



Conselleria de Bienestar Social
Hble. Sra.
Paseo de la Alameda, 16
46010 Valencia

=====
Ref. Queja nº 051860
=====

(S/Rfa.: Reg. Gral. salida nº 12845 de 28/12/2006).

Hble. Sra.:

El reclamante formuló queja en la que, resumidamente, nos manifestaba que tenía dos hijas, de 23 y 29 años. Ambas padecen una enfermedad denominada “enfermedad de Wilson”. La hija mayor presenta graves problemas psiquiátricos con trastornos de conducta que han originado múltiples ingresos en la unidad de agudos de la Excm. Diputación Provincial de Alicante. No obstante, su enfermedad no mejora y la normalidad familiar se resiente debido a la constante situación de agresividad hacia la familia de la citada. Por indicación del especialista, solicitaron una plaza en centro específico para enfermos mentales crónicos (CEEM) sin que hayan recibido respuesta alguna, dado que, según les manifestaron, no había plazas disponibles ni presupuesto para situaciones como la suya que, según refieren, es de atención urgente. La mentada tiene declaración de minusvalía (grado 65 %) pendiente de revisión por agravamiento.

La Conselleria de Bienestar Social nos remitió atento escrito manifestando que se había recibido, efectivamente, solicitud para ingreso en CEEM de la hija mayor y no de la hermana. Según el dictamen técnico del Centro de Valoración y Orientación de Discapacitados de Alicante, a la hija mayor se le diagnosticó: a) enfermedad del aparato digestivo por enfermedad hepática crónica; b) retraso mental ligero por trastorno mental de etiología congénita; c) alteración de la conducta por síndrome orgánico de la personalidad de etiología congénita. Según nos refiere la Conselleria, la “enfermedad de Wilson” no es una enfermedad mental propiamente dicha, si bien, entre sus efectos, sí puede dar lugar a trastornos de este tipo. En este sentido, si los informes psiquiátricos y la valoración psiquiátrica recomendarán ingreso en Centro de Enfermos Mentales se procedería a valorar consecuentemente dicha solicitud.

La Conselleria continúa manifestando que no constaba en el expediente ninguna resolución judicial de incapacitación ni auto judicial de internamiento. Asimismo, la solicitud estaba firmada por el padre cuando, salvo imposibilidad manifiesta, le

corresponde a la propia enferma el cumplimiento de este trámite. Por otro lado, aunque cumple la mayoría de los requisitos para ingreso en CEEM, no cumple el requisito de “no padecer enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica continuada”, ni tampoco el de no presentar patrones de comportamiento excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás” dado que el informe del psiquiatra de la Unidad de Salud Mental de referencia expresa que la mentada observa “desajuste comportamental con estado de irritabilidad permanente y conductas agresivas”.

La Conselleria concluye que, desde la Dirección Territorial de Alicante, se va a proceder a valorar la tramitación del expediente, si bien, en caso de adjudicación, se asignará un tiempo de prueba para valorar la adecuación al centro y su idoneidad, pudiendo ser denegada su estancia en el período de prueba por los motivos expuestos anteriormente.

El interesado aportó, posteriormente, documentación complementaria.

Sobre lo anterior, podemos realizar las siguientes consideraciones:

No hay una definición legal de alcance general de lo que constituye el concepto de “enfermedad mental” aunque sí aplicaciones en ámbitos concretos. Por ejemplo, el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, en su anexo I, dedica su Capítulo 16 a la “enfermedad mental”, estableciendo sus párrafos iniciales que:

La valoración de la *enfermedad mental* se realizará de acuerdo con los grandes grupos de trastornos mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados - CIE-10, DSM-IV-. Teniendo como referencia estos manuales, los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, disociativos y de personalidad. Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «Trastorno Mental», entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que, interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración. La valoración de la discapacidad que un Trastorno Mental conlleva se realizará en base a: 1. Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma. 2. Disminución de la capacidad laboral 3. Ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.

El concepto de enfermedad es una elaboración humana y no refleja ninguna propiedad intrínseca de la naturaleza. Se han desarrollado diversos modelos que explican la enfermedad mental. Podemos, así hablar de un *modelo biológico* (requiere la existencia de cambios estructurales o químicos objetivamente demostrables, relacionados con una condición del organismo), *estadístico* (existen conducta, ideas o afectos que se separan de manera excesiva del término medio habitual en el grupo social del individuo), *normativo* (considera que los trastornos mentales son manifestaciones desviadas de cierto concepto ideal o norma a seguir), *funcional* (hay enfermedad mental cuando se pierden o alteran funciones psíquicas y hábitos de conducta que contribuyen al bienestar e integración social del individuo) o *social* (se considera una persona como enferma cuando su personalidad o comportamiento obstaculiza las actividades, proyectos o creencias de la sociedad que le rodea).

