requeriría un aumento de recursos, así como buscar nuevas fórmulas para atender a pacientes complejos con baja adherencia al tratamiento o que se encuentran en situación de exclusión social.

En el ámbito de las **relaciones familiares y la participación social y comunitaria**, cabe destacar dos ideas. Por un lado, el hecho de que las familias están asumiendo gran parte de la labor de cuidado y apoyo a las personas con enfermedad mental que residen en la comarca y que ello debe ser tenido en cuenta a la hora de articular programas y servicios de apoyo a las familias. Si bien es cierto que desde la Red de Salud Mental se han impulsado varias iniciativas en este sentido, los horarios e, incluso, la ubicación de estos servicios – únicamente existe un centro de salud mental en la comarca y este queda alejado para muchas de las personas usuarias – no ha favorecido la participación de las familias. Así pues, parece recomendable articular servicios intermedios o compartidos entre los servicios sociales y los servicios de salud mental para atender las necesidades de las familias y personas que ejercen el rol de cuidadoras principales de una persona con enfermedad mental desde servicios de proximidad que estén integrados en estructuras normalizadas. Para ello, se recomienda utilizar el servicio de apoyo a las personas cuidadoras que forma parte del Decreto de cartera de los servicios sociales de Euskadi (Decreto 185/2015) como una forma de dar viabilidad a los programas de apoyo a las familias y personas cuidadoras de personas con enfermedad mental. Finalmente, por lo que respecta a la participación social y comunitaria, el presente estudio pone en evidencia que queda un largo camino por recorrer en este sentido y que es preciso implementar acciones más decididas desde lo local, tanto para sensibilizar a la comunidad sobre la presencia y las necesidades de las personas con enfermedad mental, como para empoderar a las personas con enfermedad mental para reclamar su espacio político y social dentro de la comunidad. En este sentido, se recomienda que las acciones implementadas abarquen la triple dimensión del estigma que ya se ha mencionado en el apartado de la revisión bibliográfica: cognitiva (estereotipo), emocional (prejuicio) y conductual (actitudes discriminatorias).

5.3.3 Perfiles con necesidades especiales

En cuanto a los **perfiles de personas usuarias que presentan una mayor dificultad** para recibir una atención que se adecúe a sus necesidades y capacidades dentro de la red, cabe mencionar a las **personas mayores o de edad avanzada**, las **personas jóvenes**, especialmente, aquellas de entre 18 y 25 años, las **personas de origen extranjero**, las **personas con trastornos de personalidad y las mujeres**. En cuanto a las mujeres con trastorno mental grave, aunque existe un considerable consenso entre las personas entrevistadas en señalar que no se trata de un grupo que precise atención específica, se detectan diferencias importantes en el acceso y el uso de los recursos, que sería conveniente analizar. Además, en la medida en que las mujeres con trastorno mental grave son más vulnerables que otros grupos sociodemográficos a las diversas formas de violencia machista y que, a su vez, su acceso a los recursos de prevención orientados al conjunto de la población femenina suele ser limitado, es importante que ello también se tenga en cuenta en la atención que se brinda a este grupo de población.

6 RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

6.1 Recogida de datos detallada sobre personas con enfermedad mental

En varios apartados de este informe se ha mencionado la dificultad de recabar información específica sobre la situación de las personas con enfermedad mental. Por ejemplo, en el análisis de la situación laboral de estas personas, los datos se han derivado de los datos generales de las personas con discapacidad (apartado 3.2.3). Además, se han utilizado datos a nivel de provincia debido a la falta de datos nivel comarcal. Sin embargo, la planificación de recursos en muchos casos se realiza por comarcas. Esto provoca que los datos sobre las personas con enfermedad mental queden difuminados en datos generales sin que tengamos información detallada de la situación actual. Por ello, **sería necesario realizar un análisis de qué datos son los más significativos para tener una idea real de la situación y realizar las modificaciones pertinentes en cada ámbito para recogerlos.**

6.2 Hacer efectivo el modelo de atención

Como ya se ha comentado anteriormente, distintos enfoques inspiran el modelo de atención a la enfermedad mental en el territorio de Gipuzkoa. El presente diagnóstico, sin embargo, constata que existen algunas limitaciones a la hora de poner en práctica estos principios y que su aplicabilidad está siendo cuestionada en determinados casos.

En primer lugar, la mayoría de los agentes sociales consultados coinciden en señalar que Gipuzkoa carece de un número y una diversidad suficiente de recursos de atención extrahospitalaria como para desplegar un **modelo de atención comunitaria** que ofrezca una cobertura y una calidad suficiente como para atender a la población con trastorno mental grave que vive en el territorio. Cabe destacar que como se menciona en el apartado 5.2.2, mientras que la incidencia de las enfermedades mentales sobre la población de Oarsoaldea ha aumentado desde 2009, el número de usuarios de los recursos de la red de servicios sociales (Centros residenciales y centros de día) ha disminuido. Sin poner en duda la necesidad de este tipo de recursos, los datos ponen de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre el tipo de recursos sociales necesarios en la comarca. Concretamente, se detecta un **déficit en la oferta de recursos** ocupacionales y de inserción sociolaboral, recursos de atención domiciliaria y en la provisión de una atención psiquiátrica y psicológica más intensa en los centros de salud mental. También los recursos de ocio y tiempo libre se consideran limitados y se señala, además, que las oportunidades que ofrecen se sitúan muchas veces fuera de los entornos y las actividades normalizadas, y que no ofrecen cobertura durante los fines de semana, aunque esta tendencia ha empezado a revertirse en los últimos años.

“De los distintos eslabones de la atención comunitaria que tenían que hacer frente [a la atención de las personas con enfermedad mental en el entorno comunitario], como es la inserción sociolaboral, como es la necesidad de cubrir unos mínimos recursos para que se pueda subsistir, como es establecer una dinámica de grupo comunitario para poder participar e introducir dentro de la sociedad, pues de eso no hay nada [...] entonces, ahí hay una desconexión de ese planteamiento inicial de abordar [el problema de la enfermedad mental] desde la comunidad, donde, al final, lo que pasa es que cuando estas personas tienen una situación donde se rompe un poco su situación de estabilidad, pues la única solución que hay es la farmacología” (E3_1).

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

“Gogoeta bat egiten orain dela urte bat eta piku edo pare urte bat, gai honen inguruan, zeren eta ikusi genuen beste komunitate autonomo batzuetan, Madril, besteak beste, errekurtoetan handitu dutela, baina batez ere asko potentziatu dituztela etxez-etxeke programak, eta bueno, ba egiten hasi gera saiakera bat horren inguruan. Orain dela urte eta erdi baldin bagenun presupuesto bat, hartzeko 20 kasu, orain esan dezakegu ibili gaitezkeela 45-50-50 kasu inguruan” (E1_2).

“¿Qué es lo que tiene mi hijo? Pues cada 2 o 3 meses, 15 minutos con el psiquiatra, y cada 2 o 3 meses, otros 15 minutos con el psicólogo ¿[A] uno y [a] otro, qué es lo que le[s] dice? Pues lo que quieren oír. ¿Por qué? Porque él piensa ‘yo, si le digo que estoy mal, igual me ingresa’, y en 15 minutos, no hay espacio para valorar la realidad, no hay espacio; entonces, lo único que hay es un control de la medicación” (E3_1).

De hecho, esta situación se señalaba como una de las principales debilidades de la red de atención en el diagnóstico elaborado en 2015 por la Diputación Foral de Gipuzkoa, donde se mencionaba también otra idea que coincide plenamente con una de las principales conclusiones de este informe: para llegar a alcanzar un modelo de atención comunitaria de calidad, no basta con **ampliar el número de plazas de atención diurna** en los recursos existentes, sino que es necesario **ampliar también la cobertura de los programas de atención domiciliaria**, y contar con una **mayor implicación de los centros de salud mental y los servicios sociales de competencia municipal** en la atención a las personas con enfermedad mental.

De hecho, a lo largo del diagnóstico se observa que los municipios podrían desempeñar un papel muy importante en la oferta de servicios de proximidad a las personas con trastorno mental grave, lo cual permitiría mejorar el acceso a los servicios de este grupo de población, cuyos integrantes se muestran reacios a abandonar la comunidad y los espacios y lugares que les resultan conocidos. Precisamente, esta es una de las principales dificultades detectadas en el acceso de las personas con trastorno mental grave a los recursos de atención diurna, y en esta línea, en los servicios sociales de base se resaltan los buenos resultados de los centros de atención diurna dirigidos a personas en situación de exclusión (1.7.) y que se ubican en los propios municipios. En cuanto a las características que hacen que este sea un recurso adecuado para estas personas, pueden señalarse el bajo nivel de exigencia y la ubicación de los centros en el mismo municipio de residencia de la persona usuaria.

“El SAD [Servicio de Atención Domiciliaria], que no es para enfermos mentales, sí que es verdad que recoge un gran peso para ese tipo de colectivo” (E1_5).

“Hay perfiles [de personas con trastorno mental grave] que encajan bien en [los recursos orientados a] la discapacidad, y hay otro tipo de perfiles que encajan mejor en los recursos dirigidos a la exclusión social. Y no estamos metiendo en recursos de exclusión a gente con enfermedad mental que no tenga un perfil de ese tipo, ¿eh? Quiero decir, que pienso que se puede jugar con las dos opciones; de hecho, creo que es lo que hacemos todos” (E1_5).

