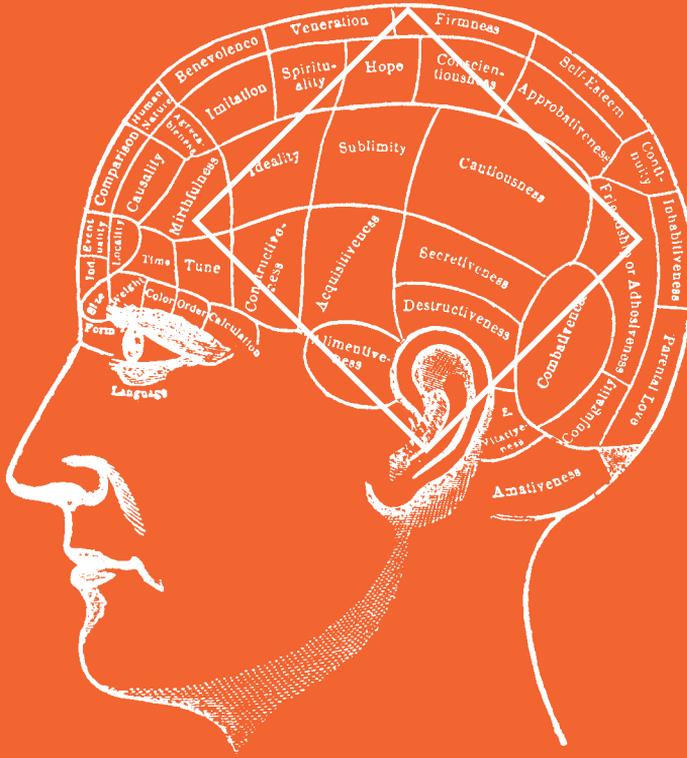
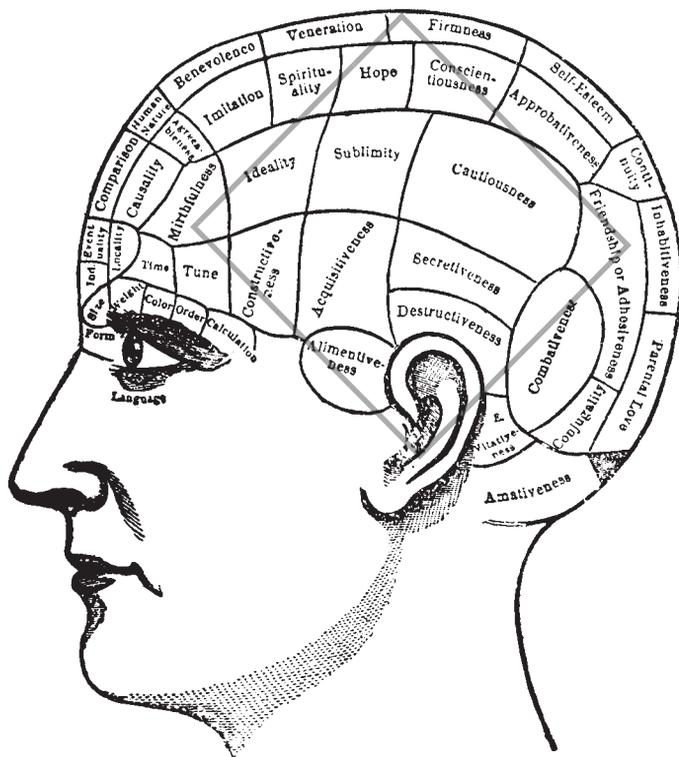


# Salud mental



Elisabet Carrasco Falcó

# Salud mental



Elisabet Carrasco Falcó



COLECCIÓN

Colección **INCRESCENDO**

Edita:  
Provincia de San Rafael (Aragón)  
Hermanos de San Juan de Dios

Coordinador de la colección In Crescendo:  
Luis A. Aranguren Gonzalo

Diseño y maquetación:  
Rosy Botero y XK s.l.

Impresión:  
Fiselgraf

Depósito Legal:



## COLECCIÓN IN CRESCENDO

**E**l voluntariado es una realidad en auge que necesita herramientas, recursos y horizontes para que su contribución no se quede en la sola tarea o en la satisfacción personal. La acción voluntaria quiere aunar el crecimiento personal y la transformación de este mundo para que pueda ser realmente habitado desde la hospitalidad y la humanización de la vida.

Desde hace años el equipo de coordinación del voluntariado de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia de Aragón viene reflexionando sobre las necesidades formativas del voluntariado de nuestros centros. En esta dirección, la colección de cuadernos formativos IN CRESCENDO quiere recoger esta invitación a crecer personal y colectivamente, a crear armonía y espacios de convivencia en los centros donde el voluntariado está presente y dar a conocer a quienes participan en la acción voluntaria nuestras reflexiones y pautas de actuación.

El término *in crescendo* proviene del ámbito de la música y hace referencia a aquellos pasajes de una composición musical que se ejecutan aumentando gradualmente la intensidad, sonando poco a poco más fuerte, en progresión creciente. Así queremos que sea la formación creciente del voluntariado hospitalario.

Estos cuadernos no tienen ambiciones académicas; más bien tratan de moverse con calidad en el suelo a veces inestable del día a día del voluntariado, que trabaja desinteresadamente en los ámbitos del cuidado entre personas y colectivos ante los cuales no bastan ni la buena voluntad ni mucho menos la improvisación.

Son cuadernos para andarlos despacio, en el seno del trabajo en equipo, de la reflexión compartida entre personas voluntarias, coordinadores del voluntariado y personal formativo competente en cada uno de los ámbitos específicos de la acción voluntaria.

La colección IN CRESCENDO consta de los siguientes cuadernos:

- 1.- Formación Básica
- 2.- Voluntariado y salud mental
- 3.- Voluntariado y cuidados paliativos
- 4.- Voluntariado e infancia hospitalizada
- 5.- Voluntariado y personas sin hogar
- 6.- Voluntariado y geriatría
- 7.- Voluntariado y discapacidad

Esperamos que estos materiales formativos respondan a las necesidades presentadas por tantas personas voluntarias y les ayuden a configurar en cada uno de los centros un voluntariado hospitalario de calidad.

Inmaculada Merino

*Responsable provincial.*

*Voluntariado de San Juan de Dios. Provincia de San Rafael*

Luis A. Aranguren

*Coordinador de la colección In crescendo*

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	7
I. EL MUNDO DE LA SALUD MENTAL .....	9
1. Salud mental .....	9
2. Discapacidad intelectual .....	10
3. Enfermedad mental .....	11
II. TRASTORNOS MÁS COMUNES .....	12
1. Trastornos cognitivos .....	12
2. Esquizofrenia y otras psicosis .....	14
3. Trastornos depresivos .....	16
4. Trastornos bipolares .....	17
5. Trastornos de ansiedad .....	19
6. Trastornos del control de los impulsos .....	21
7. Trastornos de personalidad .....	22
8. Trastornos adaptativos y del estrés .....	24
9. Algunas respuestas: La red de servicios de salud mental .....	26
III. EL VOLUNTARIADO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL .....	31
1. ¿Por qué voluntariado en el ámbito de la salud mental? .....	31
2. Perfil de la persona voluntaria en salud mental .....	34
3. Cultura de hospitalización psiquiátrica .....	36
4. Buenas prácticas del voluntariado en salud mental ..	38
GLOSARIO .....	43
BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES .....	46



## PRESENTACIÓN

Los trastornos mentales crecen en importancia en nuestra sociedad. Muchos de los trastornos de los que nos hablan, como el estrés, la anorexia, o el trastorno límite de personalidad eran desconocidos hasta hace bien poco. Muchas veces estas enfermedades son negadas o estigmatizadas.

