



Voluntariado en **Salud Mental**



Con la subvención:



Cuadernos formativos

Comisión de trabajo del Cuaderno de Voluntariado en Salud Mental:

Elisabet Carrasco Falcó
Gracia M^a Polo Gaitán
Irene Alba Quintero
Laura Fernández Ortiz
Luis Turrión Borrallo
Manolo Guerrero Espejo
Mercè Quílez Blasco
Roberto García Sáenz del Burgo

Edita:

© Fundación Juan Ciudad. Diciembre 2015.
Herreros de Tejada, 3. 28016 Madrid
Dep. Legal: SE-0068-2016
ISBN 84-88756-28-3



Con la subvención:



ÍNDICE

| | |
|---|--------|
| 1. Prólogo | PÁG 6 |
| 2. Presentación | PÁG 8 |
| 3. Salud mental | PÁG 10 |
| 3.1. Trastorno Mental | PÁG 15 |
| 3.1.1. Trastornos cognitivos | PÁG 17 |
| 3.1.1.1. Delirium | PÁG 17 |
| 3.1.1.2. Demencia | PÁG 18 |
| • Enfermedad de Alzheimer | |
| • Demencia Vascular | |
| • Demencia Mixta | |
| • Demencia Frontotemporal | |
| • Enfermedad por cuerpos de Lewy | |
| • Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson | |
| • Trastornos psicológicos y de la conducta asociados a la demencia | |
| 3.1.2. Esquizofrenia y otras psicosis | PÁG 27 |
| 3.1.3. Trastornos depresivos | PÁG 29 |
| 3.1.4. Trastornos Bipolares | PÁG 32 |
| 3.1.5. Trastornos de ansiedad | PÁG 34 |
| 3.1.6. Trastornos del control de los impulsos | PÁG 36 |
| 3.1.7. Trastornos de personalidad | PÁG 38 |
| 3.1.8. Trastornos adaptativos y del estrés | PÁG 40 |
| 3.1.9. Trastornos de la conducta alimentaria | PÁG 42 |
| 3.1.10. Patología Dual y adicciones | PÁG 45 |
| 3.2 Red de servicios de salud mental | PÁG 51 |
| 3.3. Aproximación a la hospitalización en salud mental | PÁG 57 |
| 4. Voluntariado en Salud Mental | PÁG 59 |
| 4.1. ¿Por qué voluntariado en el ámbito de la salud mental? | PÁG 59 |
| 4.2. Buenas prácticas del voluntariado en salud mental | PÁG 63 |
| 4.3. Buenas prácticas del voluntariado en salud mental en una fundación tutelar ... | PÁG 71 |
| 4.4. Buenas prácticas del voluntariado con las familias | PÁG 76 |
| 5. Glosario | PÁG 78 |
| 6. Para saber más | PÁG 81 |



1. PRÓLOGO

El voluntariado hoy en España está ya tan consolidado que desde 1996 la palabra “Voluntario” se transforma en ley que recoge el Boletín Oficial del Estado. Y desde el 15 de octubre de 2015, se actualiza de nuevo con la *Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado*.

Pero el voluntariado es el fruto de una sociedad que ha “respirado” al compás de la solidaridad del ser humano, siempre en tensión entre hospitalidad y hostilidad. Nuestros mejores deseos nos impulsan a construir una ciudad hospitalaria y a la vez nuestra fragilidad cuestiona nuestros impulsos que nos pueden llevar a “fabricar” una ciudad hostil.

El Voluntariado San Juan de Dios tiene sus orígenes en 1539, en Granada, cuando aparece un hombre llamado Juan Ciudad que abandona su “hostilidad” y se transforma en Juan de Dios, para construir una sociedad hospitalaria. Desde entonces hasta este momento los voluntarios no han dejado de llevar por todo el mundo la antorcha de la hospitalidad.

Este Voluntariado San Juan de Dios permanece vivo por el empeño en formarse. El voluntario para desarrollar bien su tarea tiene necesidad de seguir un itinerario formativo que tiene su inicio pero que nunca termina. Con este propósito renace esta colección de Cuadernos Formativos.



Los Cuadernos Formativos son una herramienta en las manos del voluntario, que es necesario tenerla cercana y manejarla frecuentemente. Incluso hacerla personal, para ir “añadiendo” la propia experiencia y poder plantear preguntas que puedo ir escribiendo en los márgenes en blanco.

Vamos a ir publicando a partir de 2015 una Colección de Cuadernos Formativos de voluntariado, atendiendo a los ámbitos de intervención de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: hospitalario, salud mental, discapacidad, personas mayores y social. Y a partir de aquí irán apareciendo una serie de subambitos para mantener siempre activo nuestro aprendizaje: cuidados paliativos, atención a la infancia, la intervención con colectivos en riesgo de exclusión social, el voluntariado no asistencial, e internacional.