En cuanto a las consecuencias de la insuficiente oferta de recursos de atención comunitaria, se constata que esta situación genera un doble problema. Por un lado, las familias acaban por asumir una carga de cuidado excesiva, sobre todo, en el caso de las personas con un alto grado de dependencia que no desean acceder a ningún recurso de atención diurna. Por otro lado, se genera un vacío en la atención que puede derivar en un empeoramiento de las personas con trastorno mental grave y en un empeoramiento de la sintomatología asociada a la enfermedad. De hecho, las familias perciben que cuando las personas no son atendidas en un recurso de atención diurna de forma más o menos continuada, aumenta su aislamiento.

“Creo que ahí hubo un cambio en el modelo de atención psiquiátrica que se plantea la desinstitucionalización, pero no plantean luego los recursos dentro de la comunidad; el planteamiento es bueno, pero para eso tienes que tener recursos en la comunidad. La familia cumplirá ahí un trabajo importante, pero cada vez ese apoyo es menor” (E1_5).

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

Para atender este tipo de casos, **las familias reclaman servicios de atención domiciliaria e intervención socioeducativa** que garanticen, por un lado, la presencia de una figura profesional que supervise la evolución de la persona usuaria y, por otro, que aporte una mínima estructura a su rutina diaria y apoye y acompañe a ser posible el desarrollo de un proyecto vital que sea significativo para la persona. Además, tanto las familias como las propias personas que trabajan en los servicios de atención consideran que el contacto regular con un/a profesional de referencia puede acercar a la persona a la red de recursos y lograr que acabe accediendo a alguno de los recursos de atención diurna que existen.

“[Los programas de atención domiciliaria] son programas con los que se consiguen muchas cosas, te quiero decir, que tenemos a personas que igual estaban aisladas en su casa, que no salían y que, bueno, van al centro de salud mental, pero no hay ahí un enganche, no quieren saber nada de hacer ningún tipo de actividad diurna. Entonces, pues bueno, poder ofrecer un servicio personalizado en su domicilio, pues joé, al final, la persona se va familiarizando con los profesionales, va cogiendo mayor confianza y, a veces, hemos conseguido que, de una situación muy, muy caótica, [...] la persona enganche en un centro de rehabilitación psicosocial, en un centro de día, incluso, que vaya a un piso tutelado, porque vivía con la familia y había agresiones y la convivencia era insostenible” (E2_2).

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que algunos/as profesionales del ámbito sanitario discrepan con esa afirmación y señalan que existe cierta presión o expectativa social —que no estaría justificada desde un punto de vista médico— para que las personas con enfermedad mental mantengan una actividad diurna regular. Desde esta perspectiva, se considera que el éxito de las intervenciones no debería medirse en función de si la persona mantiene una actividad diurna de carácter estructurado y se defiende que, en determinados casos, el hecho de mantener una situación psiquiátrica estable y reducir la sintomatología negativa asociada a la enfermedad es ya un indicador suficiente del carácter positivo de la intervención. En cualquier caso, debe precisarse que la demanda de las familias se limita, en este caso, a solicitar recursos o servicios que aporten una estructura mínima y ciertos referentes a la vida diaria de las personas con trastorno mental grave que no logran o no quieren acceder a los recursos de atención diurna de carácter más extenso y cuyas condiciones de permanencia son demasiado exigentes para ellas.

“En un momento determinado [las personas con trastorno mental grave] pueden necesitar una serie de recursos [de atención diurna], pero no sé, a veces, ni siquiera eso. Lo que pasa que las familias, evidentemente, siempre hacen demanda de recursos, porque ellos también..., te quiero decir, de repente tienen un hijo que tenían unas expectativas a nivel de una carrera universitaria, de tal, y de repente todo eso se rompe [...]. Pero la psicosis evoluciona hacia el deterioro, cognitivo y relacional; intentamos frenar eso, frenar eso, y luego, según como se estabilice la cosa, ver, pero [...] muchos no quieren venir, muchos están en sus casas, la inmensa mayoría probablemente [de] los psicóticos lo pasaran en su casa, o paseando, los vemos en la calle” (E1_6).

“Da la sensación de que todos en esta vida tenemos que tener una estructura, pues sí hay que tener, ¿no?, eso nos da cierto [orden], pero las familias, muchas veces hacen toda su orientación a los hijos desde lo que ellos entienden que sería bueno para sus hijos, pero ahí muchas veces no está implicado el deseo de la persona, entonces hacen proyectos que son ajenos a esa persona, entonces, pues bueno...” (E1_6).

Un segundo aspecto en torno al cual ha existido hasta hace poco un acuerdo tácito entre los agentes de la red de atención ha sido en señalar que la rehabilitación psicosocial debía ser el principal objetivo u horizonte hacia el cual se orientaran las intervenciones realizadas.

No obstante, cada vez resulta más evidente que hay personas para las cuales el deterioro funcional causado por la enfermedad no se considera reversible, y también personas que en determinados

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

momentos vitales no pueden o no quieren trabajar según los objetivos que persigue la rehabilitación psicosocial.

Esto, sin embargo, no significa que estas personas no necesiten atención, sino que precisan de una atención distinta. La cuestión es que no reconocer este tipo de situaciones ha hecho que **la red apenas disponga de recursos de atención diurna orientados hacia los cuidados de larga duración, la reducción de daños o la baja exigencia**, por ejemplo, lo cual está generando dos tipos de problemas. Por un lado, hay personas que, aunque podrían beneficiarse de las intervenciones que se realizan en los centros de día de rehabilitación psicosocial y el servicio ocupacional, no llegan a acceder a ellos, porque su nivel de exigencia es demasiado elevado.

“Yo creo que [la atención diurna] tendría que ser más personalizada, lo que cada uno necesite. Es como en los recursos de rehabilitación sociosanitaria, en las unidades de día, pues hay pacientes que les viene muy bien ir de nueve de la mañana a las seis..., pero claro, siempre es así, no pueden elegir y de alguna forma tenemos que justificar nosotros que mucha de esa gente pueda salir, pues yo que sé, que después de comer se vaya a casa..., y eso, yo creo que tendría que ser así” (E1_6).

“Para algunas cosas, les exigen más que lo que realmente les pueden exigir, o sea, no sé, a mí me parece que a cualquier persona con una dificultad nos costaría entender que le hagan trabajar a determinado horario laboral y sobrecarga de trabajo, y la mayoría de nuestros pacientes trabajan así, cuando llegan a trabajar, trabajan con unos horarios que a mí me parecen exagerados” (E1_6).

Por otro lado, hay personas con un deterioro funcional importante que necesitarían transitar a recursos de baja exigencia y que permanecen en los actuales, porque no existen alternativas de atención adaptadas a sus necesidades. En este último caso, además, ello supone una dificultad para la actividad de estos recursos, los cuales no están diseñados ni preparados para atender a este perfil de personas usuarias.

“Nosotros nos hemos encontrado con que tenemos usuarios que llevan un montón de años [con la enfermedad], que ya el deterioro es mayor, que hemos hecho ya lo que se podía. Y va a sonar un poco mal, pero para que me entendáis, lo que se podía trabajar con ellos ya se ha trabajado. Entonces, ahora estamos más en mantener y el objetivo sobre todo es el evitar el aislamiento, pues bueno tienen un enganche con el centro, acuden y nos quedamos con eso, ¿no? [...] [Entonces, lo que nosotros proponemos es] poder crear un único recurso para eso, es decir, no mezclar, ¿no?” (E2_2).

Aunque este problema puede deberse en parte a la insuficiente diversificación de la red de recursos de atención, lo cierto es que existe también una causa más profunda relacionada con la **falta de una definición clara del modelo de atención al trastorno mental grave** que permita situar las intervenciones no solo en el marco de la rehabilitación psicosocial, sino que incorpore también otros enfoques como la planificación centrada en la persona o el paradigma de la recuperación, entre otros. Estas son perspectivas que se aplican ya hace tiempo en la atención a las personas con discapacidad o las personas mayores, por ejemplo, y que, aunque se han implantado en determinados servicios de la red de atención, todavía no pueden considerarse plenamente integradas en la atención a la enfermedad mental en Gipuzkoa.

Finalmente, aunque todos los agentes que participan en la atención a las personas con trastorno mental grave coinciden en señalar la complejidad de las necesidades sociales, sanitarias y sociosanitarias de este colectivo, así como la difícil implementación que el concepto de continuidad de los cuidados adquiere en este caso, **persisten todavía vacíos y discontinuidades importantes en la atención a esta población**, que se explican, en parte, a partir de la propia concepción del modelo de atención y que podrían verse reducidas mediante su reformulación o revisión.

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

“Diagnósticos claros de enfermedad mental hay pocos. Hay diagnósticos de salud mental y discapacidad; diagnósticos de salud mental y exclusión; diagnósticos de salud mental, exclusión y discapacidad; diagnósticos de salud mental y consumos. [...] Pienso que una persona con enfermedad mental puede trabajar [y ser atendida] aquí o allá, y en ambos casos tiene que haber equipos de apoyo que formen, que apoyen, que contengan y que puedan hacer que todo esté menos estigmatizado. Y eso es lo que a mí me parece que, evidentemente, no hay en estos momentos, no tenemos eso” (E1_5).

“Hemos hablado de sanidad, de servicios sociales, pero estas personas, como decimos, están en la comunidad y tocan todos los ámbitos [...]. Para mí, uno de los grandes problemas que vemos en colectivos es que hay muchas carencias en todos los sistemas que les tocan y que se quedan fuera un poco del trabajo, de la vivienda, no sé qué, quiero decir, que hay que tocar un poco todos los aspectos, no solo en uno u en otro, porque si no, no avanzamos” (E1_5).

En este sentido, se ve la necesidad de coordinar los distintos servicios con la **creación de una Mesa Comarcal de Salud Mental que implique a todos los participantes de la red de atención a las personas con enfermedad mental**, entre los que están los ayuntamientos, diputación, servicios de atención psiquiátrica, usuarios, servicios sociales y sociosanitarios, jurídicos, policiales, educativos, Lanbide, agencias de desarrollo y demás.

6.3 Individualizar las intervenciones

Otro asunto que se percibe como una dificultad transversal al conjunto de la red de atención es la **insuficiente individualización de las intervenciones**. Aunque es cierto que cada vez son más los servicios que elaboran planes de atención individualizada y menos, pero también presentes, aquellos que aplican la planificación centrada en la persona, lo cierto es que debe avanzarse más en la adaptación de las intervenciones y los recursos a las necesidades y los deseos de las personas usuarias. En este sentido, dos de las principales dificultades que se han detectado de cara a individualizar las intervenciones que se realizan son la ausencia de una figura profesional que actúe como referente de caso, y la escasa flexibilidad y diversidad en los recursos de atención existentes.

La figura del referente de caso es controvertida en lo que respecta a la atención a las personas con trastorno mental grave. El hecho de que estas personas presenten necesidades sociales y sanitarias simultáneamente plantea, como una primera cuestión, —y ante el todavía escaso desarrollo de la red de atención sociosanitaria— cuál de los dos sistemas debería asumir esa función. A este respecto, la Ley de Servicios Sociales 12/2008 establece la responsabilidad compartida entre ambos sistemas, pero no llega a definir una fórmula o procedimiento claro para articular dicha coordinación y se limita a señalar que la atención a las personas usuarias tendrá lugar a través de “programas o procesos de intervención en los que tomarán parte servicios de ambos sistemas” (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015: 142).

Esta situación ha planteado una serie de dificultades en la gestión cotidiana de los casos que los agentes de la red han ido resolviendo paulatinamente y mediante el establecimiento de acuerdos bilaterales y, en algunos casos, también de protocolos de colaboración. Sea como fuera, se considera que **la elección de una figura profesional que actúe como referente de caso** sería una herramienta importante para facilitar la individualización de las intervenciones y, más aún, para aumentar la participación de las personas usuarias y de su entorno —familiares y otras personas significativas— en la planificación de aquellas.

De hecho, en algunos casos se observa que persiste todavía cierto paternalismo o conservadurismo en la intervención con las personas con trastorno mental grave, especialmente en el ámbito sanitario, donde se percibe que algunos profesionales se muestran todavía reticentes a promover la

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

autonomía y la capacidad de decisión de las personas usuarias en cuestiones relativas al manejo de su enfermedad y su vida cotidiana. Es precisamente en este contexto donde varias personas han señalado la necesidad de crear más cauces para considerar las expectativas y los deseos de las personas usuarias en el diseño de los planes de atención.

“Puede haber casos, y hay casos en momentos, en los que desde Hurkoa pensamos que es bueno para una persona no sé qué. Y nosotros somos más partidarios de darle autonomía y, en muchos casos, decirle, bueno, pues se pega un trompazo, que se lo pegue. Pero, también tendrán que vivirlo, ¿no? Y, por ejemplo, salud mental es más conservadora y es menos partidaria a veces de permitirle [a la persona] según que saltos al vacío, ¿no? Pues eso, por ejemplo, que vaya a vivir al domicilio, que se case, que tenga pareja, que tenga hijos, etc.” (E2_4).

En línea con esta idea, por ejemplo, en la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se ha incorporado a la historia clínica electrónica un apartado que recoge este tipo de información, y aunque su uso es todavía minoritario, la idea es extenderlo hasta conseguir que este tipo de cuestiones formen parte de la información que habitualmente comparten los/as profesionales de la red de salud mental que atienden un mismo caso. En Arraztalo-Asociación para la Integración Social y Laboral de Personas con Enfermedad Mental de Oiartzun van más allá y consideran que todos los servicios especializados en la atención a las personas con enfermedad mental deberían aplicar el modelo de planificación centrada en la persona e incorporar las preferencias y expectativas de las personas usuarias en las intervenciones, así como las contribuciones que su entorno social y familiar puede hacer a la planificación de los cuidados de la persona usuaria.

“Una tendencia nueva que probablemente tiene que ver más con la teoría de la recuperación y casi del humanismo creo yo y que son los planes de atención basados en las necesidades y las fortalezas del paciente, ¿no? Hay como una negociación con el paciente, esto lo hemos empezado hace un año ¿eh? Quiero decir que realmente la experiencia es muy pequeñita, ¿no? Pero bueno, hemos generado tres, nosotros los llamamos formularios y son partes de la historia clínica, donde se recogen contenidos concretos, ¿no? Y están siempre visibles. Uno habla de las necesidades, el otro de las expectativas y el otro de las fortalezas, de lo que el paciente considera que son sus cosas buenas y sus cosas malas y de alguna manera cuáles serían sus prioridades de cambio en todo ese panorama que él mismo nos ha generado, ¿no?” (E1_1).

En este sentido, las asociaciones de familiares señalan que la implicación del entorno de la persona en la elaboración e implementación del plan de tratamiento dependen todavía en gran medida de la voluntad del / de la profesional de referencia, especialmente, en los centros de salud mental, donde se atiende a la mayor parte de las personas usuarias y que es el recurso de referencia fundamental en el ámbito del trastorno mental grave. No obstante, los/as profesionales sanitarios también apuntan a la complejidad que conlleva, a veces, el trabajo con las familias y advierten, por un lado, que si la persona usuaria no desea que su familia se implique en su tratamiento ellos/as no tienen forma de evitarlo y, por otro lado, que no siempre se considera positiva la implicación de las familias en el tratamiento debido a que existen relaciones de conflicto o de sobreprotección que no contribuyen a la recuperación de la persona usuaria.

“Los cuidadores pues somos los que estamos allí, los que estamos a las duras y a las maduras, hay crisis, no hay crisis, haya lo que haya, pero lo que decíamos antes, la psiquiatría comunitaria no existe, no hay, y eso es lo que nosotros pedimos, que se pase de una psiquiatría en la que el psiquiatra es amo y dueño del enfermo, a una psiquiatría en la que todos los miembros que intervienen con esa persona [tengan un rol], [...] desde el psiquiatra, desde el psicólogo, desde la enfermera, desde las asistentes sociales, tanto del centro de salud mental como de los ayuntamientos, los familiares, los amigos, los centros sociales municipales que están en cada uno de los

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

pueblos [donde vive la persona], pues que todos intervengan con esa persona y se coordinen” (E3_1).

“Sí, claro, es que no hay más remedio, no hay más remedio: algunas familias quisieran participar más y no les dejamos, otras quisieran [participar] menos y les obligamos, y luego con otras, pues más o menos nos ponemos de acuerdo. [...] es verdad que [las familias] son una parte fundamental, yo ahí no tengo vamos, ninguna duda ¿eh? Y que todo lo que tendríamos que hacer tendría que ir en línea de potenciar eso, ¿eh? Pero también hay otra parte contraria, que es aquella en la que el paciente te dice que no tiene ningún interés en que le digas [a su familia nada, un] paciente adulto no incapacitado y, por lo tanto, capaz civilmente. Pues tú, a callar, ni recibes a la familia, porque te ha dicho, que no le recibas y eso las familias no lo entienden” (E1_1).

“Sí que es cierto que también depende de cada centro de salud mental, o sea, que en algunos casos hay una mayor implicación, según con el profesional con el que nos encontremos [, pues las cosas son más fáciles o más difíciles]. O sea, yo entiendo que, por la Ley de Protección de Datos, [en el centro de salud mental] no pueden atender al familiar muchas veces, porque si la persona se niega, pues ahí son muy cuidadosos, y hay otros [casos] en los que ven que hay una necesidad o hay una situación de desprotección y entonces pues igual sí que hablan con la familia. Va a depender mucho del profesional, pero sí que es cierto que muchas veces las familias se acercan [a Agifes], porque dicen: ‘es que voy al centro de salud mental y nadie me explica, nadie me da pautas, nadie’. Bueno, entonces pues una labor importante de la asociación [es] orientar a las familias en esa situación” (E2_2).

Una segunda dificultad para implementar un enfoque individualizado en la atención es la excesiva rigidez de los servicios de atención diurna, así como su falta de diversificación. Respecto a la **flexibilización de los recursos de atención diurna**, tanto los/as profesionales de la red como las personas usuarias coinciden en señalar que el servicio ocupacional y los centros de día de rehabilitación psicosocial deberían ofrecer una modalidad de servicio a jornada parcial, de modo que las personas pudieran acudir un menor número de horas al día o asistieran al recurso en días alternos, y no diariamente.

“Problema asko ditugu eguneko zentroekin flexibilitatearekin eta dekretua, baina hori guk eta hirugarren adinekoak eta denak. Adibidez Donostian, Agifeseekin daukagun hitzarmenaren barruan badaukagu zentro bat dala OTL-Benta Berri [aisialdi programa bat] eta hor joateko flexibilitate gehiago dago eta oso ondo dago hori, baino hor bakarrik daukagu, gainontzeko eguneko zentroetan jendea joan behar da goizeko getatik arratsaldeko 5ak arte, eta hori ere problema bat da, igual badago jende gaztea ez dana ona inkluso joatea astelehenetik ostiralera goizeko getatik arratsaldeko 5ak arte” (E1_2).

Como ya se ha explicado, esta necesidad surge de las características específicas que presentan las personas con trastorno mental grave, las cuales son especialmente sensibles al estrés y a la sobreestimulación. En este sentido, tanto la demanda de una actividad continuada como la gestión de las relaciones sociales y personales dentro de los recursos de atención pueden llegar a suponer muchas veces un esfuerzo considerable para estas personas. Por otro lado, a raíz del tratamiento farmacológico, la actividad basal de las personas puede verse reducida, y sus necesidades de sueño y descanso, incrementadas. Por lo tanto, estas son también circunstancias que desaconsejan la exigencia de una actividad excesiva a estas personas y evidencian que no debería aplicarse, al menos de forma generalizada, el mismo modelo que se utiliza en la atención diurna a otros colectivos en situación de dependencia o desventaja social.