La Psiquiatría es una ciencia médica, dentro de las ciencias naturales y, por lo tanto, se rige por criterios científicos: es la ciencia médica que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales; pero también es una ciencia cultural, y esto quiere decir que determinadas conductas pueden calificarse de anormales e incluso de patológicas según el momento histórico o la cultura en la que aparecen. El abanico de lo que se considera enfermedad mental es muy amplio. De una forma simplista, podemos establecer una primera distinción atendiendo al origen del trastorno entre aquellas enfermedades que están producidas por factores físicos, siendo identificable una alteración del metabolismo, una lesión o cualquier otra causa y aquellas que no tienen una causa física conocida. En la mayoría de los trastornos mentales no podemos identificar una causa física conocida, sin que esto signifique que no estén producidos por causas físicas, sino que todavía no ha podido ser aislado el factor físico que los provoca. Los trastornos mentales no están producidos exclusivamente por factores físicos o psicológicos, sino que en cada trastorno mental existe una interacción entre ambos, aunque el peso recaiga, según el caso, más en factores físicos o en factores psicológicos.

La Orden de 3 de febrero de 1997, de febrero de 1997, de la entonces Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales por la cual se modifica la Orden de 9 de abril de 1990 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar a enfermos mentales crónicos en la Comunidad Valenciana define los centros específicos para enfermos mentales crónicos como un

Servicio residencial comunitario abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización. La residencia trabajará siempre desde una perspectiva de rehabilitación, enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria

Incluyendo entre sus beneficiarios a aquellos

Sujetos adultos afectados por enfermedades mentales crónicas con déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impida o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte y que no requieran hospitalización

La norma no excluye ningún tipo de diagnóstico ni establece diferencia en el origen.

Un segundo problema sería el de la atención a la enfermedad somática. Es evidente que si la afectada precisara constantes cuidados de enfermería que precisaran hospitalización el centro no sería adecuado. De hecho, este es el sentido que creemos que tiene la norma. Ahora bien, la atención de las necesidades de carácter físico general (por ejemplo un tratamiento dental) o la atención a la enfermedad propia específica que es la causa orgánica de la psicosis, como es el caso, si no requieren más que una atención que no exceda de unos límites obviamente deberá desarrollarse en el centro.

Las recomendaciones internacionales se inclinan hacia esta dirección, es el caso del artículo 10.4 de la Rec(2004)10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales adoptada por el Comité de Ministros el 22 de septiembre de 2004. Por otro lado, el artículo 30 de nuestra Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad

Valenciana define los centros residenciales, con carácter general como “son equipamientos sustitutivos del hogar familiar, configurándose como centros de atención integral dirigidos a amplios sectores de personas y problemáticas con necesidades diferenciadas”. Manifestando que “este recurso facilitará las prestaciones básicas a las personas usuarias del servicio cuando no puedan ser atendidas, de forma suficiente, en su unidad básica de convivencia, una vez agotadas otras alternativas de Servicios Sociales”. El número 6 del artículo establece un principio general de asistencia integral que incluye, en función de las necesidades, entre otras, tratamiento especializado y promoción de la salud.

El tenor viene a coincidir con el del nº 6 del artículo 52 de la Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos que señala que *cuando la profundidad de la minusvalía lo hiciera necesario, la persona minusválida tendrá derecho a residir y ser asistida en un establecimiento especializado*. La norma citada se fundamenta en el artículo 49 de la Constitución, *en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias* (artículo 1). El número 4 del artículo 52 matiza: *Los servicios de residencias y hogares comunitarios tienen como objetivo atender a las necesidades básicas de aquellos minusválidos carentes de hogar y familia o con graves problemas de integración familiar*.

Por último, siendo cierto que los CEEM no admiten inicialmente a personas que presenten ‘patrones de comportamiento excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás’, este dato debe ser valorado dentro de un ámbito concreto y ver el ajuste que la persona en cuestión tiene a medios institucionalizados, situación que puede diferir ampliamente de su comportamiento en el medio familiar.

Bien, realizado este preámbulo, podemos ir a los elementos de hecho que nosotros hemos observado en el caso concreto.

La enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario del metabolismo del cobre. La alteración de la eliminación normal del cobre hepático da lugar a la acumulación tóxica de este metal en el hígado, el cerebro y otros órganos.

El tratamiento actual de la mentada es la ingesta de medicación para la eliminación de los depósitos de cobre 3 veces al día y un control analítico de sangre y orina cada 3 ó 4 meses dependiendo de la evolución. No precisa cuidados constantes de enfermería.