Este cuaderno está dedicado a la persona voluntaria que pasa la mayor parte del tiempo con personas con algún trastorno mental, de ahí que lo hemos titulado “Voluntariado en Salud Mental”. Léelo despacio y ante cualquier duda consulta con el Coordinador de Voluntariado de tu centro. Y disfruta con el aprendizaje que te ofrecemos.

Hno. Julián Sánchez Bravo

Director de la Fundación Juan Ciudad



2. PRESENTACIÓN

El Voluntariado San Juan de Dios tiene su origen en el propio surgimiento de la Orden Hospitalaria, y desde siempre ha estado en todos los centros de la institución. Esto quiere decir que este movimiento solidario y altruista tiene su propia historia, su estilo particular y su manera de actuar, siempre teniendo como referente la práctica hospitalaria ejercida por nuestro fundador.

El Voluntariado de San Juan de Dios junto con los profesionales y Hermanos presentes en los centros, formamos parte de un proyecto asistencial en el que **“NUESTRA RAZÓN DE SER ES LA PERSONA ATENDIDA”**.

El mundo de la salud mental aún hoy está cargado de prejuicios estigmatizantes que hacen aún más difícil la vida de las personas que sufren un trastorno mental, obstaculizando su integración en la sociedad. Es ahí donde el voluntariado aparece como un puente facilitador, que con su ejemplo destruye prejuicios contribuyendo a generar una sociedad más madura, acogedora y responsable. Y haciendo más llevable la vida a las personas afectadas.



Te damos la bienvenida

Este cuaderno pretende dar a conocer la realidad de la salud mental así como orientaciones básicas que has de tener en cuenta en el desempeño de todas aquellas tareas, que como persona voluntaria te sean encomendadas en este ámbito.

Ten presente que la clave del éxito recae en el vínculo, en la capacidad de compartir un tiempo y espacio afectivo, de acompañamiento que va más allá de la tarea, donde el centro es la persona atendida y su contexto.

No olvides que no andas solo en este camino, que es todo un equipo del cual tu formas parte, el que está concentrado en conseguir el objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por un trastorno mental.



3. SALUD MENTAL

Cuando hablamos de salud mental nos referimos a nuestro estado de bienestar biológico, psíquico, social y espiritual.

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 decir que las personas somos muy vulnerables, ya que estamos expuestos a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de nuestras vidas.

A lo largo 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 ser querido, pueden predisponer a la depresión y otros trastornos.

Las personas pueden estar expuestas a otros factores de riesgo, como 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.

El consumo y abuso de sustancias adictivas tiene la capacidad de contribuir de forma significativa a un envejecimiento acelerado y puede ser en un porcentaje elevado desencadenante de graves trastornos mentales.



Las diferentes problemáticas que presentan las personas con alguna enfermedad mental y la heterogeneidad de criterios usados para su definición, hacen que dentro del colectivo de la salud mental nos encontremos ante diferentes perfiles con características y necesidades muy diversas.

Por ello, es fundamental delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad, ya que debido a la gravedad de sus trastornos y al déficit de funcionamiento social que los acompaña, debe constituir un grupo de interés prioritario, tanto de servicios sanitarios como de dispositivos sociales de apoyo.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como ciudadanos que son, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.



Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

- Atención y tratamiento de la salud mental
- Atención en crisis
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo
- Alojamiento y atención residencial comunitaria
- Apoyo económico
- Protección y defensa de sus derechos
- Apoyo a las familias

Por todo ello, se hace imprescindible procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con enfermedad mental. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos. Llevando a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.



En ocasiones se confunde “trastorno mental” con “discapacidad intelectual”. En algunos casos se da, lo que se llama técnicamente, comorbilidad, es decir, que se sufren ambos; pero eso no supone que el uno conlleve el otro.

Para profundizar en la realidad de la discapacidad intelectual o diversidad funcional, como también se le denomina, te remitimos al cuaderno específico para el voluntariado en este ámbito editado en esta misma colección.

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 de la persona afectada. Así pues estableciendo relaciones con estas personas contribuimos a crear espacios donde todo el mundo tenga cabida independientemente de su situación personal.

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 cual tiene 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.



El ámbito de la salud mental es un campo prioritario para la acción voluntaria, en el que se concibe dicha acción como:

- Terapéutica
- Generadora de calidad de vida
- Agente de prevención

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.



3.1. TRASTORNO MENTAL

El trastorno mental se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo. Se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje interdisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto.

La OMS clasifica a los citados trastornos mentales en nueve categorías. Veamos cuales son:

- 1 Sintomáticos y orgánicos**, como por ejemplo el delirium.
- 2 Esquizotípicos**. Entre ellos se encuentran la psicosis o la esquizofrenia.
- 3 Neuróticos**. Dentro de esta categoría se hallan multitud de trastornos tales como la amnesia, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la neurastenia o la agorafobia.



4 **Del comportamiento y de la personalidad.** En este caso, se hace referencia a la inestabilidad emocional, el trastorno paranoide o esquizoide, el trastorno ansioso de la personalidad...

5 **Del comportamiento en la infancia y adolescencia.** Este sería el caso de los trastornos de conducta, los tics, la tartamudez, la enuresis o el mutismo selectivo.

6 **Trastornos por consumo de psicotrópicos:** síndrome de abstinencia, intoxicación de agua, síndrome de dependencia...

7 **Del humor o afectivos.** Entre los mismos se puede hablar de la distimia, el trastorno bipolar o el episodio depresivo, entre otros muchos más.

8 **Trastornos mentales producidos por disfunciones de tipo fisiológico.** En este caso, se hace referencia a los de tipo alimentario como la anorexia o la bulimia, a los de origen biológico como la eyaculación precoz o a los motivados por el sueño como el terror nocturno, el insomnio o el sonambulismo.

9 **Retraso mental:** afasia, autismo, disfasia...

Seguidamente exponemos los trastornos mentales más comunes:



3.1.1. TRASTORNOS COGNITIVOS

3.1.1.1. Delirium

Es un estado de confusión marcado (desorientación, pensamiento extraño, “visiones”, etc.) y normalmente de aparición repentina y reversible que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Hay demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

■ 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 tiroides o con déficits vitamínicos. Hay pues que tratar esas causas.



3.1.1.2 Demencia

No es una enfermedad en sí. Se asocia la demencia al proceso de envejecimiento pero se dan excepciones en este aspecto. Comprende dos tipos de síntomas:

- **Síntomas Cognitivos:** alteraciones en las funciones superiores cognitivas (memoria, lenguaje, percepción, atención, razonamiento abstracto, etc.)
- **Síntomas conductuales/emocionales:** Trastornos del comportamiento (deambulación, agitación, etc.), cambios de personalidad (dependencia, desinhibición, apatía), depresión, delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos.

■ ¿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. Cada 7 segundos, hay 1 caso de Alzheimer en el mundo. La Demencia Vasculare es la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.



■ Tratamiento

El tratamiento en las demencias más frecuentes (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 fármacos, ejercicios de estimulación y terapias sociales. Se puede necesitar un soporte de hospital de día especializado. El ingreso hospitalario 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 pueden curar, pero existe un tratamiento que puede mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

El diagnóstico debe hacerse lo más pronto posible, ante las primeras señales de pérdida 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 vivienda 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.

Enfermedad de Alzheimer

Dada la epidemiología de la enfermedad de Alzheimer vamos a dedicarle especial atención.

■ Características:

- Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva.
- Presenta diferentes fases o estadios.
- Supone un déficit en memoria y otras capacidades cognitivas / intelectuales.
- Conlleva una alteración de la personalidad y del comportamiento.
- Provoca una pérdida permanente de autonomía personal.



■ Estadios – Progresión:

- **FASE PREVIA:** La persona se encuentra “torpe” pero realiza las tareas que habitualmente hacía. Tiene miedo o preocupación aunque no sabe porqué, o bien si reconoce el motivo pone en marcha mecanismos de defensa para ocultar ante los demás sus errores. Disminuye la autoestima. Inseguridad.

1^a FASE – INICIAL / LEVE: La persona olvida algunas cosas: dónde ha dejado el paraguas, fechas relevantes, pierde objetos. La persona es consciente de estos olvidos. Angustia y tristeza. Empieza a perder vocabulario y le cuesta construir rápidamente frases, evita conversaciones extensas. Tendencia a repetir.

- Siente dificultad al realizar actividades que antes realizaba de manera mecánica, como cocinar, conducir, hacer cálculos, etc.
- Puede perder la referencia espacio – temporal en lugares no familiares.
- Puede tener dificultades de concentración (seguir una película).
- Se alteran aspectos de personalidad: irritabilidad, cambios de humor, desconfianza (acusa que le roban cosas), pérdida de iniciativa, etc.



2^a

FASE – INTERMEDIA – MODERADA: La persona olvida los hechos recientes (no sabe si ha comido, si ha salido, etc.). No comprende hechos nuevos y sitúa de forma muy vaga y errónea los hechos del pasado.

- Agnosia (pérdida de capacidad de reconocer personas, cosas, sueños, etc.) aumenta hasta el punto que por ejemplo puede negar un parentesco.
- Disminución del vocabulario.
- No se le puede perder de vista cuando se le está acompañando porque puede salir de casa sin planificarlo, o perderse por la calle. Precisa de atención continua. Percibe erróneamente el espacio: no distingue la altura de un pedáneo, la profundidad de un agujero, etc. Miedo e indefensión.
- Abandono de las actividades: no sabe poner la mesa, abrocharse los botones, etc.
- Reacciones desmesuradas del carácter como ira, enojo o en cambio ser más sumiso y dependiente.
- Comportamientos extraños, problemas de conducta: alucinaciones, movimientos repetitivos, deambulación, suspicacia, etc.



3^a

FASE – AVANZADA / SEVERA: Pérdida total de la orientación y de la memoria.

- Agnosia extrema: no conoce nada ni a nadie. Pero se da cuenta de la persona que lo cuida y le aprecia.
- Afasia: no habla ni entiende nada, aunque aprecia y valora el sentido del tacto.
- Apraxia: no realiza casi ninguna actividad. Tiene dificultades en tragar los alimentos. No controla los esfínteres. Dificultad para andar, permanece sentado, estirado o encamado. Rigidez espástica.
- Dependencia total
- Apatía intensa. Pasividad. Labilidad emocional.
- No es la propia enfermedad la que pone fin a la vida del paciente. En general el final es provocado por cualquier complicación infecciosa, cardíaca o bien por la suma de problemas.



Demencia Vascolar

Causada por una alteración en la circulación sanguínea del cerebro.

Demencia Mixta

Es la suma de la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad Vascolar Cerebral.

Demencia Frontotemporal

Demencia primaria con deterioro cognitivo de carácter progresivo. Suele aparecer entre los 45-60 años. Presenil. Los primeros síntomas y más característicos durante toda la enfermedad suelen ser alteraciones conductuales y cambios de personalidad. Se acompaña de conducta social desordenada.

Ejemplos: frialdad, pérdida de la vergüenza, egocentrismo, pérdida del cuidado personal, pérdida precoz de conciencia de enfermedad, pérdida del seguimiento de normas sociales, hiperfagia (comer compulsivamente sin normas), conductas repetitivas (rituales, anda por rutas fijas, repetición de movimientos sin finalidad).

También están presentes de forma temprana alteraciones del habla y lenguaje como lentitud y repeticiones.



Demencia Cuerpos de Lewy

Deterioro cognitivo de carácter progresivo que cursa con rapidez. Presenta déficits de atención, de memoria con fluctuaciones cognitivas, es decir “conecta y desconecta”.

Alucinaciones visuales y olfativas frecuentes y repetitivas, estructuradas y detalladas. A menudo se acompañan de ideas delirantes (de tipos persecutorio).

Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson (EP)

La EP no es un trastorno mental pero puede generar una demencia como las descritas anteriormente.

Trastornos psicológicos y de la conducta asociados a la demencia

Corresponden a manifestaciones no cognitivas que acompañan a la demencia. También se denominan síntomas neuropsiquiátricos: depresión, ansiedad, irritabilidad, delirios, alucinaciones, euforia, desinhibición, etc.

No son conductas intencionadas. **Son parte de la enfermedad y están presentes en un 90% de las personas con demencia**



Lo habitual es que se presenten simultáneamente múltiples síntomas. Pueden agruparse en cuadros sintomáticos.

En general aparecen en estadios medios o avanzados.

Tienen un gran impacto en la persona y en sus cuidadores determinando la calidad de vida de ambos.

■ ¿Por qué se comporta así?

- Por un malestar físico causado por la enfermedad, la medicación, una enfermedad aguda o crónica (ej. estreñimiento), o por la condición sensorial (visión, audición, etc)
- Por un entorno no adaptado
- Por su incapacidad para reconocer el entorno familiar
- Porque no puede llevar a cabo tareas complicadas ocasionándole frustración
- Por la dificultad de expresarse con palabras

Hay que tener presente que las personas con demencia mantienen la capacidad sensorial mucho más elevada que el nivel cognitivo. De manera que la comunicación verbal tendrá que dar paso a la comunicación no verbal, a la de las emociones, a la del sentir, etc.



■ Es importante

5 principios:

- 1 Dignificar y respetar
- 2 Evitar confrontaciones
- 3 Promover autonomía
- 4 Minimizar el estrés
- 5 Adaptarse

3.1.2. ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

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

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.

■ **¿Es muy frecuente?**

Un 1% de la población 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 psicoeducativo son muy importantes, tanto para la persona afectada 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 conciencia de enfermedad hace que las personas diagnosticadas de esquizofrenia 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 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 conciencia de enfermedad dificulta el éxito del tratamiento.

3.1.3. TRASTORNOS DEPRESIVOS

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

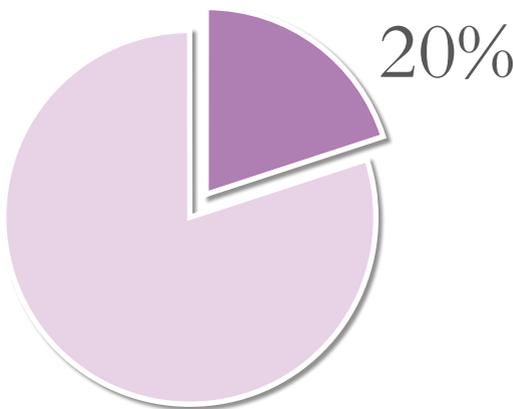


Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

■ ¿Es muy frecuente?

Afecta a un número creciente de población mundial.

- 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. Es importante llevar una buena administración de la medicación, incluso después de la mejora clínica, y siempre bajo la supervisión de un profesional.

La psicoterapia ayuda a entender la manera de afrontar la realidad, las propias emociones, y a desarrollar pensamientos positivos.

■ Es importante

- El soporte de la familia y las personas del entorno.
- El ejercicio físico y tomar el sol pueden ayudar.
- Saber que las depresiones no tratadas pueden empeorar mucho.
- Si se está pasando por una situación crítica, algunos síntomas físicos pueden indicar una depresión.
- Los niños y adolescentes manifiestan el malestar depresivo de manera muy diferente al de las personas adultas; a veces, con trastornos de conducta, con quejas físicas o con la negativa reiterada a ir al colegio, etc.



- Las personas mayores son más vulnerables a los cambios de vida (hospitalización, pérdidas afectivas, etc.) Cuando están deprimidas, pueden tener síntomas de confusión, desorientación o más dificultades en las funciones prácticas.

3.1.4. TRASTORNOS BIPOLARES

La OMS considera este trastorno como un tipo de depresión con episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Hay diversos tipos de trastornos bipolares:

- **Tipo I**, el episodio maníaco es intenso y puede acompañarse de uno o más episodios de depresión.
- **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.

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. A menudo es necesario complementar el tratamiento con otros medicamentos.

La ayuda psicoterapéutica y psicosocial puede ser muy útil para comprender la enfermedad y reenfocar la propia vida.

Las fases agudas pueden requerir hospitalización inmediata.

Con un buen tratamiento, más del 80% de los casos pueden llevar una vida normal.

■ Es importante

Prestar una especial atención a la fase de euforia. La persona tiene una impresión subjetiva de encontrarse extraordinariamente bien, razón por la cual a menudo no pide ayuda.



Las personas del entorno deben motivar para que no se abandone el tratamiento e intervenir inmediatamente si se produce la crisis. Es necesario identificar los primeros síntomas de cambio y acudir al médico.

De igual modo en la fase depresiva se hace imprescindible estar especialmente sensible a cualquier cambio que nos induzca pensar en una posible tentativa autolítica.

3.1.5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción común en el ser humano, que se expresa con síntomas psíquicos (nerviosismo, inquietud, angustia, etc.) 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.

De acuerdo a la OMS estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las fobias.

La causa de los trastornos de ansiedad no está aun clara y seguramente responde a la combinación de diferentes factores.

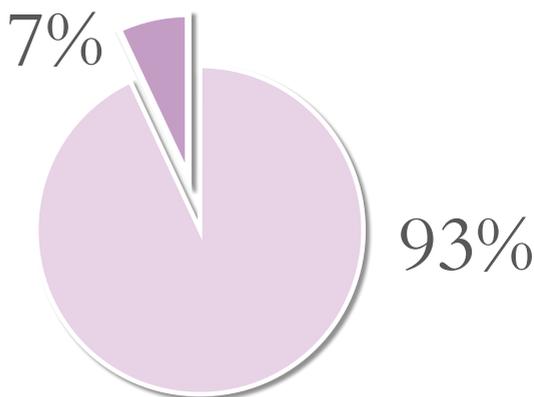


■ ¿Es muy frecuente?

Un 7% de la población general puede sufrir este trastorno.

Un 25% de las personas que van al médico de cabecera, sufre sintomatología de ansiedad asociado generalmente a otros diagnósticos médicos. Eso hace que no siempre se detecte y por tanto, se trate adecuadamente.

Trastornos de ansiedad



■ 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 junto con técnicas de relajación.



■ Es importante

Revisar las fuentes de estrés y tratar de afrontarlas, porque la mayor parte de los problemas de ansiedad son pasajeros y de intensidad leve-moderada.

Consultar cuando los síntomas de ansiedad interfieren en las actividades habituales o se alargan en el tiempo.

Conviene consultar, sin demora, ya que pueden empeorar y limitar mucho la actividad cotidiana, en caso de una sintomatología intensa o específica, como pueden ser las crisis de angustia, la agorafobia o el TOC.

3.1.6. 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 son perjudiciales para sí mismas y/o para los demás. Algunos de estos problemas son el juego patológico, la cleptomanía (robar objetos, normalmente sin valor, de manera compulsiva) tricotilomanía (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.



■ **¿Es muy frecuente?**

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.

Los grupos de personas afectadas pueden ser un soporte importante en el tratamiento.

■ **Es importante**

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, ante la negación del problema. Cuanto más tiempo se oculte, más dificultades habrá para superarlo.

Hay que evitar los **estímulos relacionados con el impulso**



3.1.7. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

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.

Clasificación más común:

- **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.

■ ¿Es muy frecuente?

Los últimos estudios muestran que entre un 3% y 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 de la persona diagnosticada. Se necesitan entornos terapéuticos como hospitales de día muy específicos.

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.

La forma de ser patológica puede expresarse también en la relación con las personas de su entorno. 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.

3.1.8. 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.

El trastorno adaptativo se expresa a menudo por síntomas de disconfort, pérdida del apetito o sueño, tristeza, ansiedad excesiva, etc.

Suelen ser compatibles con el funcionamiento social normal pero, a veces, pueden ser intensos y repercutir en las actividades habituales.



Por otro lado, nos podemos encontrar con situaciones que producen estrés. Es un acontecimiento traumático que pone en peligro la vida o la seguridad, ya sea colectivamente (catástrofes naturales, accidentes, violencia, etc.) o individualmente (maltrato, etc.), pueden desencadenar trastornos por estrés agudo y trastornos por estrés postraumático, según los casos.

■ **¿Son muy frecuentes?**

No existen datos consensuados, dada la casuística variable. Este tipo de trastornos es más común en personas que sufren violencia de género, acoso escolar o laboral, etc.

■ **Tratamiento**

Muchas formas de psicoterapias de grupo o grupos de autoayuda son efectivas, y a veces son combinadas con algún medicamento que ayude a disminuir los síntomas.

■ **Es importante**

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 interfieren significativamente en las actividades habituales o cuando se alargan en el tiempo sin mejorar.

3.1.9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias patologías crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

■ ¿Son muy frecuentes?

En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes. Los estudios sobre la frecuencia de estos trastornos muestran un aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes.

Se ha encontrado que entre **el 1% y el 2%** de las mujeres padecen de Anorexia Nerviosa (AN), y entre el 1% y el 3% padecen Bulimia Nerviosa (BN)



Clasificación:

Bulimia

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Anorexia Nerviosa

Se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

Vigorexia

Preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres. Implica una adicción a la actividad física especialmente a la musculación.



Megarexia

Es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa. Suelen ser personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta. Ellos se perciben sanos.

Cuando la desnutrición que padecen (son obesos desnutridos por falta de nutrientes esenciales en su alimentación), llega a afectar a su cerebro, momento en el que, como sucede con la anorexia, su trastorno alimentario se convierte en una grave enfermedad.

■ Tratamiento

Para el tratamiento de estas enfermedades es indispensable contar con la colaboración de la familia. Deben llevarlo a cabo equipos interdisciplinarios de profesionales especializados.

■ Es importante

- Ayudar a la persona afectada a encontrar sus propios valores, ideales y objetivos sin dejarse influir por el entorno.
- Fomentar la autonomía y autoestima.
- No negar la situación cuando aparecen síntomas relacionados con psicopatologías alimentarias.



- Evitar concentrarse en su aspecto. Comentarios como “¡ya estás muy delgado!” o “¡come que estás muy flaco!” solo logran que la persona se obsesione más con su aspecto corporal.
- No obligarle a que coma, ni criticarle sus actitudes, pues eso probablemente incrementará la depresión de la persona y hará que se obceque en sus comportamientos. Es preciso tener paciencia.

Fomentar la autonomía y autoestima

3.1.10. PATOLOGÍA DUAL Y ADICCIONES

Cuando hablamos de patología dual nos referimos a la coexistencia de dos psicopatologías, por un lado la drogodependencia y por otro la psicopatología psiquiátrica.

Los factores sociales ponen en contacto a la población con las sustancias adictivas, pero son factores individuales, genéticos, biológicos, de personalidad y otros trastornos mentales, los determinantes para la aparición de las conductas adictivas.



La adicción es el hábito que domina la voluntad de una persona. Se trata de la dependencia a una sustancia (drogodependencia) o a una conducta (ludopatía).

Existen diversos síntomas que vienen a dejar patente que una persona en cuestión está bajo los influjos de una adicción. En concreto, entre los más significativos se encuentran los siguientes:

- Alteraciones bruscas en el estado de ánimo.
- Pérdida del interés en aficiones o actividades que antes eran muy importantes.
- Cambios en el peso.
- Irritabilidad.
- Ira y nerviosismo de la persona adicta cuando alguien le plantea que lo es.
- Debilidad y dificultad para conciliar el sueño.
- Cuadros de ansiedad, estrés o depresión.

Es fundamental que tenga claro que deberá dejar de acudir a los lugares donde pueda volver a estar en contacto con lo que le ha producido esa adicción.



Es imprescindible también que sea consciente de que por tener esa adicción no es una persona mala sino simplemente una persona con un problema adictivo.

Todo ello sin olvidar, por supuesto, que la persona con adicción debe tener claro que el proceso de recuperación es muy largo, que toda su vida va a tener que tener el problema bajo control y que debe contar con la ayuda experta y profesional para conseguir su objetivo. Asimismo, es fundamental que esté motivada para lograr su reinserción.

Entre sus características podemos destacar su frecuencia de ingresos hospitalarios.

La patología dual tiene su causalidad por 2 vías:

- Personas con trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, para aliviar o mejorar y regular sus síntomas.
- Personas sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan una psicopatología.

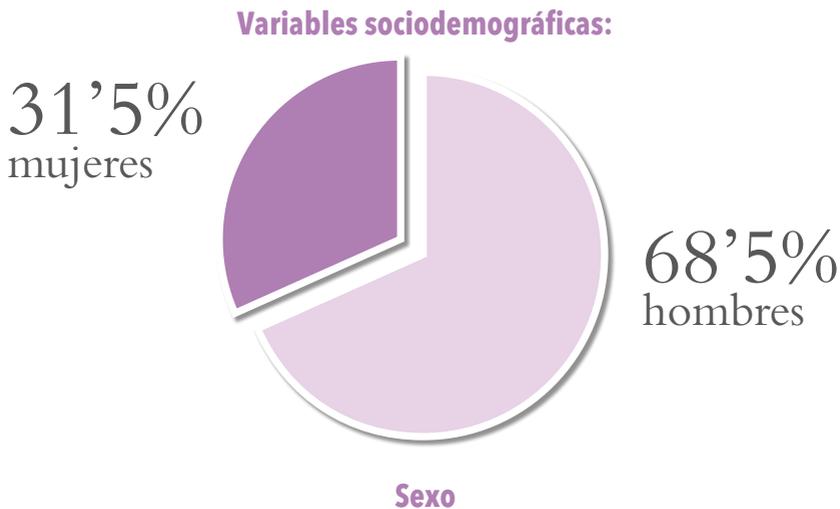


■ ¿Son muy frecuentes?

El consumo de drogas en las últimas décadas ha dejado tras de sí verdaderos estragos en materia de salud mental. A día de hoy, seis de cada diez personas drogodependientes atendidos en la red de toxicomanías españolas padecen además, un trastorno mental.

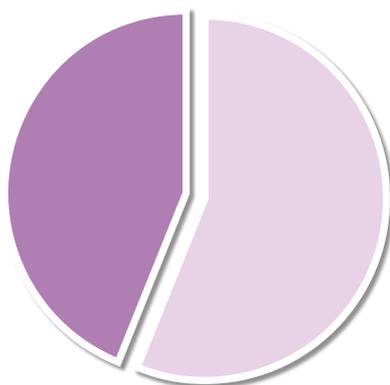
Además, se ha descrito que el género es un factor que influye en la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, su expresión sintomática, curso, pronóstico, demanda y respuesta al tratamiento.

Existe mayor prevalencia en hombres de trastornos psicóticos y bipolares, y en mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. Por otra parte, el poli-consumo es más frecuente en los varones.



Variables sociodemográficas:

35
años
mujeres



45
años
hombres

Edad media

■ Tratamiento

En la actualidad, la mayor parte de los autores y profesionales defienden que el tratamiento de la patología dual debe ser integral.

Puesto que las dos áreas, psiquiátrica y adictiva, presentan formas de tratamiento similares, es posible efectuar un abordaje integral para el tratamiento de los trastornos duales.

El planteamiento básico de un tratamiento integral es el de aunar en un programa especial los elementos tanto de tratamiento psiquiátrico como del abuso de sustancias. Pero, además, que dicho programa tenga una garantía de continuidad tanto en la comunidad (a nivel de centros de atención ambulatorio así como de las estructuras intermedias), como en el hospital.



El modelo de tratamiento integral no es a corto plazo; es decir, hasta que se resuelva la situación aguda de consumo o estabilización de la clínica psiquiátrica. Debe ser un modelo a medio-largo plazo insertado en un proceso de rehabilitación psicosocial.

El proceso global de un modelo de tratamiento integral (adicción/psiquiátrico) podría describirse en cuatro fases:

- Estabilización aguda
- Implicación / Enganche
- Estabilización prolongada (aproximadamente un año)
- Rehabilitación

Controles toxicológicos

Se realizan de manera habitual controles toxicológicos con fines terapéuticos.

■ Es importante

Que estén alejados de lugares y estímulos relacionados con el consumo de drogas. En la mente de la persona con problemas de adicción, se despiertan de forma automática deseos de consumo y actitudes que en última instancia les acercan al consumo (como, por ejemplo, cuestionar el tratamiento, etc.). También hay que trabajar con ellos la voluntad, la motivación y la autoestima, muy deterioradas por el consumo de drogas.



3.2. RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Desde hace unos años, sufrir un trastorno 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 las personas afectadas y sus familias, sino también mantener el vínculo social, evitando así la exclusión.

Así pues la tendencia en psiquiatría no es institucionalizar, hospitalizar, sino, en la medida de lo posible atender a la persona 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.



