

## **Resum del document del CEA:**

**DRETS HUMANS I HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA.  
PER UNA ÈTICA DE LA CAPACITAT. LA VIDA DIAGNOSTICADA.**

Barcelona, setembre de 2015

### **1. Introducció.**

Es cita l'any 2013 com a inici del treball concret en el document, però la gestació es va produir l'any 2012, justament els primers mesos després de la darrera Jornada del CEA (desembre 2011). I es va consolidar en la trobada que va tenir el CEA amb el Grup de Pensadors de la FCCSM, el 4 de juny de 2012, a propòsit de l'ingrés psiquiàtric.

"Els valors ètics en la pràctica clínica han de ser una prioritat per als professionals, incloent el respecte als drets de la persona." Textos a conèixer, que els professionals majoritàriament no coneixen:

Convenció de les Nacions Unides sobre drets de les persones amb discapacitat (2006).

Nou codi civil de Catalunya (2010) art. 212 i següents que regula els ingressos. Llei d'Autonomia del Pacient (2000) i la seva homònima castellana del 2002.

### **2. Antecedents.**

La revisió de l'aplicació de la Convenció, pel comitè d'expert l'any 2011 fa unes observacions inquietants:

"OBS 36 recomana a l'estat espanyol que revisi les "disposicions legislatives que autoritzen la privació de llibertat per motius de discapacitat, incloses les mentals, psicològiques o intel·lectuals" Recomanen també que l'Estat "derogui les disposicions que autoritzen l' internament forçós" i altres temes com el consentiment informat, la manca de protocols específics, la revisió de les lleis de Guarda i tutela i expressa, la preocupació per la manca de recursos per la reinserció comunitària.

Fem una referència a situacions de la pràctica assistencial que poden suposar vulneració de drets com:

- La contenció mecànica (estudi del CEA l'any 2005).
- Possible abús d'ingressos involuntaris.
- Medicació excessiva obligatòria/sense autorització/sense prou informació.
- Restriccions de visites i accessos a l'aire lliure.
- Escassa informació sobre tractament.
- Pobre implementació del consentiment informat.

### **3. L'ingrés psiquiàtric en el model de tractament comunitari.**

Aquesta part descriu en primer lloc el model en que es basa l'atenció en Salut Mental, model comunitari i multidisciplinar, tal com planteja la Declaració de Hèlsinki (2005), que també fa referència als drets humans de les persones amb alguna discapacitat.

El model comunitari, que doni resposta a les múltiples necessitats de la persona afectada, precisa disposar també d'una multiplicitat de serveis en perfecte coordinació. Aquests eixos bàsics, la integralitat i la continuïtat, son el repte a mantenir per el sistema, que no obstant, està sotmès, també, a múltiples fragmentacions i descoordinacions, que poden influir de manera molt negativa el desenvolupament efectiu del treball assistencial.

I en aquest marc general, es descriu el problema de les crisis o desequilibris que poden acabar tenint l'ingrés hospitalari com a darrera solució, i es parla de les vivències dels diferents protagonistes front l'ingrés.

#### **Reflexions entorn a l'ingrés en una Unitat d'Aguts.**

En aquest apartat és observat l'ingrés des dels ulls de professionals de l'hospital, així com l'anterior reflectia principalment l'òptica dels professionals de comunitària.

**Adults.** Aquestes son les reflexions des de la posició d'un psiquiatre que està de guàrdia. Es fa referència a la necessitat d'una bona preparació de l'ingrés per part del equip comunitari; a la necessitat de generar un ambient acollidor i de confiança, cosa només possible amb un bon treball d'equip; a informar de manera amplia, inclosos els familiars, dels que caldrà conèixer el tipus de relació que tenen amb el pacient, etc.

**Acollida i acompanyament a l'ingrés.** Reflexions des d'infermeria, diplomats i auxiliars, que son els que reben i acompanyen el pacient a l'entrada i quan es decideix l'ingrés. Aquí es mostren els esculls i dificultats que s'han de resoldre per poder crear i mantenir un bon clima a l'unitat d'ingressos. Com tractar el tema de les pertinences del pacient; com cal evitar els judicis i les etiquetes i fer una acceptació incondicional de la persona, mes enllà de la malaltia o trastorn. Tota la organització d'horaris i normes que regulen la vida col·lectiva de la unitat i fan possible el tractament dependent de la infermeria, que és la "figura de proximitat".