El comportamiento de la mentada en medio institucional difiere notablemente del mantenido en medio familiar. En diferentes informes de los Servicios de Salud Mental de la Excma. Diputación Provincial de Alicante en los períodos comprendidos entre 5/07/05-21/07/05, 28/07/05-4/08/05, 18/08/05-2/09/05, 14/10/05-11-11-05, 12/11/05-2/12/05, 9/12/05-19-12-05, 25/12/05-30/12/05, 4/01/06-21/01/06, reseñan que el comportamiento de la paciente en la unidad ha sido adecuado desde el ingreso y que se adapta perfectamente a la dinámica del centro, no creando ningún tipo de problemas ni con los residentes ni con el personal, colaborando en las actividades, talleres y actividades de ocio, integrándose sin complicaciones. Dicho parecer es reiterado en el informe de la Agencia Valenciana de Salud de 23 de agosto de 2005 que señala que “durante los ingresos su comportamiento es correcto y no presenta descontrol en la conducta”. El informe del TAPIS de Dénia de 21 julio de 2005 reseña que había

mostrado una evolución positiva durante su estancia en el centro (aunque distaba de lograr todavía los objetivos deseados), logró tener un mayor autocontrol, se fueron espaciando los sucesos conflictivos en frecuencia y reducción de intensidad hasta “prácticamente desaparecer”, pese a que en el medio familiar persistían con más agudeza. Parece, pues, desprenderse de los informes precitados que la adaptación a los medios institucionales es positiva para la paciente

Los informes de los Servicios de Salud Mental de la Excm. Diputación, de forma reiterada, expresan la necesidad de un ingreso en un recurso de media-larga estancia, debido a que “la dinámica familiar se encuentra totalmente alterada, lo que impide el que puedan mantener una convivencia normalizada”, “sería beneficioso para la familia, un internamiento temporal como desahogo familiar, en centro de rehabilitación que mejorase habilidades de relación de la paciente, resolución de problemas, tolerancia al malestar y control de impulsos”. El informe de la Agencia Valenciana de Salud referenciado expresa literalmente “consideramos necesario y URGENTE su ingreso en algún centro asistencial de tipo residencial, tanto para observación de su conducta fuera del entorno familiar, aclaración del diagnóstico y tratamiento adecuado, como para respiro y reorganización de la vida familiar”. El informe de la Trabajadora Social de la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Dénia expresa que esta chica ha tenido 9 ingresos en el psiquiátrico desde mayo del 2005, que la familia está incluso dispuesta a que ingrese en un centro privado a pesar del esfuerzo que esto supondría, tienen otra hija con el mismo diagnóstico, los padres están bastante agotados con esta situación, por lo que “considero que sería necesario tener en cuenta estas circunstancias a la hora de valorar su solicitud”. El informe del TAPIS expresa que “la sobrecarga familiar está desbordada por el cuidado y la convivencia que incide sobre el desgaste emocional de los padres como cuidadores” y que creen “necesario un recurso residencial, ya sea vivienda tutelada o residencia, que de un respiro y ayude a restablecer el equilibrio familiar”, lo que “también sería muy positivo para la evolución personal de... que fuera de su casa ha demostrado un mayor progreso”.

La familia tiene solicitada la autorización de internamiento involuntario de la mentada y la declaración judicial de incapacitación en los juzgados de Dénia, estando a la espera de que finalicen los trámites judiciales.

En diferentes resoluciones de esta Institución hemos puesto de manifiesto que, en este concreto campo de la atención residencial a las personas con problemas de salud mental, hay que guiarse por la evolución del número de plazas en función de las disponibilidades presupuestarias, la evolución de la lista de espera y la creación de mecanismos alternativos. Aunque sólo hay un recurso público, lo cierto es que anualmente se convocan ayudas para la atención institucionalizada y el global de plazas entre el centro público y los privados ha ido paulatinamente aumentando. No obstante, y aún aceptando esto que, por otra parte, también es reconocido por las Asociaciones de afectados y de profesionales, sigue siendo necesaria tanto la creación de este tipo de plazas como, sin duda, la creación de los restantes recursos que, en sentido inverso, eviten la institucionalización de los pacientes, pues la atención a la salud mental en ningún caso debe limitarse al ámbito de lo institucional sino que, precisamente, debe incidir en la atención el seno de la comunidad, conforme señala el artículo 20 de la Ley General de Sanidad.

Creemos que la situación expuesta, tanto por la frecuencia de los ingresos hospitalarios, la necesidad de rehabilitación en los aspectos relacionales de la paciente y el propio agotamiento del núcleo familiar es, sin duda, difícil.

En atención a lo expuesto, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 nº 1 de la Ley de la Generalidad Valenciana 11/1988, de 26 de diciembre, del Síndico de Agravios, esta Institución efectúa la siguiente RECOMENDACIÓN, a la cual, conforme al último precepto citado, deberá responderse manifestando su aceptación o las causas que lo impidan en el plazo máximo de 15 días:

- Que se arbitren todos los mecanismos posibles para que, a la mayor brevedad posible, la persona afectada pueda ver satisfecha su necesidad de plaza residencial

y la siguiente SUGERENCIA:

- Con carácter general, que continúe el proceso de creación de plazas residenciales para enfermos mentales crónicos y de ayudas para la atención institucionalizada hasta cubrir las necesidades existentes sin descuidar la apertura de plazas que eviten, precisamente, el proceso de institucionalización.

En el plazo de un mes la presente sugerencia será insertada en la página web de esta Institución.

Le agradecemos por adelantado la remisión de lo interesado. Atentamente,

Bernardo del Rosal Blasco
Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana