



## **INFORME PERICIAL.**

**D. ...., Profesionales de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, emiten el siguiente informe pericial sobre los acontecimientos ocurridos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent, con el interno D. Rubén.....**

### **ESTRUCTURA DEL INFORME.**

- 1. FUENTES DE INFORMACIÓN.**
- 2. RELATO DE LOS HECHOS.**
- 3. CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES.**
- 4. CONCLUSIONES.**
- 5. BIBLIOGRAFÍA.**

#### ***1. FUENTES DE INFORMACIÓN.***

- Relato de la madre del paciente (D<sup>a</sup> Fátima Santana).
- Relato del médico de guardia del hospital psiquiátrico penitenciario.
- Contenido de la denuncia presentada por los padres de Rubén.

## **2. RELATO DE LOS HECHOS.**

Según relata la madre del paciente, Rubén padece una enfermedad mental grave e inestable, que en su domicilio y, a pesar del tratamiento farmacológico prescrito, presentaba frecuentes episodios de descompensación con agitación psicomotriz, que requerían ingresos hospitalarios.

Cuando ingresó en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante le preocupó mucho saber que le habían cambiado su tratamiento habitual. Después supo que lo tuvieron en régimen de aislamiento desde julio hasta final de septiembre. Durante ese tiempo, la madre lo notaba asustado en sus conversaciones telefónicas (“no hablaba normal”, decía: “me amenazan, van a terminar conmigo”) y lo notaba muy cansado. Pero le resultaba muy difícil obtener información del centro y nunca pudo hablar con el psiquiatra que atendía a su hijo.

El día 23 de septiembre de 2009 ocurrieron los hechos que se valoran en el presente informe y la madre refiere que ése día Rubén la llamó muy asustado diciendo que le iban a matar y ella cogió un vuelo desde Canarias y llegó a Alicante el día 29 de septiembre.

A la madre le llamó la atención el número de moratones y cortes que advirtió en el cuerpo de su hijo cuando éste se agachó a recoger una cosa y de los que **él no había contado nada**. Al preguntarle dijo que le habían metido en una habitación, le pusieron una manta por la cabeza y le dieron con “palos”. Finalmente lo arrastraron desnudo por el suelo de una galería y lo ataron con esposas al somier de una cama sin colchón. Afirma que nadie entró a verlo durante la noche salvo el médico que pasó de madrugada y le dio agua.

Al preguntar la madre por los cortes que presentaba su hijo, en el centro le dijeron que se los había hecho su hijo con un cristal que rompió.

Al día siguiente llamó por teléfono y sólo le decían que su hijo no figuraba ingresado en el centro pero no sabían darle razón de dónde estaba. A los tres días la llamaron del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla diciéndole que estaba allí.

En relación con lo sucedido el día 23 de septiembre, el médico de guardia recuerda que fue llamado para atender al interno entre una y dos horas después de que el interno hubiera sido “reducido”. Refiere que se trataba de un interno muy provocador con las figuras de autoridad y sobre todo con los varones (médicos, funcionarios, etc.) y con frecuencia les insultaba y les decía “venid a por mí si tenéis huevos”. Cuando lo reconoció se observaban golpes sugerentes de ser producidos por porras y tuvo que extraerle varios fragmentos de cristal que se le incrustaron en la espalda y que le dolían. Al parecer esto se debió a que fue arrastrado desnudo por el suelo donde había fragmentos de un cristal roto. A continuación realizó un parte de lesiones y dejó pautado un protocolo de atención nocturna durante la sujeción mecánica.

A la mañana siguiente el parte se había rellenado por enfermería pero el paciente negaba que hubiera entrado nadie a verlo salvo el propio médico de guardia que entró de madrugada y le dio agua.

### **3. CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES.**

La Asociación Española de Neuropsiquiatría es una asociación multidisciplinar integrada por un amplio elenco de profesionales relacionados con la asistencia en Salud Mental. Desde su creación en 1924 ha cumplido con la labor propia de toda asociación científica, pero asumiendo también un interés por la mejora y reforma de las instituciones y servicios de salud mental junto con la dignificación de las personas con enfermedad mental y la defensa de los derechos propios de este colectivo de ciudadanos.

#### *Marco legislativo.*

La articulación y regulación del Sistema Nacional de Salud, por medio de la Ley General de Sanidad, y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que han permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

En el marco de la Unión Europea, hay que tener en cuenta que en la Conferencia de Helsinki, celebrada en Enero de 2005, los representantes de los Ministerios de Salud de los 52 estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental.

Esta Declaración considera la salud mental, como una prioridad sanitaria, económica y social y en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental, que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo, asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

Sin embargo en el caso de los enfermos mentales que cometen un delito ligado a su enfermedad y para los que se decreta una medida alternativa de internamiento psiquiátrico, debido a la no asunción por parte de las CCAA de la atención psiquiátrica de éstos casos (con la única excepción de Cataluña), los sujetos acaban ingresando en uno de los dos hospitales psiquiátricos de ámbito estatal (Sevilla o Alicante) muy alejados de su entorno familiar y social y desconectados de los servicios de salud mental comunitarios.

#### *Evolución de la asistencia psiquiátrica.*

Pasada la primera mitad del siglo XX, aparece la psiquiatría comunitaria, que considera que el marco idóneo para el tratamiento de la enfermedad mental no es el marco cerrado del antiguo manicomio, sino la comunidad.

Con el cierre de las grandes instituciones, la vida de las personas con trastornos mentales graves ahora se desenvuelve en sus hogares familiares o en residencias y con ello sus necesidades se han hecho más complejas y más similares a las necesidades de la población sana: necesidad de recibir educación, de trabajar, de poder ganarse la vida, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y por supuesto, de recibir tratamiento y rehabilitación.

### *Trastornos mentales graves.*

Denominamos trastornos mentales graves a aquellos que cumplen unos criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia. La esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos graves de personalidad constituyen la mayoría de este grupo de trastornos.

En el caso que nos ocupa, los diagnósticos recogidos van desde la esquizofrenia al trastorno bipolar pasando por un trastorno de la personalidad y por tanto entraría plenamente en esta categoría.

De hecho el testimonio de su madre relata la dificultad para su manejo en el entorno familiar, con frecuentes ingresos y cuadros de agitación a pesar del tratamiento prescrito.

### *Hospitales psiquiátricos penitenciarios.*

La Asociación Española de Neuropsiquiatría viene defendiendo a través de diversos estudios e informes, que los hospitales psiquiátricos penitenciarios actuales deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma, garantizando la necesaria calidad asistencial, y el que la asistencia se proporcione adecuadamente contextualizada con el entorno sociofamiliar del paciente.

### *Procedimientos de tratamiento y contención involuntaria.*

Puesto que se ha de asegurar el principio de equivalencia en la atención a pacientes con trastornos mentales en instituciones penitenciarias, debemos garantizar un estándar de calidad asistencial equiparable al que pueda recibir cualquier ciudadano en la comunidad. Y, por tanto, este principio incluye todas aquellas actividades sanitarias relacionadas con la contención mecánica y química.

Los procedimientos de contención involuntaria, que deben estar protocolizados, requieren mención especial. En primer lugar, porque sus implicaciones éticas y legales son mucho más graves, y en consecuencia deben situarse en el primer plano. En segundo lugar, porque no se centran en determinados diagnósticos sino en la existencia de un particular estado mental que impide al o la paciente percibir y aceptar el tratamiento cuando este es necesario. Tal estado puede afectar a personas que sufren trastornos muy diversos, incluyendo patologías no psiquiátricas.

Suponen una excepción a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico general, que garantiza el respeto de la autonomía personal en la aceptación de los tratamientos, que se concreta mediante el consentimiento informado, tal y como establece la legislación internacional (Convenio de Oviedo) y la española (Ley de Autonomía de los pacientes).

No existe normativa específica en la legislación española, ni en la legislación general ni en la sanitaria, que se refiera específicamente a la aplicación de medidas coercitivas o privativas de libertad durante el ingreso y no existe acuerdo, en torno a si deben considerarse modalidades de tratamiento, en cuyo caso valdría lo dicho para tratamientos involuntarios, o más bien requisitos o condiciones para la aplicación de tratamientos que requieran una consideración diferenciada como apunta el Defensor del Pueblo en su último informe de 11 de noviembre de 2005.

Por todo ello, es uno de los objetivos propuestos en la Estrategia de Salud Mental (2006), la implantación de procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas, y el respeto de los derechos y la dignidad de las y de los pacientes. Siendo necesario regular, por medio de protocolos, los procedimientos

para la contención física, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva de libertad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, los Hospitales y establecimientos específicos, y las Unidades psiquiátricas de los hospitales generales, disponen de protocolos a aplicar en caso de ser necesaria la contención de un paciente agitado, o que por otras condiciones necesarias para su tratamiento precisen de dicha contención. En tales protocolos se regula el modo de contención, su duración, motivo de prescripción, control y cuidado del paciente por el personal y las frecuencias mínimas de esta supervisión, y otros detalles.

Estos protocolos deberían ser exigidos en cualquier centro que atienda personas que pueden presentar necesidades de contención, independientemente que su origen sea o no psiquiátrico.

*Utilización de las defensas de goma en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.*

#### **4. CONCLUSIONES.**

Los profesionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que suscriben el presente informe consideran que:

- el proceso de contención física utilizado para reducir al paciente Rubén... es claramente desproporcionado y no se ajusta a ninguno de los protocolos de contención mecánica de uso habitual en cualquier servicio hospitalario. De modo que la utilización de porras y las lesiones que éstas producen en los pacientes pervierten el sentido último de la contención, dejando de ser una intervención sanitaria para proteger la seguridad del paciente y de su entorno, y acercándose claramente a una especie de castigo o respuesta de violencia institucional hacia el mismo.
- La forma de trasladar al paciente arrastrándolo por el suelo y produciéndole cortes en el cuerpo con los cristales existentes en el suelo atenta gravemente contra la dignidad del enfermo y añade un dolo innecesario.
- La contención física debe realizarse en un entorno seguro y en una cama confortable que no suponga un castigo para el paciente. Por tanto el esposarlo a un somier sin colchón podemos considerarlo un trato denigrante y vejatorio.
- Es fundamental velar porque el paciente sea monitorizado por personal de enfermería durante el tiempo que dure la inmovilización. Sería necesario comprobar la veracidad de la versión del paciente de no haber sido atendido durante la noche.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Calcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005
2. Cañas de Paz, F. "Urgencias Psiquiátricas". Monografías de Salud Mental. CAM. 1995
3. Díaz González, R.; Hidalgo, I. "Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas". Edit Mosby. 1999
4. Fernández, R. "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
5. Kaplan & Sadock's. "Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J. ; Sadock, V.A. 2003.
6. Lavore, F.W. "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Ann Emerg Med 1992; (1):25-32.
7. Ramos Brieva, J.A. "Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento". Edit. Masson. 1999
8. Sullivan, M. " La entrevista psiquiátrica". Ed. Psique. 1974
- 9.- Protocolo de contención. 2005. Hospital La Princesa. Alcala de Henares
- 10.- Protocolo de contención mecánica. 2003. Hospital 12 de Octubre. Madrid
11. La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación de los enfermos mentales. Cuadernos Técnicos 3. Madrid 2000.
12. Fernández, R., García Garbajosa, MA., Pedreira Masa, JL. "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 1990.
13. Hernández Monsalve, M., Herrera Valencia, R. "La atención a la salud mental de la población reclusa". Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios/30. Madrid 2003.