“Tampoco estoy de acuerdo con que mi hijo tenga que ir a un sitio de estos [un centro ocupacional], que tenga que madrugar tanto lo primero, eso es lo primero, porque con

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

la medicación que tiene, tienen una metralla que les cuesta levantarse de la cama el doble, levantarse; luego, que ellos tengan la motivación para ir a trabajar, que no tiene la misma que nosotros; luego, que estén allí desde las ocho de la mañana hasta la una, algunos se quedan hasta las cuatro, las cinco de la tarde, eso es mucho para un enfermo así, es mucho tiempo fuera de casa y fuera de su espacio. O sea, que todas las cosas ya están organizadas, comedor, trabajo, un poco un espacio como para centro de recreo diríamos y tal, pero eso es mucho para unas personas que están enfermas, necesitan otra clase de apoyo, de trabajo, de estar más con ellos, no funciona” (E3_1).

“Nosotros tenemos pacientes que están en ocupacional porque no son capaces de aguantar un horario de ocho horas, de ocho de la mañana a cinco de la tarde. Yo creo que no se les debería exigir ese tipo de horario para que tengan un trabajo” (E1_6).

Las ventajas de introducir estos cambios en el funcionamiento de los recursos consistirían, por un lado, atender a un mayor número de personas usuarias en un mismo recurso y, por otro lado, favorecer el acceso de aquellas personas que no pueden o no desean cumplir con los requisitos de asistencia exigidos en la actualidad, pero que, sin embargo, sí podrían beneficiarse de las intervenciones realizadas. Finalmente, el cambio vendría a poner fin a la situación, bastante frecuente, en la que, por consejo o prescripción médica, las personas son autorizadas a acudir a los centros de día o al servicio ocupacional en una modalidad de jornada parcial sin que, por ello, esa plaza sea aprovechada por otra persona usuaria.

“Todos tienen que empezar con jornada completa, entonces lo que sí hacemos es, desde aquí, hacer un informe diciendo que para su proceso terapéutico sería adecuado que estuviera solo hasta las dos [es decir, jornada parcial], pero hay que hacerlo, o sea, lo tienes que justificar como una excepción [...]. Y eso condiciona, claro, pues a la hora de valoraciones, si no es capaz de aguantar pues una jornada completa, pues no ‘pasas de nivel’, yo creo que ahí sí que habría que ser más flexible” (E1_6).

Estas modificaciones, sin embargo, no estarían exentas de dificultades e implicarían, en primer lugar, cambios internos en la organización de los recursos y, en segundo, modificaciones en los sistemas de convenio y financiación de las plazas de atención diurna, tanto con relación a las entidades que gestionan los recursos como a las personas usuarias que cubren una parte del coste de la plaza mediante el sistema de copago en los centros de día de rehabilitación psicosocial.

Por último, la flexibilización de los recursos también pasa por considerar las transiciones de las personas de un recurso de atención a otro. A este respecto, en el centro de salud mental se plantea que progresivamente el procedimiento para cambiar de un recurso de atención a otro se ha vuelto más rígido y que ello, a veces, dificulta la adaptación exitosa de las personas usuarias a los nuevos recursos de atención. No obstante, en las entrevistas realizadas las personas responsables de los servicios de atención diurna han señalado que ya aplican este tipo de medidas de flexibilización, por ejemplo, cuando se plantea la transición de una persona de un centro de día de rehabilitación psicosocial al servicio ocupacional y que las personas pueden combinar el uso de ambos recursos durante un tiempo.

“La verdad es que a lo largo del tiempo se ha ido perdiendo un poco esa capacidad un poco de hacerlo de forma un poco como con más tranquilidad, porque tuvimos un tiempo cuando los recursos eran, no sé, no tan programas, tan no sé qué, lo que hacíamos era un acompañamiento más al paciente. Entonces, ¿cómo era la historia? Muchos, pues llamábamos, pues había diferentes talleres prelaborales, talleres de no sé, y que iban, e incluso pues no los llegábamos a soltar de la unidad de día, pues iban dos días empezaban, yo qué sé, como si empezasen dos días en Gureak, y un día pues venían aquí un poco para ver nosotros ver qué dificultades tienen y había un seguimiento y tal, pero claro, de repente todas estas cosas, todo son compartimentos y este entra aquí y entra y ya está” (E1_6).

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

“Guk [eguneko errehabilitazio psiko-sozialetako zentroetan] batzuetan egiten dugu ba, astean hiru aldiz joan daitezela, edo goizez eta arratsalde ez, edo batzuetan ere badago jendea trantsitu horietan okupazionalen hasi direnak edo formakuntza bat egiten ari dira Gureak-en baina bazkaltzean eta arratsaldeko bi ordu horiek zentrora bueltatzen dira. Saiatzen gara ahal dugun neurrian kriston flexibilitatea edukitzen, baina egia da, norbait ahal den egon ezker, programa barruan onartua badago, printzipioz, ba guretzako plaza hori du astelehenetik ostiralera eta hori da ordaindu behar duguna, naiz eta beste gauza bat egiten egon aldi berean” (E1_2).

Finalmente, **la insuficiente diversidad y la falta de especialización de los recursos** es un tercer elemento que afecta a las posibilidades de ofrecer una atención individualizada. Este aspecto, que también está relacionado con la calidad de la atención, se aborda con detalle en el capítulo dedicado a analizar el tipo de perfiles que precisarían una atención más específica dentro del sistema o, incluso, que se crearan recursos exclusivamente dirigidos a atenderlos. Se trata, fundamentalmente, de los siguientes perfiles: personas jóvenes (18-24 años), personas de edad avanzada (más de 50-55 años), mujeres, personas de origen extranjero, personas en situación de exclusión social y, finalmente, personas con diagnósticos que no acaban de encajar en los recursos y servicios que ofrece la red de atención y cuya expresión más visible serían actualmente los trastornos de personalidad.

6.4 Garantizar la continuidad de los cuidados

La complejidad y la variabilidad de los problemas que afectan a las personas usuarias, junto con la escasez de recursos presente la mayoría de las veces hace que el objetivo de brindar una atención integral y continuada constituya un reto común casi a cualquier sistema de atención social y sanitaria, incluida también la atención a las personas con trastorno mental grave. Así, pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, existen todavía algunos vacíos y discontinuidades en la atención a este grupo poblacional que se detallan seguidamente.

La detección de los casos de trastorno mental grave en los servicios comunitarios —en especial, los servicios sociales de base— y su posterior derivación hacia los servicios especializados en salud mental constituye una primera dificultad en este sentido. En los servicios sociales de base se apunta a dos cuestiones clave que explican esta dificultad. La primera tiene que ver con la falta de formación y la ausencia de equipos especializados en atender a personas con problemas de salud mental en los servicios sociales de base. La segunda dificultad radica en que determinados perfiles de personas usuarias lleguen a acudir y ser atendidas en los servicios especializados en salud mental.

En el primer caso, la **falta de formación de los/as trabajadores/as de los servicios sociales de base** obstaculiza la detección precoz de los casos y, además, cuando se sospecha que la persona tiene un trastorno mental grave los recursos y conocimientos con los que se cuenta son insuficientes para manejar el caso. Por eso, tal y como se comenta más adelante, los servicios sociales de base reclaman apoyo profesional en los servicios de salud mental, especialmente, para abordar aquellos casos que todavía no están siendo atendidos en la red de salud mental, pero que, sin embargo, precisan una valoración y una intervención de los servicios especializados en salud mental.

“Nos llegan un montón de casos que no sabemos cómo atender, no tenemos formación, las coordinaciones son como se puede con salud mental, hay muchísimas cosas que obstaculizan, entre ellas la estigmatización, la confidencialidad de datos [...] alguien comentaba que, para cuando un caso sube arriba [al centro de salud mental], es decir, estás trabajando la conciencia, y dices ‘venga ya, puedes subir’, llamas y te dicen ‘no, el médico de cabecera, el volante, enfermería, valoración...’ y ahí, pues el caso, a veces, se pierde” (E1_5).

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

En este sentido, desde las asociaciones de familiares y desde los propios servicios de atención especializada a la salud mental también se considera necesario mejorar la formación del personal médico de atención primaria para la detección de la sintomatología asociada a las distintas patologías psiquiátricas e, incluso, se considera conveniente diseñar un protocolo claro de derivación que impida la discrecionalidad en la derivación de los casos desde el sistema de atención primaria a la atención especializada, al tiempo que se previene la saturación de las consultas que podría producirse, en parte, debido a una mala aplicación de los criterios de derivación por parte del personal de atención primaria.

“Yo creo que la realidad es que tenemos mucha demanda asistencial, no de trastorno mental grave, sino de un general de todo lo que cubrimos y nos llega desde la atención primaria.” (E1_6).

Un segundo obstáculo para detectar casos es también **el procedimiento de derivación a los servicios especializados**, el cual exige que las personas sean valoradas por su médico de cabecera para poder acceder a los servicios especializados, ya que la puerta de entrada al sistema sanitario se sitúa en los servicios sanitarios de atención primaria. Esto implica, como ya se ha dicho, que el personal médico de atención primaria debe tener una buena capacidad para detectar los síntomas y valorar la gravedad de los casos. En este sentido, en la propia Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se reconoce el papel clave de esta figura profesional en el cribado de los casos que llegan a acceder a la atención especializada, al tiempo que se alerta de la importancia de contar con protocolos y criterios de derivación consensuados y que se apliquen de manera homogénea. No obstante, también se apunta a que, habitualmente, los casos de trastorno mental grave suelen tener su primer contacto con la red de salud mental a través de los servicios de urgencia, por lo que, si la persona quiere, la derivación al centro de salud mental sería relativamente rápida gracias al volante del hospital.

