

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



RESUMEN EJECUTIVO

Noviembre 2018





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.

ÍNDICE

1	<u>INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y METODOLOGÍA DEL INFORME</u>	5
2	<u>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE TENDENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</u>	6
3	<u>INCIDENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, SOCIAL Y SOCIOLABORAL EN LA COMARCA DE OARSOALDEA</u>	7
4	<u>ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL RESIDENTES EN LA COMARCA DE OARSOALDEA</u>	9
5	<u>RETOS TRANSVERSALES IDENTIFICADOS EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE</u>	13

1 INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS, ESTRUCTURA 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 graves en la zona de Oarsoaldea, así como describir las principales necesidades sociales que presentan las personas diagnosticadas que residen en alguno de los municipios de la comarca.

Además, también se ha realizado 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.

El informe completo se estructura en seis capítulos, cuyo contenido y principales conclusiones se resumen en este documento:

- Introducción, objetivos y metodología del informe.
- Revisión bibliográfica sobre tendencias y buenas prácticas en la atención a personas con enfermedad mental.
- Incidencia de los problemas de salud mental y descripción de la red recursos de atención sanitaria, social y sociolaboral en la comarca de Oarsoaldea.
- Análisis cualitativo de las necesidades de las personas con enfermedad mental residentes en la comarca de Oarsoaldea.
- Principales conclusiones extraídas del análisis cuantitativo y cualitativo de la investigación
- Retos transversales identificados en el sistema de atención a las personas con enfermedad mental y trastornos mentales graves en el territorio de Gipuzkoa y la comarca de Oarsoaldea.

En cuanto a la metodología empleada, se han combinado distintas técnicas de investigación:

- En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica internacional a partir del análisis y la consulta de medio centenar de documentos obtenidos tras la consulta de distintas bases de datos nacionales e internacionales.
- En segundo lugar, se ha realizado un análisis de los datos cuantitativos disponibles sobre la incidencia de los problemas de salud mental en la población de Oarsoaldea y el número de personas atendidas en los distintos recursos de la red de atención, tanto en la comarca, como en el territorio de Gipuzkoa, en aquellos casos en los que no se contaba con datos a nivel comarcal. Se pueden consultar las fuentes de datos utilizadas en el informe completo.
- En tercer lugar, se ha realizado un análisis cualitativo a partir de la información obtenida en 44 entrevistas y dos grupos de discusión con:
 - o Profesionales que trabajan en la atención directa a personas con enfermedad mental en los recursos del sistema sanitario, el sistema de atención social y la inserción sociolaboral en la comarca de Oarsoaldea.
 - o Responsables de las áreas de planificación y gestión de los recursos sanitarios, sociales y sociolaborales para atender a las personas con enfermedad mental en el territorio de Gipuzkoa.
 - o Personas afectadas por un problema de salud mental o trastorno mental grave y que son atendidas en la Red de salud Mental de Gipuzkoa.
 - o Familiares de personas afectadas por una enfermedad mental que asumen roles de cuidado y atención directa a esas personas.
 - o Miembros de las principales asociaciones de apoyo a personas con enfermedad mental.

Puede consultarse un listado de todas las personas que han sido entrevistadas en la versión completa del informe.

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 presente análisis se ha hecho a partir de la consulta de la 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 a las intervenciones que mejor funcionan en la atención a las personas con enfermedad mental.

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.

Una descripción más detallada de cada uno de estos paradigmas y principios de atención puede encontrarse en la versión completa del informe, que incluye, además, una serie de fichas donde se describen buenas prácticas que aplican estos enfoques a proyectos y recursos específicos. El objetivo de estas fichas es ilustrar la aplicación de los distintos paradigmas, así como proveer a los/as profesionales y otras personas implicadas en la atención a las personas con enfermedad mental de referentes para diseñar recursos de atención para este colectivo.

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, se ha considerado pertinente hacer hincapié en 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 y que se hallan en una situación de exclusión social grave.

Por lo que respecta a la lucha contra el estigma, el resultado de 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”

También en este caso se han incluido una serie de fichas que ilustran la aplicación de estas estrategias en el marco de proyectos e iniciativas concretas que se están desarrollando en nuestro territorio o en otros países de nuestro entorno. También en este caso dicha información puede consultarse en la versión completa del informe.

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

En primer lugar, debe señalarse que existen diversas razones que hacen difícil obtener una cuantificación exacta de la prevalencia de los trastornos mentales entre la población de Oarsoaldea:

- En primer lugar, los problemas de salud mental abarcan una amplia gama de trastornos y su diagnóstico difiere a veces en función de los criterios empleados por los/as profesionales.
- En segundo lugar y, tal y como evidencia el análisis cualitativo realizado – sus resultados se resumen en el siguiente apartado – hay personas que presentan una sintomatología propia de alguien que padece una enfermedad mental pero que, sin embargo, permanecen sin diagnosticar. Ello se debe, por lo general, a que estas personas tienen una baja conciencia de su enfermedad, haciendo que sean reacias o, incluso, contrarias a recibir cualquier tipo de atención psiquiátrica.
- En tercer lugar, hay un porcentaje de personas que tras permanecer un tiempo en contacto con los servicios de atención médica dejan de acudir a las consultas de seguimiento en la red de salud mental sin haber recibido el alta médica. Esto hace que estas personas desaparezcan de las estadísticas, pero sigan estando enfermas, aunque es cierto que muchas de ellas reanudan su tratamiento transcurrido un tiempo o cuando sufren la siguiente crisis. De hecho, tal y como se expone a continuación, un porcentaje bastante elevado de los casos atendidos anualmente en el Centro de Salud Mental de Errenteria se corresponden con bajas administrativas y reinicios de tratamiento.
- Finalmente, las fuentes estadísticas disponibles no siempre recogen datos representativos a nivel comarcal, de modo que, en estos casos, se ha tenido que recurrir a los datos registrados para el conjunto del territorio de Gipuzkoa y estimar a partir de ellos la incidencia de determinadas situaciones entre la población residente en la comarca.

Todas estas situaciones obstaculizan el conocimiento de la incidencia real de los trastornos mentales entre la población de la comarca, de modo que, el análisis que se presenta a continuación debe considerarse una aproximación a la prevalencia de los problemas de salud mental en Oarsoaldea.

Por lo que respecta a los datos sobre la **prevalencia de los problemas de salud mental entre la población de Gipuzkoa y la atención de la población de Oarsoaldea en el Centro de salud mental de Errenteria**, el presente estudio muestra lo siguiente:

- Los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco (2013) 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 esta encuesta 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.
- En cuanto al **número de personas diagnosticadas de algún trastorno mental en la comarca de Oarsoaldea**, los datos muestran que el número de personas atendidas a lo largo del año en el centro de salud mental de referencia de la comarca –situado en Errenteria– ronda las dos mil personas. En cuanto al perfil de las personas usuarias, se observa que el grupo de edad más numeroso es el de las personas de entre 45 y 54 años de edad, que constituyen en torno a tres de cada diez personas atendidas en el año 2016 (27%). El siguiente grupo de edad más numeroso es el de las personas de 35 a 44 años, que representan el 23,2% de las personas atendidas. En cuanto al sexo de las personas usuarias, se observa que el porcentaje de hombres (46,7%) y mujeres (53,3%) es relativamente proporcionado, aunque las mujeres son mayoría, un hecho que no siempre parece tenerse en cuenta a la hora de diseñar los recursos de atención.

- En cuanto al **tipo de trastornos mentales que tienen una prevalencia más elevada** entre la población de Oarsoaldea cabe señalar los trastornos neuróticos (29,7%) y los trastornos psicóticos (18,8%) que constituyen en torno a la mitad de los casos que fueron atendidos en el año 2016 en el Centro de Salud Mental de Errenteria. En este sentido, cabe señalar que existe una importante diferencia en la prevalencia de determinados trastornos que se observa entre los hombres y las mujeres. 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).
- Por lo que respecta al **tipo de casos atendidos en el Centro de Salud mental de Errenteria**, el análisis de las memorias de actividad de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa de los años 2013 y 2015 evidencia que, algo más de dos de cada diez casos atendidos anualmente son casos totalmente nuevos, es decir, casos de personas que acceden a la red de salud mental por primera vez en su vida –20,7% en 2015 y 23,4% en 2013–. En torno al 15% de los casos atendidos, sin embargo, reinician un tratamiento tras un periodo fuera de la red de atención – 14,3% en 2015 y el 14,9% en 2013– y 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, es decir, un alta médica – 17,7% en 2015 y 11,8% en 2013 – o por otros motivos – 19,3% en 2015 y 25,6% en 2013 –.
- Finalmente, a finales de 2017, había en Oarsoaldea un total de 835 personas con una 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 total que reside en el territorio. Asimismo, los datos de evolución muestran que el número de personas con un trastorno mental que acceden a un reconocimiento de una situación de discapacidad por este motivo ha ido en aumento desde 2009, lo cual puede reflejar un aumento de la incidencia de este tipo de problemas entre la población del territorio o un mayor acceso a las valoraciones y reconocimientos de una discapacidad por este motivo.

