

www.fearp.org/asvar.htm

Miembro de la Asociación Española de Rehabilitación Psicosocial FEARP

JUNTA DIRECTIVA: **Presidente:** José J Uriarte, **Vicepresidente:** José Antonio De La Rica, **Secretario:** Juan Moro, **Tesorero:** Mirko Gerolin, **Vocales:** Ana Blanca Yoller, Manuel Conde, Carlos Gil, Peio Múgica

SUMARIO

Actividades/Colaboraciones/Actividad Asociativa/Noticias de Interés

ACTIVIDADES

ASAMBLEA ANUAL ASVAR

III Asamblea Asociación Vasca de Rehabilitación. Palacio Euskalduna. Bilbao, 30 de octubre 2003. 17.30-19.30

Como el pasado año, en el marco de las Jornadas de Rehabilitación se llevó a cabo la asamblea anual de la [Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial](http://www.fearp.org).

Con una asistencia de unas 40 personas, se procedió a informar acerca de la actividad de la asociación a lo largo del año 2003, y los proyectos principales para el 2004. Se contó con la presencia de Ricardo Guinea actual presidente de la [Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación-FEARP](http://www.fearp.org) que procuró cumplida información acerca informará de la situación y proyectos de la Federación en los ámbitos estatal e internacional. Se expusieron y aprobaron las cuentas de la asociación y los presupuestos y cuotas para el año 2004, sin ninguna reserva.

Los proyectos principales de la asociación para el año 2004 se centran en la realización de diversas acciones de lucha frente al estigma y la discriminación, actuando en ámbitos educativos, sanitarios y en medios de comunicación. Existe ya una propuesta elaborada acerca de un proyecto de trabajo en el ámbito educativo (Carlos Gil), y propuestas en vías de concreción para facilitar el acceso y mejorar las acciones en los medios de comunicación (Ana Baruque).

Se aprobó también la celebración de la próxima reunión de ASVAR en Donosti, en el mes de mayo de 2004. Se propone y aprueba un formato de mesa redonda, con participación de diversos colectivos, con una discusión en torno al tema del estigma y la enfermedad mental severa.

La asamblea se clausuro con la intervención de Tristán Troudart, que de forma resumida relató su experiencia en el trabajo humanitario de asistencia a personas con problemas de salud mental en los territorios palestinos ocupados.

COLABORACIONES

LO SOCIAL ¿Qué pasa con el "Otro Pilar": Lo Social?.

Marian Larrinaga. Trabajadora Social. CSM Portugalete. Bizkaia

Para llevar a cabo de forma integral el tratamiento a las personas con enfermedad mental grave, todos coincidimos en decir que hay que articular sistemas de soporte comunitarios. La colaboración entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales es un pilar fundamental. Resulta imposible segregar las diferentes necesidades o problemas que coinciden en cada individuo, grupo o comunidad. Las necesidades forman un todo que se interrelaciona entre sí constantemente.

El modelo médico simplifica excesivamente las necesidades del enfermo, muestra una excesiva certeza de la evolución crónica de sus capacidades, tolera muy mal las conductas marginales y ralentiza la dotación de recursos materiales y humanos para descentralizar definitivamente la asistencia integral en salud mental.

En cualquier caso, la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de distintas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el desempeño adecuado de roles sociales. Para incidir sobre estas consecuencias, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social buscarán articular en la vida del usuario recursos residenciales, comportamentales, ocupacionales y socioafectivos que permitan el desempeño del mayor número posible de roles socialmente valiosos en ambientes lo más normalizados posibles: **sólo es posible evaluar una problemática de salud desde un marco de referencia personal y de convivencia.**

A medida que la investigación sociosanitaria avanza se pone de manifiesto que aspectos como la capacidad funcional y el diagnóstico médico tienen una importancia relativa a la hora de demandar determinados recursos.

Va quedando atrás la actuación orientada a la asistencia, para dar paso a la acción orientada al aprendizaje de conocimientos, habilidades y competencias, en definitiva, a un concepto más amplio de rehabilitación.

El sistema de servicios sociales

Los servicios sociales se configuran como un conjunto de recursos, prestaciones, actividades y equipamientos dotados de una organización, es decir, como un sistema de protección específico, distinto del de seguridad social, pero asimismo de responsabilidad pública, garantizado y universal, que además de la protección de personas y colectivos, contribuya a favorecer el desarrollo de la economía de la CAPV y del empleo, especialmente de los colectivos con mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo. (**Ley 5/96 de Servicios sociales**) Así como el sistema sanitario se centra en los problemas derivados de la salud y la discapacidad, luchando contra la enfermedad, el sistema de servicios sociales pivota



sobre la desprotección y la dependencia, luchando contra la marginación. **Ambos sistemas se complementan. Por tanto, hemos de aprender a conjugarlos.**

La Ley 12/98 contra la Exclusión Social es clara: "...no debe identificarse con la pobreza. La pobreza es, sin duda, junto con la precariedad de los tejidos relacionales, su manifestación más visible, pero no su esencia. La exclusión se define como la imposibilidad e incapacidad de ejercer los derechos sociales, fundamentalmente el derecho al trabajo, pero también el derecho a la educación, a la formación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna, en definitiva, la protección social.

Si abordamos la cuestión desde una perspectiva general, cabe considerar que está excluida toda persona que, en mayor o menor medida, se encuentre incapacitado o imposibilitado para el ejercicio de alguno de sus derechos sociales que otorgan el estatus de ciudadanía a un individuo, es decir, toda persona que carezca de recursos personales, sociales o económicos para ejercer estos derechos.

De acuerdo con esta aproximación la ley considera excluidos a los siguientes tipos de personas:

- Los que carecen de recursos económicos suficientes para cubrir las necesidades alimenticias básicas.
- Las que carecen de recursos de todo tipo necesarios para acceder o mantener una vivienda digna y en condiciones.
- De forma más genérica, cualquier persona incapacitada para acceder a los derechos sociales básicos: al empleo, a la educación, a la salud, etc., quedando como consecuencia de ello al margen de la posibilidad de desarrollar una vida independiente plenamente normalizada.

Las políticas contra la exclusión deben abordar diferentes realidades independientemente de que su origen sea el desempleo, la escasez económica, la pertenencia a minorías étnicas o la enfermedad mental en nuestro caso.

Para cumplir con su cometido se establecen dos tipos de prestaciones económicas: la Renta Básica y las Ayudas de Emergencia Social.

La Renta Básica (RB) es una prestación periódica de naturaleza económica y de carácter subsidiario, dirigida a aquellas personas empadronadas al menos un año en cualquiera de los municipios de la CAPV (teniendo en cuenta las rentas y el patrimonio económico de la unidad de convivencia a la que pertenecen), que carecen de recursos económicos para hacer frente a las necesidades básicas derivadas de un proceso de inserción social y laboral. Como requisitos, el receptor ha de tener al menos 23 años y formar una unidad económica independiente.

La cuantía para el 2003 ha sido:

<i>nº de miembros de la UC</i>	<i>Cuantía E/mes</i>
1	426,38
2	557,98
3	610,62....

Las Ayudas de Emergencia Social (AES)

Prestaciones no periódicas de naturaleza económica y subvencional destinadas a aquellas personas cuyos recursos resulten insuficientes para hacer frente a gastos específicos, de carácter ordinario o extraordinario necesarios para prevenir, evitar o paliar situaciones de marginación social.

Se ha dado un paso importante al disponer de estos instrumentos, recientes por otra parte y motivo de protestas en sus más variopintas modalidades cada año en fechas de aprobación de presupuestos. También se han escuchado voces en contra de los convenios de inserción, de los sistemas de control, y como consecuencia se van simplificando y facilitando los trámites al receptor de la prestación.

Como ciudadanos de pleno derecho, las personas con enfermedad mental grave pueden ser perceptoras de las mismas ayudas, siempre que cumplan los requisitos, siendo el más determinante el que formen una unidad convivencial. En muy escasas ocasiones consiguen formar un hogar independiente. Probablemente si se estudiara cómo viven los perceptores de renta básica con enfermedad mental grave, comprobaríamos que son los que lo hacen en pisos tutelados. Son una minoría los que consiguen emanciparse por su cuenta y mi experiencia es que aparte del hecho de que suele ser una situación temporal, el precio que pagan es vivir a un paso de la marginación y con muy graves penurias económicas. No nos engañemos; la economía sumergida no suele ser algo ajeno en los perceptores de ayudas sociales.

Y así nos queda diáfana la fotografía de este colectivo mayoritario, que son los que viven con sus familias de origen. Son los más desconocidos, por menos reivindicativos. Es una realidad el que las familias están realizando labores altamente valiosas y a cambio no perciben nada, ni siquiera nuestro reconocimiento.

A saber, la mayoría de este colectivo, salvo alguna excepción cada vez mayor de personas que han llegado a cotizar para una invalidez permanente de tipo contributivo, tiene dos opciones:

- Cobrar la **prestación familiar por hijo a cargo**, que es de menor cuantía, la cobra el padre o tutor y tiene a su favor que no es preciso tramitar nada y sólo se suspende en caso de que el discapacitado cobre el 75% del SMI.
- Cobrar la **pensión no contributiva**, que con su complemento "alcanza" "la renta básica", que la cobra el propio discapacitado, pero que ha de someterse a unos baremos económicos que hace que sea denegada en muchas ocasiones.

Si en una determinada familia de nivel económico bajo, uno de los hijos mayores de edad consigue un contrato laboral, que por otra parte firma sin saber por cuanto tiempo, es muy posible no sólo que su hermano se quede sin pensión, sino que al cabo de unos meses reciban una notificación de Diputación que les informa que ha cobrado indebidamente una cantidad de dinero que han de devolver. Cuando se disponen a hacerlo, en no pocas ocasiones pueden volver a solicitar la prestación no



contributiva, pues la unidad convivencial vuelve a reunir los requisitos de pobreza "adecuados".

Por otro lado, cualquier ingreso mínimo que tenga la persona, incluso los intereses de sus ahorros, les disminuye en la misma proporción la cuantía de su pensión, por lo que paradójicamente se penaliza a los perceptores ahorradores y a los padres previsores.

Además deben dar cuenta de los cambios económicos de la familia de forma tan exhaustiva que existen casos en los que renuncian a la prestación no contributiva a favor de la prestación familiar por hijo a cargo, de menor cuantía, pero que no les genera una tensión tan importante pues no se ven obligados a justificar estos cambios.

También requiere nuestra observación el hecho de que cuando las relaciones de parentesco son otras, por ejemplo, el minusválido es la esposa o el hermano, el baremo cambia, y el único calificativo que se me ocurre es el de miserable. Es cierto que hay formas de subsanarlo, pero no es menos cierto que esta situación hay que modificarla.

Se constata así que existen problemas más graves que la mera delimitación de competencias y es que ambos sistemas tienen diferente marco jurídico, son administrativa y financieramente independientes, sin que existan puentes entre ellos. Sus modelos de financiación son también esencialmente diferentes, principalmente en lo referente a la participación del usuario en la cobertura del coste de la prestación recibida.

Es difícil conjugar bien los esfuerzos, la atención sanitaria y social siguen viviendo en mundos separados, con una ausencia de coordinación institucional, dejando los canales de comunicación a merced de variables aleatorias, simpatías personales u otros azares. Se van urdiendo tejidos a modo de rompecabezas y se multiplican de forma aisladas diferentes experiencias de colaboración, que no dejan de ser una atención fragmentada.

Concepto de atención que reclamamos

Es desde los servicios sanitarios y muy especialmente desde la asistencia ambulatoria, desde donde deben salir los datos y las demandas hacia los servicios sociales. Debemos proporcionar los datos necesarios a las instituciones de Bienestar Social correspondientes. Deben tener censadas las necesidades de las personas con enfermedad mental grave de su entorno más próximo. Y acompañar a éstos y a sus familias en el circuito destinado a satisfacer sus demandas. Nada es fácil, incluso el concepto de necesidad es complejo, podemos hablar de necesidades potenciales frente a necesidades reales.

Nombraré aquí la **clasificación de Bradshaw** que distingue cuatro tipos de necesidad:

- Normativa: definida sobre la base de un estándar preestablecido.
- Percibida: experimentada subjetivamente por una persona o grupo normalmente en función de sus expectativas.
- Expresada: de manera explícita.

- Comparativa: deducida en función de la comparación entre los datos acerca de un grupo y otro grupo.

La rehabilitación social centrada en la cobertura de necesidades es un concepto que debe ser superado por el de **Proceso**. Las necesidades son relativas e interactivas, y siempre existe una tensión dinámica dado el carácter evolutivo de las necesidades y a medida que se van satisfaciendo aparecen otras o se van modulando.

A mi entender, desde los diversos dispositivos de salud mental insertos en una comunidad natural podemos establecer canales de comunicación con el sistema de servicios sociales, con un tipo de actuación orientado no ya sólo a satisfacción de las necesidades sino orientada a cambios en la situación, a través de cambios en las interacciones. El punto de partida no sería "el paciente necesita algo, o necesita aprender algo", sino que algo en su contexto o en la interacción de él con su entorno debería ser modificado.

Porque ¿cómo podemos obtener resultados positivos si de verdad no creemos en las posibilidades de las personas que tratamos? Hemos de reconocer al interlocutor como protagonista de su vida, y sólo desde esta base podemos unificar esfuerzos y comprometernos a compartir el itinerario con las personas, especialmente vulnerables, para buscar una integración, una participación social, mejorar su calidad de vida y ayudarles en el ejercicio de sus derechos.

La participación social se convierte en el medio y el fin de nuestro trabajo cotidiano. Sólo la relación y participación producen relación y participación.

Algunas sugerencias

La mayoría de las personas afectadas por una enfermedad mental grave viven en su comunidad de origen, y ahí deben seguir. Partiendo del hecho de que aún dentro de su grupo familiar están mal integrados, son pobres, su estatus depende del de su familia, están "señalados" y no participan. Sería un tópico hablar de los enlaces y sistemas de coordinación que debemos plantearnos entre los servicios sociales y sanitarios, y optar por la autocrítica.