Más allá de discutir si todas son enfermedades auténticas o no, hay que plantearse cuáles son las causas sociales patológicas que desembocan en este malestar que es totalmente real para las personas más vulnerables. La competitividad y el éxito personal son los valores sociales hegemónicos, lo que puede comportar un altísimo grado de frustración. Además, la función educadora de las familias, escuela y del conjunto de la sociedad está sometida a un cambio de escenario social que nos confunde. Los trastornos psíquicos, en estas condiciones, están garantizados.

La salud mental es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, porque no solo depende de factores físicos sino en gran parte de factores psicológicos y ambientales. En este sentido, se puede considerar que las personas somos muy vulnerables. Ya en la primera etapa de la vida, el establecimiento de vínculos afectivos es fundamental, mientras que el aislamiento, la falta de estímulos o el estrés causado por hechos como la enfermedad o la muerte de un progenitor, pueden predisponer a la depre-

sión y otros trastornos. En la edad adulta, las personas pueden estar expuestas a otros factores de riesgo, como son: un nivel social y económico bajo, la angustia que puede provocar el trabajo precario y el paro, la exigencia a adaptarse a los cambios que suponen las nuevas tecnologías y el desarraigo que comporta la inmigración. Y estos son, sin duda, fenómenos crecientes. Un dato sobre el aumento de la pobreza: en Barcelona ya son entre 800 y 1500 personas las que viven en la calle y entre ella hay una alta incidencia y frecuencia de problemas mentales.

En un contexto socioambiental cambiante y confuso el grado de vulnerabilidad del ser humano es mayor, aumentando así la fragilidad y más aún, en relación con su salud mental. Por esta razón el ámbito de la salud mental constituye un campo prioritario para la acción voluntaria, no solo entendiendo la misma acción voluntaria como terapéutica y generadora de calidad de vida, sino también comprendiéndola como agente preventivo.

Así pues, la acción voluntaria en el campo de la salud mental es saludable para todos los agentes, siempre y cuando se tengan en cuenta algunos criterios. Este documento pretende ser una puerta de entrada a la acción voluntaria en el campo de la salud mental con criterios de calidad y calidez.

# I. EL MUNDO DE LA SALUD MENTAL

## 1. Salud mental

Una vez se penetra en el mundo de la salud y la enfermedad mental es inevitable descubrir la complejidad de este campo, minado muchas veces por tópicos y mitos estigmatizantes. Se hace entonces imprescindible reconocer el propio desconocimiento, detectar los prejuicios que cada uno tenemos y predisponerse con sinceridad a la formación. Ante tanta complejidad la buena voluntad no basta, es elevado el riesgo de agudizar el sufrimiento y la enfermedad.

Los trastornos mentales más invalidantes en Europa son la depresión, el abuso de alcohol y otras drogas como la cocaína, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo y la demencia de Alzheimer. Entre estos también hay que destacar los trastornos alimentarios, las adicciones como la ludopatía o conductas como la compra compulsiva.

A menudo, lo más duro de sufrir una enfermedad mental no es la enfermedad en sí, con sus síntomas y los efectos secundarios de la medicación, sino la gran estigmatización con la consiguiente exclusión y aislamiento social del enfermo. Así pues, evitando las relaciones con personas que padecen trastornos mentales estamos colaborando a no solo perpetuarlos como enfermos mentales sino convertirlos en enfermos sociales.

Es importante diferenciar entre sufrir una discapacidad intelectual y un trastorno mental. En las siguientes páginas clarificaremos conceptos. Aun así, existen personas que sufren tanto una enfermedad mental como una discapacidad intelectual. Los avances en psiquiatría están permitiendo poder ofrecer una atención específica a estas personas.

## 2. Discapacidad intelectual

Se dice que una persona tiene una **discapacidad** si física o mentalmente tiene una función básica limitada respecto de la media o anulada por completo.

La discapacidad intelectual hace referencia a limitaciones en el funcionamiento intelectual, un funcionamiento significativamente inferior a la media, que a menudo se da junto con otras limitaciones referentes al área de habilidades de adaptación comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de los recursos de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Lo normal es que una discapacidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

### Causas

- Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down.
- Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.

- Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- Graves déficits ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.

### 3. Enfermedad mental

Enfermedad mental no es sinónimo de discapacidad intelectual. La enfermedad mental conforma un conjunto de alteraciones que se caracterizan por la presencia de algunos síntomas como delirios, negativismo, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, aplanamiento afectivo, cambios exagerados de humor, etc.

La enfermedad mental a menudo deja incapacitada a la persona que la sufre para llevar una vida social habitual, mantener una actividad laboral, relaciones personales, cuidar de uno mismo, etc.

Es importante saber que no todas las personas afectadas por un trastorno mental quedan incapacitadas gravemente; más bien al contrario, a medida que aumentan las investigaciones en salud mental aumenta también la calidad de los tratamientos y los servicios para tender a esta población. Actualmente, la gran mayoría de personas con un trastorno mental puede seguir un tratamiento ambulatorio y llevar una vida relativamente normal.

## II. TRASTORNOS MÁS COMUNES

Seguidamente exponemos los trastornos mentales más comunes.

### 1. Trastornos cognitivos

Un delirium es un estado de confusión marcado (desorientación, pensamiento extraño, «visiones», etc.) y normalmente de aparición repentina y reversible.

La demencia es una enfermedad degenerativa de evolución crónica caracterizada por el deterioro intelectual y la afectación progresiva de todas las capacidades para un funcionamiento personal y social normal: la memoria, la orientación, el juicio de la realidad, la afectividad y el estado de ánimo, los trastornos de conducta. A medida que avanza la enfermedad, las situaciones de riesgo en la vida cotidiana aumentan.

¿Son muy frecuentes?

- ◆ Estudios realizados muestran que la demencia puede afectar a un porcentaje alto de las personas mayores de 65 años (entre el 6 y el 14%). El incremento del envejecimiento de la población comportará también un aumento de estas enfermedades, de manera proporcional al incremento de la edad.

**Tratamiento**

- El delirium está ocasionado por otras causas orgánicas como una infección, intoxicación, consumo de fármacos o abstinencia de una sustancia como el alcohol. Algunas demencias pueden relacionarse con trastornos de la tiroi-des o con déficits vitamínicos. Hay pues que tratar esas causas.
- El tratamiento en las demencias más frecuen-tes (demencia senil, demencia de Alzheimer) se dirige a mejorar el funcionamiento cognitivo, ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas no cognitivos, es decir, el estado de ánimo, la ansiedad, el insomnio, los trastornos de la percepción (como por ejemplo alucinaciones) o las ideas delirantes (como por ejemplo sentirse amenazado o perseguido).
- El tratamiento es una combinación de fár-macos, ejercicios de estimulación y terapias sociales. Se puede necesitar un soporte de hospital de día especializado. El ingreso hospi-talario solo tiene sentido temporalmente, para situaciones de descompensación o de crisis. La familia cuidadora también necesita soporte y apoyo.

**Es importante**

- La mayor parte de las demencias no se pue-den curar, pero existe un tratamiento que puede mejorar mucho al paciente.
- El diagnostico debe hacerse lo más pronto posible, ante las primeras señales de pérdi-da o fallo de memoria u otros cambios de conducta.
- La estimulación activa es una estrategia eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad.

- A menudo será necesario ir adaptando la casa progresivamente para disminuir los riesgos potenciales para la persona con demencia.
- Mantener la salud mental de la familia cuidadora es muy importante, y puede requerir de refuerzos auxiliares para hacer más compatible la vida de todos.

## 2. Esquizofrenia y otras psicosis

La esquizofrenia es un trastorno que se inicia en la adolescencia caracterizada por la pérdida de la adecuación a la realidad, el aislamiento social, las convicciones delirantes y la conducta general, a menudo extravagante. La falta de consciencia de enfermedad es un síntoma más que, obviamente, comporta dificultades muy importantes para las familias.

Las capacidades de la persona y la adaptación al entorno tienden a deteriorarse con el tiempo, a la vez que los síntomas más activos relacionados con la percepción de la realidad, delirios y alucinaciones, se van atenuando. La evolución de la enfermedad puede ser en forma de episodios agudos de alta intensidad, o bien de manera más continuada e insidiosa.

En algunos casos, se produce una combinación de estos síntomas con otros de naturaleza afectiva, depresiva o de euforia (trastorno esquizoafectivo).

La causa más probable es de origen cerebral, al estilo de una enfermedad degenerativa, lo que no descarta que factores ambientales puedan incidir, a favor o en contra, en el trastorno.

**¿Son muy frecuentes?**

- ◆ Un 1% de la población, hombres y mujeres, sufre este trastorno, que presenta un porcentaje estable en el tiempo y en diversas culturas.

**Tratamiento**

- El tratamiento farmacológico continuado revierte en los síntomas y podría frenar la evolución de la enfermedad.
- Las intervenciones de tipo cognitivo y psico-educativo son muy importantes, tanto para el paciente como para la familia.
- Las familias han de participar en el tratamiento y recibir apoyo.
- El entrenamiento en comunicación y en habilidades sociales, la rehabilitación y la reinserción social son fundamentales.
- La falta de consciencia de enfermedad hace que los pacientes tiendan a no pedir ayuda y a abandonar los tratamientos. Recordar siempre que la peor situación es retardar el tratamiento y la rehabilitación o permitir que el paciente los deje.

**Es importante**

- El diagnóstico y el tratamiento a tiempo son esenciales para mejorar la evolución
- Especialmente en la adolescencia, hay que estar atentos a las señales de alarma: cambios importantes en la actitud general acompañados de preocupaciones extrañas, inadecuación en la expresión de los sentimientos, conductas de recelo, fuerte inhibición y aislamiento social. Estos síntomas no se deben confundir con los cambios críticos normales de los adolescentes.
- La falta de consciencia de enfermedad dificulta la voluntariedad del tratamiento.

### 3. Trastornos depresivos

La depresión es una alteración del estado de ánimo, que está anormalmente bajo. Puede ser más leve o más grave, pero siempre hay que valorarla con mucha cautela. Cuando es grave, implica una gran discapacidad para la vida normal. La depresión mayor puede tener varias tipologías y diferente gravedad. La tristeza puede ser muy profunda, diferente a cualquier otra experiencia anterior, igual que la apatía o la pérdida de cualquier sentimiento de placer o interés por alguna cosa. A veces el paciente puede perder el sentido de la realidad exterior o del propio cuerpo. La distimia es una depresión más crónica, pero menos intensa, que a menudo se presenta juntamente con otros trastornos mentales como un exceso de ansiedad. Algunas enfermedades físicas o ciertos medicamentos (sobre todo en las personas mayores) también pueden producir depresiones secundarias.

#### ¿Son muy frecuentes?

- ◆ Se está extendiendo de manera importante por todo el mundo.
- ◆ Un 20% de las personas pueden vivir un estado depresivo por lo menos una vez en la vida
- ◆ Es más frecuente en las mujeres entre 35 y 50 años.
- ◆ La mayoría de personas con depresión no va al médico.

#### Tratamiento

- Cuando es de una cierta intensidad es necesario un tratamiento con fármacos, aunque mejor si va acompañado de psicoterapia.
- El tratamiento con medicamentos es muy efectivo. Hay que tomarlo con mucho cuidado, incluso después de la mejora clínica.

**Es importante**

- La psicoterapia ayuda a entender la manera de afrontar la realidad y las propias emociones, y a desarrollar pensamientos positivos.
- El soporte de la familia y las personas del entorno.
- El ejercicio físico y tomar el sol pueden ayudar
- Hay que saber que las depresiones no tratadas pueden empeorar mucho.
- Si se está pasando por una situación muy penosa, algunos síntomas físicos pueden indicar una depresión.
- Los niños y adolescentes manifiestan el malestar depresivo de manera muy diferente al de los adultos; a veces, con trastornos de conducta, con quejas físicas o con la negativa reiterada a ir al colegio, por ejemplo.
- Las personas mayores son más vulnerables a los cambios de vida (hospitalización, pérdidas afectivas...). Cuando están deprimidas, pueden tener síntomas de confusión, desorientación o más dificultades en las funciones prácticas.

#### 4. Trastornos bipolares

La enfermedad evoluciona por ciclos, que pueden ser de depresión o manía, que consiste en la exaltación del estado de ánimo, acompañada muchas veces de sentimientos de grandiosidad, aumento intenso de actividad, mostrar una energía muy superior a la habitual y otras conductas similares o mixtas.

Los cambios de ciclo y la duración pueden variar mucho. Al principio las fases maníacas o depresivas son más frecuentes. Las mujeres pueden tener un ritmo de ciclos más rápido.

### Hay diversos tipos de trastornos bipolares:

- En el tipo I, el episodio maníaco es intenso y puede acompañarse de uno o más episodios de depresión.
- El tipo II se caracteriza por episodios depresivos y algún episodio maníaco de menor intensidad.
- La ciclotimia es un trastorno crónico que consiste en continuas oscilaciones de breves periodos de depresión y manía más ligeros.

Las causas son desconocidas, aunque es muy probable la existencia de una predisposición genética, a la cual se asocian factores diversos de la vida.

¿Son muy frecuentes?

- ◆ Casi un 1% de la población, hombres y mujeres, y de todas las razas. Frecuentemente se inicia en la etapa final de la adolescencia, o en la juventud.

Tratamiento

- La terapia farmacológica con litio, o con otros fármacos conocidos como estabilizadores del estado de ánimo, es fundamental para controlar los cambios de humor. Hay que realizar controles analíticos periódicos para evitar una alta concentración de litio, o del fármaco que se utilice en cada caso, en la sangre. A menudo es necesario complementar el tratamiento con otros medicamentos.
- La ayuda psicoterapéutica y psicosocial puede ser muy útil para comprender la enfermedad y reenfozar la propia vida.

**Es importante**

- Las fases agudas pueden requerir hospitalización inmediata.
  - Con un buen tratamiento, más del 80% de los casos pueden llevar una vida normal.
- 
- En la fase de euforia, la persona tiene una impresión subjetiva de encontrarse extraordinariamente bien, razón por la cual a menudo no se pide ayuda.
  - Es necesario identificar los primeros síntomas de cambio y acudir al médico.
  - Las personas del entorno deben motivar para que no se abandone el tratamiento e intervenir inmediatamente si se produce la crisis.

## 5. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una emoción normal en el ser humano, que se expresa con síntomas psíquicos (nerviosismo, inquietud, angustia...) y físicos (palpitaciones, sudoración, temblores, etc.). Cuando su intensidad o la forma en que se produce afecta significativamente a la vida o a la salud, hablamos de trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son muy diferentes entre sí. A veces, la ansiedad es el síntoma principal (crisis de angustia, trastorno por ansiedad generalizada...) o bien es lo que experimenta la persona cuando se enfrenta a un estímulo externo (fobias simples, agorafobia...) o aparece al resistirse a ciertos pensamientos o actos repetitivos, considerados absurdos pero al mismo tiempo inevitables (trastorno obsesivo compulsivo).

La ansiedad puede expresarse también de manera corporal. Se trata de una gran variedad de síntomas físicos reales, que pueden afectar diferentes órganos (trastornos de somatización), o bien desarrollar una extrema sensibilidad y temor infundado a las enfermedades (hipocondría).

La causa de los trastornos de ansiedad no está aún clara y seguramente responde a la combinación de diferentes factores. En los trastornos con una sintomatología más específica la influencia de factores hereditarios o biológicos puede ser mayor.

### ¿Son muy frecuentes?

- ◆ Solos o en combinación con otros trastornos, un 7% de la población general puede sufrir este tipo de problemas.
- ◆ Un 25% de los pacientes que van al médico de cabecera sufren sintomatología de ansiedad asociado generalmente a otros diagnósticos médicos. Eso hace que no siempre se detecte y por tanto, se trate adecuadamente.

### Tratamiento

- El tratamiento farmacológico puede ayudar en los casos más graves.
- La psicoterapia básica, la de soporte, la de resolución de problemas, o las técnicas de desensibilización pueden ser muy útiles.
- Técnicas de relajación.

### Es importante

- La mayor parte de los problemas de ansiedad son pasajeros y de intensidad leve-moderada. Puede ser de ayuda revisar las fuentes de estrés y tratar de afrontarlas.

- Hay que investigar la frecuente asociación con problemas de la propia vida sobre los cuales se puede actuar con medidas higiénicas o de clarificación y soporte.
- Conviene consultar cuándo los síntomas de ansiedad interfieren en las actividades habituales o se alargan en el tiempo.
- En caso de una sintomatología intensa o específica, como pueden ser las crisis de angustia, la agorafobia o el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) conviene consultar sin demoras ya que pueden empeorar y limitar mucho la actividad cotidiana.

## 6. Trastornos del control de los impulsos

Las personas afectadas por estos trastornos tienen la necesidad de liberar la tensión interna y buscar la excitación y la euforia realizando actos que saben perjudiciales para sí mismos o para los demás. Algunos de estos problemas son el juego patológico, la cleptomanía (robar objetos, normalmente sin valor, de manera compulsiva) tricetilomanía (tirarse repetidamente del pelo hasta arrancarlos) o la piromanía (provocar incendios sin otro motivo que la satisfacción del impulso).

Los trastornos del control de los impulsos pueden hacer referencia también a explosiones de agresividad especialmente en relación a la intolerancia a la frustración.

**¿Son muy frecuentes?**

- ◆ Se considera que estos problemas pueden afectar a un 7% u 8% de la población general.

**Tratamiento**

- Se han de tratar las situaciones psicológicas y psicosociales que pueden estar en el origen de este comportamiento. Terapias cognitivas y de comportamiento pueden ser el tratamiento más eficaz.
- En los últimos años, nuevos fármacos pueden disminuir la tensión específica previa a la realización del impulso.
- Los grupos afectados pueden ser un soporte importante en el tratamiento.

**Es importante**

- No negar el problema. Cuanto más tiempo se oculte, más dificultades habrá para superarlo. Hay que probar y ser capaces de enfrentarse a estos aspectos personales no deseados.
- Las personas del entorno han de ser firmes en el control de estas conductas, a la vez que han de mostrar comprensión con la persona.
- Hay que evitar los estímulos relacionados con el impulso.

## 7. Trastornos de personalidad

No está suficientemente clara la frontera entre una manera de ser sana y una forma de ser enferma. De hecho, todos tenemos rasgos de la personalidad más sanos y otros más enfermizos o que no nos gustan. El trastorno de personalidad implica una manera de ser crónica y repetitiva, por encima de cualquier circunstancia, que puede causar sufrimiento psíquico, interferir en las actividades normales o en las relaciones con los demás o comportar consecuencias muy negativas en diferentes áreas de la vida.

- *Personalidad antisocial*: irresponsabilidad, falta de sentimientos hacia los demás, conductas delictivas.
- *Personalidad esquizoide*: pobre expresión de los afectos, aislamiento, frialdad.
- *Personalidad obsesivo compulsiva*: perfeccionismo, detallismo, autocontrol.
- *Personalidad dependiente*: falta de decisión, sumisión, dificultad para tener cuidado de sí mismas.
- *Personalidad límite (TLP)*: grave inestabilidad, relaciones impulsivas, falta de autocontrol y de reflexión, búsqueda de situaciones de riesgo.
- *Personalidad narcisista*: sentido grandioso del propio yo, necesidad de admiración.
- *Personalidad evitativa*: timidez grave, conductas inadecuadas, extrema sensibilidad a la opinión de los demás, miedo.
- *Personalidad paranoide*: desconfianza injustificada, pensamiento rígido y normativo.
- *Personalidad esquizotípica*: aislamiento social, ideas y conductas extravagantes.

### ¿Son muy frecuentes?

Los últimos estudios muestran que entre un 3% y un 4% de la población pueden presentar estos trastornos, de forma aislada o acompañada de otros trastornos mentales.

### Tratamiento

- El tratamiento más eficaz es la psicoterapia, aunque requiere la motivación y compromiso del paciente.
- Se necesitan entornos terapéuticos como hospitales de día muy específicos para tratar a estos pacientes.
- Terapia dialéctica conductual para las personas con TLP.

Algunos trastornos de personalidad pueden evolucionar con episodios agudos de trastornos depresivos o psicóticos graves, que pueden comportar la hospitalización y tratamiento farmacológico de soporte, para la sintomatología que acompaña el trastorno.

**Es importante**

- Saber que la mayoría de veces la persona no es consciente de su trastorno. Hay que ser prudente a la hora de aconsejar una visita al especialista.
- La forma de ser patológica puede expresarse también en la relación con las personas de su entorno así como con los profesionales sanitarios. Conviene, una actitud comprensiva y a la vez firme.
- Es bueno saber que muchas veces el malestar de la crisis de la adolescencia se puede traducir con una clínica similar a los trastornos de personalidad.

## 8. Trastornos adaptativos y del estrés

Aunque hay personas más vulnerables, todo el mundo puede tener una dificultad para adaptarse a una situación crítica de la propia vida. La duración del trastorno adaptativo depende del tipo de problema, pero sobre todo de factores psicológicos y sociales de la persona.

El trastorno adaptativo se expresa menudo por síntomas de disconfort, pérdida del apetito o sueño, tristeza, ansiedad excesiva... Suelen ser compatibles con el funcionamiento social normal, pero a veces pueden ser intensos y repercutir en las actividades habituales.

De una forma diferente, nos podemos encontrar en situaciones en que se produce el estrés, que es un acontecimiento traumático que pone en peligro la vida o la seguridad, a veces colectivamente (catástrofes naturales, accidentes, violencia...) y otras individualmente (maltrato, etc.). Sus consecuencias pueden ser los trastornos por estrés agudo y los trastornos por estrés postraumático, según los casos.

### ¿Son muy frecuentes?

Los trastornos mentales causados por situaciones de estrés (agudas o crónicas) son más frecuentes de lo que se pensaba anteriormente, especialmente graves en las mujeres, más sometidas a maltratos o violencia. Un 12% de ella puede estar sufriendo trastornos mentales importantes por esta causa.

### Tratamiento

- Hay que consultar al médico de cabecera
- Muchas formas de psicoterapia son efectivas, a veces combinadas con algún medicamento que ayude a disminuir los síntomas.
- Psicoterapias de grupo o grupos de autoayuda.

### Es importante

- Entender que las circunstancias normales de la vida nos afectan y, a veces, de una manera más intensa de lo que quisiéramos. De entrada hemos de aprender a afrontar las causas y las dificultades con nuestros propios recursos personales, familiares y sociales.
- Expresar con palabras los sentimientos, lo antes posible, ayuda a reducir el daño y a afrontar el problema.
- Escuchar otros puntos de vista y otras experiencias.

- En situaciones de duelo, las costumbres y rituales sociales suelen ayudar a aceptar la pérdida.
- Hay que consultar cuando los síntomas son más intensos de lo que sería normal, o bien cuando interfieren significativamente en las actividades habituales, o cuando se alargan en el tiempo sin mejorar.

## 9. Algunas respuestas: la red de servicios de salud mental

Desde hace unos años, sufrir una enfermedad mental no es sinónimo de ingreso psiquiátrico.

Existe toda una red de servicios para atender la salud mental de la población que persigue no solo mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familias, sino también mantener el vínculo social, evitando así la exclusión social.

Así pues, la tendencia en psiquiatría no es institucionalizar, hospitalizar al enfermo, sino, en la medida de lo posible atenderlo en su entorno habitual. Las líneas de futuro pasan por integrar la salud mental a la red habitual de servicios de salud, huyendo del gran aislamiento, la mínima inversión de recursos y del estigma de tiempos pasados. Veamos algunos de los recursos que existen en la actualidad, y que se agrupan en dos ámbitos:

- Servicios Comunitarios de la Red de Salud Mental
- Servicios de Hospitalización psiquiátrica

## SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

### **Centros de Salud Mental**

Equipos multidisciplinares (psicólogo, psiquiatra, trabajador/a social, enfermería...) que pretenden diagnosticar, prevenir y tratar ambulatoriamente las personas con enfermedad mental. Cuando el médico de cabecera detecta problemas de salud mental, deriva al paciente a un Centro de Salud Mental para que sea visitado por el psiquiatra y psicólogo que le corresponde, en función de la zona geográfica de referencia.

### **Hospital de Día**

Tratamiento integral, intensivo y breve, en régimen de hospitalización parcial diurna. Con la participación activa de la familia, el paciente sigue un programa individualizado y también actividades de grupo.

### **Unidad Polivalente**

Conjunto de servicios integrados, la tipología del cual puede variar según las necesidades del territorio.

### **Centros de Día**

Centros de rehabilitación en la comunidad dirigidos a personas con un trastorno mental grave y que necesitan un soporte para mejorar, rehabilitar o habilitar las capacidades perdidas.

### **Programa de pisos con soporte**

Programa dirigido a personas que sufren un trastorno mental y debido a su patología no poseen un domicilio propio.

**Residencias**

Servicio de vivienda con atención sociosanitaria

**Servicio de Inserción Laboral**

Servicio dirigido a personas con trastorno mental del Baix Llobregat que prepara a los usuarios para realizar un proceso de incorporación en el mundo laboral.

**Servicio Prelaboral**

Dirigido a personas que sufren un trastorno mental severo en edad laboral, estabilizadas y compensadas de su patología y que están interesadas y motivadas para la integración en el mundo laboral. En este servicio se hace un entrenamiento específico simulando el funcionamiento de una empresa.

**Servicio Especializado de Salud Mental (SESM-DI)**

Para personas con discapacidad intelectual que sufren problemas de salud mental. Ofrece soporte local a las entidades de la red específicas (residencias, centros ocupacionales, etc.) a los pacientes y a sus familias.

**Centro Ocupacional**

Da atención durante el día a personas con discapacidad intelectual de la zona de referencia. Ofrece actividades de ocupación terapéutica y de centro de día, actividades sociales y de integración.

**Centro Especial de Trabajo**

Son instituciones de integración laboral y se consideran elementos básicos integradores de las personas con discapacidad en el denominado mundo ordinario del trabajo, cuando por sus circunstancias de orden personal, consecuentes con su discapacidad, no puedan ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales.

Los Centros Especiales de Empleo son empresas cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y cuya finalidad es asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores/as con discapacidad.

## SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

### **Servicios de Urgencias**

Presta atención en situaciones de crisis que necesiten de una intervención inmediata de soporte, orientación, tratamiento o hospitalización.

### **Unidad de Agudos**

Para situaciones de crisis en las cuales pueda haber riesgo patológico grave.

### **Unidad de Subagudos**

Hospitalización para pacientes con necesidades de atención clínica y de rehabilitación, en un contexto de actividades programadas intensivas que implican una estancia de 2 a 4 meses para conseguir su reinserción en la comunidad condiciones de estabilidad.

### **Unidad de Hospitalización Especializada (UHE-DI)**

Para tratar de forma intensiva personas con disminución que presentan un estado psicopatológico y conductual de mediana-larga evolución y alto riesgo.

**Media y Larga Estancia Psiquiátrica**

Sus programas asistenciales van dirigidos a pacientes adultos de ambos sexos que, por sus características psicopatológicas y de deterioro sociofamiliar, no pueden vivir en la comunidad, cuando las alternativas de atención ambulatoria y hospitalización breve no son suficientes.

**Unidad de Larga estancia/Psicogeriatría**

Atiende a pacientes psicogerítricos, es decir, personas mayores que sufren una enfermedad mental.

### III. EL VOLUNTARIADO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

#### 1. ¿Por qué voluntariado en el ámbito de la salud mental?

##### 1.1 Rompe el estigma

Conocer rompe barreras, hace desaparecer prejuicios. Existen muchos mitos y prejuicios alrededor de las personas que sufren una enfermedad mental. La estigmatización provoca una discriminación que se convierte en un círculo vicioso.

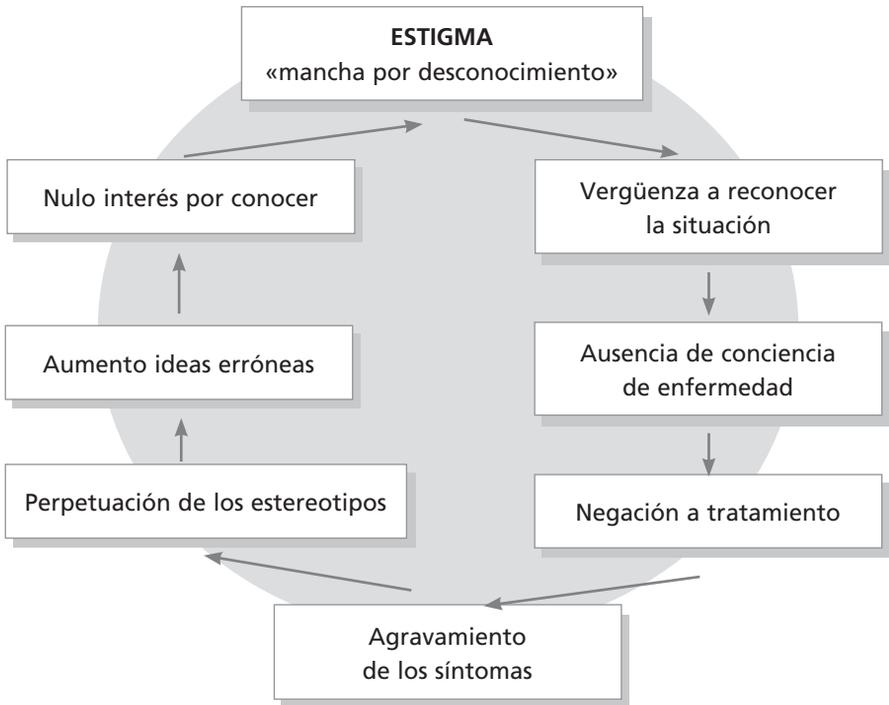
El desconocimiento lleva a la discriminación y esta comporta en el paciente grave sufrimiento que hay que añadir al provocado por la enfermedad en sí. Así pues la estigmatización agrava el sufrimiento de la persona enferma. Si la eliminamos, hacemos desaparecer parte del sufrimiento del paciente creando así una mejor predisposición al reconocimiento de la situación y al tratamiento.

Una de las condiciones indispensables para iniciar un tratamiento psiquiátrico es que el paciente reconozca que sufre una enfermedad. Este primer paso es difícil pero trascendental para el tratamiento y la mejora de la salud y calidad de vida del paciente. El hecho de relacionarse con una persona que sufre un trastorno mental con normalidad, le ayuda a perder el miedo a reconocer su situación y le predispone a dejarse ayudar, puesto que padecer una enfermedad mental no es nada malo. En palabras de una

persona con esquizofrenia: «Se enferma del cerebro, igual que se enferma de otra parte del cuerpo».