Por lo que respecta a las personas residentes en la comarca de Oarsoaldea que son atendidas en los **recursos de atención social y de inserción sociolaboral para personas con enfermedad mental situados** en el territorio de Gipuzkoa, los datos muestran lo siguiente:

- Los datos de evolución muestran que el **número de personas que cuentan con un reconocimiento de discapacidad** a causa de una enfermedad mental entre la población de la comarca ha ido en aumento desde 2009, pasando de ser 8,9 personas por cada mil habitantes a ser 11,6 por cada mil habitantes. Por el contrario, el número de personas usuarias de los recursos destinados a atender 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, un hecho que, probablemente, evidencia la escasez de este segundo tipo de recursos en la atención a este grupo de población.
- En cuanto a **la atención sociolaboral y la situación laboral** se refiere, se observa que, 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 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, lo que supone que el 14,5% de las personas con un trastorno mental que tienen algún tipo de discapacidad reconocida son empleadas en estos recursos. Si extrapolamos estas cifras a la población que cuenta con un reconocimiento de discapacidad de este tipo en la comarca de Oarsoaldea, habría en torno a 121 personas con enfermedad mental empleadas en alguno de estos recursos. Si bien es cierto que las personas con un alto porcentaje de discapacidad pueden tener niveles de empleabilidad muy bajos, los recursos de inserción sociolaboral y, especialmente, los Centros Ocupacionales, son recursos adaptados para personas con unas altas necesidades de apoyo y supervisión en el puesto de

trabajo, de modo que, el bajo porcentaje de personas con enfermedad mental presente en estos recursos debería de motivar una reflexión en torno al diseño y las condiciones de acceso a los mismos. Este tema se aborda con más detalle en el apartado de análisis cualitativo del informe, pero, en cualquier caso, los datos que aquí se presentan ponen de manifiesto que la inclusión laboral de las personas con enfermedad mental precisa de un impulso para poder alcanzar las cifras de actividad y empleo de la población general.

- Por último, si se analizan **los datos de atención desde una perspectiva de género** se constata la doble discriminación que padecen las mujeres con enfermedad mental, ya que, éstas constituyen el 53% de las personas atendidas en el centro de salud mental, pero solamente el 11% de las usuarias de los servicios sociales y de inserción sociolaboral para personas con enfermedad mental en la comarca de Oarsoaldea. Esta situación debería de obligar a repensar el diseño del sistema de atención a la enfermedad mental, considerando si se están atendiendo adecuadamente las necesidades de las mujeres con enfermedad mental.

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

Por lo que respecta al análisis cualitativo de la situación de las personas con enfermedad mental residentes en la comarca de Oarsoaldea, dicho capítulo se ha estructurado en tres partes. La primera parte hace referencia al modelo y el sistema de atención a la enfermedad mental en el territorio de Gipuzkoa. La segunda parte analiza el grado de cobertura de las necesidades sociales básicas de las personas con enfermedad mental que residen en la comarca de Oarsoaldea. Finalmente, en la tercera y última parte se recogen distintos perfiles de personas usuarias que presentan necesidades de atención específicas que no están siendo adecuadamente cubiertas en la actualidad.

El modelo y el sistema de atención a la enfermedad mental

Por lo que respecta al modelo y al sistema de atención a la enfermedad mental, cabe destacar que el actual modelo de atención 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. Una descripción más detallada de ambos paradigmas y sus principios de atención puede encontrarse en la versión extendida del informe.

Por lo que respecta al sistema de atención a las personas con trastorno mental grave en Gipuzkoa y, por lo tanto, en Oarsoaldea, éste 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). Por lo que respecta a la naturaleza de las prestaciones, los servicios y recursos sanitarios son los que se ocupan primordialmente de la salud, tanto mental como general; los sociales son los que velan ante todo por la inclusión y el empoderamiento de las personas usuarias; los recursos sociosanitarios son aquellos que combinan objetivos sociales y sanitarios; finalmente, los recursos sociolaborales son aquellos orientados preferentemente a la inserción de las personas con enfermedad mental en el mundo laboral, ya sea primando la función integradora o productiva del trabajo, en función del tipo de recurso considerado.

Cuando se analizan el modelo y el sistema de atención a la enfermedad mental se observa que:

- 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.

- 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.
- Varias personas han remarcado también 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**.
- Finalmente, 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 cuanto al grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas 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. 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.

Vivienda y atención domiciliaria

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.

Ámbito sociolaboral y empleo

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) 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. Este 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.

Ingresos y situación económica

En cuanto a los ingresos económicos, se constata que el actual diseño de las políticas públicas de mantenimiento de la renta no responden 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.

Sistema sanitario y cuidado de la salud

En cuanto al sistema sanitario y el cuidado de la salud, éste se enfrenta a varios desafíos para terminar de implementar el enfoque comunitario y rehabilitador en el que supuestamente basa su actuación. 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 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 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.

Relaciones familiares, participación social y comunitaria

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).

Perfiles de personas con enfermedad mental que son especialmente vulnerables

El tercer y último apartado del análisis cualitativo se centra en **la identificación y el análisis** de la atención hacia **perfiles de personas usuarias que son especialmente vulnerables** y para las cuales, a lo largo de la investigación, se ha constatado que no existen recursos específicos o que estén adecuadamente adaptados a sus necesidades. Los perfiles identificados han sido los siguientes:

- Las personas mayores o de edad avanzada.
- Las personas jóvenes, especialmente, aquellas de entre 18 y 25 años de edad.
- Las personas de origen extranjero.
- Las personas con trastornos de personalidad
- Las mujeres.

Aunque en este último caso, la mayoría de las personas entrevistadas coinciden en señalar que no es un grupo que precise en sí mismo una atención específica, a lo largo de la investigación se han detectado 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, el acceso a los recursos de prevención suele ser limitado, es importante que ello también se tenga en cuenta en los recursos dirigidos a las mujeres víctimas de violencia de género. Es decir, que tanto el personal

ocupado 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, ya 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.

Finalmente, para una descripción más detallada de las dificultades de acceso a los recursos y de atención dentro de los mismos de los perfiles de personas usuarias que acaban de mencionarse, puede consultarse la versión completa del informe.

5 RETOS TRANSVERSALES IDENTIFICADOS EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Por último, del análisis realizado en el presente estudio cabe extraer una serie de retos transversales que, además de los ya mencionados, deben de abordarse para mejorar la calidad de las personas con enfermedad mental que viven en la comarca de Oarsoaldea. Estos retos son los siguientes:

- Recogida de datos detallada sobre las personas con enfermedad mental y su situación.
- Aumentar la individualización de la atención.
- Garantizar la continuidad de los cuidados
- 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.

Respecto a la recogida de datos detallada sobre las 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. Además, en varios casos, se han utilizado datos a nivel de provincia debido a la falta de datos nivel comarcal. Sin embargo, la planificación de los recursos de atención en muchos casos se realiza por comarcas. Por ello, **sería necesario realizar un análisis de qué datos son los más significativos para tener una idea real de la situación de las personas con enfermedad mental que residen en la comarca y realizar las modificaciones pertinentes en cada ámbito para recogerlos.**

Respecto a la **individualización de la atención**, la ausencia de una figura profesional que actúe como el único **referente del caso**, y la **insuficiente flexibilidad y diversidad en los recursos de atención** existentes se consideran los principales obstáculos a la hora de ofrecer una atención más individualizada.

En cuanto a la **continuidad de la atención**, la **detección y derivación de los casos** de trastorno mental grave en los servicios comunitarios a los servicios especializados en salud mental, la **transición desde los servicios de urgencias a los servicios ambulatorios** de atención psiquiátrica, especialmente tras un primer ingreso psiquiátrico y, por último, el **insuficiente desarrollo de los programas de intervención temprana** son los tres ámbitos donde se constatan mayores carencias. La atención brindada en los servicios de salud mental a aquellas personas con una baja adherencia al tratamiento se considera también un punto crítico, aunque, tal y como se comenta más adelante, Osakidetza ya está trabajando en este sentido y ha logrado reducir significativamente la **tasa de abandono de terapéutico** en los últimos años.

Finalmente, por lo que respecta a la **participación social y el empoderamiento de las personas usuarias**, tanto en el plano individual como colectivo, cabe destacar la **permanencia del estigma** y los prejuicios sociales hacia estas personas y, por lo tanto, la necesidad de aumentar los esfuerzos destinados a **visibilizar y sensibilizar a la sociedad** respecto a las causas y las consecuencias de la enfermedad mental. Por otro lado, también se reclama —especialmente por parte de las asociaciones de familiares— **que se creen recursos en línea con el enfoque de la recuperación**, donde se ponga el foco en la participación de las personas usuarias, el fortalecimiento de las redes y grupos de apoyo mutuo y donde se reconozca también el rol de expertos que las personas con trastorno mental pueden desempeñar en el apoyo de otras personas usuarias o en el diseño de los servicios, en virtud del conocimiento derivado de su experiencia vital.