



ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Año 2022

X Legislatura

Número 39

SESIÓN CELEBRADA
EL DÍA 28 DE FEBRERO DE 2022

ORDEN DEL DÍA

I. Comparecencia de don Cayetano Toledo Hernández, secretario de la Asociación TP Cartagena RM (Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la personalidad en la Región de Murcia), para informar sobre el grave problema sociosanitario de trastornos de la personalidad (10L/SEIC-0289).

SUMARIO

Se abre la sesión a las 9 horas y 40 minutos.

I. Comparecencia de don Cayetano Toledo Hernández, secretario de la Asociación TP Cartagena RM (Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la personalidad en la Región de Murcia), para informar sobre el grave problema sociosanitario de trastornos de la personalidad (10L/SEIC-0289).

Para sustanciar el objeto de la comparecencia interviene el señor [Toledo Hernández](#).....585

En el turno general interviene:

El señor [Peñalver Pardínez](#), del G.P. Socialista.....591

La señora [Marín Martínez](#), del G.P. Mixto.....592

El señor [Carrera de la Fuente](#), del G.P. Vox.....594

El señor [Álvarez García](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....595

El señor [Calderón Rodríguez](#), del G.P. Popular.....596

Para contestar a las cuestiones planteadas por los portavoces de los grupos parlamentarios, interviene el señor [Toledo Hernández](#)597

Se levanta la sesión a las 11 horas y 15 minutos.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Comenzamos la Comisión de Sanidad y Política Social, hoy con un asunto único: [comparecencia en comisión de don Cayetano Toledo Hernández, secretario de la Asociación TP Cartagena Región de Murcia](#).

Por un tiempo máximo de veinte minutos, tiene la palabra el señor Toledo.

SR. TOLEDO HERNÁNDEZ (SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN TP CARTAGENA REGIÓN DE MURCIA):

Buenos días.

Gracias por dejarme exponer la problemática de los trastornos de la personalidad. TP Cartagena Región de Murcia es una asociación, como dice su introducción, de ayuda a la investigación de los trastornos de la personalidad en la Región de Murcia.

Se constituyó en 2007. Es una asociación pequeñita, constituida por familiares de personas con trastornos de la personalidad, sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública y adscrita a la Federación de Salud Mental de la Región de Murcia.

Como solo tengo veinte minutos, me he hecho un guion que voy a más o menos a leer, para no sobrepasarme y para tratar de dar a conocer el grave problema sociosanitario que son los trastornos de la personalidad, y ver qué podemos hacer para solucionar esto.

He dividido esto en puntos. Los objetivos de esta ponencia son principalmente tres: exponer el problema sociosanitario de los trastornos de la personalidad; explicar la rentabilidad económica que supondría invertir en atenderlos; y solicitar su atención integral y prevención, así como la prevención del suicidio.

Para comenzar, vamos a ver ligeramente, someramente, lo que son los trastornos de la personalidad, y sobre todo el trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP por sus siglas). El TLP es el más relevante de todos los trastornos de la personalidad, y suele presentarse como un trastorno mental grave. Su prevalencia es del 2% de la población en general, es decir, unas 30.000 personas en la Región de Murcia, que son 120.000 en total, considerando tres familiares de promedio. Toda la familia se ve seriamente afectada.

Las personas con TLP nacen con una alta vulnerabilidad emocional, y factores externos en la infancia (como ambientes invalidantes o traumas) intensifican esa vulnerabilidad y originan el desarrollo de la patología.

Algunos síntomas son: desregulación emocional, impulsividad, problemas de identidad, miedo al abandono, sensación crónica de vacío, conductas autodestructivas e ideaciones suicidas. Es un caos interior que provoca gran sufrimiento y alta disfuncionalidad en todos los órdenes de la vida, lo que puede llevarles a la exclusión social e incluso a la cárcel.

El sufrimiento psíquico es de tal magnitud que un 75% se inflige lesiones físicas para paliarlo. Es tan grave que un 80% comete intentos de suicidio y el 10% lo consuman: un 30% de las personas que se suicidan parecían TLP, y estos datos provienen de estudios.

Sin embargo, el TLP, el trastorno límite de la personalidad, tiene curación (curación entre comillas): la curación consiste en dominar el trastorno, y eso se puede conseguir. Estas personas pueden llevar una vida más o menos normalizada tras un tratamiento multidisciplinar que consiste en psicoterapias muy específicas, psicofármacos coadyuvantes, seguimiento posterior y ayuda en los casos necesarios para la reinserción sociolaboral.

Algunos datos sobre el TLP, para que se vea la gravedad de este trastorno mental que es prácticamente desconocido: su comorbilidad, o sea, los trastornos que se le asocian, es extrema, es del 97%; se da en un 93% con trastornos afectivos como la depresión, bipolaridad, distimia, etcétera, principalmente la depresión, con el 88% de trastornos de ansiedad, un 64% de abuso de sustancias, un 53% de trastornos de la conducta alimentaria, etcétera.

No existen psicofármacos autorizados para tratarlo, pero un 80% de estos pacientes ha seguido un tratamiento de antidepresivos en los últimos años.

Está muy infradiagnosticado: la demora en su diagnóstico es de 9,5 años en las mujeres y de 6,5 en hombres de media. Presentan un promedio de 8 diagnósticos diferentes cuando llegan a las unidades de TLP. El 50% de personas con TLP están desatendidas y no reciben atención médica de ningún tipo.

Este es el único trastorno de la personalidad de los diez existentes que incluye la conducta autodestructiva como uno de los criterios de diagnóstico. El TLP por sí mismo, junto a toxicomanías y anorexia, es el trastorno mental que presenta mayor riesgo de mortalidad, de suicidio y de reducción de esperanza de vida, en 18-24 años.

El trastorno de la personalidad se gesta en la infancia, podríamos decir; suele manifestarse en la adolescencia; pero por norma no se diagnostica hasta la mayoría de edad. Sin embargo, cuanto antes se trate menos daño causará y habrá más posibilidades de llevar una vida plenamente normalizada.

Sus manifestaciones son muy heterogéneas: desde quienes se aíslan del mundo en su habitación y se autolesionan hasta quienes presentan conductas temerarias y consumen drogas.

El problema es que tanto en la adolescencia como en la edad adulta solo se diagnostica y trata lo aparente, las manifestaciones, los trastornos comórbidos, la ansiedad, la depresión, las toxicomanías, los trastornos de la conducta alimentaria, etcétera, y no se presta atención al trastorno base, el TLP, el cual ni se nombra en la mayoría de los casos.

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, los TCA, el TLP queda frecuentemente oculto ante los evidentes síntomas de los TCA, lo cual supone un factor de mal pronóstico y muchas veces el fracaso terapéutico. Su comorbilidad con los TCA, como hemos dicho, es muy alta, el 53%, y el problema radica en que no se suele tratar debidamente el TLP. Como consecuencia, los trastornos de la conducta alimentaria se agravan y se cronifican.

En cuanto a las toxicomanías, la patología dual. Las personas vulnerables a padecer TLP también lo son a las adicciones. Su desregulación emocional les impide ver el perjuicio a largo plazo de control del consumo de drogas. Esto tiene una mejor explicación, pero aquí no da tiempo: el 64%, como hemos dicho, de personas con trastorno límite de personalidad sufren toxicomanías. Su impulsividad es autolesiva, consumen impulsivamente para regularse y aliviar el vacío crónico que sufren.

En las comunidades terapéuticas, un 50% de usuarios de promedio sufren trastornos límite de personalidad. Tenemos muy buenas comunidades terapéuticas en la Región de Murcia, pero no están especializadas en TLP, y, como los usuarios tampoco reciben esta psicoterapia tras salir de las mismas, todos, el 100%, recaen una y otra vez en el consumo de tóxicos antes o después (a los tres meses, a los seis, a los nueve meses), todos recaen.

El TLP es un trastorno altamente invalidante, pero quienes padecen patología dual presentan una conducta todavía más disfuncional, que suele abocarles a la exclusión social y a veces al delito y a la cárcel.

El TLP en los centros penitenciarios: el 30% de la población reclusa sufre TLP con antecedentes de toxicomanías. En prisión empeoran su evolución psíquico-patológica y tienen un mal pronóstico para su reinserción y salud en general, convirtiéndose en grandes consumidores de recursos sociosanitarios.

El doctor Carlos González, de la Sociedad Española de Patología Dual, lo explica muy bien en una frase, dice: «lo que falla en el sistema asistencial para que estas personas acaben en centros penitenciarios es una concienciación y una estructuración de protocolos que las identifique como pacientes víctimas de una patología mental muy compleja». Por lo tanto, no se les debería criminalizar por el hecho de no haber sido previamente atendidos de su trastorno mental.

Prevención del TLP y educación emocional. Respecto a esto, les enviamos el 2 de noviembre a todos los grupos parlamentarios un informe sobre la educación emocional que les vuelvo a enviar si es necesario. De esto podríamos hablar mucho, pero ahora mismo no puedo extenderme. Lo cierto es que urge su implantación para, entre otras cosas, frenar el desarrollo de trastornos mentales en general y conductas disruptivas en los jóvenes.

Las psicoterapias específicas a las que me refería antes para tratar el TLP son cuatro con evidencia científica, y principalmente dos, que son las que se suelen emplear: la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP por sus siglas en inglés); la terapia de dialéctico conductual;

también la basada en la mentalización; y la terapia central en esquemas. Estas cuatro son de las que se tiene evidencia científica de que funcionan, y los pacientes, tras recibir los tratamientos y con la ayuda necesaria y los elementos necesarios, pueden llevar una vida normalizada.

Sin embargo, nuestras universidades enseñan otra terapia, la cognitivo conductual, que comenzó a usar Marsha Linehan, la creadora de la terapia DBT, para tratar las conductas suicidas y el trastorno límite de personalidad, pero con muy pobres resultados, por lo cual la complementó con la filosofía dialéctica y técnica del *mindfulness*, creando así una de las terapias más versátiles y efectivas, la DBT, la dialéctica conductual.

Siendo tan grave, ¿por qué el TLP está invisibilizado, por qué esto apenas se conoce y se trata? Pues es una conjunción de factores que conforman una realidad invisibilizada a la opinión pública. Trato de explicarlo. El TLP es un trastorno mental nuevo en la historia de la psiquiatría. Fue incorporado al DSM-III en 1980, y la Organización Mundial de la Salud lo incluyó en su listado de trastornos mentales en 1992. Esto tiene cuarenta años, esto es muy nuevo en la historia de la psiquiatría, cuyo desarrollo se inició a finales del siglo pasado en Estados Unidos y se perfecciona a principios de este siglo, del actual.

Muy pocas universidades españolas imparten esta formación. Destaca la Universidad Complutense de Madrid, donde se imparte un máster de dos años para trastornos de la personalidad. La mayoría de profesionales de salud mental no están formados en TLP: los MIR y los PIR solo están preparados para identificar el TLP, no para hacer un diagnóstico diferencial exacto, y mucho menos para tratarlo, no están formados para ello.

Es el trastorno mental más difícil y complejo de tratar. Lo más estable del TLP es la inestabilidad, y son pacientes que no suelen perder el juicio: retan al psicoterapeuta y es necesario dedicarles mucho tiempo.

Todavía persisten antiguos criterios de la psiquiatría en psiquiatras que estudiaron hace muchos años. Precisamente porque estas personas no suelen perder el sentido de la realidad algunos profesionales siguen creyendo que el TLP no es un trastorno mental, que es otra cosa. Somos el país, y esto también influye, somos el país y región (esto es un dato) europeos con las ratios más bajas de profesionales de salud mental y con uno de los consumos más alto de psicofármacos, y esto lo acusan sobremanera los pacientes de TLP, ya que los que son tratados están principalmente medicados, y la medicación no cura nada.

La ratio de profesionales de salud mental es inversamente proporcional al consumo de psicofármacos: pocos profesionales de salud mental, mucho consumo de psicofármacos. Esta es la situación, esta es la realidad.

¿Qué necesita esta gente, por qué esto está invisibilizado? Porque carecemos de un modelo necesario para atenderlo. No hay dispositivos suficientes y no hay un modelo efectivo. Falta un modelo de atención proactiva en el entorno comunitario que establezca canales de comunicación para gestionar que se adhieran al tratamiento. Solo unos pocos llegan a las unidades de TLP, muy pocos, muy pocos.

Esto necesita una atención muy especial, porque son muy difíciles de manejar, de adherirlos al tratamiento, pero los especialistas sí consiguen que se haga. Las personas con TLP no suelen pedir la discapacidad ni están acogidas a la Ley de Dependencia. Las asociaciones de TLP no tienen centros de día ni profesionales pagados por la Administración, aquí no hay dinero. Por lo tanto, esto no existe.

Muchas familias no existen para el TLP. Cuando el TLP degenera y deviene por lo que sea en otros trastornos más graves como psicosis, entonces ya se emplean todos los recursos que hagan falta, pero ahí no se tendría que llegar si se atendiese.

Muchas familias desconocen el TLP. Los padres creen que su hijo es problemático, solo ven cómo se muestra pero desconocen qué es. No suelen recibir información de los profesionales de salud mental. Esto es así entre otras cosas porque los profesionales en general tampoco lo conocen.

El TLP está estigmatizado. Cuando los padres, las familias, consiguen información, el miedo al estigma prevalece, y ni familiares ni afectados hablarán de esto, nadie a su alrededor se enterará de que este trastorno mental existe.

La sociedad en general desconoce el TLP. Se ven las consecuencias de no tratarlo adecuadamente: jóvenes que dejan los estudios, se drogan, etcétera. La sociedad transmite la culpa a los padres. Ni los medios de comunicación, ni expertos generalistas de salud mental lo nombran: todos explican muy bien los problemas de la salud mental, las consecuencias de la pandemia, hablan del suicidio, describen cuadros de manual de TLP y no lo mencionan. No existe, el TLP es tabú.

En el mundo anglosajón el término *borderline*, el equivalente a límite, tiene un matiz despectivo: hay famosos que prefieren decir que tienen bipolaridad o trastorno de estrés postraumático antes de admitir que padecen TLP. Nadie denuncia esta situación, ninguna familia. El TLP es devastador para las familias, a nadie le queda fuerza siquiera para poner una reclamación en un centro de salud mental por atención inadecuada. Hay estudios que dicen que la carga, el estrés, la depresión que sufren las familias con un afectado de TLP es todavía mayor que la de quienes tienen a un familiar afectado de esquizofrenia.

La rentabilidad. Todo este conglomerado es por lo que el TLP está invisibilizado, por todo lo que acabo de decir. Esto es lo que tenemos que cambiar de alguna forma entre todos. A eso vengo yo aquí, a tratar de que se pueda colaborar en que esto cambie.

Ahora bien, lo importante es que habría una gran rentabilidad si invirtiésemos en atender todos los trastornos mentales, y en TLP, por supuesto, también. La Organización Mundial de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo defienden que invertir en salud mental supone una rentabilidad del 400% sobre el coste que conlleva. El otro día un psiquiatra de Madrid, de la unidad de Madrid, decía que hay estudios que dicen que es de 1.500%. Yo he localizado de la Organización Mundial de la Salud el programa este de Naciones Unidas para el Desarrollo, y esta rentabilidad se concreta en lo siguiente (doy datos): en cuanto al gasto sanitario, se estima que el 35% de la atención clínica en salud mental es a personas con TLP, que en su mayoría nunca reciben tratamiento psicoterapéutico específico. Estos costes se reducirían: reciben otros tratamientos, otras psicoterapias que no tienen efecto y muchos fármacos, y nunca hay progresión.

Los años de demora hasta su correcto diagnóstico, hasta llegar a las unidades de TLP, suponen un ingente derroche de dinero en psicoterapia y psicofármacos que no solucionan el problema. Es más rentable aplicar los programas multidisciplinarios e intensivos para el TLP, que duran menos de un año, la medicación se suele reducir drásticamente y en muchos casos se suprime, se llega a suprimir; se reduciría el coste de oportunidad, los psiquiatras y psicólogos generalistas dispondrían de más tiempo para atender a otros trastornos mentales que conocen mejor, que están mejor parametrizados; se reduciría el coste de las enfermedades físicas de todo tipo que suelen desarrollar estas personas al no saber cuidar de sí mismos (en lo que también son grandes demandantes de la sanidad pública); y se reducirían los trastornos mentales y las patologías físicas que desarrollan o se agravan en familiares cuidadores.

Respecto a la patología dual, sería más eficiente invertir en atender el TLP de ese 50% de usuarios de las comunidades terapéuticas que lo padecen que no hacerlo y financiar indefinidamente que repitan estancia, porque todos repiten estancia antes o después hasta que se matan de una sobredosis, o...

Además, se reduciría notablemente el elevado coste del círculo vicioso: salida de la comunidad terapéutica, vuelta a consumir más impulsivamente, brotes psicóticos, intervención del 112, ingreso hospitalario, derivación al CAD, al Centro de Atención a la Drogodependencia, y vuelta a la comunidad terapéutica y vuelta iniciarse el círculo vicioso.

Otro tanto respecto a los trastornos de la conducta alimentaria: se estima que más del 30% son enfermos crónicos de TCA porque nunca han recibido tratamiento para el TLP. Es mucho más rentable y eficaz tratar el TLP en los casos en los que proceda. Es lo mismo que ocurre con la patología dual: si no se trata el trastorno base, los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria se repiten y se eternizan.

Gasto social, ahorro en el gasto social si se atiende el TLP. En general, el coste de personal empresarial y estatal se reduciría. No atender el TLP supone desaprovechar el potencial de las personas: menor formación, productividad y participación en el mercado laboral, con pérdida de ingresos fiscales y aumento de las prestaciones sociales, eso de forma general para todos los trastornos mentales y en el TLP sobre todo.

Discapacidad. Disminuirán las personas a quienes se concede un alto grado de discapacidad por no haber sido tratadas de TLP y derivar este en otros trastornos mentales graves, otras psicosis (esquizofrenia incluso).

Centros para personas con enfermedades mentales crónicas: disminuirían los ingresos de personas con patología dual, que desarrollan psicosis irreversibles al no ser atendidas del TLP previamente. Se estima que un 75% de personas sin hogar lo padecen. Las subvenciones que reciben las ONG que atienden a estas personas se rentabilizarían, destinándolas a atajar el problema base, que es el TLP.

El coste de los accidentes de tráfico. Aquí no me voy a explayar porque esto es general, los psicofármacos afectan –luego les enviaré un informe extenso sobre esto– a los accidentes de tráfico, y muy en particular los trastornos de la personalidad, por su impulsividad y porque solamente están tratados (los que lo están) con psicofármacos, con muchos psicofármacos.

El coste de la violencia de género. También hay que constatar que está ligado el TLP a la violencia de género. No es la causa pero está ligado, pero aquí tampoco lo voy a lo voy a explicar. Se lo enviaré en un informe donde doy cuenta de ello sin estigmatizar a nadie por esto.

Gastos del sistema judicial. La prevalencia del TLP en la cárcel es del 30% como mínimo; hay estudios más antiguos en Estados Unidos que la cifran hasta el 50%. Ateniéndonos al 30%, en la Región de Murcia, con 1.641 presos en 2020 (de los cuales hay unos 500 que padecen TLP, ese 30% de patología dual), el gasto carcelario es de 25.900 euros por cada recluso, lo que supone 13 millones de euros anuales que se ahorrarían en buena parte, en gran parte, si se hubiese detectado precozmente el TLP y tratado adecuadamente, e incluso con la educación emocional. Si esta gente hubiese recibido educación emocional, se hubiese podido prever el desarrollo del TLP.

Antes de llegar a la cárcel, se evitarían gastos judiciales a costa del erario público. Previamente son numerosos los juicios por robos, hurtos y agresiones en el entorno familiar, sobre todo cuando se dan toxicomanías. Si quedan en la calle, se repiten los mismos delitos para conseguir drogas, y el condenado suele ser insolvente, o sea, todo a costa del erario público. Se reducirían los gastos de la fuerzas del orden y el coste de oportunidad de la Policía local, nacional y Guardia Civil, que suelen intervenir cuando se avisa al 112 por brotes psicóticos, por consumo y en todos los casos de delitos.

No obstante, señalar que estas personas son pacientes y víctimas de una patología mental muy compleja, como se ha comentado antes. Sin embargo, la Administración en realidad no se ha percatado de que el sistema lleva a la autodestrucción a estas personas en lugar de invertir en la prevención, detección precoz y tratamiento del TLP. Esto sería más rentable en todos los sentidos.

La situación en la Región de Murcia no me da tiempo a exponerla, creo, pero sí quiero terminar con dos cosas.

Hablando de TLP y suicidio, es el trastorno, como he dicho antes, que presenta una mayor tasa de suicidios, es del 10%, y hay un 80% de intentos. Se suicidan para evitar el sufrimiento, al igual que son muy frecuentes las autolesiones para sustituir el sufrimiento psíquico por el físico. En 2020 se han consumado en la Región de Murcia 132 suicidios, 9 más que en 2019, más o menos como la media de España, un 7,3-7,4% más (estos datos son del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia). Un 30%, como se ha dicho, de las personas que se suicidan padecía TLP, lo cual supone 40 personas en la Región de Murcia. Aunque el suicidio es multi-causal, no se puede atribuir a un trastorno mental directamente, sí que es cierto que entendemos que se infiere que se reduciría su alta cifra atendiendo debidamente el grave problema sociosanitario que representa el TLP junto con todos los trastornos mentales que se le asocian. Si hemos reducido las muertes por accidente de tráfico, homicidios y violencia de género, ¿por qué no invertimos lo necesario para reducir las muertes por suicidio? Estas multiplican a aquellas: por 2,7 los accidentes de tráfico, 14 los homicidios y 85 la violencia de género.

¿Qué tenemos que solicitar a esta Comisión de Sanidad y Política Social? En general, buscar la forma de priorizar la inversión en salud mental. Esto es a una necesidad, y respecto a esta patología, respecto al TLP, entendemos que hay que dotar a la Gerencia de Salud Mental de suficientes fondos para la correcta atención de todas las personas que lo padecen y familiares en todos los centros de salud mental.

Urge contratar más profesionales y cambiar el modelo de atención, alcanzando el entorno comunitario. Los profesionales simplemente deben de salir de los despachos.

Hay que dotar a la Gerencia de Salud Mental para que pueda potenciar el hospital de día Francisco Román, del complejo Román Alberca, que tenemos una joya en Murcia, una joya en un vasto desierto, pero puede atender a muy pocas personas, a una ínfima parte de las personas que padecen TLP.

Lo ideal sería también crear otros hospitales de día similares en la región, pero potenciar este estaría bien para empezar, para que den el adecuado tratamiento y el pronto tratamiento de todos los casos más graves.

Y den la formación a todos los profesionales de MIR, PIR y enfermería (enfermería, internos residentes), e incluso a profesionales en activo para que se reciclen y puedan atender o puedan comprender este trastorno mental.

Hay que invertir también en pisos o viviendas, y en pequeños centros para los casos necesarios de reinserción sociolaboral, para los casos de exclusión social, y sustitución de penas de prisión por el tratamiento integral. Esto es lo más adecuado, en prisión todo esto empeora y esta gente tiene posibilidad de recuperarse, muchas posibilidades.

Hay que fomentar la formación de psicoterapias específicas. Hay que contar con la Consejería de Universidades, la Facultad de Psicología de la UMU, con el hospital de día Francisco Román y, si fuese posible, con el doctor Luis Valenciano. Aquí tenemos una eminencia en TLP en la Región de Murcia, el doctor Luis Valenciano. Ahora está en excedencia del Servicio Murciano de Salud, pero igual puede colaborar en la formación.

Hay que implantar la educación emocional. Esto en el sistema educativo, con dotación de suficientes psicólogos, esto es una urgente necesidad. Hay que aumentar la resiliencia de los jóvenes, y así frenar la proliferación de trastornos mentales, incluido el TLP. La promoción y prevención de la salud mental es lo más rentable.

Hay que buscar la colaboración de todas las consejerías implicadas en la salud mental para promover, prevenir y atender de una forma transversal el TLP, otros trastornos mentales y las ideaciones suicidas. Es necesaria la implicación de las consejerías de Universidades, Educación, Salud y Política Social.

Hay que invertir en un plan de prevención del suicidio y atención de las conductas suicidas. Urge su implantación para reducir la cifra de suicidios, altamente ligada al TLP.

Y también pedimos, si pueden atender nuestra pequeña petición, que colaboren en que se pueda aumentar la subvención del Servicio Murciano de Salud de 17.850 euros a nuestra asociación, que es insuficiente: necesitamos contratar más personal para poder seguir desarrollando nuestra actividad, mejorando la calidad de vida de este colectivo y familiares, dándoles esperanzas, porque pueden tener un futuro mejor.

Para finalizar, solo insistirles en que el TLP se puede prevenir, y si las personas que ya lo padecen reciben el tratamiento adecuado pueden llevar una vida normalizada, son recuperables para la sociedad.

Es rentable invertir en salud mental pero sobre todo es una cuestión de derechos humanos.

Como imagino que se habrá agotado el tiempo, doy por finalizada mi intervención, aunque me hubiese gustado comentar cómo está la situación en la Región de Murcia, pero, bueno, con lo que he comentado se pueden hacer ustedes cargo.

Yo lo que quiero transmitir es el grave problema sociosanitario que esto representa, por qué está invisibilizado, y pedirles un esfuerzo para darle visibilidad y que sea atendido, y nuestra solicitud concreta de cómo se debe solucionar esto. Porque, en definitiva, hay que empezar a atajar los problemas mentales, implantando esta fábrica que hemos creado en la sociedad de crear trastornos mentales en nuestra sociedad, o que hemos dejado crear. Hay que atajar esto con la educación emocional, y hay que dar prioridad a la salud mental para conseguir una sociedad mejor y que estas personas sean atendidas.

Bueno, quedo a su disposición para cuantas dudas tengan. Yo doy por finalizada la intervención. Espero que haya sido de utilidad.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Bien, muchas gracias.

A continuación, turno general de intervenciones de los representantes de los grupos parlamentarios, al exclusivo objeto de pedir aclaraciones o solicitar información complementaria sin que pueda haber lugar a debate, por un tiempo máximo de diez minutos.

Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Peñalver.

SR. PEÑALVER PARDÍNEZ:

Gracias, señor presidente.

Buenos días a todas y a todos.

Gracias, señor Toledo, de verdad, muchas gracias por comparecer aquí y plantearnos lo que yo entiendo como una conferencia magistral sobre el trastorno límite de la personalidad que es muy difícil de encontrar.

Habría que revisar toda la bibliografía que usted ha revisado para hacer su preparación y todas las referencias basadas en la evidencia con las que usted ha planteado aquí datos e información sobre este trastorno tan grave, este trastorno que supone un recorrido de dolor y de alteraciones del entorno, como usted bien ha comentado: alteraciones en el entorno escolar, cuando empiezan a ver el problema de alteraciones de conducta que no se detectan a tiempo, no se diagnostican a tiempo; trastorno en el entorno familiar, que usted también conoce muy bien; y trastorno en el entorno social, los trastornos delictivos, los trastornos de alteraciones del orden, todo lo que usted también nos ha reflejado, la promiscuidad que hay en muchos casos, en fin, todo un abanico de alteraciones que van en torno a esta patología.

Y también trastorno en el entorno profesional: usted ha dado un poco una pincelada sobre eso y tiene razón, los psiquiatras no tenemos formación en trastorno límite de la personalidad. Es un trastorno complejo que se ha diagnosticado o se ha puesto en el manual diagnóstico no hace mucho, y que no solamente no tenemos formación, sino que produce rechazo, como usted también ha avanzado. Produce rechazo porque son pacientes tan conflictivos, son pacientes que manifiestan en muchos casos tanta agresividad, inconformismo, contradicción, que salen rebotados de unos recursos a otros, van pasando de la consulta al hospital en ese recorrido de dolor. Tienen sucesivos ingresos, después no se continúa con un tratamiento de continuidad asistencial, y vuelven otra vez a recaer y vuelven a ir... Bueno, son consumidores de recursos. Eso es lo que usted decía de la rentabilidad de apostar por hacer una inversión para atajarlo bien porque es rentable, retornaría al sistema mucho dinero, mucho coste.

De verdad, le agradezco porque usted está haciendo visible este problema, lo está haciendo aquí en este foro, lo ha hecho en muchos otros. Yo le he escuchado varias veces ya y reconozco que he aprendido mucho de su planteamiento, y es un problema donde, de verdad, no tendría que entrar la rivalidad política en este asunto, como en otros de salud mental, pero por desgracia sí que ha entrado. Sí que ha entrado porque desde nuestro grupo, desde el Grupo Socialista, hemos presentado un plan de choque para la salud mental que contempla prácticamente todas las medidas que usted ha planteado y hemos planteado en aquello donde de verdad se consuma la decisión política, que es en los presupuestos: en los presupuestos de la comunidad autónoma dos años seguidos hemos planteado reforzar las plazas de psicólogos clínicos; hemos planteado más pisos de inserción, como usted decía, porque es la manera de que estas personas puedan tener una vida autónoma; hemos planteado más inversión para las asociaciones que tratan el trastorno no solo de la personalidad, como es la suya, también para las que tratan las conductas alimentarias, que están asociadas en muchos casos al trastorno límite de personalidad, y para la asociaciones que trabajan en psicología infantil, sobre todo en los problemas educación emocional, que hay asociaciones que lo están haciendo muy bien en la región. Y es verdad que con lo que se nos ha contestado ha sido con el rechazo a esas propuestas, y todo lo más en las propuestas del plan de choque, en fin, que el Gobierno de España manda más dinero para poder hacerlo, cuando esto es una competencia exclusiva de la región. Y el ejemplo está

en que otras comunidades autónomas con problemas de financiación como la nuestra sí que están actuando de manera decidida sobre este problema. Concretamente y por poner dos o tres ejemplos, Valencia ha aumentado en 48 millones de euros el presupuesto para salud mental, un 20% con respecto al anterior, lo va a suponer la contratación de 250 profesionales (psicólogos, educadores sociales y enfermeros especializados), todo lo que usted decía que tiene que ver con la atención en el domicilio, en la comunidad, mucho más allá del despacho, para que cada equipo de atención primaria tenga un referente en un centro de salud mental, algo que también hemos propuesto y que va en paralelo al esfuerzo que hay que hacer en reforzar la atención primaria. Pero es que Andalucía, de otro signo político, ha contratado o ha creado 40 equipos de trastorno intensivo en la comunidad, que supone la creación de 26 plazas de psicólogos clínicos para trabajar en colaboración con la atención primaria, justo lo que nosotros propusimos en los presupuestos durante dos años; Cataluña ha aumentado en 48 millones más su programa de salud mental; y Murcia en los presupuestos aumenta 1 millón de euros como partida estrella, pero no se define para qué va a ir.

Usted decía que somos líderes en consumo de psicofármacos. Somos líderes, la Región de Murcia consume casi un 50% más de psicofármacos que la media nacional; en junio de este año ya se habían gastado entre 18 y 20 millones de euros en psicofármacos, lo que supondrá que al final de año habrán sido casi 40 millones de euros. Y hay que apostar por la salud mental, hay que apostar por aumentar el presupuesto, y en eso le doy la razón.

Y, como usted decía que se le ha quedado un poco en el aire la posibilidad de hablar más de cómo está la situación de los recursos en la Región de Murcia, en la que ha destacado el centro de día Ramón Alberca, donde mis compañeros es verdad que tienen una especialización fantástica y que están dando unos resultados espléndidos, pero se queda circunscrito a las 20-30 plazas que tiene (ahora durante la pandemia se han reducido los tiempos de atención); y en otras áreas de salud no hay personal específico para tratar los trastornos límite, y hace falta mucha más formación, sobre todo entre los profesionales que trabajan en los centros de salud mental, para dar tratamientos más específicos, como usted ha dicho, que está demostrado y hay evidencia científica de que son eficaces.

Bien, si usted puede contestar un poco cómo está esa situación, cuáles son los déficits que hay y en qué línea hay que reforzarlos.

Y de nuevo darle las gracias, y no sé ahora mis compañeros de otros partidos, otros grupos políticos, lo que plantearán, pero espero que, con esta visibilidad que usted está dando a este problema, tengamos más suerte para que las próximas propuestas que hagamos, sea el grupo político que sea, cuando tengan que ver con salud mental las apoyemos todas, porque irá en beneficio de muchos pacientes, de muchas familias y del entorno social.

Muchas gracias, señor Toledo.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra la señora Marín.

SRA. MARÍN MARTÍNEZ:

Gracias, presidente.

Muy buenos días, señorías.

Señor Toledo, un placer tenerle aquí esta mañana.

Le hemos escuchado muy atentamente y con muchísimo interés, porque es evidente que la situación que nos trae usted hoy aquí, el tema que nos plantea, es un trastorno de la salud mental realmente impactante, que afecta a la forma en la que la persona piensa y siente acerca de uno mismo y del resto de la sociedad, causando importantes dificultades para que el paciente se pueda desarrollar en la vida cotidiana con un mínimo de normalidad.

Efectivamente, señor Toledo, los trastornos de personalidad están dentro de los problemas de salud mental más complejos, como usted muy bien nos ilustraba, y sin duda son de los que requieren una plena atención integral.

Desde la formación política a la que represento, desde Podemos, me gustaría decirle, aunque estoy segura de que usted lo sabe –porque además he tenido el gusto de poder comunicarme con usted en un par de ocasiones–, que en salud mental desde que llegamos a las instituciones, y más concretamente al Congreso, nuestro grupo no ha dejado de trabajar ni un instante, en esta área de la sanidad tan claramente deficitaria y falta de recursos.

Como bien sabe usted, conseguimos en febrero de 2019 registrar nuestra ley de salud mental en el Congreso, que finalmente decayó al finalizar esa legislatura. Pero, afortunadamente, a día de hoy podemos decir que hemos avanzado bastante, que esta ley ya hemos conseguido que sea tomada en consideración en el Pleno del Congreso (con los votos en contra del PNV y la abstención del Partido Popular y Vox), que actualmente se encuentra en fase de ponencia y que creemos que es fundamental porque es evidente, y hacía también usted referencia a que tenemos un serio problema en muchas comunidades autónomas, y es que los planes y las estrategias de salud mental no se están cumpliendo en muchas comunidades autónomas, y creemos que es absolutamente necesario un marco jurídico estatal que obligue a ello en todo el territorio del país.

Estamos totalmente de acuerdo con usted, señor Toledo, en que es absolutamente necesario que existan más profesionales y más recursos económicos y sociales, como se contempla en la ley que le estoy comentando. Hasta ahora los problemas de salud mental han representado el área sanitaria que ha recibido un menor nivel de resolución por parte de nuestro Sistema Nacional de Salud. Contamos con una atención que está fragmentada, que es insuficiente, que es biologicista y que está centrada exclusivamente en la reducción sintomatología, y lo explicaba usted también muy bien.

Por otro lado, o bien carecemos de datos epidemiológicos o bien estos datos son incompletos, no están desagregados muchas veces y son de poca utilidad en muchísimos casos para valorar la incidencia, la prevalencia y el impacto real en la sociedad de los trastornos mentales.

Desgraciadamente, señor Toledo, el estigma aún presente en torno a la cuestión de la salud mental provoca en primer lugar que los datos epidemiológicos, como le he dicho, muchas veces sean incompletos, lo que dificulta una valoración en muchos casos certera de la incidencia de la prevalencia y del impacto que tienen los trastornos mentales en la sociedad, y qué decir del trastorno del que nos ha ilustrado usted esta mañana aquí.

Además, esa estigmatización provoca que la persona que sufre no solicite ayuda a tiempo y en el lugar adecuado, y lo comentaba usted también con ciertos famosos que prefieren decir que tienen otro tipo de enfermedades.

Por todo ello, consideramos, desde luego, del todo acertada esa educación emocional que nos propone usted y que nos proponen desde la asociación esta mañana aquí en la Asamblea.

Además, también quería comentarle que el artículo 3.h) del título preliminar de la ley que le estoy comentando habla de que los colectivos especialmente vulnerables recibirán una atención especializada y preferente.

Y además también hablaba usted del tremendo problema que tenemos con el suicidio en general ahora en la sociedad, sobre todo en los jóvenes, y muy especialmente en las personas que padecen el trastorno de personalidad: en esta ley se ha dedicado todo un capítulo, el capítulo III, a la prevención del suicidio, a protocolos de actuación, a registros y a formación preventiva, que nosotros humildemente esperamos que sea de gran utilidad también en el trastorno de la personalidad.

Hay otro punto para terminar que también me gustaría destacar, señor Toledo, y es que muchas veces las asociaciones relacionadas con las enfermedades mentales, y las hemos escuchado aquí en la Asamblea Regional, se quejan amargamente de que en muchas ocasiones claman en el desierto, no se les escucha a veces con la atención necesaria. En esta nueva ley, decirle que se va a crear un consejo de participación de salud mental como órgano de colaboración, participación y consulta en el ámbito de la salud mental; y que formarán parte del consejo de participación, entre otros colectivos, los colegios profesionales relacionados con la protección de la salud mental, las sociedades profesionales y las asociaciones también representativas, como la de usted, en el ámbito de la salud mental. Creemos sinceramente que aumentar esta participación será muy positivo para visibilizar y para concienciar sobre estas patologías.

En definitiva, creemos que, aunque las competencias, como decía antes el señor Peñalver, son totalmente regionales, nosotras estamos esperanzadas y queremos creer que esta nueva ley estatal forzará de alguna manera a las comunidades autónomas a la mejora de la atención a todos los niveles en la salud mental, queremos creerlo.

Y para terminar, simplemente decirle, señor Toledo, porque creo que ha quedado meridianamente clara su exposición, que desde nuestro grupo parlamentario estamos totalmente a su disposición para ayudar en todas las cuestiones que necesiten. Aquí estamos para lo que necesiten.

Muchísimas gracias, señor Toledo.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

A continuación por el Grupo Parlamentario Vox tiene la palabra el señor Carrera.

SR. CARRERA DE LA FUENTE:

Muchas gracias, presidente.

Don Cayetano, muchísimas gracias por su exposición.

A mí lo que me ha quedado claro, después de oírle, es que es un tema muy complejo. Me sorprende que sea tan complejo en cada uno de los pasos que ha estado usted comentando: desde la propia formación en la universidad, con la falta de conocimiento de los trastornos de personalidad; y me sorprende también que sea tan difícil el diagnóstico.

Me gustaría que me aclarara un punto que ha dicho usted y que no sé cuál es la razón, y me gustaría saber cuál es la razón de la diferencia de tiempo del diagnóstico de los hombres y mujeres, no entiendo cómo puede haber 9,5 años en mujeres y 6,5 años en los hombres. Me gustaría saber por qué ese tiempo diferente en el diagnóstico.

Creo que para visibilizar estos trastornos la verdad es que tienen una labor muy grande por delante, es en todos los ámbitos. En el fondo, ¿por qué es tan difícil ese diagnóstico? Cuando usted lo expone aquí, no parece tan difícil. Hay tantos síntomas que tampoco creo yo que fuera tan difícil..., o explíqueme por qué es tan difícil ese diagnóstico si parece que hay muchísimos más síntomas que en otras enfermedades que se diagnostican. ¿Porque aquí lo es?

También me gustaría... Ustedes tienen un objetivo en la asociación, dicen que quieren fomentar la investigación y el estudio científico de los trastornos de la personalidad entre los profesionales. Me gustaría saber qué es lo que hacen ustedes sobre ese objetivo. Me parece muy importante ese objetivo y saber qué es lo que están ustedes consiguiendo.

Después, sobre de la pandemia me gustaría que nos comentara, aunque fuera muy rápidamente, la incidencia con los confinamientos y el alejamiento social que ha existido, sobre estas personas que tienen trastorno de la personalidad.

Y también me gustaría saber, cuando son diagnosticados, realmente qué es lo que se hace con ellos, porque da la sensación de que son maltratados y mal tratados. ¿Por qué pasa eso? Aunque no haya formación, yo creo que los psiquiatras y psicólogos están en permanente formación. Si suponemos que son buenos profesionales, es algo que hay que estar haciendo: todo el día habrá que estar leyendo estudios, habrá revistas científicas sobre todos los avances... Y no llego a entender por qué ese maltrato a estas personas. Está claro que hay un gran desconocimiento y me alegro que aquí podamos hacer algo, por lo menos conocerlo nosotros con más profundidad.

Después ha dicho que pedía pocas cosas, pero me las he ido apuntando y resulta que hay un montón de cosas que nos pide, cosas que a veces podemos nosotros hacer y otras que no podemos.

También tenía una pregunta desde antes de que usted lo dijera, que era el aumento de la subvención que el Servicio Murciano de Salud hace a su asociación, muy pequeña, que realmente no sé cuántas personas tienen ustedes en la asociación, pero realmente es pequeño el importe. Pero, bueno, le recomiendo que cuando se vaya acercando el final de año nos vuelva a hacer usted un repaso para que se puedan hacer enmiendas al presupuesto o negociaciones con el Gobierno para que eso se pueda mejorar, a veces nosotros apuntamos muchas cosas, pero después el día a día también

nos arrastra y sería bueno que cuando vaya llegando octubre o por ahí ustedes hagan alguna gestión con los grupos parlamentarios, con el Gobierno o con la comisión en la que estamos hablando.

Pero, bueno, mi pregunta era cómo están los recursos, no solo los específicos, sino en general, lo que ustedes utilizan. He visto que hay fundaciones que les ayudan, algunas instituciones locales, regionales... Bueno, saber un poco cómo están ustedes, aparte de que sabemos que van a necesitar más recursos.

Nada más. En principio, don Cayetano, si me puede responder especialmente sobre el tema del objetivo de la investigación, que me gustaría saber un poco más de ese tema, y sobre el tema del confinamiento cómo ha incidido.

Muchísimas gracias, don Cayetano.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Álvarez.

SR. ÁLVAREZ GARCÍA:

Muchas gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Bienvenido, don Cayetano.

Nada, señor Toledo, en primer lugar felicitarle y darle las gracias por la labor que desarrolla en su objetivo de mejorar la calidad de vida a los usuarios y familiares de los pacientes de TLP, y, por supuesto, en su lucha contra la invisibilidad de ese problema.

Gracias por venir a esta comisión en donde nosotros, como usted ya es conocedor, tomamos conciencia de los problemas y necesidades, también de las inquietudes, que afectan en este caso a los colectivos. Y en ese sentido, reiterar mi agradecimiento por su intervención y por las aportaciones realizadas a esta comisión, de las que estoy seguro que tomarán nota todos los miembros para que nos sirvan para implementar futuras mejoras. **

También destacar y agradecer la labor social que realizan desde TP Cartagena. Nos parece de justicia reconocer que, gracias a su trabajo y desempeño, personas con trastornos de personalidad en nuestra región pueden disfrutar de una mejor calidad de vida, de protección y de una atención adecuada.

Hoy ha comentado usted en su intervención que, según los diferentes estudios realizados sobre la salud mental (y más específicamente en personas que sufren trastorno de personalidad), sufren un mayor riesgo de conductas ilegales, adicciones, absentismo laboral e incluso desarrollo de tendencias suicidas como única vía de escape para su sufrimiento y dolor emocional.

Nosotros desde nuestro grupo parlamentario somos conscientes de que la actuación y prevención es vital para salvar vidas, porque, efectivamente, cuando hablamos de mejoras de salud mental, hablamos de salvar vidas.

Para actuar directamente en el foco del problema consideramos que la mejor arma pasa por la unión de las fuerzas y la implantación de políticas de prevención, detección y atención a las personas afectadas y, por supuesto, mantener una especial sensibilidad con aquellas personas que sufren un trastorno límite de la personalidad y que pueden llegar a esas situaciones límite.

En ese sentido, me gustaría poner en valor el trabajo que ustedes están llevando a cabo y también el que se lleva a cabo desde este Gobierno regional y concretamente desde la Consejería de Política Social, que ya en el pasado año 2021 –y a pesar de la situación de crisis que hemos vivido– ha creado recursos específicos para apoyar y ayudar a mejorar la salud mental en toda nuestra región, y por primera vez en la historia de nuestra región contamos con un presupuesto de 600.000 euros específicamente para el nuevo modelo de servicio de salud mental. Un presupuesto que camina hacia un futuro donde la salud mental (y sobre todo después de la pandemia) sea un asunto de prioridad.

Es por esto que además hemos apoyado la implementación de un plan nacional de salud mental con los recursos presupuestarios necesarios, y puesta en marcha de un protocolo de atención a personas con trastorno mental o adicciones.

Asimismo, me gustaría destacar que un millar de personas con alteraciones crónicas de la salud mental reciben atención en los recursos y servicios financiados por el Instituto Murciano de Acción Social, el IMAS. No obstante, no podemos ni debemos conformarnos o bajar los brazos ante lo hasta ahora conseguido, porque aún queda un largo camino por recorrer.

Señor Toledo, desde nuestro grupo parlamentario consideramos que las necesidades de quienes más lo necesitan no tienen tiempo para postures políticos. Queremos escucharlos con el fin de establecer objetivos comunes, cumplirlos y dar ese servicio que se demanda desde numerosas familias de nuestra región.

Por todo ello, decirle de nuevo que tomaremos nota de todas sus aportaciones, las tendremos en cuenta para dar traslado al Gobierno llevando a cabo medidas de impulso desde esta Cámara, y en eso siempre nos encontrarán con la mano tendida, especialmente para acabar con la invisibilidad de los trastornos límite de personalidad.

Muchas gracias.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

Por el grupo parlamentario Popular tiene la palabra el señor Calderón.

SR. CALDERÓN RODRÍGUEZ:

Muchas gracias.

Gracias, señor presidente.

Señorías, buenos días.

También, por supuesto, desde el Grupo Popular queremos agradecerle a don Cayetano Toledo su presencia esta mañana en esta comisión de la Asamblea Regional, así como su clara exposición, en la que ha dado voz, una voz clara y rotunda, a una entidad como es TP Cartagena Región de Murcia, con la que me siento orgulloso de haber podido colaborar en sus primeros pasos en el 2007, cuando desde la concejalía del Ayuntamiento de Cartagena empieza Carmen Gutiérrez a dar sus primeros pasos en esta asociación.

Una entidad, como digo, que trabaja en un tema que hasta hace muy poco era un tema tabú; un tema, como usted ha dicho, estigmatizado, porque había que esconder la salud mental, un tema tabú que preocupaba especialmente a las personas que en sus familias tenían a alguno de sus miembros con este trastorno por el estigma social que acarreaba, indudablemente, y ante el que la sociedad volvía a la cara, había que esconder estos fenómenos.

Y, aunque se han dado pasos muy importantes, aún queda mucho para normalizar estas situaciones, por lo que hoy y en las circunstancias actuales el conocimiento de las consecuencias que estas enfermedades pueden acarrear si no se atajan convenientemente se hace acuciante para todos, pues solo lo que se conoce parece que existe, y este es un tema que también es muy importante, sensibilizarnos todos para poder actuar adecuadamente.

Estoy de acuerdo con el señor Peñalver en que no hay que politizar estos asuntos, pero creo que debemos darnos cuenta de lo que todos en un momento determinado hemos hecho y todos hemos dejado de hacer. En definitiva, todos somos algo responsables de que esta situación se esté dando en el momento actual.

Y es que cada día nos encontramos con noticias que a todos nos estremecen y muchas de las cuales son consecuencia de los hechos que el señor Toledo tan magníficamente nos ha relatado.

No voy a entrar, puesto que usted lo ha dicho perfectamente, en las causas que llevan a estas personas a estar en una situación complicada, lo ha dicho perfectamente: muchas personas han sido maltratadas sexual o físicamente, personas desatendidas durante la infancia, personas que perdieron

sus puntos de referencia muy temprano y tuvieron que navegar por el mundo solos y sin ayuda de nadie.

Después, por otro lado también estamos en unos momentos donde la banalización de la sexualidad, las adicciones al juego, la cultura del cuerpo, los desarreglos de alimentación, como usted ha dicho, y, por supuesto, las nuevas tecnologías (la adicción y total dependencia de Internet, especialmente visible en los jóvenes) son en muchos casos elementos que no ayudan en nada e inciden directamente en comportamientos que puedan resultar extraños, y que colocan a estos niños y adolescentes (con baja autoestima, que tienen terror al rechazo, con problemas para insertarse normalmente en la vida cotidiana y con dificultades para manejar las emociones) en el objetivo de los acosadores escolares, que en muchas ocasiones son causantes del aumento de las ideas suicidas y autolesiones en estos adolescentes, así como de muchos casos de ansiedad, de depresión, bajo los cuales, como usted muy bien ha dicho, es muy probable que en buena medida haya un TLP.

Ante todo esto, pensamos que es preciso abrir los ojos y poner todo nuestro empeño en facilitar herramientas que ayuden a superar todas estas situaciones. Usted nos ha dado un catálogo de ideas para poner en práctica que, créame, tomaremos muy en cuenta a la hora de intentar solucionar estas cosas, pero para ello los comportamientos de la sociedad en general son fundamentales.

Tenemos que incidir también en la visualización de esta situación por los medios que sea: en todo momento y en cualquier ocasión hay que presentar esta situación como algo a lo que hay que mirar a la cara, mirar de frente, y no esconder el bulto como en muchas ocasiones hemos hecho todos.

Parece evidente la necesidad de dotar a las nuevas generaciones y a las familias de los medios necesarios para lidiar con los problemas habituales de la vida de estas personas, y que puedan recuperar la autoestima y las magníficas habilidades que la mayoría de ellos tienen; porque no olvidemos que hay muchas personas en esa situación que tienen unas auténticas habilidades en cualquier materia y que están en sus casas encerradas.

Yo quiero, por supuesto, agradecer al señor Toledo y a todas las personas que día a día se esfuerzan por ayudar a pacientes y familiares que necesitan saber cómo actuar. Ese es un capítulo muy importante y es una de las preguntas que quería hacerle: ¿cómo podemos ayudar a las familias a que se enfrenten a este problema? Ha dicho usted que la mayoría de estas personas están o provienen o han vivido momentos de desestructuración en sus familias: ¿cómo podemos ayudar a poner las herramientas necesarias a esas personas para que afronten directamente el problema que se les crea? Desde el Grupo Popular lo que pretendemos es dar respuestas adecuadas a propuestas y problemas concretos, por ello decía que le he hecho esa pregunta.

Y también, desde su visión y experiencia de la realidad del TLP en la región, que ha dicho que por supuesto que podría atenderse más, me gustaría que incidiera sobre en qué aspectos concretos hay que mejorar la atención de esta problemática que hoy nos ocupa.

Reiterarle nuestro agradecimiento, y volver a ponernos a su disposición para intentar entre todos buscar las respuestas adecuadas.

Muchas gracias.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Muchas gracias.

Turno de contestación del señor Toledo por un tiempo máximo de quince minutos.

SR. TOLEDO HERNÁNDEZ (SECRETARIO DE LA ASOCIACIÓN TP CARTAGENA REGIÓN DE MURCIA):

Muchas gracias.

Señorías, gracias por su atención.

Espero que mi exposición no haya sido muy larga, pero veo que han tomado nota de cosas importantes.

En respuesta al señor Peñalver y en parte también a la señora Marín, lo primero que quiero decir es que la cuestión de la salud mental venimos a pedir que sea una cuestión que aborden entre todos. No puede ser una cuestión de partidos, por muy bien que estén las propuestas que hayan hecho en el plan de choque y que sean necesarias. Esto es algo quizá hasta más complejo que eso: hay que cambiar el modelo, hay que darle la importancia que tiene, y a nosotros nos parece muy bien el plan de choque que presentaron y las propuestas de aumentar el número de psicólogos, de aumentar el dinero de bolsillo de las personas que están en viviendas tuteladas, etcétera, pero hace falta realmente algo más, y esto debe implicar a todos los partidos políticos. Realmente lo que nosotros pedimos y lo que pide la Federación de Salud Mental es que esto no sea una cuestión de partidos políticos: tienen que ser todos ustedes los que deban encontrar soluciones a la vez.

Por supuesto que hace falta mucho, hace falta un psicólogo más en cada centro de salud mental, pero no uno, hacen falta más psicólogos. En esto hay que empezar por algún sitio, por supuesto, pero nosotros les pedimos que no sirva la salud mental para que haya una disputa política. Por supuesto que tiene que haber iniciativas, y las aplaudimos, pero colaboren entre todos, es nuestro ruego, nuestra solicitud.

Respecto a mi informe, yo les voy a pasar después si quieren la copia de la intervención; pero sí les quiero pasar un informe más extenso donde vienen todas las fuentes y referencias de todos los datos que he dado y mayores explicaciones. Sí es verdad que el informe lleva un índice; con la portada, el índice tiene veinticuatro páginas (son veintidós de lectura), pero, si quieren encontrar algún dato, ahí tienen el índice para buscarlo y ahí tienen las referencias y fuentes, y mayores explicaciones sobre este trastorno mental.

Esto, efectivamente, señor Peñalver, se manifiesta en la infancia. De hecho, hay comunidades como la de Madrid, donde hay más estrecha colaboración entre una asociación muy importante que hay allí de familiares con trastorno de TLP (Se llama a AMAI TLP Madrid) y el hospital clínico San Carlos de la Comunidad Autónoma de Madrid, donde dirige desde su fundación la unidad de trastorno de personalidad el doctor José Luis Carrasco Perera, que es otra eminencia en trastornos de la personalidad y otros muchos trastornos mentales, es una de las principales referencias a nivel nacional y quizá más, y es un gran divulgador, un gran comunicador. Ellos sí trabajan en colaboración: allí hay más recursos, hacen más cosas, e incluso hacen prevención específica no solo de la salud mental en general sino prevención específica del TLP en los centros educativos, en los colegios. El TLP ya se manifiesta en la infancia y se pueden tomar medidas.

Existe la prevención específica del TLP, y lo que sí es importante es que cuanto antes se detecte y se atienda: en la infancia se suele dar con otros trastornos mentales (el trastorno negativista, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad), y estos tienen entidad propia, pero si no se tratan pueden desarrollar esos chicos un trastorno límite de la personalidad.

Si se detecta en la adolescencia, es cuando se debe de tratar. ¿Que son pacientes difíciles de atender? Pues son los más difíciles de atender por lo comentado antes, ellos no suelen perder el juicio salvo en raras ocasiones –por mucho estrés, cortos brotes psicóticos o disociativos–, durante horas o un día o dos (es lo máximo que les puede pasar a estas personas); ellos no pierden el sentido grueso del juicio. Luego tienen muy mal juicio para conducir su vida: su vulnerabilidad emocional, su desregulación emocional no les permite procesar bien la información y pensar adecuadamente, razonar adecuadamente. Parecen personas normales y por eso son muy difíciles de entender, los más difíciles de atender.

El resto de trastornos mentales está bien parametrizado y tenemos muy buenos profesionales de la salud mental que lo saben atender. Hay muy buenos profesionales en la Región de Murcia, pero esto esto les sobrepasa, a estas personas les llaman «los quematerapeutas», porque, como van a psicoterapeutas que les dan terapias generalistas que no les producen efectos beneficiosos a medio o largo plazo (si acaso efectos a muy corto plazo, si acaso), abandonan las terapias, no vuelven, no tienen soluciones positivas como cuando van a las comunidades terapéuticas, de donde salen rehabilitadas, pero luego no les dan el tratamiento adecuado, bien en la comunidad o bien después, y vuelven a recaer; o cuando aparece el TLP y van al centro que trata los trastornos de la conducta alimentaria, si lo que subyace es un TLP y no se lo tratan, volverán a recaer seguro y peor; en casos de bulimia, la impulsividad les lleva a darse atracones de comida; en casos de anorexia, como tienen

problemas de autoimagen y de sentido de identidad, en la anorexia encuentran una identidad, son alguien en tanto en cuanto tienen una enfermedad a la cual le prestan atención (son los casos más graves, muchos de ellos llegan a la muerte). El problema es que no hay suficientes especialistas para tratar el TLP porque es algo muy nuevo y los profesionales no se han formado.

La situación de Murcia. Hay cosas en general que resolver en salud mental. La federación está pidiendo cosas y negociando cosas concretas con el Gobierno regional, con diferentes consejerías, e incluso se ha manifestado –y nosotros con ellos porque somos miembros de la Federación–, nos hemos manifestado (yo he estado ahí frente al Palacio de San Esteban), y hay cosas muy concretas que resolver. Son cosas concretas y por supuesto que hay que resolverlas, pero esto es algo más, esto es algo a lo que hay que dar visibilidad y hay que atender también, y entre todos deben encontrar la solución.

Sí que hay que poner más psicólogos en los centros, evidentemente, de salud mental. Incluso le hemos propuesto en la última reunión a la Gerencia de Salud Mental, donde tenemos un buen equipo, gente que sabe lo que hay que hacer y lo que tiene que hacer, pero, claro, le faltan recursos humanos y económicos para llevarlo todo a cabo. Están optimizando los recursos que hay al máximo, pero faltan muchos profesionales de salud mental. Yo incluso les he propuesto buscar la forma de contratar psicólogos generalistas sanitarios para atención primaria, para que frenen esta oleada de lo que son malestares que si no se tratan van a derivar en trastornos mentales crónicos muy medicados, y que no van a tener solución porque el psicólogo de la salud pública les va a atender cada tres meses, y eso no será psicoterapia, eso es medicarse de por vida. Entonces quizá, no sé, hay que encontrar soluciones: sean psicólogos sanitarios en atención primaria o sea lo que sea, hay que atender a esta gente.

Y hay ejemplos claros. Por ejemplo, en el terremoto de Lorca una psicóloga que estuvo en primera línea me decía: «yo atendí 100 casos, de los cuales algunos los atendí tres veces, seis, las que fuesen, y todo solucionado salvo cinco casos que hubo que derivar al especialista porque eran más graves». Si no los hubiese tratado, de esos 95 casos que se solucionaron (problemas de ansiedad, de no dormir, en fin, lo del terremoto de Lorca fue muy traumático para las personas que más lo padecieron), si no los hubiese tratado, de esos 95 un gran porcentaje habría derivado en trastornos mentales crónicos de ansiedad, de depresión, de lo que fuese, y medicados de por vida; y lo solucionamos porque los tratamos allí y porque hubo una campaña para hacerlo. Pues esto mismo habrá que hacer con la salud mental en general.

En cuanto al TLP en la Región de Murcia, tenemos, como he dicho antes, una joya en el hospital de día Francisco Román, pero se puede atender entre un 0,5 y un 1% entre hospital de día y otros centros que también atienden, como la URA de aquí, de Cartagena, que a otro nivel más bajo pero también atiende, como la URA de Lorca y del centro de San Andrés de Murcia, que también atienden a pacientes pero no tienen programas específicos en esto, en Lorca y en Murcia (en Cartagena sí hay un programa intensivo); pero lo que ocurre es que hay tal avalancha de trastornos de la personalidad que en el hospital Román Alberca, en vez de ampliar los medios para atender a más gente y reducir la lista de espera, que superaba el año, han tenido que reducir los meses de terapia: allí atendían más o menos por seis meses a 30 personas, es decir, 60 personas al año; pues han reducido los meses para poder atender a más. Aquí en la URA hay un programa de atención intensiva, en la URA de Cartagena, en el centro de salud mental (la URA es la unidad de rehabilitación de adultos, perdón), hay un programa de atención que se llama intensivo pero, por lo que me dicen, están atendiendo a las personas una vez a la semana o cada quince días, y eso es más que escaso. Es decir, hace falta potenciar, como decíamos, el hospital de día Francisco Román y potenciar el resto de centros donde se atiende el trastorno límite de personalidad.

De la terapia especializada quizá mejor, la que soluciona los casos más graves, que es la focalizada en la transferencia, hay tres grupos en España: uno en Bilbao, otro en Barcelona, y el otro lo tenemos en Murcia, en el Francisco Román. Son especialistas el doctor Luis Valenciano, que está ahora en excedencia, y don Pedro Rosique, que es el que está ahora a cargo del hospital de día Francisco Román. Pero, claro, hacen todo lo que pueden, hacen una labor maravillosa pero pueden atender a muy poca gente, y ahora han empezado personas, quiero decir, profesionales, MIR, PIR y

EIR (enfermeros internos residentes) para los trastornos de personalidad, pero han empezado ahora, este año como aquel que dice. Esta es básicamente la situación en la Región de Murcia. Se puede hacer mucho más, por supuesto, y eso es lo que les pedimos.

En cuanto a lo que decía la señora Marín, todas las iniciativas son bienvenidas para la lucha para la salud mental, pero dicen los grandes profesionales como el doctor José Luis Carrasco Perera que, igual que en otras patologías, quizá lo más adecuado –y yo esto no lo puedo discutir porque lo dicen ellos– no sea una ley, como no hay una ley para las cardiopatías ni para otras enfermedades. Si con la ley se consigue mejorar, bienvenida sea, pero lo que lo que sí dicen los grandes especialistas es que lo que sí es necesario es un plan con una dotación económica suficiente que implique a todas las comunidades autónomas para desarrollarlo. Para ello hay que contar, evidentemente, con los grandes profesionales de la salud mental.

El impacto actual de la salud mental en las ideaciones suicidas claro que está siendo muy grave (con esto voy a contestar prácticamente a algunos de ustedes, no solo a la señora Marín). En fin, en este informe extenso está mejor explicado, pero un breve resumen viene a decir que, como he comentado antes, hemos creado una sociedad o hemos permitido que se cree una sociedad que ha dejado sin resiliencia, prácticamente sin resiliencia ninguna, a los jóvenes, y además les hemos educado en que todo es fácil, no les hemos protegido nada en enseñarles que la vida también tiene su parte mala a veces, sus adversidades. No saben luchar contra las adversidades y creen que todo tiene que ser bueno, les hemos dado una falsa idea de lo que es la vida en general. Hemos creado una sociedad, una generación de jóvenes, con poca resiliencia, y esto se muestra con la pandemia y la proliferación de trastornos mentales en los jóvenes e ideaciones suicidas. El otro día en una charla nos decía un psiquiatra que está en la Arrixaca: «de urgencia nos llegan 12-15 casos todos los días, y el 90 o el 100% son de ideaciones suicidas», pero desde chicos de 12 años que al final, después de investigar pensando que son cosas graves, es que se ha tomado una caja de diazepam por que han sacado malas notas, que no hay ninguna otra causa; o personas mayores que han tenido un problema con la pareja, jóvenes mayores, quiero decir, y se han intentado suicidar; o sea, que que no estamos preparados para afrontar las adversidades de la vida, y a los jóvenes les hemos dado un modelo que propicia esa falta de resiliencia y el mal uso y abuso de las redes sociales. Esto les está fomentando eso, la satisfacción de recurrir al cerebro antiguo que tenemos, al cerebro reptiliano, y no desarrollar adecuadamente la corteza prefrontal, que es la que nos hace más humanos. Están dándose chutes de dopamina con las redes sociales y los «me gusta», los *like*, y todos los contactos, y a la menor contrariedad son presa de disgustos, de trastornos y de problemas que les llevan a trastornos mentales y a ideaciones suicidas.

En la mayoría, como el TLP no se diagnostica hasta la hasta la edad adulta según el DSM-5 (aunque eso los profesionales dicen que es un error, que si se detecta con 14 años se debe comenzar a tratar con 14 años, y así habrá una mejor posibilidad de que la vida sea plenamente normalizada), quienes padecen TLP son personas inteligentes y con grandes habilidades y el TLP les ha truncado su vida. Si les tratan cuanto antes, mejor posibilidad tienen de recuperación.

Bueno, para esto la implantación de la educación emocional parece más que urgente y evidente que es una gran necesidad. Hay que frenar esta fábrica de trastornos mentales que hemos dejado que se cree en la sociedad, o de malestares que llevan a trastornos mentales porque los jóvenes no los saben interpretar de otra forma y tampoco se les atiende.

Hace falta una mayor humanidad, que los jóvenes sepan que las cosas que merecen la pena en la vida no tienen la inmediatez de un *like* o de un mensaje en las redes sociales, eso tiene que calar en la juventud y eso quizá se pueda conseguir con la educación emocional y, en fin, no sé si otras asignaturas.

Respecto al señor Carrera, del Grupo Vox, ¿qué hacemos en cuanto en cuanto a formación, por qué es tan difícil esto? Porque es un trastorno mental. La esquizofrenia se lleva estudiando más de trescientos años y prácticamente está todo descubierto desde hace cincuenta: se está mejorando la medicación y los tratamientos, pero en cuanto a lo que es la esquizofrenia en sí en cincuenta años no se ha descubierto nada nuevo. Del trastorno límite de personalidad se sabe ahora mucho más que hace veinte años, y los expertos esperan que de aquí a otros veinte años se sepa muchísimo más todavía. Esto es algo muy nuevo, la mayoría de profesionales no se ha formado en esto y esto no ha

llegado a las universidades. Yo me he entrevistado con el decano de la Facultad de Psicología, que desconocía las terapias específicas para esto; se ha tomado buena nota, allí hay gente interesada en desarrollar esto, pero va muy lento. También necesitan dotación para desarrollar estos cursos, másteres o lo que puedan hacer allí, pero sí que se han interesado.

Contestando también a lo que alguno de ustedes me comentaba después, estamos en cuanto a investigación, o yo particularmente, al límite: en lo que alcanzan mis posibilidades, estoy investigando en lo que es la parte sociológica de este trastorno mental, y lo verán ustedes expuesto en el informe que les envíe; la asociación está investigando lo que son las terapias, tenemos a nuestro director de la asociación, el psicólogo José Vicente Muñoz Olmos, que lleva en esto desde que se fundó en el 2007, se ha formado en el hospital de día Francisco Román y se está autoformando desde hace muchos años, e imparte terapias para el trastorno límite de personalidad. Es experto en esto y sigue autoformándose (ahora está haciendo cursos). En la universidad se ha despertado el interés de algunos profesores y ahora se va a hacer un seminario de terapia dialéctico conductual, que es la terapia más asequible porque tiene la base de la terapia que se enseña en la universidad, que es la cognitivo conductual. Y queremos y esperamos que se puedan desarrollar cursos y másteres aquí también, como se hace en la Complutense de Madrid.

¿Por qué es tan difícil? Señor Carrera, es muy difícil porque, como le decía, no pierden el juicio estas personas, y muchos profesionales, no solo psiquiatras, piensan que son personas maleducadas, amorales, que recurren a cualquier método para conseguir sus fines. Eso está en la convicción de muchas personas, y también el desconocimiento. Es tan difícil porque se da con tantos otros trastornos mentales, la comorbilidad es tan amplia que es muy difícil llegar a un diagnóstico diferencial exacto. Esto es bastante complejo y lo sé por experiencia propia. El doctor Luis Valenciano me ha comentado «este caso no sé si tiene comorbilidad con trastorno antisocial, parece ser que ahora es un trastorno de comorbilidad del TLP con trastorno narcisista pero lo voy a descartar; ahora puede ser que tenga también comorbilidad con bipolaridad...», o sea que hasta a los mejores expertos les cuesta hacer el diagnóstico.

Esto es verdaderamente difícil, y son los pacientes más difíciles de tratar porque a ellos no le pasa nada, a ellos no puedes llegar... Cuando hay un brote psicótico en otros pacientes de salud mental es muy fácil atajar ese brote psicótico, está todo muy parametrizado y es muy fácil atenderlo, hay muy buenos expertos en eso, pero en esto no los hay, por eso es tan difícil. Los profesionales que tenemos lo hacen lo mejor que pueden.

También es cierto que, como tienen tan poco tiempo para atender a pacientes y estas personas necesitan tanto tiempo de atención... Ellos no saben expresarse, tienen déficits de expresión, ellos para buscar ayuda se muestran hostiles con aquellos a quienes se la van a pedir o con quienes se la pueden prestar, no saben a regular sus emociones negativas y sobre todo ni entenderlas ni expresarlas, y eso le causa una disfunción absoluta. No saben lo que les pasa, tienen un gran sufrimiento dentro que no saben cómo expresar, y van a pedir ayuda al médico y se muestran hostiles con el médico (verbalmente, me refiero). Ellos no son agresivos, o sea, el TLP no tiene una agresividad innata; sí que es cierto que por su impulsividad y cuando se da con toxicomanías pueden llegar a ser agresivos, por supuesto que sí, contra ellos mismos sobre todo y casi siempre, pero también contra terceros, eso es cierto.

En cuanto a la diferencia en el diagnóstico, estos son datos de estudios. A mí también me sorprendió: pensaba que sería mayor en los hombres, pero quizá, no lo sé, quizá porque las mujeres presentan mayor comorbilidad, es cuestión de género, de cultura... El sexo femenino acude más al psicólogo, más tiene más atención sobre sus emociones, sentimientos, tiene más facilidad en reconocer lo que le ocurre, pero quizá porque acuda más es más difícil de diagnosticar. En los hombres quizás sea más fácil porque se dan más las conductas impulsivas. En el TLP hay cifras que dicen que lo padece un tercio más de mujeres que de hombres, y hay otros expertos que dicen que eso no es así, lo que pasa es que las mujeres se sabe que van más al psicólogo; y en cuanto a diagnóstico sí que puede haber un tercio más en mujeres que hombres.

En los suicidios ocurre al contrario: por género, las tres cuartas partes de los suicidios son de hombres y solo un cuarto de mujeres. ¿Por qué? Es cuestión de género, de educación... En fin, esto es muy curioso pero es así. En todo caso, los datos no son nuestros, son datos de estudios realizados.

El objetivo de la asociación, claro, es la formación, la divulgación...

Y sobre los efectos de la pandemia por los que me preguntaba creo que se los he comentado antes.

¿Por qué son maltratados? Realmente maltratados... Los psiquiatras no pueden hacer otra cosa que medicarles. A veces tampoco creen ellos que esto tenga solución, eso es cierto. Hay personas que están diagnosticadas ocho años de patología dual y solo les han tratado la parte de las toxicomanías con mucha medicación pero jamás les han derivado al hospital de día Francisco Román. Eso sucede, y están nueve años diagnosticados así, y al borde de la muerte por brotes psicóticos por consumo, y después de pasar por comunidades terapéuticas nunca les derivan porque quizá no crean en esto realmente. No sé, por fe... No lo sé realmente pero esta es la realidad, esto es lo que ocurre en la región.

¿Pedimos muchas cosas? Bueno, pedimos visibilizar esto, pedimos comprensión y pedimos que se dé prioridad a la salud mental y, dentro de ella, al TLP. Para atender esto hace falta mayor inversión. Yo me he permitido desglosarla en cosas concretas, pero evidentemente habrá que empezar por lo que se pueda hacer. De eso tiene muy buena idea la Gerencia de Salud Mental, a ella hay que dotarla de mayor poder y de mayores recursos para que pueda trabajar en esto, porque ellos sí saben lo que tienen que hacer.

En la asociación somos muy pocas personas: dos trabajadoras sociales contratadas a tiempo parcial; una psicóloga contratada a tiempo parcial; el psicólogo director del centro, que hace los talleres, que no cobra por hacer los talleres de psicoeducación para familias y de psicoeducación para personas con trastornos de la personalidad; y la psicóloga contratada por horas que hace los talleres de habilidades para estas personas. Nuestra presidenta ha estado trabajando como directora gerente y alma de esto muchos años, pero ya por cuestiones de edad y de salud no puede seguir en ello. De hecho, por eso pedimos el aumento de la subvención, porque necesitamos contratar a alguien que haga sus funciones de gerente, que esté aquí permanentemente en la asociación, en Cartagena, y que pueda desarrollar esa labor y que ella quede para representar la asociación como presidenta, que lo ha hecho muy bien durante muchos años.

Los recursos. Los recursos son muy bajos, pero yo las cuentas no las he traído. Los recursos se los podemos facilitar, y de hecho cuando pidamos la subvención al SMS los tendremos que explicar bien, pero nos da subvención el Ayuntamiento de Cartagena, algunas otras entidades como CaixaBank, y para otros proyectos otras subvenciones que pedimos, y tenemos que recoger dinero de donde sea para poder sobrevivir, pero, vamos, los recursos son limitadísimos. Nos auditan, no tenemos ánimo de lucro, estamos declarados de utilidad pública, y lo que hacemos es prestar un servicio complementario a salud mental, a la salud pública, que lo prestaríamos en mayor medida si tuviésemos más recursos, pero ahora los necesitamos porque podríamos desaparecer si no conseguimos pagar a una gerente que lleve la asociación.

Para terminar, en cuanto a lo que decía el señor Álvarez, de Ciudadanos, sí que agradecemos el esfuerzo que han hecho y el incremento en el presupuesto de salud mental, pero hay tanto por hacer que se queda todo... Eso se agradece, pero se queda todo en lo destinado a infanto-juvenil, que es muy necesario, y a reformar el Román Alberca para los cambios que hay que hacer allí de la unidad de agudos, queda todo ahí. Realmente, yo más que 600.000 euros tengo entendido que es un 1 millón de euros, o sea, que es más en lo que se ha aumentado el presupuesto a la Gerencia de Salud Mental. Pero esto es algo para que tomen nota y vayan viendo cómo se pueden ir haciendo más cosas.

El plan nacional de salud mental con presupuesto suficiente sería lo ideal para todas las comunidades. Hay comunidades que lo hacen muy bien en esto, que ya tienen implantada la atención en todos los centros de salud mental, etcétera, etcétera.

Para acabar, de lo que comentaba el señor Calderón, del grupo Popular, realmente siguen estando un poco estigmatizados los problemas de salud mental, pero la gente lo que conoce es lo que conocemos todos: la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, la psicosis... Bueno, cuando yo hablo

de psicosis se acuerdan de la película, no saben muy bien lo que es, pero los trastornos de la personalidad no son conocidos.

El TLP es como el suicidio hace cuatro días: hace cuatro días el subsidio era tabú, no se hablaba porque se iba a suicidar más gente; pues no, ahora se está hablando bien del suicidio, parece que está dejando de ser tabú y se está hablando con propiedad del suicidio. Pues de esto hay que hablar igual, con propiedad, esto que hasta ahora es tabú, que no se conoce, que esta gente está estigmatizada porque parecen personas que tienen voluntad propia para decidir lo que hacen con su vida –y realmente no la tienen porque están seriamente afectadas por el TLP–, esto tiene que dejar de ser tabú.

Sí, un minuto...

Todo lo que se está dando en los jóvenes, toda esa desregulación (juegos, ludopatías)... La banalización del sexo es una cuestión cultural, de educación, pero el acoso escolar sí es un detonante del TLP, pero, bueno... Todo no es TLP, pero sí que es cierto que muchos de los casos que se está comentando ahora que sufren los jóvenes o de los síntomas que padecen los jóvenes, todos estos trastornos que se están sacando a la luz, en muchos casos pintan, como he dicho antes, un cuadro de manual de TLP y nadie lo menciona. Evidentemente, eso se tiene que diagnosticar, nadie puede decir que sean TLP, pero puede subyacer en muchos de estos casos un trastorno límite de personalidad, o se puede llegar a desarrollar si no se atiende debidamente. Hay que tratar de cambiar la sociedad y recuperar las habilidades de esta gente.

Y para terminar, cómo ayudar a las familias, que es muy importante. Cambia mucho cómo tratar a un familiar, a un hijo por ejemplo, si los padres son conscientes de que tiene un trastorno mental o si no lo son, es muy diferente. Son personas que retan a los padres, que exigen, que tienen gastos compulsivos, irracionales, que se dejan los estudios, que empiezan a consumir drogas y que incluso crean violencia familiar. Cambia mucho cómo afrontar esa situación si piensas que tienes un hijo rebelde que rompe las normas porque quiere o sabes que tienes un hijo con un TLP, y aquí se puede ayudar a las familias. Nosotros les damos formación, talleres de psicoeducación. Yo estoy haciendo ahora mismo un curso con la Universidad de Valencia y con una asociación de DBT en Valencia, *online*, para ayuda a las familias, basado en la terapia de DBT.

Y decir que hay una asociación nacional de DBT (una de las principales terapias) en España, la Asociación Española de DBT, y cuando llamamos para buscar psicólogos a quienes derivar pacientes de aquí de Murcia nos dijeron que en la Región de Murcia no había nadie registrado, o sea, como si no se conociese aquí la terapia DBT salvo por cuatro personas. Realmente en la Región de Murcia hay cuatro personas que conocen las terapias para esto.

Y con esto finalizo porque es muy extenso. Encontrarán más información en el informe extenso que les enviaré.

Muchas gracias por darme la oportunidad de explicarlo, y les pido su colaboración para tratar de comenzar a abordar este grave problema con mayor intensidad, para que no quede solo focalizado en unas pocas personas en el hospital de día Francisco Ramón.

Muchas gracias.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Muchas gracias, señor Toledo.

Termina la Comisión. Gracias a todos.