El estigma repercute muy negativamente en la evolución y recuperación de la persona enferma. La vergüenza es una de las causas por la que muchas personas enfermas no tengan un diagnóstico y por consiguiente tampoco un tratamiento. El desconocimiento aumenta los mitos e ideas erróneas, lo que perpetua los estereotipos negativos.

Es importante ser consciente que el estigma no afecta solo a la persona enferma. Personal sanitario, cuidadores y familiares son víctimas también de este fenómeno. Sí, sí, también afecta al personal sanitario; ¡no es lo mismo decir que trabajas de enfermero en una UCI que en un psiquiátrico!



## 1.2 Ayuda a transformar la visión que tiene la sociedad sobre el mundo de la salud mental

Esto tiene mucho que ver con el estigma y con la figura del voluntario en salud mental como agente educador.

La persona voluntaria habla desde el conocimiento, desde la experiencia, desde la relación con personas reales que sufren a causa de la enfermedad mental. Así pues cuando un vecino, una amiga o un familiar nos hace una pregunta acerca de la experiencia con personas con trastornos mentales, nuestra respuesta está contribuyendo a transformar los estereotipos y prejuicios que rodean este mundo.

## 1.3 Contribuye a reducir el alto grado de soledad de las personas atendidas

Tal como hemos explicado en el punto anterior, el estigma contribuye al aislamiento de la persona enferma. La enfermedad en sí aísla también al paciente puesto que algunos de los síntomas de diversas enfermedades mentales afectan a la relación con el «mundo exterior». Pero además la incompreensión de familiares y amigos agrava la soledad de la persona enferma.

El entorno social del paciente, cansado a veces de los síntomas producidos por el trastorno, necesita un descanso beneficioso para ambos, pero hace que la persona enferma se sienta sola, poco acompañada. Es ahí donde la figura del voluntario/a se hace imprescindible.

El personal sanitario tiene sus funciones y por muy buen trabajo que realice, no hay lugar para ese acompañamiento personalizado necesario y beneficioso para la mejora de la calidad de vida de la persona enferma.

### **1.4 Con su ejemplo, ofrece a la persona atendida una nueva forma de relación con el entorno y un nuevo modelo vital**

En la relación con la persona voluntaria, el paciente descubre que hay otras formas de enfocar la vida, de afrontar las dificultades, de interpretar la realidad.

## **2. Perfil de la persona voluntaria en salud mental**

### **Sin motivación terapéutica**

Todas las motivaciones pueden ser válidas excepto el considerar el voluntariado como una terapia de rehabilitación psicosocial; es decir, hacer un servicio de voluntariado en salud mental como terapia por sufrir un trastorno mental. Así pues, ¿una persona con un diagnóstico psiquiátrico no puede ser voluntario? Sí puede serlo pero es mejor por prevención que no se implique en el ámbito de la salud mental y que ejerza su servicio en los períodos en que esté compensado. Es posible hacer del voluntariado una terapia de rehabilitación psicosocial pero hay algunos riesgos importantes que hemos de valorar.

### **Madurez emocional**

La estrecha relación con situaciones críticas puede ser un factor descompensante de la estabilidad emocional. Así pues, vivir experiencias estresantes como el voluntariado con personas con enfermedad mental puede ser nocivo para el equilibrio emocional. Por lo tanto es necesario estar en un buen momento vital, sin rupturas, procesos de duelo, adicciones a sustancias tóxicas, ni diagnóstico psiquiátrico.

### **Discreto y que guarde la confidencialidad**

El estigma que rodea a las personas que padecen una enfermedad mental demanda que en el ámbito de salud mental el voluntario/a sea especialmente cuidadoso con la discreción y confidencialidad. Existe una gran diferencia entre haber estado ingresado en una UVI durante un mes, a haberlo estado en una unidad de psiquiatría.

### **Querer formarse**

Hay ámbitos de la salud de los cuales la población no habla porque es consciente de su absoluta ignorancia, pero de salud mental son muchos los que se atreven a hablar. ¿Quién no ha oído hablar de depresión, crisis de ansiedad, etc.? Los medios de comunicación colaboran a esta práctica social tan extendida justificando conductas antisociales con un diagnóstico psiquiátrico sin contrastar. La disponibilidad para formarse es básica en el ámbito de la salud mental para evitar el aumento de estereotipos negativos, para hablar con propiedad y conocimiento de causa y para evitar cometer errores por concepciones equivocadas.

### **Ser coherente con el compromiso adquirido**

La persona con enfermedad mental, desde su diagnóstico, si no antes, está muy habituada al abandono; el voluntario/a no puede ser uno más en este sentido.

### **Tener una actitud de servicio y amabilidad nunca paternalista**

La incapacitación que produce la enfermedad mental puede despertar actitudes compasivas paternalistas que la incrementen. La incapacidad para el autocuidado en algunos casos puede tentar a que el voluntario/a se convierta en los brazos, piernas, cerebro... de la persona enferma, reduciendo así su autonomía y convirtiéndola cada vez más en alguien dependiente.

### 3. Cultura de hospitalización psiquiátrica

#### **Pijama**

El pijama es un instrumento que ayuda al paciente psiquiátrico a tomar consciencia de enfermedad. Uno de los primeros e imprescindibles pasos para compensar una persona que sufre un trastorno mental es que ésta sea consciente que lo que le pasa es fruto de una enfermedad. El pijama recuerda al paciente que está en un hospital, y si lo está es porque ha enfermado y necesita recuperarse. Con el objetivo de normalizar y dignificar el mundo de la salud mental, las áreas de hospitalización psiquiátrica de algunas instituciones no tienen un aspecto hospitalario, sino más bien hotelero. Ahí el pijama tiene su función terapéutica.

#### **Economía de los usuarios/as**

Los usuarios/as de los servicios residenciales o de hospitalización psiquiátrica tienen sus ingresos económicos, mediante nóminas, o pensiones. La figura profesional del trabajador/a social es la que vela por estos aspectos de tipo burocrático que afectan a los usuarios/as. En el caso de pacientes en régimen de hospitalización psiquiátrica, estos tendrán disponibilidad de acceso a su economía según las indicaciones del equipo asistencial, mediante el trabajador o trabajadora social.

#### **Permisos de salida**

A medida que se da una mejoría en la salud mental del usuario, este puede gozar de permisos de salida del centro, ya sea de horas o días, con permiso del facultativo.

#### **Equipos asistenciales, equipos multidisciplinarios**

Los equipos asistenciales son equipos multidisciplinarios, es decir, están formados por diferentes perfiles profesiona-

les, con distintas funciones cada uno, pero que trabajan conjuntamente para conseguir unos objetivos comunes.

Generalmente los equipos están formados por: médico psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermería, auxiliares de enfermería, monitores. Existen algunos perfiles profesionales específicos según los programas: neuropsicólogo, psicopedagogo, pastoral, voluntariado, etc.

### **Especialidades**

En algunos centros de hospitalización psiquiátrica existe el servicio llamado de especialidades, donde se realizan algunos tratamientos de tipo somático evitando así el desplazamiento a otros centros hospitalarios. Es común contar con la especialidad de podología, odontología, ginecología...

### **Consumo de café, refrescos y tabaco**

La medicación psiquiátrica, así como algunos trastornos pueden producir ansiedad y somnolencia que algunos pacientes intentan paliar con el consumo de café, refrescos o tabaco. El equipo asistencial, como agente de salud, trabaja con el paciente hábitos de vida saludables, pero en último término es el paciente quien decide si quiere o no seguir las indicaciones del personal sanitario.

### **Fundaciones tutelares**

Con carácter substitutivo de la familia y bajo la supervisión judicial y de la Administración Pública, las fundaciones tutelares se encargan de facilitar el desarrollo personal, la integración social y la protección de los bienes de aquellas personas de las cuales se asume la tutela o la curatela<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Estatutos de la Fundació Germà Tomàs Canet, Orde Hospitalari Sant Joan de Déu.

## 4. Buenas prácticas del voluntariado en salud mental

### 1. ¿Puedo conocer el diagnóstico del paciente?

Los voluntarios acompañamos PERSONAS enfermas, en su globalidad; de la especificidad de la enfermedad se encargan los profesionales. Si es necesario que el voluntario conozca alguna información relevante, los profesionales de la unidad ya se la darán.

### 2. ¿Cómo debo tratarle?

Normal, como a cualquier PERSONA. Esa es la gran labor del voluntario con personas que sufren un trastorno mental: tratarle con la dignidad y normalidad que se merece, rompiendo así el estigma que sufren.

En este sentido, sería bueno que encontraras un momento para reflexionar cómo tu en tu día a día, en tu labor cotidiana puedes seguir contribuyendo a hacer desaparecer ese estigma que marca, excluye y anula a las personas que sufren este tipo de enfermedades.

### 3. ¿Y si se pone agresivo o hace «cosas raras»?

Los estudios demuestran que en los centros psiquiátricos no hay más índice de agresividad que en la población. Aún así, no sufras dado que no estás solo, tu labor la desarrolla en el marco de una institución que cuenta con profesionales.

### 4. ¿Les puedo besar o abrazar?

Te remitimos a la cuestión número 2. De todas formas, teniendo en cuenta que las personas que padecen una enfermedad mental a menudo se confunden en las relaciones, la siguiente pauta te puede ser útil: Besos y abrazos los hacemos servir generalmente al saludarnos, para darnos la bienvenida y para despedirnos. A lo largo de una conversación no es habitual en una relación no íntima, compartir besos y abrazos.

**5. ¿Es peligroso llevarles la contraria?**

No solo no es peligroso si no que es saludable si es que no tienen razón, ¡claro!

**6. ¿Qué decir cuando dicen cosas extrañas o irreales?**

Ante un delirio o alguna idea extraña aplica el principio de realidad: «yo no lo veo así. Esto que me dices puede ser fruto de la enfermedad, ¿por qué no se lo comentas a tu psicólogo o psiquiatra?». Y seguidamente intenta entretenerle con una nueva actividad o conversación, pero sobre todo no le sigas el delirio por miedo a su reacción pues lo único que harías es aumentarlo y agudizar la patología. Además, en la medida de lo posible, comenta la situación a algún profesional de la unidad o programa al que pertenezca el usuario.

**7. ¿Puedo darles mi número de teléfono, dirección...?**

Evita dar tus datos personales (teléfono, dirección, etc.) a los usuarios. A veces es difícil negarse a su demanda, pero si no lo hacemos estaremos creando unas expectativas en el usuario mucho más complicadas de reajustar. Respecto a tu vida personal, debes ser tu quien decida dónde pone el límite, que es lo que quieres compartir y qué prefieres reservar.

**8. Llevo tres semanas y parece que no avanzamos, ¿quieres decir que vale la pena mi trabajo?**

La enfermedad mental deteriora las habilidades sociales y la relación con el entorno. Además las personas que sufren un trastorno mental severo han sido muy estigmatizadas, excluidas, rechazadas por la sociedad, con lo cual generan una pantalla que les aísla para evitar más sufrimiento. Date un tiempo para ganarte su confianza. Comprender que existen personas solidarias, que se acercan a las personas más necesitadas sin pedir nada a cambio, a veces es difícil de comprender, no sólo por los

personas con enfermedad mental, si no por aquellas que se consideran «normales».

**9. ¿Cómo debo dirigirme a ellos?**

Las formas son importantes, como voluntario eres ejemplo de cómo se piden las cosas, de cómo se agradecen, etc.. Si es necesario, orienta al otro de cómo debe dirigirse a los demás de forma adecuada.

**10. ¿Hasta dónde debe llegar mi ayuda?**

Todo lo que pueda hacer el usuario por sí mismo debe hacerlo él. Así estamos aumentando y potenciando su autonomía, aspecto fundamental para su rehabilitación. A todos nos gusta sentirnos útiles, pero para eso no es necesario hacer a los otros inútiles, discapacitados ni dependientes.

**11. A veces me siento desbordado porque son muchos los pacientes que quieren que esté con él exclusivamente...**

Todos los voluntarios somos voluntarios de todos. Hay usuarios que quieren sentirse exclusivos y se auto adjudican un voluntario. Ayúdales a descubrir la generosidad del voluntariado que se reparte y se extiende a todos los usuarios sin distinción alguna. Sin embargo, hazle ver, que cuando estás con él, estás centrado en él y sólo en él, y en aquel momento él es el centro.

Repetimos: todos los voluntarios somos voluntarios de todos los usuarios, por lo tanto ten presente que ningún usuario es propiedad privada, por muy buena relación que tengáis, ese usuario no es «tuyo» (es «suyo», de sí mismo).

**12. Me planteo, ante personas gravemente afectadas, el sentido y la utilidad de mi trabajo**

Todas, absolutamente todas las personas que pasan por nuestro centro tienen grandes capacidades, tanto los profesionales como los hermanos, los compañeros voluntarios

y muy por encima de todos ellos los usuarios que tienen entre otras la capacidad de dejarse ayudar, de acogernos a nosotros y a nuestras «circunstancias». No lo olvides, todos y todas tenemos capacidades, intenta descubrirlas. Sé siempre positivo, encuentra lo positivo de cada vivencia, de cada relación. Cuando incorpores esta manera de vivir la irradiarás y eso se extenderá al equipo y a los usuarios, estarás contribuyendo enormemente a su salud mental. ¿No querías ayudar? Aquí está la clave.

### **13. ¿Puedo aceptar regalos de los familiares o pacientes?**

No aceptes compensaciones económicas por tu trabajo voluntario. Si alguien quiere ser agradecido con colaboraciones económicas dévalos a la Obra Social, desde allí se destinará la ayuda al proyecto más necesitado.

### **14. ¿Y hacerlos?**

No hagas regalos. Si te apetece ofrecer algo, que sea con un motivo especial (cumpleaños, santo). Lo más adecuado es comentarle la idea a algún profesional (auxiliar, monitor, etc.) o a la coordinadora de voluntariado. Entre todos miraremos de encontrar la mejor opción. Si los regalos son de tipo caramelos, tabaco, etc. ten en cuenta que quizás algunos usuarios sufren algunas patologías que les impiden tomar este tipo de sustancias (diabetes, etc.).

### **15. A menudo me piden tabaco, dinero...**

No accedas a las demandas de tabaco, dinero u otras cosas. Pueden haber recomendaciones terapéuticas que no conozcas. Cuando se dé la situación clarifícale al usuario que tu estás allí para hacerle compañía, charlar, jugar... pero no puedes hacerle este tipo de regalos.

### **16. ¿De qué podemos hablar?**

No preguntes por su enfermedad ni tampoco por su familia. Escucha al usuario, déjale comunicarse. No minimices

su sufrimiento con frases tipo: “eso no es nada”, “te vas a curar”, “pronto saldrás de ahí”. Ponte en su piel y recuerda lo mal que sienta cuando sientes dolor que te digan que no es para tanto. Eso no quiere decir que digas que sí a todo y que accedas a todo tipo de demandas y peticiones. Decir no también es una habilidad que mantiene en forma nuestra salud mental y la del otro puesto que sabe donde está el límite y así, conociendo las reglas del juego está más seguro.

Podéis hablar de lo que se ha hecho a largo de todo el día, de las noticias de actualidad, de las actividades festivas más cercanas, de hobbies... Pero principalmente podéis hablar de lo que quiera el paciente: ¿De qué quieres hablar? ¿Te gustaría que habláramos de...?

#### **17. ¿Y si no quiere hablar?**

Si el usuario no quiere comunicarse, tan solo estar en silencio, siéntate a su lado, hazle saber con un mero gesto que estás ahí y disfruta de su compañía en silencio. Te podrá parecer que pierdes el tiempo, pero ¿crees que para alguien que se siente solo, el hecho de sentirse acompañado aunque no tenga ánimo de hablar no es importante? Puedes concentrarte en tu respiración o en como estás viviendo esa situación a nivel de cuerpo, emociones que te genera, pensamientos... Entra en la magia del silencio.

#### **18. ¿Qué hacer ante una fuga?**

Ante una fuga, no sufras, comunícalo al guarda de seguridad y a la unidad o a la centralita y relájate, no es nada grave.

#### **19. Me gustaría tener un recuerdo de los pacientes, ¿nos podemos hacer fotos?**

Por respeto a los usuarios y al personal, no realices fotografías ni grabaciones ni tan siquiera con el teléfono móvil.

## GLOSARIO

- **Alucinación**

Percepción sensorial falsa que ocurre en ausencia de estimulación externa relevante del área sensorial afectada.

- **Debut**

Aparición por primera vez de los síntomas de la enfermedad.

- **Delirium**

Trastorno mental orgánico agudo y reversible caracterizado por confusión y alteración de la conciencia; generalmente se asocia con inestabilidad emocional, alucinaciones o ilusiones y conducta impropia, impulsiva, irracional o violenta.

- **Estigma**

La palabra «estigma» proviene del griego y significa «atravesar, hacer un agujero». Actualmente, el término estigmatización se ha empleado especialmente para indicar que ciertos diagnósticos (ej.: tuberculosis, cáncer, enfermedad mental...) despiertan prejuicios contra las personas así diagnosticadas.

El prejuicio es una actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento.

La discriminación es una consecuencia particularmente negativa de estigmas y prejuicios, por la cual individuos

o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios por su causa.

- **Manía**

(del griego “manía”, “locura”) Trastorno del humor caracterizado por júbilo, agitación, hiperactividad, hiperexcitabilidad, pensamiento acelerado y habla apresurada (fuga de ideas); caracteriza la fase maníaca del trastorno bipolar.

- **Depresión**

Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y reproches a uno mismo; acompañado por retardo motor o en ocasiones agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos tales como el insomnio y la anorexia. El término se refiere a un estado de humor o a un trastorno del humor.

- **Psicoterapia**

Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Por extensión, se aplica el término psicoterapia al contexto relacional en que se da ese proceso, y al conjunto de técnicas utilizadas por el psicoterapeuta.

- **Psiquiatría comunitaria**

Psiquiatría que se centra en la detección, prevención y tratamiento temprano de los trastornos mentales y desviaciones sociales que se desarrollan dentro de la comunidad más que las encontradas en las grandes instituciones hospitalarias; se hace énfasis sobre los factores

del medio ambiente que contribuyen con la enfermedad psiquiátrica.

- **Psiquiatría dinámica**

Sistema de psiquiatría interesado en los mecanismos mentales y los procesos emocionales que gobiernan y motivan la conducta humana, en contraposición a la psiquiatría descriptiva, la cual se interesa en los fenómenos observables de la conducta.

- **Terapia ocupacional**

Forma de terapia en la cual el paciente se compromete en actividades útiles y provechosas en un ambiente social terapéutico en interacciones con otros pacientes y personal del hospital.



## BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES

### **[www.sjd-ssm.com](http://www.sjd-ssm.com)**

Web de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, centro especializado en salud mental, gestionado por la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios.

### **[www.esquizofreniaabrelaspuestas.com](http://www.esquizofreniaabrelaspuestas.com)**

Web divulgativa sobre la esquizofrenia. De muy fácil lectura y comprensión.

### **[www.familiarsmalaltsmentals.org](http://www.familiarsmalaltsmentals.org)**

Web de la Federación Catalana de Familiares de personas con enfermedad mental.

### **[www.galeon.com/voluntarios-sjd](http://www.galeon.com/voluntarios-sjd)**

Web especializada del servicio de voluntariado del centro de salud mental de San Juan de Dios en Ciempozuelos (Madrid). Contiene sección donde se pueden descargar documentos.

VALLEJO, J (2006): *Psiquiatría para no expertos. Conozca los problemas más frecuentes*. Ars Médica, Barcelona, 181 págs.

Libro divulgativo sobre trastornos mentales con casos clínicos para ejemplificar la teoría.

## AGRADECIMIENTOS

El cuaderno que tenéis en las manos ha sido posible gracias a la reflexión y la práctica de un buen número de personas voluntarias y profesionales de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental; a todos ellos quisiera agradecerles su compromiso, dedicación y trabajo bien hecho.

Los primeros a quienes quiero hacer presentes son los voluntarios y voluntarias que a lo largo de estos años han pasado por Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Juntos hemos crecido, hemos acompañado y nos hemos, por qué no decirlo, equivocado. De toda esta experiencia vivida juntos se ha gestado este documento. En él compartimos nuestro día a día y el deseo de ayudar a los futuros compañeros de tarea. Gracias.

Quisiera nombrar a todos los profesionales que han colaborado de una manera u otra en esta publicación, comenzando por Inmaculada Roig, directora de Recursos Humanos de la institución, agradeciéndole cómo, desde la confianza y el celo por el trabajo bien hecho, me hace crecer como profesional y como persona. Su ejemplo es, para mí, modelo de gestión cálida y de calidad de los recursos humanos.

Querría reconocer a todos los supervisores de enfermería, en especial a J. L. Argudo, y a todo el equipo de referentes de voluntariado de cada una de las unidades y servicios del centro, su buen trabajo; han sido muchos los que desde el día a día, acompañando a los voluntarios, nos han enseñado todo este saber hacer.

Mostrar también mi agradecimiento a M<sup>a</sup> Carmen Márquez, la agente de pastoral del centro, por compartir su experiencia y su trabajo diario, y a M<sup>a</sup> Ángeles Martínez, la animadora sociocul-

tural del centro, por mostrarnos con su ejemplo qué es esto de acompañar a los enfermos mentales desde el voluntariado.

Quisiera citar también a Ana Dávila, entonces coordinadora de voluntariado de La Paz en Madrid, por sus aportaciones; sin saberlo fue la primera persona que leyó el cuaderno y aportó modificaciones.

Un reconocimiento y agradecimiento de corazón a todo el equipo de coordinadores de voluntariado de San Juan de Dios de la Provincia San Rafael por estar ahí compartiendo camino, y uno muy especial a Inmaculada Merino, responsable provincial; desde el principio creyó en mí. Gracias de corazón, con cabeza, desde la profundidad de mi alma por permitir hacer realidad este sueño.

Y quería dejar para el final el agradecimiento más sincero y hondo para todas las personas a las que hemos acompañado, atendido, cuidado y querido; ellas son las que dan sentido a nuestra labor y las que día a día nos permiten crecer y construir un mundo más humano.

A todos vosotros... GRACIAS

Elisabet Carrasco Falcó

**La salud mental** es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, y el condicionamiento ambiental influye mucho para la mejora de la calidad de los afectados por este tipo de enfermedades. La acción voluntaria en el campo de la salud mental es saludable para todos los agentes, siempre que se tengan en cuenta mínimos criterios de intervención. Este cuaderno formativo pretende ser una puerta de entrada a la acción voluntaria en este ámbito con criterios de calidad y calidez.