**Nens, adolescents i joves.** En almenys el 25% de les urgències psiquiàtriques tenen com a indicació final l'hospitalització psiquiàtrica del menor. És un fet que sorprèn doncs encara està molt estesa la negació de la malaltia mental en el menor, "innocent" o que "ja aprendrà" que invoca la família quan apareixen trastorns.

S'ha d'assegurar la incorporació (durant l'ingrés i posteriorment) dels pares en el procés en curs, amb la finalitat de millorar l'estat de salut mental del menor. Actualment, les lleis estableixen l'obligatorietat de l'autorització judicial de l'hospitalització, negant la validesa del consentiment que puguin donar tan els menors com els seus tutors legals.

#### **4. Conseqüències jurídic - legals de l'ingrés psiquiàtric.**

L'internament psiquiàtric comporta una privació de llibertat que, sobretot en l'involuntari, té unes conseqüències jurídic - legals per la seva equiparació a una detenció. A Catalunya està regulat per l'article 212 del seu Codi Civil. De tota manera, la regulació de l'internament involuntari genera diverses paradoxes:

- a. El jutge no pot constatar la hipotètica vulneració de drets fonamentals que es puguin produir en l'internament "al marge de la privació de llibertat". El pacient queda així a mercè de la correcta interpretació per part del personal sanitari del centre.
- b. El Tribunal Constitucional ja s'ha pronunciat fa 3 anys sobre la inconstitucionalitat de l'article 763 de la Llei D'enjudiciament Criminal, per no reunir els requisits d'una llei orgànica, el que fa imprescindible una urgent nova regulació de l'esmentat article.
- c. Les disposicions sanitàries que regulen els ingressos psiquiàtrics, en raó de la seva diferència respecte patologies somàtiques, no han de comportar restriccions innecessàries dels drets dels pacients.

Posteriorment es parla de la Convenció de Nacions Unides dels Drets de la Persona amb Discapacitat (2006), es fa esment a les dades més rellevants, i es citen les observacions negatives del Comitè d'experts del 2011. Exemples:

- Respectar l'autonomia i la capacitat d'obrar de la persona.
- Derogar les pràctiques que portin a la discriminació.
- Oferir suports d'acord amb la personalitat, anhels i habilitats naturals de la persona.
- I d'altres.

I en relació als trastorns mentals, els pacients:

- Han de ser tractats en igualtat de condicions als altres.
- No han de patir tractes degradants ni vexatoris.

- Han de tenir accés a tots els serveis de suport a la comunitat, a programes d'habilitació i rehabilitació en àmbits de salut, ocupació i serveis socials.
- Els serveis han de protegir el dret al treball en condicions justes i favorables.
- I d'altres.

## 5. Conclusions i recomanacions.

Agrupades en 5 apartats:

- Informació i formació dels professionals.** Formar els professionals implicats en temes legislatius i d'ètica assistencial. Promoure l'especialització de jutges en incapacitacions i ingrés psiquiàtric.
- Aspectes facilitadors de l'ingrés i la continuïtat assistencial.** Implantar el Consentiment Informat en l'hospitalització i seguiment en els altres serveis; realitzar bones derivacions per bones coordinacions; fer pactes assistencials; atendre en funció de la situació i necessitats de cada persona; potenciar més figures de proximitat; resoldre els problemes de vinculació i d'altres.
- Aspectes a tenir en compte en hospitalització de nens i adolescents.** Garantir la presència d'una persona que representi el menor (familiar o tutor legal) des de l'inici de l'hospitalització; considerar la seva opinió en relació a edat i maduresa; ser tractats en ambients separats dels adults i d'altres.
- Condicions de l'hospitalització i protecció a l'alta.** Donar als malalts psiquiàtrics les estructures físiques adients per crear un espai Terapèutic; proveir d'assistència personalitzada i escolta, per tant, formar els professionals hospitalaris en tècniques psicoterapèutiques; crear programes socio-sanitaris per pacients en situació de desprotecció social, i d'altres.
- Paper del jutge en l'hospitalització psiquiàtrica.** Afavorir la coordinació del jutge amb els professionals del centre sanitari, i desenvolupar un marc legal que permeti al jutge un seguiment actiu en situacions de vulneració dels drets fonamentals en l'aplicació de mesures restrictives.