“Hay casos que ni tendrían que llegar a salud mental, entonces, esos casos son los que están sobrecargando también mucho la red salud mental y que los casos de trastorno mental grave que son, en realidad, los que necesitarían más [atención]. El estudio de los que [ya] se estaría viendo es más difícil, porque necesitan otro enganche, convencerles, y a veces ellos claro, como se identifican como enfermos, entonces, claro, todo eso requiere un trabajo desde atención primaria” (E1_6).

“Hay médicos de primaria que no soportan a un enfermo mental, no [lo] soportan, porque les pone a ellos mal, quiero decir, ¿eh?, entonces tienden a mandártelo urgente siempre. Y otros, en cambio, pues bueno, lo llevan de otra manera. Y otros incluso se pasan y se lo quedan demasiado tiempo [...], pero bueno, nuestro acuerdo con primaria es que, si detectan uno de estos casos [de trastorno mental grave], nos los manden ya, o sea, ya, no que piensen si le podrían poner no sé qué o hacer no sé cuántos, o sea, si ves a alguien delirando, con alucinaciones, mándanoslo urgente, ya está, ese es el acuerdo con ellos”(E1_1).

No obstante, en los servicios sociales de base se indica que hay casos de personas que se niegan a acudir al centro de salud mental y tampoco llegan a hacer uso de los servicios de urgencias psiquiátricas. Es precisamente para atender y derivar este tipo de casos que los servicios sociales de base plantean dos tipos de necesidades. Por un lado, se pide asesoramiento y apoyo profesionalizado, ya sea del centro de salud mental de referencia o de otro servicio de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, para ayudar a detectar y manejar aquellos casos con un problema de salud mental asociado. Por otro lado, consideran que debería existir un sistema de derivación más ágil para que ciertos casos puedan acceder al centro de salud mental, especialmente aquellos en los que la persona presenta una clara sintomatología, carece de conciencia de enfermedad, o no cuenta con una red social y familiar que pueda contener la situación hasta que la persona sea atendida. En la Dirección de Salud Mental de Gipuzkoa, sin embargo, se señalan las dificultades para implementar un

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

protocolo de estas características y se recuerda el papel que el sistema de atención primaria debe desempeñar a la hora de elaborar este tipo de mecanismos de coordinación.

“Realmente, no podemos establecer un protocolo, porque nosotros [los centros de salud mental], en realidad, no somos la puerta de entrada al sistema sanitario, eso está en el Decreto de Estructura Sanitaria. Entonces, el médico de cabecera tiene que tener conocimiento del caso y tiene que ser él quien valore la necesidad de atención especializada del paciente, no una trabajadora social, que no es sanitaria. [...] pero luego, todos nos conocemos en cada zona y ya sabemos las habilidades de cada uno: entonces, habrá trabajadores sociales que tendrán un ojo clínico de la de Dios, ¿no?, y si nos llama esta, o este, para ‘casa’, ¿no?” (E1_1).

Finalmente, existe una tercera dificultad para atender y derivar este tipo de casos y es que, en virtud del **principio de autonomía del paciente**, salvo que la persona decida acudir a los servicios de salud mental de forma voluntaria no existe ningún mecanismo, salvo la incapacitación judicial, para obligarle a ello. Este es, no obstante, un procedimiento largo y complejo, además de invasivo para la persona usuaria, por lo que solo se aplica en casos de especial gravedad. Todas estas circunstancias hacen recomendable un mayor acercamiento de los servicios de salud mental a los servicios sociales de base y, en general, a los servicios comunitarios, ya que, estos son lugares donde es posible detectar casos y llegar a conectar a las personas usuarias con la red de recursos de atención. No obstante, para ello sería necesaria la presencia de equipos itinerantes de atención psiquiátrica en el territorio, un servicio con el que no se cuenta en la actualidad y que, como se verá más adelante, también podría servir para atender a las personas en una situación de exclusión social grave con trastorno mental.

“Yo creo que hay mucha gente, toda la gente que no va voluntariamente [a los servicios de salud mental] está perdida, fuera del radar, y con la excusa de la autonomía del paciente, el sistema se inhibe, y a mí me parece que es una irresponsabilidad” (E1_3).

“Veo que después hay otra montaña, no sé cuál, del iceberg, solo vemos la punta, está debajo, y muchísimo mal se encuentra... no diagnosticado, no concienciado, y que [hay gente que] está como un ciudadano más, que existen problemas de convivencia, familiares, y que a eso no se le pone el nombre de enfermedad mental; [estas personas] incluso al sistema médico, como el del ambulatorio, es que tampoco llegan, no estoy diciendo que no lleguen al centro de salud mental, es que no van ni al médico: es decir, hay mucha gente que no está [en los servicios de salud mental], entonces, es muy complicado el trabajo con ellos” (E1_5).

Un segundo ámbito en el que se hace necesario mejorar la continuidad de la atención es en el de las **altas hospitalarias que se producen tras un primer ingreso psiquiátrico**. Como ya se ha mencionado, la mayoría de las personas tienen su primer contacto con los servicios de salud mental a través de los servicios de urgencias, y aunque hay muchas personas que siguen el consejo médico y solicitan posteriormente una cita con su médico de cabecera para poder continuar con su tratamiento, también quienes no lo hacen. La cuestión es que, actualmente, en virtud de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no se notifica ni al médico de cabecera, ni al centro de salud mental de referencia de la persona usuaria, que la persona ha acudido a los servicios psiquiátricos de urgencia. Esto supone que el/la profesional de atención primaria pierde una información muy importante sobre su paciente y no tiene oportunidad de contactarlo/a o hacer un seguimiento al respecto posteriormente. Si bien es cierto que, en virtud de las cláusulas de confidencialidad sobre la información clínica y el principio de autonomía del paciente, no es posible compartir esta información entre los/as profesionales sin la autorización expresa de la persona usuaria, parece que sería adecuado fomentar, por un lado, la firma de un consentimiento para poder compartir esta información con los servicios de salud de atención primaria, así como potenciar algún tipo de

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

seguimiento por parte de los servicios de urgencia tras una primera hospitalización para conocer la evolución del caso, cuando la persona no desea acudir a su médico de cabecera.

“Pero bueno, ahí hay casos que van bien, funcionan, y otros que también se pierden, porque no se les da el seguimiento del centro de salud mental. Que a mí me parece muy importante, porque si se descuelga de allí, la única posibilidad que tenemos para otra vez reengancharle es que acuda al médico por otros motivos” (E1_5).

“Hay que asegurar que el paciente venga [a la consulta del centro de salud mental o atención primaria de salud], claro, ¿eso cómo se asegura? Pues malamente, [entonces] habría que asegurar entonces quizás que conozcamos al paciente antes de que salga del hospital y que lo podamos convertir en paciente ya, que él nos conozca, y que no sea tan invasivo luego el contacto, por ejemplo, ¿no?” (E1_1).

Un tercer aspecto sobre el que se debería de intervenir es la **potenciación de recursos de intervención temprana**. De hecho, el acceso a la mayoría de los servicios especializados de salud mental exige actualmente que las personas tengan acreditado un diagnóstico de trastorno mental grave, un proceso que puede prolongarse en torno a uno o dos años, hasta que los síntomas presentan un carácter estable y se establece un diagnóstico definitivo. Durante este tiempo, las personas únicamente cuentan con las consultas de seguimiento en el centro de salud mental y con el servicio de la unidad de día, en el caso de aquellos centros que disponen de una, como recursos de atención a los que acudir. Sin embargo, ninguno de estos dos recursos se adapta a las necesidades que presentan muchas de las personas usuarias en esta primera fase de la enfermedad. Por un lado, la intensidad de la atención en las consultas de los centros de salud mental es insuficiente; y, por otro lado, las unidades de día no ofrecen intervenciones especializadas o estructuradas hacia objetivos de recuperación rápida, sino que se centran más bien en la toma de conciencia de la enfermedad y presentan un perfil muy variado de personas usuarias con grados de deterioro y niveles de evolución de la enfermedad muy distintos entre sí. A este respecto, en la Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa se considera que una primera medida en este sentido debería ser la creación de un programa de atención a primeros episodios psicóticos. Los fundamentos de este tipo de programas se exponen más adelante en el apartado donde se analiza la situación de las personas jóvenes con trastorno mental grave, uno de los colectivos que más puede beneficiarse de este tipo de intervenciones.

En cuarto lugar, la continuidad de los cuidados pasa por potenciar en mayor medida **el uso de programas de apoyo domiciliario**, especialmente aquellos de carácter sociosanitario y los que están orientados a las personas que viven solas en su domicilio. De hecho, algunas personas han señalado iniciativas interesantes aplicadas en la atención a las personas mayores que también podrían adaptarse a la atención de las personas con trastorno mental grave. Este es el caso del Proyecto Etxean Ondo²³, una prueba piloto llevada a cabo entre 2012 y 2014 en ciertas zonas del territorio de Gipuzkoa y Álava y que estaba dirigida a mejorar la atención domiciliaria de las personas mayores en

²³ Etxean Ondo pretendía aplicar y validar el modelo de atención integral y centrada en la persona a quienes se encontraban en situación de fragilidad o dependencia y vivían en sus propios domicilios. El proyecto contó con la participación de los siguientes agentes e instituciones: el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco; las direcciones territoriales de Sanidad de Gipuzkoa y Álava; los ayuntamientos de San Sebastián, Tolosa, Oiartzun, Zarautz e Irun (Gipuzkoa); diez ayuntamientos de la Cuadrilla de Añana (Álava); la Diputación Foral de Álava; los centros de salud de los municipios correspondientes; proveedores de servicios de ayuda domiciliaria y otros servicios de proximidad; y la Fundación Pílares para la Autonomía Personal.

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

situación de fragilidad o dependencia que residían en su propio domicilio. Este programa tenía como objetivo aplicar la planificación centrada en la persona a la organización del servicio de asistencia domiciliaria (SAD), reforzando con ello la coordinación sociosanitaria en la atención de dicho caso y adoptando una perspectiva más amplia sobre las necesidades de las personas usuarias que fueran, en este caso, más allá de lo estrictamente doméstico y lo relacionado con el cuidado personal, para abarcar también la provisión de apoyos que facilitaran la participación de la persona en la comunidad.

“En tercera edad, empezamos con el programa Etxean Ondo, no sé, y ahora nos estamos planteando el trabajar en [salud mental en] atención primaria, tanto en salud como en servicios sociales, con una actitud diferente, en el acercamiento al sujeto, en el modelo centrado en el individuo. Pienso que esto [el Programa Etxean Ondo] sería un ejemplo de modelo centrado en la persona y en las personas. Ahora ¿eso qué significa?, pues no solo en salud, sino en servicios sociales también, esto implica más personal..., y con lo que tenemos, es difícil” (E1_5).

Un último aspecto que también se considera clave para ofrecer una atención más personalizada e integral a las personas con trastorno mental grave en Gipuzkoa es la creación de **la figura del referente de caso**, ya que si bien la gestión cotidiana de los casos se ha ido resolviendo mediante el establecimiento de acuerdos bilaterales y, en algunos casos, también de protocolos de colaboración y coordinación entre los distintos agentes de la red, lo cierto es que el hecho de que ninguno/a de los/as profesionales que intervienen en un mismo caso pueda atribuirse el papel de gestor/a hace difícil a veces alinear las distintas actuaciones profesionales entre sí. Aunque estas situaciones no se producen de forma generalizada, cuando lo hacen, obstaculizan las intervenciones y reducen la calidad de la atención.

“Yo creo que el tema de la coordinación es un tema que hay que seguir mejorándolo, porque sí que es cierto que, aunque hacemos todos ese esfuerzo, hay veces que sí que, a nivel profesional, sigue habiendo un poco gente que dice, pues este es mi paciente y no me gusta igual otro tipo de orientaciones que le puedan dar [a la intervención] otras personas u otro tipo de alternativas, entonces bueno, yo creo que hay que seguir un poco haciendo hincapié en que es un trabajo de todos” (E2_2).

El ejemplo de coordinación más estructurada existe actualmente entre el Grupo Gureak y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, que en 2012 firmaron un protocolo de colaboración que les ha permitido coordinar las intervenciones de los/as profesionales de ambos sistemas. Por lo que respecta a los demás actores que participan en la atención a las personas con trastorno mental grave, aunque no hay establecidos cauces de coordinación tan definidos entre los distintos profesionales, en los centros de día de rehabilitación psicosocial, los recursos residenciales y en el servicio de tutela se considera que la coordinación funciona de forma adecuada.

“Dentro de lo que es el protocolo hay reuniones periódicas, en el caso de [los] talleres, por ejemplo, de todos los talleres con el centro de salud mental de referencia [hay una reunión] haciendo un seguimiento de todas las personas que tienen firmado el consentimiento. Entonces, claro, son reuniones en las que ahí sí se habla, no de diagnóstico, pero sí de dificultades, de cómo podemos apoyar, [de] que está pasando, [pues] le estamos cambiando la medicación, le hemos subido, le hemos bajado y [es] lo que hace también que ante cualquier dificultad en el momento se pueda llamar y le dan cita [a la persona] ese mismo día. [Eso] está recogido dentro de lo que es el protocolo” (E2_3).

“Con los centros de salud mental, estamos muy conectados, porque ellos son los que llevan el tratamiento psiquiátrico y de enfermería, así como con otros agentes que también compartimos [pacientes], porque tenemos muchos pacientes que vienen a nuestro centro durante el día, pero que duermen en una unidad residencial de

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

trastorno mental severo, entonces, están en otra institución, por lo que tenemos que tener una coordinación con los agentes que trabajamos” (E2_1).

No sucede lo mismo, sin embargo, con los servicios sociales de base, donde el grado de coordinación con los centros de salud mental depende más bien de los acuerdos y las dinámicas establecidas en las distintas zonas del territorio. Así, en la comarca de Oarsoaldea existen municipios que celebran reuniones mensuales entre los servicios sociales de base y el centro de salud mental de referencia para dar seguimiento a los casos comunes. En otros lugares, sin embargo, las coordinaciones solo se producen en los casos de especial complejidad. También debe tenerse en cuenta que, en la medida en que los centros de salud mental tienen equipos multidisciplinares que incluyen la figura de un/a trabajador/a social, hay personas que no llegan a pasar por los servicios sociales municipales salvo para realizar gestiones de carácter puntual. Aunque esta forma de funcionamiento a veces agiliza los procedimientos, otras veces genera una escisión en la atención social de las personas usuarias, que acuden simultáneamente al centro de salud mental y a los servicios sociales de base. Este es, por lo tanto, uno de los ámbitos en los que se observan oportunidades de mejora en la coordinación entre ambos sistemas.

No obstante, este diagnóstico pone en evidencia que establecer una figura profesional que actúe como referente de caso en la atención a las personas con trastorno mental grave no es una decisión exenta de dificultades. De hecho, pueden señalarse hasta cuatro posturas distintas sobre quién y en qué casos debería asumir la función de gestor/a del caso:

- La primera de estas posiciones considera que la gestión de casos debería permanecer siempre adscrita a la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, ya sea en el centro de salud mental de referencia o en las unidades de hospitalización de media y larga estancia cuando la persona permanezca ingresada por un periodo de tiempo prolongado.
- Una segunda perspectiva estaría basada en una lógica inversa, según la cual el referente de caso estaría situado en el sistema de servicios sociales. Concretamente, en el sistema de atención primaria cuando la persona recibe atención diurna o acude únicamente a las consultas regulares en el centro de salud mental, y en el sistema de atención secundaria cuando la persona vive en un recurso de carácter residencial.
- Desde un tercer punto de vista, se cree que el referente de caso debería situarse en aquel servicio que atiende a la persona con una mayor intensidad y continuidad. Así, por ejemplo, esa figura se situaría en los centros de atención diurna mientras las personas viven en su domicilio, y en los recursos residenciales en el momento en que pasan a una vivienda protegida.
- Finalmente, una cuarta propuesta señala que el liderazgo del caso —y, por lo tanto, también la figura del referente de caso— debería pendular entre un sistema y otro en función de si las dificultades de la persona tienen un componente de carácter más social o más sanitario. Dado que esta situación es dinámica y cambiante, parece que deberían de existir dos referentes, uno en cada sistema, los cuales irían alternándose en la asunción del rol principal, en función de la valoración del caso. Respecto a la figura profesional que cumpliría con este rol, no se ha destacado ninguna en particular, siendo psicólogos/as, trabajadores/as sociales y psiquiatras quienes, por lo general, actúan como responsables de los casos en los servicios que existen en la actualidad.

Para terminar, una cuestión que sin estar directamente relacionada con la continuidad de los cuidados sí que afecta a su calidad es **la necesidad de mejorar la formación, general o específica, en la atención a la enfermedad mental** por parte de los distintos agentes que participan en la red de atención. A este respecto, a lo largo del diagnóstico se han detectado diversas necesidades formativas e incluso en algunos servicios se ha planteado la necesidad de contar con apoyo especializado de forma puntual en la atención a determinados casos.

Esta demanda procede sobre todo de los servicios sociales municipales, ya que por su carácter más generalista y por la escasa presencia que la atención a la enfermedad mental ha tenido

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

históricamente en sus servicios, es donde parece que existe un mayor desconocimiento en el trabajo con este grupo de población. Los servicios que atienden a las personas con trastorno mental grave en el ámbito municipal son fundamentalmente tres. En primer lugar, los servicios sociales de base, donde la formación debería centrarse en mejorar las competencias para la detección y el manejo de casos, pero donde la principal necesidad es contar con estructuras de coordinación sociosanitaria como los equipos de atención primaria sociosanitaria, que permitan que cuando se detecta un nuevo caso se haga una valoración conjunta por parte de los servicios sociales y sanitarios. Un segundo servicio es el servicio de ayuda domiciliaria, donde las auxiliares reciben una formación fundamentalmente orientada a la atención a personas mayores en situación de dependencia y no cuentan con conocimientos específicos en la atención a personas con trastorno mental grave. Por último, los servicios de atención diurna y acogida nocturna para personas en situación de riesgo o en situación de exclusión social también tienen un porcentaje relativamente alto de personas con problemas de salud mental asociados, con el agravante de que, en estos casos, las personas muchas veces o no están diagnosticadas o presentan una baja adherencia al tratamiento, lo cual complica la intervención. Tampoco en este ámbito existe personal especializado en la atención a este colectivo.

“A nosotros, muchas veces incluso nos han pedido desde ayuntamientos que, a las auxiliares [del Servicio de Ayuda Domiciliaria], sí, al final, son auxiliares las que van al domicilio, que les demos formación, porque igual tienen casos de enfermedad mental, y claro, pues no tienen formación para manejarlos” (E2_2).

En cuanto a los demás servicios de la red de atención, la falta de formación se observa sobre todo en el personal que trabaja en las unidades residencial de trastorno mental severo (URTMS), ya que la gestión de estos servicios ha sido asumida fundamentalmente por entidades procedentes de la atención a la tercera edad, de modo que normalmente las personas que trabajan en esos recursos no cuentan con formación especializada. A este respecto, en la Sección de Salud Mental y Área Sociosanitaria de la Diputación Foral de Gipuzkoa señalan la dificultad para encontrar entidades con experiencia en la atención a la enfermedad mental que quieran y puedan asumir la gestión de los nuevos recursos, de modo que, a veces, debe sacrificarse este aspecto en pro de otros como la disponibilidad de infraestructuras adecuadas. En el caso de los servicios de inserción sociolaboral, como ya se ha comentado, Gureak cuenta con un protocolo de colaboración con Osakidetza que incluye también aspectos formativos, que, en este caso, más que tener un carácter general suelen adoptar un carácter más específico, como, por ejemplo, la formación en prevención del suicidio o en el manejo de los trastornos de personalidad. En todo caso, este último punto da una idea del carácter continuo y cambiante de la formación y capacitación que se necesita para atender este tipo de casos, y obliga a poner el foco en los recursos, los medios y los espacios que se están destinando a proveer este tipo de formación.

“Ekipoak horretarako formatu egin behar dira, eta gero, egia da, ez da ere unitate bat irekitzera noa eta etortzen zaizkizu 25 eskaintzen kriston unitateak, eta kriston kurrikulumak... ez da horrela, enkaxatu behar dugu ahal den tokian, ez badaukate esperientzia asko ba formatuko dira, gauza bat da zer den ideala eta beste gauza bat da konkretatzea [...] oportunitateak aprobetxatu behar dituzu eta gero saiatu horrekin aurrera joatea, porque ideala itxoiten egongo bagina ez genuen ezer egingo” (E1_2).

“Gurutze Gorriak esan zigun formazioko kurtso bat egiten zioaztela pertsonaleko trastornoetarako buruz eta ordenen planteatu gendun, buelta bat eman genion, eta egitera goazena da Diputaziotik entitate guztiei, osasun mentalen lanean ari diren entitate guztiei eskaini, bidali pare bat pertsona formación de formadores bezala, gero zuek zuen sarera eta bueno ba lortuko bagenu urtean behin horrelako zerbait egitea, adibidez pertsonalitateko trastornoak oso gai potentea dira momentu honetan” (E1_2).

6.5 Empoderamiento y participación social de las personas con trastorno mental grave

Respecto a la participación social y el empoderamiento de las personas con trastorno mental grave existe una triple dificultad. En primer lugar, el desconocimiento, los prejuicios y el estigma²⁴ continúan marcando en gran medida la percepción social sobre este colectivo, lo que perpetúa la discriminación. A estos factores se suman el autoestigma y la tendencia al aislamiento, relativamente frecuentes entre estas personas. Finalmente, también debe tomarse en cuenta la existencia de un tejido asociativo menos desarrollado que el que ha rodeado a otros perfiles de personas con discapacidad.

La apatía que caracteriza algunos trastornos mentales, el uso de determinados fármacos psiquiátricos y el cansancio de las familias cuidadoras parecen explicar en buena parte por qué **este colectivo se ha movilitado menos** que otros que experimentan riesgos similares de exclusión social:

“Es un colectivo que se queja poco. Siempre le suelo decir a la gente que tenemos que quejarnos nosotros por ellos. Es decir, pienso que, en personas mayores, las familias están acostumbradas a quejarse más, pero los individuos con trastorno mental grave [y] las familias se quejan poco, y me gustaría que lo hicieran más, porque eso también nos motivaría a nosotros a ofrecer cosas diferentes” (E2_1).

Además, su reducido tamaño, unido a la relativa falta de demandas del colectivo, hace que la enfermedad mental **no se sitúe en el primer plano de la agenda social**:

“Nik pentsatzen dot pertsona hauek direla inbisibleak gizartean, hau da, pentsamendua preso daukate, zenbait momentutan krisaldietan ezin dute pentsatu, ezin dute pentsatu, orduan hau kontutan edukin da, gaur egun zer garrantzi ematen zaion drogen menpekotasunari, *bullying*-ari, emakumearen enpoderamenduari [...]. Uste dot hau dala errealitate bat, gero eta jende gazteagoan ematen ari dena eta beste gaixotasun motatan, IESa adibidez edo alzheimerra. Esan nahi dot, gai horrek arruntak direla gaurko gizartean, badira hitzaldiak, badaude eguneak zaintzaileak zaintzeko, berriz buruko gaixotasunean hori ez dago saretua, hori egin behar dogu bakarka familiak, eta elkarte hauek sortu egin badira ba nolabait da familien indarrak batzeko” (E3_1).

Todo ello se refleja en un menor compromiso político con la mejora del bienestar de estas personas y una mayor tolerancia ante las situaciones de vulneración de derechos, indefensión judicial o exclusión social de estas personas.

Por otra parte, las entrevistas realizadas evidencian que persisten numerosos prejuicios, así como el estigma asociado al diagnóstico. Los medios de comunicación y la imagen social que proyectan acerca de las personas con trastorno mental grave tienen una importante responsabilidad en ello.

“El estigma, esta es una lucha constante que tenemos [...] la persona con trastorno mental grave es un individuo normal, que tiene su enfermedad, sus síntomas y limitaciones, y punto. [...] Pero bueno, coges cualquier medio de comunicación y cuando un enfermo mental ha cometido un delito, [el tratamiento informativo] no tiene nada que ver a si lo ha cometido otro sujeto o un enfermo digestivo. Es verdad también que a veces la persona con trastorno mental grave que comete un hecho

²⁴ Véase a este respecto (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015)

6. RETOS TRANSVERSALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE GIPUZKOA

delictivo lo realiza bajo los síntomas de la enfermedad; el hecho puede ser muy extravagante, llamativo y raro, pero eso no significa que sea más peligroso que los demás” (E2_1).

Este desconocimiento sobre la enfermedad mental, sus características y sus consecuencias limita notoriamente las oportunidades de las personas con trastorno mental grave, algo que de especial gravedad en el ámbito de la inserción laboral y la participación social:

“No todo tiene que ser en talleres protegidos, tiene que ser en puestos normalizados, porque además son personas muy autónomas, inteligentes, [...] [algunas con] carreras y [...] capaces de hacer cosas. Seguramente no pueden aguantar unas jornadas muy largas, pero unas medias jornadas en un puesto, oye, harían perfectamente ese trabajo. [...] Luego, el tema social, si la sociedad lo mira bien: ¿cómo integras una persona que tiene una pinta un poco rara? Pues ahí también tenemos un camino que recorrer con las personas con enfermedad mental. Eso veo yo. Por ejemplo, vas a alquilar un piso para alguien y, según la pinta que tenga, pues te lo alquila más fácil o no” (E2_4).

“Tanto en los centros como en los programas de ocio, hay un día a la semana que está estipulado, que ellos así lo han elegido, que quieren ir al polideportivo, los que quieran acercarse. Entonces, ahí igual se ha tenido que reservar una sala para jugar a lo que sea, o se ha pedido permiso para utilizar las instalaciones, porque vamos un grupo tal y saben, ¿no?, que van personas con un problema de salud mental, y de hecho ellos nos exigen —que ahí tenemos nuestras discrepancias— que tienen que ir acompañados de un monitor, cuando nosotros queremos que sea algo que vayan por su cuenta, pero no nos dejan” (E2_2).

Frente a todas estas limitaciones, se ha constatado que tanto las asociaciones de familiares como algunos grupos de personas usuarias reclaman cada vez en mayor medida una atención verdaderamente inspirada en el concepto de **recuperación**, es decir, que aborde la enseñanza de habilidades para el manejo de la enfermedad a las personas usuarias y sus familias, el apoyo entre iguales, el fomento de la autonomía de los/as pacientes en el marco de planes de atención individualizada y, por último, el empoderamiento y la participación de las personas usuarias para participar en el diseño de las intervenciones y el funcionamiento de los recursos.

Estos planteamientos empiezan a formar parte ya de varios de los recursos de la red de atención, diseñados tomando **el empoderamiento como un enfoque transversal y un eje central de los servicios**. En este sentido, cabe mencionar concretamente el Programa de Apoyo Mutuo de Agifes, el Club Social que gestiona esta misma entidad y el comité de Participación de la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos (Fedeaefes). Todos estos recursos e iniciativas se describen en el siguiente capítulo en el apartado correspondiente a los servicios del ámbito social:

“En todos los programas [...] hay un espacio para ellos, tanto en los pisos, en los centros, en los programas de ocio, [un espacio] en el que hacen asambleas para que ellos —no están dirigidos por un profesional esa asamblea—, [...] puedan tener un espacio de hacer quejas, de proponer cosas nuevas, e incluso hay algunas actividades que ellos las eligen [...] esas actividades comunitarias las organizan ellos” (E2_2).

Sin embargo, el empoderamiento y la participación de las personas usuarias parece continuar siendo una asignatura pendiente en otros muchos recursos, de forma que, si bien se han empezado a dar pasos en esa dirección, todavía no se ven significativos.

7 BIBLIOGRAFÍA

Agencia navarra para la dependencia. [Documento marco. Servicio de centros ocupacionales. Personas con discapacidad y enfermedad mental y exclusion social](#). Pamplona, 2009, 29 p.

Aierdi, X., Oleaga, J. A., Moreno, G., Herrero, I., & Armiñano, I. A. de. (2009). *Perfil y necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia*.

American Psychiatric Association [APA]. (2000). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176>

AONTAS The National Adult Learning Organisation. (2018). Training Programme for People with Disabilities Named Nationwide Winner in AONTAS STAR Awards. Retrieved March 30, 2018, from <https://www.aontas.com/knowledge/news/training-programme-for-people-with-disabilities-named-nationwide-winner-in-aontas-star-awards>

Asociación Zubietxe & Fundación EDE. (2014). *Proyecto piloto para el acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social*.

Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., ... Kopp, B. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 66(5), 463–469.

Baumgartner, J. N., Silva, T. F. C. da, Valencia, E., & Susser, E. (2012). Measuring social integration in a pilot randomized controlled trial of critical time: intervention-task shifting in Latin America. *Cadernos Saude Coletiva*, 20(4), 436–439.

Befrienders Dublin. (2018). Befrienders Dublin. Retrieved August 20, 2006, from <https://www.befriendingservice.com/>

Bernad, R., Yuncal, R., & Panadero, S. (2016). Introducing The Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme. *European Journal of Homelessness*, 10(1), 57–86. Retrieved from http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/AportacionesRAISFundación_05_IntroducingHFinSpain_Habitatprogramme.pdf

Bouvet, C., Battin, C., & Le Roy-Hatala, C. (2015). Le modèle Clubhouse pour les personnes souffrant de troubles psychiques: Revue de littérature et expérience française. *Encephale*, 41(6), 477–486. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.09.001>

Bretherton, J., & Pleave, N. (2015). *Housing First in England - an evaluation of nine services*. Retrieved from [https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing First England Report February 2015.pdf](https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf)

Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe: Final Report. Bremen/Brussels: European Union Programme for Employment and Social Solidarity*.

Cadena Ser. (2016). Bizkaia y Gipuzkoa se apuntan al “Housing First” para las personas sin hogar. Retrieved June 4, 2018, from http://cadenaser.com/emisora/2016/09/08/radio_bilbao/1473313861_620898.html

Cazzaniga Pesenti, J., & Suso Araico, A. (2015). Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.” *Confederación Salud Mental España*, 7–112. <https://doi.org/M-33256-2015>

Clubhouse International. (2010). *Clubhouses and Clubhouse Research Outcomes*. Retrieved from https://clubhouseandalucia.files.wordpress.com/2014/10/research-outcomes_2014-4.pdf

Clubhouse International. (2018a). Clubhouse Directory. Retrieved June 16, 2018, from

7. BIBLIOGRAFÍA

- <https://clubhouse-intl.org/what-we-do/international-directory/>
- Clubhouse International. (2018b). What Clubhouses Do. Retrieved June 16, 2018, from <https://www.clubhouse-intl.org/what-we-do/what-clubhouses-do/>
- Debelle, D. (2014). *Relais Social Urbain La Louvière, Rapport d'activités et d'évaluation 2014 La*.
- Departamento de Política Social Diputación Foral de Gipuzkoa. (2015). *Modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental*.
- Departamento de Salud, G. V. (2018a). Conoce el Área Encuesta de Salud. Retrieved December 12, 2018, from <http://www.euskadi.eus/encuesta-salud/inicio/>
- Departamento de Salud, G. V. (2018b). Memorias de actividad anual de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Retrieved December 1, 2017, from http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gksmeg01/es/contenidos/informacion/smeg_memorias/es_smeg/smeg_gipuzkoa.html
- Departamento de Salud, G. V., & Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2018). *Prioridades Estratégicas de atención sociosanitaria Euskadi 2017-2020*.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225.
- Felix, A., & Samuels, J. (2010). *Critical Time Intervention in Action: Serving Homeless Families*.
- Fraiz Alcubilla, T., Arginarena Ruiz, O., & De La Rua Madrazo, I. (2014). INTERVENCIÓN DESDE LA BAJA EXIGENCIA CON PERSONAS SIN HOGAR EN EL MUNICIPIO DE BILBAO. In *VI Congreso Estatal de Educación Social* (pp. 1–10).
- Fundación RAIS. (2018). Hábitat ¿Y si empazamos por la vivienda? Retrieved February 5, 2018, from <https://raisfundacion.org/habitat/>
- Gallego Sola, I. (2015). *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*. Universidad de la Rioja. Retrieved from http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001096.pdf
- Garay, M., Notario, E., Duque, J. M., Olaskoaga, A., & Uriarte, J. J. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan*, 179–190. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.12>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Gorman, J. (2012). *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of employment services offered by the clubhouse model*. American University.
- Hänninen, E. (2012). *Choices for Recovery. Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms*. Retrieved from <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-694->
- Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. S. (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713–719.
- Herman, D., Opler, L., Felix, A., Valencia, E., Wyatt, R. J., & Susser, E. (2000). A Critical Time Intervention with Mentally Ill Homeless Men: Impact On Psychiatric Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 135–140.
- Housing First Belgium. (2013). *Mise En Place De L'Experimentation Housing First Belgium*. Retrieved from <http://www.housingfirstbelgium.be/medias/files/hfb-mise-en-place-et-1eres-observations-2.pdf>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Defunciones por suicidios. Retrieved June 15, 2017, from <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4325&capsel=4327>
- Jambrina, J. J. M. (2017). *El Modelo Avilés para la Implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario en España*. Universidad Autónoma de Madrid. <https://doi.org/10.1109/OFC.2005.192829>
- Johnsen, S., & Fitzpatrick, S. (2013). Turning Point Scotland's Housing First Project Evaluation: Final Report. *Edinburgh: Heriot Watt University*.
- Jones, K., Colson, P. W., Holter, M. C., Lin, S., Valencia, E., Susser, E., & Wyatt, R. J. (2003). Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatric Services, 54*(6), 884–890.
- Lako, D. A. M., de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Herman, D. B., van Hemert, A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2013). The effectiveness of critical time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: study protocol of two randomised controlled trials. *BMC Public Health, 13*(1), 555.
- Martínez-Rodríguez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Revista de Ciencias Sociales, Junio 2013*(41), 209–231.
- Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>
- Mitchell, G., & Pistrang, N. (2011). Befriending for mental health problems: processes of helping. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(2), 151–169.
- Morel, Palier, & Palme. (2015). TOWARDS A HUMAN INVESTMENT STATE: FUTURE-ABLE EDUCATION, SKILL FORMATION, AND ECONOMIC-FINANCIAL LITERACY AS PREREQUISITES OF SUSTAINABLE WELFARE SOCIETY. In B. Marin (Ed.), *The Future of Welfare in Global Europe*. Oxon Routledge.
- Mowbray, C. T., Woodward, A. T., Holter, M. C., MacFarlane, P., & Bybee, D. (2009). Characteristics of users of consumer-run drop-in centers versus clubhouses. *Journal of Behavioral Health Services and Research. https://doi.org/10.1007/s11414-008-9112-8*
- Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.
- Obertament. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Taula d'entitats Del Tercer Sector Social de Catalunya, 26, 18*. Retrieved from https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf
- Ophélie Martin. (2013). Acces to services by people with severe Mental Health Problems Who are homeless. Retrieved March 25, 2018, from <https://mhe-sme.org/access-to-services-by-people-with-severe-mental-health-problems-who-are-homeless/>
- Osakidetza. (2017). *Osakidetzaren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017 2020*.
- Osakidetza. (2008). *Guía de información general del hospital psiquiátrico de Álava*.
- Pérez, F., Almela Bernal, J., Aznar Martínez, A., Caballero Estebaranz, N., Canovas Conesa, J., Carcelén García, E., ... López Navarro, J. (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*.
- Pérez, G., Gotsens, M., Palència, L., Marí-Dell'Olmo, M., Domínguez-Berjón, M. F., Rodríguez-Sanz, M., ... Borrell, C. (2016). Protocolo del estudio sobre el efecto de la crisis económica en la mortalidad, la salud reproductiva y las desigualdades en salud en España. *Gaceta Sanitaria, 30*(6), 472–476. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.018>
- Pleace, N., & Bretherton, J. (2013). Finding the Way Home: Housing-Led Responses and the

7. BIBLIOGRAFÍA

- Homelessness Strategy in Ireland (Dublin: Simon Communities of Ireland).
- Plotnick, D. F., & Salzer, M. S. (2008). Clubhouse costs and implications for policy analysis in the context of system transformation initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Salzer, Mark S.: Center for Mental Health Policy and Services Research, University of Pennsylvania, Department of Psychiatry, 3535 Market Street, 3rd Floor, Philadelphia, PA, US, 19104, Mark.Salzer@uphs.upenn.edu: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services and Department of Rehabilitation Counseling, Sargent College of Health and Rehabilitation Services, Boston University. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.128.131>
- Red de salud mental de gipuzkoa. (2013). *Plan estratégico 2013 – 2017*.
- Rodríguez, P. R. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. *Papeles de La Fundación Pilares Para La Autonomía Personal*, (1).
- Rogers, C. R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Paidós. Retrieved from <https://books.google.es/books?id=KEvpPQAACAAJ>
- SMES Europe. (2018). Santé Mentale et Exclusion Sociale. Retrieved March 26, 2018, from <http://www.smes-europa.org/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Samhsa. Retrieved August 20, 2006, from <https://www.samhsa.gov/>
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W.-Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256–262.
- Tomita, A., & Herman, D. B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935–937.
- Vidal Fernández, F. (2015). Estrategias innovadoras para la inclusión social. *European Anti Poverty Network*, 1–31.
- World Health Organization. (2008). *Stigma: An International Briefing Paper*. Retrieved from http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf
- Zalakain, J. (2013). Tendencias y prácticas innovadoras en inclusión social. Perspectiva internacional. *Lan Harremanak: Revista de Relaciones Laborales*, 29(29), 175–216. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4748796&info=resumen&idioma=SPA>