No se puede hablar de atención psicosocial y dejarlo, sin más, en manos del trabajador social de cada equipo; aparte de las dificultades propias que sufra cada equipo de trabajo, inherentes a nuestra condición de personas, hay otras dificultades añadidas para las que habría que encontrar soluciones.

- Las personas con enfermedad mental grave no están incluidas en ningún protocolo de especial protección social en los tratamientos ambulatorios quedando al arbitrio de cada profesional el grado de implicación/protección a prestar.
- Al no haber un protocolo de especial protección por nuestra parte, sólo disponemos del reconocimiento de la condición de minusvalía, y ésta no refleja debidamente la situación compleja de las personas que tratamos. Y conlleva en ocasiones tenga un coste emocional demasiado elevado para lo que les aporta.
- Los trabajadores sociales de los centros de salud mental informamos e impulsamos

recursos/prestaciones sociales que no manejamos directamente pues no son competencia nuestra, dejándonos vulnerables y a merced nuevamente del azar y las simpatías personales. Ni siquiera somos informados de los cambios en la protección social; cada uno va accediendo a la información como buenamente puede.

- Son necesarios canales de comunicación y coordinación efectivos y de alguna manera institucionalizados que no se dejen al arbitrio de cualquier variable cambiante. Sería de gran utilidad homogeneizar los registros de datos y los soportes estadísticos.

Para finalizar sólo añadiría que en los años que llevamos trabajando hemos asistido a cambios importantes; en este sentido los mayores pasos los han dado las familias. Creo que se impone que los profesionales estemos a la altura y como mínimo conozcamos las dificultades cotidianas que tienen las personas con enfermedades mentales y sus familias y las acerquemos a quien corresponda.

UN PROYECTO DE COOPERACIÓN ISRAELÍ PALESTINA EN SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN

Tristán Troudart. Psiquiatra
Jerusalén, Israel

*Texto basado en la Conferencia de Clausura de las VI Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, resumen elaborado por Mirko Gerolin
Bilbao, 31 de octubre de 2003*

Antes de comenzar a hablar de nuestro proyecto de cooperación creo importante presentaros este mapa en el que podréis ver reflejada la complejidad de la situación existente como consecuencia del conflicto entre israelíes y palestinos. La línea roja refleja la muralla que Israel está construyendo para aislar los territorios ocupados, lo cual supone una situación de autentico bloqueo y asilamiento para muchas ciudades y poblados palestinos. Esta barrera en ciertos tramos es una alambrada, en otros es un muro de cemento y en ambos casos se encuentra vigilada por militares israelíes. Las clausuras, los bloqueos, los puestos de control, los toques de queda y otras restricciones impuestas por el ejército a los palestinos han hecho que incluso los trayectos cortos entre ciudades y pueblos sean difíciles, peligrosos y a menudo imposibles, lo que ha impuesto efectivamente a cerca de tres millones y medio de palestinos cierto tipo de «confinamiento en su propio domicilio, pueblo o ciudad». Las restricciones a la libertad de circulación impiden a muchos palestinos llegar a su centro de trabajo o distribuir sus productos y obligan a cerrar fábricas y explotaciones agrícolas por las pérdidas, el aumento espectacular del precio del transporte y la pérdida de mercados de exportación. El desempleo ha aumentado más del 50%, más de la mitad de la población vive por debajo del umbral de la pobreza y han aumentado la desnutrición y otras enfermedades. Esta situación supone además, una importante limitación a la hora de poder ofrecer servicios asistenciales a la población de los territorios ocupados.



El proyecto que os voy a presentar a continuación, se enmarca dentro de la organización de “Médicos por los derechos humanos” (PHR). Esta es una organización que promueve la salud y defiende los derechos humanos. Esto se debe a que desde PHR creemos que los derechos humanos son una condición esencial para la salud de las personas. Por esa razón, PHR utilizan métodos médicos y científicos con el fin de detectar casos de violación de derechos humanos en todo el mundo. Una vez detectados se ponen en marcha proyectos para luchar contra dichas violaciones. Para ello formamos a profesionales de la salud para que sean activistas del movimiento por los derechos humanos.

Los proyectos de PHR cubren diversas áreas de actuación entre las que se encuentra la de garantizar el derecho a la salud, libertad de movimiento, así como el trabajo con inmigrantes, presos y detenidos y la defensa del derecho a la salud de la población de Israel.



Como consecuencia de las barreras, el número de nacimientos en el hogar ha incrementado en un 100%, y el mortinato en áreas rurales de los territorios ocupados se ha incrementado en un 500%.

Para realizar este trabajo PHR cuenta con servicios asistenciales móviles que proporcionan atención médica a la población de aldeas palestinas en los territorios ocupados por Israel. Los servicios móviles ofrecen una atención médica a aldeas y ciudades aisladas y sitiadas manifestando la solidaridad con la población y protestando contra la ocupación militar. Los servicios asistenciales móviles trabajan en estrecha coordinación con organizaciones médicas no gubernamentales y organizaciones palestinas de profesionales de la salud, entre las que destaca la “Unión de Comités Palestinos de Socorro Médico” (UPMRC) y la Media Luna Roja Palestina.



El 70% de los pacientes tienen que desplazarse hasta los puestos de control para acceder a una ambulancia. Únicamente el 30% de los pacientes que realizan llamadas de socorro son recogidos en sus propios hogares.

Los equipos de salud mental en los servicios de asistencia cuentan con profesionales de salud mental que planifican la atención priorizando los lugares indicados por las organizaciones palestinas. La provisión del tratamiento y medicamentos se realiza de forma conjunta entre israelíes y palestinos, mientras que el seguimiento corre a cargo de la organización Palestina.

Los equipos de salud mental en los servicios de asistencia deben hacer frente a muchos problemas tales como barreras de comunicación y lenguaje, el estigma que rodea los trastornos de la salud mental, lo que genera reticencias a la hora de demandar ayuda y la baja prioridad de la salud mental dentro de los problemas sanitarios existentes en la zona. Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de continuidad en el tratamiento ya que los servicios móviles no pueden garantizar una revisión periódica de la situación de los pacientes, existiendo muchas dificultades para realizar un seguimiento médico y farmacológico. Asimismo, existe una importante variabilidad en la demanda de servicios. El equipo de salud mental de "médicos por los derechos humanos" está compuesto por un equipo de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros psiquiátricos de salud mental situado en Jerusalén. A este equipo pertenecen tanto israelíes como judíos y árabes, todos ellos unidos en contra de la ocupación israelí de los territorios Palestinos, y en el deseo de promover una paz justa. El objetivo de este equipo es el de organizar un proyecto de salud mental conjunto entre israelíes y palestinos que pueda responder a las necesidades reales de la población Palestina de los territorios ocupados. Para cumplir este objetivo realizamos una planificación basada en una evaluación real de las necesidades de la población, para lo cual es indispensable llevar a cabo un trabajo conjunto con organizaciones palestinas de salud mental con las que mantenemos una relación igualitaria, exenta de paternalismo. Nuestro trabajo ha de ser profesional, no sólo solidario, y para ello contamos con la infraestructura existente de "Médicos por los Derechos Humanos". A la hora de llevar a cabo nuestro trabajo dentro de un marco de proyecto conjunto se nos plantean ciertas cuestiones: ¿Puede un equipo de salud mental israelí tratar a palestinos en una situación colonial y violenta? ¿Están dispuestas las organizaciones de salud mental palestinas a cooperar con los israelíes? Si todo esto es posible, ¿podremos ofrecer una atención psiquiátrica en una situación de falta de libertad legal y de movimiento (bloqueos, cercos) a poblados cuya infraestructura civil y sanitaria se encuentra destruida, dañada o es insuficiente? Probablemente todas estas cuestiones hacen que la cooperación, además de ser un una premisa que

garantiza la igualdad y elude el paternalismo, sea una condición *sine qua non*. Los contactos con organizaciones palestinas de salud mental permiten, además de una planificación conjunta, la activación de programas de asesoría y formación de equipos locales de salud mental comunitaria que puedan realizar una mayor énfasis en la terapia y rehabilitación de víctimas del trauma psíquico. Los profesionales de salud mental israelíes y palestinos han acumulado una gran experiencia en la terapia de los trastornos post traumáticos en víctimas palestinas del trauma psíquico. Dicha experiencia nace de la cooperación a través de compartir experiencias, el aprendizaje mutuo y el asesoramiento, desarrollo de métodos de terapia y rehabilitación prolongada de víctimas del trauma psíquico. El trabajo que estamos realizando cuenta con una proyección internacional para la cual contamos con el apoyo de organizaciones tales como el equipo de salud mental de la OMS-Jerusalén y Médicos sin Fronteras. Sin embargo, nuestro trabajo no podría realizarse de no contar con la colaboración de entidades palestinas como:

- S.O.S.: Servicios de Asistencia Móviles Palestinos
- Palestinian Counseling Center, Jerusalén
- Clínica de Medicina General, Jerusalén Este: formación de asistentes sociales
- Centro de Rehabilitación Para la Tortura, Ramala
- Centro Comunitario de Salud Mental, Gaza

INGRESO INVOLUNTARIO PSIQUIÁTRICO: UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS

Carmen de la Fuente Méndez
Fiscal

"El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, (...) requerirá autorización judicial (...). La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, (...)"

Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Afrontar la cuestión del ingreso involuntario psiquiátrico como profesional del derecho no me resulta especialmente sencilla teniendo en cuenta que muchos y muchas de los que leáis este artículo experimentáis en la práctica diaria las dificultades y aciertos de una decisión semejante. Sin embargo no por ello quisiera dejar de animarnos a una reflexión colectiva en torno al ingreso involuntario y nuestra responsabilidad como profesionales del ámbito sanitario, judicial y social para garantizar una mejora de las condiciones de vida y salud de las personas afectadas, fundamentalmente el paciente y sus familiares. Sin duda sólo una familia que vive en el día a día la convivencia con un enfermo mental conoce las múltiples situaciones en las que se precisará del auxilio de los profesionales para que el estado de salud de su pariente, la calidad de vida de todos los familiares, su entorno afectivo, no se vea deteriorado de tal manera que sea

preciso recurrir, en la mayoría de las ocasiones con el pesar de la familia y conscientes de las consecuencias que una decisión semejante puede producir en el entorno familiar, a solicitar su ingreso en una unidad psiquiátrica de urgencias aun en contra de su voluntad.

Aquí es cuando se inicia la actuación de los profesionales y la necesaria asunción de las responsabilidades que a cada uno nos atañen y que en el ámbito de la salud mental han sido claramente establecidas.

Al límite

Recibí hace meses un informe procedente de un centro de salud donde tras describir con toda exactitud los síntomas de una crisis esquizofrénica, entre ellos agresividad, se aconsejaba el ingreso involuntario urgente, pero se ponía en manos de la familia la toma y ejecución de la decisión. Con ello probablemente se mantenía la alianza terapéutica entre paciente y médico, sin embargo se dejaba a la familia en una difícil situación al crear en el familiar enfermo mental la sensación de que la decisión de su ingreso hospitalario urgente se producía por la sola voluntad familiar, aumentando así las ideas de perjuicio que pudiese tener hacia ellos. Al leer el informe no podía dejar de preguntarme cuál habría sido la respuesta del médico si la persona hubiese presentado los síntomas de un infarto..... Con toda seguridad llamar a una ambulancia para que la persona fuese conducida a urgencias. Sin embargo, al tratarse de una enfermedad mental la familia, ante la oposición del enfermo, hubo de acudir al Juzgado, solicitar un ingreso involuntario, esperar días a que se tramitase el asunto y, finalmente, cuando la situación empeoró, llamar por sí misma a urgencias para proceder al ingreso.

Con el ejemplo anterior sólo trato de ilustrar algunas de las situaciones que, con relativa frecuencia se relatan, quizá por un desconocimiento de las posibilidades legales que permiten adoptar una decisión dura como el ingreso involuntario, asegurando la proporcionalidad de la decisión y dentro del debido respeto a las garantías que nuestra legislación establece para la protección de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Ante una situación de urgencia

Con carácter general la Ley considera preciso que todo ingreso involuntario en una unidad psiquiátrica se produzca con consentimiento del paciente o, en su defecto, con autorización judicial previa al ingreso. Sin embargo la práctica cotidiana permite afirmar que este supuesto es excepcional dado que la práctica totalidad de los ingresos involuntarios se producen a través del servicio de urgencias, a la vista de la situación en que se encuentra la persona, de riesgo para sí o para los demás, y dejando el control judicial para el momento posterior.

Los supuestos más habituales se dan con relación a personas que están en su domicilio o en la calle cuando sufren algún tipo de crisis psiquiátrica aguda que requiere una asistencia inmediata. En estos casos cualquier persona o familiar podrá llamar a una ambulancia y el equipo de primera asistencia decidirá, en su caso, el traslado a un centro hospitalario. En otras ocasiones el enfermo se presentará en su centro de salud de atención primaria, ante el médico de familia, o en su centro de salud mental con dichos síntomas, pudiendo los médicos acordar su traslado al centro hospitalario por una ambulancia o por un familiar. Una vez allí corresponderá a los servicios de urgencia psiquiátrica valorar si la persona ha de permanecer ingresada, aun en contra de su

voluntad, o ha de ser dada de alta. En el primer caso, dicha decisión ha de ser comunicada al Juzgado en 24 horas y ratificada por éste. Es decir, la decisión del ingreso o el alta es únicamente médica y dentro del servicio hospitalario¹.

Para la ejecución de esta medida se puede contar en todos los casos con el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, quienes también podrán entrar en el domicilio del enfermo mental, sin autorización previa de éste, si se valora la existencia de una situación de extrema y urgente necesidad, así como auxiliar a los sanitarios que intervengan y lo precisen².

Cuando no hay urgencia para acordar el ingreso

Desde un punto de vista médico deberá valorarse la urgencia de cada supuesto, aunque ya apuntábamos que la experiencia diaria nos demuestra que los ingresos involuntarios en la práctica totalidad de los casos se producen por una situación clínica aguda. Ahora bien, cuando el ingreso no se adopte por razón de urgencia sino como posibilidad terapéutica alternativa, no debemos olvidar que la previa obtención de la autorización judicial para el internamiento involuntario es lenta y poco eficaz, puesto que la persona ha de ser trasladada a dependencias judiciales, ser vista por el médico-forense, por el juez, de sus informes dar traslado al fiscal y después resolver sobre la medida solicitada por los interesados. Cuando quiera llevarse a efecto la resolución adoptada, el estado de la persona habrá empeorado seguramente hasta tal punto que ya se habrá procedido a su ingreso urgente. Cualquier familiar que se haya visto en esa situación podrá compartir la angustia de días de espera, sin llegar a comprender la lentitud de un sistema legal y judicial que no garantiza de manera adecuada la situación de imperiosa necesidad, aunque no sea de inmediatez, en que se encuentra la persona.

En beneficio del paciente

Sin querer cerrar la puerta a otras opciones, y sin perjuicio de considerar la decisión del internamiento como una medida terapéutica excepcional y siempre entendida como facultad exclusiva del facultativo/a, no podemos dejar de defender la opción del llamado ingreso involuntario urgente, es decir, con autorización judicial posterior al ingreso, como la opción más ajustada a la realidad de la enfermedad mental y más beneficiosa para la persona y su entorno. Podremos alcanzar otras alternativas en el futuro, mejorar nuestro sistema legal, pero mientras tanto nuestra responsabilidad como profesionales del derecho y de la salud, nos sigue vinculando a la búsqueda de la solución hoy por hoy menos onerosa y más eficaz para la mejora de la salud y calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias.

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN

CONSTITUCIÓN DE LA SECCIÓN DE DEPORTE ADAPTADO

ASVAR, respondiendo a la iniciativa de varios asociados implicados más especialmente en la organización del Campeonato de Fútbol Intercentros, ha constituido una

¹ Protocolo de actuación de internamientos en el territorio histórico de Bizkaia.

² Arts. 11 y 53 de la Ley de Fuerzas y Cuerpos de seguridad y art. 21 de la Ley sobre protección de la seguridad ciudadana.



Sección de Deporte adaptado, dirigida específicamente a personas con minusvalías derivadas de enfermedades mentales. El objetivo es poder participar e integrarse en la recién creada Federación Vizcaína de Deporte Adaptado, y permitir así las ventajas y oportunidades que puedan derivarse de tal federación, e impulsar actividades deportivas que tanta repercusión están teniendo en los últimos años. Seguiremos informando del curso de esta iniciativa.

CAMPEONATO DE FUTBITO INTERCENTROS 2004

En marcha de nuevo el campeonato de futbito intercentros, ASVAR ha colaborado en la solicitud de ayudas y subvenciones para su desarrollo y para la organización del acto de entrega de trofeos, que como otros años tratará de convertirse en un acto festivo, de apoyo por parte de personalidades del deporte, y de reivindicación de una imagen no distorsionada y estigmatizada de las personas con enfermedades mentales.

PROYECTOS 2004

Tras la asamblea anual, la asociación ha concretado algunas líneas de actuación para este año, especialmente dedicadas a la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedades mentales. Se han propuesto, y hay asociados trabajando en proyectos en el ámbito educativo, en los medios de comunicación, en ámbitos sanitarios, etc.

Como ejemplo, presentamos la propuesta de Carlos Gil de actuación en el ámbito educativo:

Dentro de los proyectos nuevos que se plantea la Asociación para potenciar su actividad y para ser referente social en la lucha contra el estigma de las personas con enfermedad mental severa, ofertamos durante este año la planificación y elaboración de documentos educativos a tal efecto, dentro del marco de los agentes educativos en la sociedad.

Creemos que trabajar desde los más pequeños en el ámbito escolar y de tiempo libre así como a sus agentes formadores nos irá configurando una sociedad joven y joven adulta, mejor formada, más concienciado y con menos prejuicios sobre estas personas, siendo a su vez éstos los futuros creadores de una cultura que favorezcan una discriminación positiva hacia los enfermos cuando eduquen a sus hijos o estén con sus familiares, amigos o en su trabajo.

1. OBJETIVO GENERAL

Introducir documentos informativos y formativos sobre la enfermedad mental severa y sus repercusiones sociales en los siguientes frentes:

- *En los colegios: alumnos, profesorado, APAS*
- *En escuelas de tiempo libre.*
- *En otros colectivos y asociaciones sensibilizadas (parroquias, comunidades, asociaciones de vecinos)*

2. OBJETIVOS CONCRETOS PARA ESTE AÑO

- *Formar un equipo de trabajo sobre el tema.*

- *Elaborar documentos.*
- *Contactar con los centros escolares, escuelas de tiempo libre y asociaciones.*

3. POSIBLE METODOLOGÍA

3.1. En los colegios.

- *Elaborar documentos sencillos y pedagógicamente asumibles adaptados a las edades en su lectura y comprensión, haciendo ejemplos, dinámicas comparativas, etc.*
- *El personal de ASVAR primeramente formaría a los profesores y a las APAS correspondientes a cada edad. Luego formaría a los alumnos.*
- *Podrían ser dos sesiones por cada edad de alumnado.*
- *A los alumnos las sesiones las podrían dar el personal de ASVAR más los profesores.*
- *Estas sesiones se pueden introducir en horas de tutoría o en otras horas programadas a tal efecto en los colegios.*
- *Edades en las que podría ser conveniente hacer esto:*

*6º Primaria
2º ESO
4º ESO
2º Bachiller*

3.2. En Escuelas de Tiempo Libre

- *Introducción de dos sesiones en el programa de Monitor.*
- *Introducción de dos sesiones en el programa de Director.*
- *Introducción de dos sesiones en el programa de Animador Socio-Cultural.*

3.3. En Asociaciones y Colectivos

- *Participar en alguna charla, jornada.*
- *Utilizar los documentos de escuela de Tiempo Libre para utilizar en parroquias, clubes sociales, asociaciones.*

3.4. Otros posibles ámbitos.

- *Universidad, Facultad de Psicología, Sociología, Trabajo Social, Educación Social.*

4. TEMAS A INTRODUCIR EN LOS DOCUMENTOS

- *Concepto Salud Mental.*
- *Psicosis.*
- *Persona con Enfermedad Mental: Biológico, Psicológico, Social, Formativo-Laboral.*
- *Conductas sociales.*
- *Recursos existentes.*
- *Rehabilitación psicosocial.*
- *Familias.*
- *Respuesta de la sociedad.*
- *Respuesta de las personas con enfermedad.*
- *Estigma y medios de comunicación.*
- *Retos, futuro horizontes de atención.*

Carlos Gil



En este sentido, la Jornada de la asociación prevista para mayo de 2004 en Donosti se centrará en estos aspectos. Seguiremos informando.

RELACIONES CON OTRAS ASOCIACIONES

FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN-FEARP

El proyecto de Revista de Rehabilitación Psicosocial está ya formalizado, y es inminente la publicación del primer número. Esperamos poder disponer de forma gratuita de suficientes números para todos los asociados interesados, aunque todos los contenidos estarán disponibles de forma libre y gratuita en la página Web de la editorial (DOYMA, en la de FEARP y ASVAR,

Sigue en marcha el proyecto de crear un Observatorio Estatal de Rehabilitación Psicosocial, que pretende trabajar en coordinación con otra iniciativa de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, relacionada con un Observatorio general de Salud Mental. El coordinador del observatorio es **Oscar Jiménez**: oscarj@furnet.es y nuestro representante en el mismo, JA de la Rica jarica@hber.osakidetza.net

Otro de los objetivos es la organización de un congreso estatal en Madrid en 2005, con la participación de todas las asociaciones autonómicas. Seguiremos informando.

SECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Ya ha comenzado su andadura, bajo la presidencia de Ananías Pastor ananiasma@hotmail.com y la secretaria de Liana Vehil centrededia@ajrubi.es Puede accederse a información sobre el tema en:

<http://www.pulso.com/aen/seccionRH.htm>

NOTICIAS DE INTERES

CURSOS, CONGRESOS, REUNIONES Y OTROS ACTOS

Con fecha 5 de noviembre de 2003 se celebró la Asamblea Anual de OME-Asociación Vasca de Salud Mental. El Prof Levav, de Ginebra, colaborador de la OMS y participante del proyecto ATLAS presentó datos recogidos en dicho estudio acerca de recursos disponibles, a nivel mundial, en atención a salud mental. Si alguien tiene interés puede consultarlos en: <http://www.ome-aen.org/OMS.htm>

XIX Jornadas Nacionales AEN 2004 "SALUD MENTAL, DIVERSIDAD Y CULTURA" Nuevos retos en las fronteras del saber y la atención. Barcelona 20, 21 y 22 de mayo de 2004. <http://www.aenbarcelona2004.com>

I Jornada de Rehabilitación: ¿Es la Rehabilitación Social en Salud Mental una misión imposible? Dificultades y vías de solución. Santa Coloma de Gramanet. 11 febrero 2004 www.diba.es/torribera/emilimira

III Jornadas Científicas de la Asociación Castellano y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial. León, 11 y 12 de Marzo 2004.

www.fearp.org/asvar.htm



bbk