SERVICIOS COMUNITARIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

Centros de Salud Mental (CSM)

Equipos interdisciplinarios que pretenden diagnosticar, prevenir y tratar ambulatoriamente a las personas con enfermedad mental. Cuando desde atención primaria se detecta un problema de salud mental se deriva el caso a un CSM.

Hospital de Día (HD)

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

Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC) /Centros de día (CD)/ Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

Centros de rehabilitación en la comunidad dirigidos a personas con un trastorno mental grave y que necesitan un soporte para mejorar y mantener las habilidades.

Programa de pisos supervisados / pisos tutelados

La diferencia entre piso supervisado y piso tutelado radica básicamente en el nivel de supervisión que se realiza en cada uno de ellos siendo los segundos los que requieren mayor presencia profesional.



Residencias

Centros que constituyen un recurso de carácter prolongado e intermedio destinado a personas que no pueden ser atendidas en su domicilio habitual ni con otros recursos.

Servicio de Inserción Laboral

Servicio dirigido a personas con trastorno mental que las prepara 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 las personas afectadas y a sus familias.

Centro Ocupacional

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



Centro Especial de Empleo (CEE)/Trabajo (CET)

Son instituciones de integración laboral y se consideran elementos básicos integradores de las personas con diversidad funcional y/o trastorno mental en el denominado mundo ordinario del trabajo.

Programa Plan de Seguimiento Individualizado (PSI)

Consta de un equipo interdisciplinar que trabaja con el objetivo de coordinar los servicios sanitarios y sociales para dar una respuesta adecuada a las necesidades concretas de las personas con trastorno mental severo en riesgo de desvinculación.

La tipología de las personas atendidas es de personas con trastorno mental severo con mala adherencia al tratamiento ambulatorio.

El programa está estructurado para dar soporte a las personas que la gravedad o la duración provocan dificultades en el día a día, en la vinculación a tratamientos, en el mantenimiento de una relación productiva con la familia y su entorno, en crear un proyecto de vida. El PSI basado en la técnica de gestión de casos, acompaña a la persona en la elaboración de un recorrido asistencial hasta que genere la suficiente autonomía para poder continuar por sí sola, evitando así el riesgo de nuevos ingresos.

Comunidades terapéuticas

Residencias de régimen cerrado con el objetivo de ayudar a las personas con adicciones y/o trastorno mental a superar su problema, ofreciendo un espacio libre de drogas y trabajando para su rehabilitación y reinserción.



HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Urgencias

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

Unidad de Agudos

Unidad asistencial en la que se presta atención y cuidados integrales en régimen de internamiento a personas en situación de crisis en las cuales pueda haber riesgo patológico grave.

Unidad de Subagudos

Hospitalización para personas con necesidades de atención clínica y de rehabilitación, en un contexto de actividades programadas intensivas para conseguir su reinserción en la comunidad en condiciones de estabilidad.

Media y Larga Estancia Psiquiátrica

Sus programas asistenciales van dirigidos a personas adultas que, por sus características psicopatológicas y de deterioro socio-familiar, no pueden vivir en la comunidad cuando las alternativas de atención ambulatoria y hospitalización breve no son suficientes.



Unidad de Hospitalización Especializada (UHE-DI)

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

Unidad de Larga estancia Psicogeriátrica

Atiende a personas mayores que sufren un trastorno mental.

Unidad de Desintoxicación Alcohólica (UDA)

Recurso hospitalario para personas que no pueden conseguir el objetivo de desintoxicación alcohólica de manera ambulatoria.

Unidad de Patología Dual (UPD)

Atención específica de hospitalización para la atención a personas con este tipo de problemática que por sus características clínicas o trastornos graves de comportamiento no pueden ser atendidos en las redes de salud mental o de drogodependencias.



3.3. APROXIMACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Pijama

El pijama es un instrumento que ayuda a la persona ingresada a tomar conciencia de enfermedad.

Economía

Todas las personas ingresadas en régimen de hospitalización o residentes en alguna unidad/programa residencial tienen cubiertas sus necesidades básicas. Tienen asignadas una cantidad económica ajustada a sus posibilidades y necesidades extraordinarias para sus gastos diarios administrado por el equipo asistencial.

Permisos de salida

A medida que se da una mejoría en la salud mental, la persona ingresada puede gozar de permisos de salida del centro, ya sea de horas o días, con permiso del equipo interdisciplinar.



Equipos asistenciales, equipos interdisciplinarios

Los equipos asistenciales son equipos interdisciplinarios, terapéuticos es decir, están formados por diferentes perfiles profesionales, con distintas funciones cada uno, pero que trabajan conjuntamente para conseguir unos objetivos comunes. El voluntariado forma parte de estos equipos.

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, peluquería, etc.

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.



4. VOLUNTARIADO EN SALUD MENTAL

4.1. ¿POR QUÉ VOLUNTARIADO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL?

4.1.1. Destruccion del estigma

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

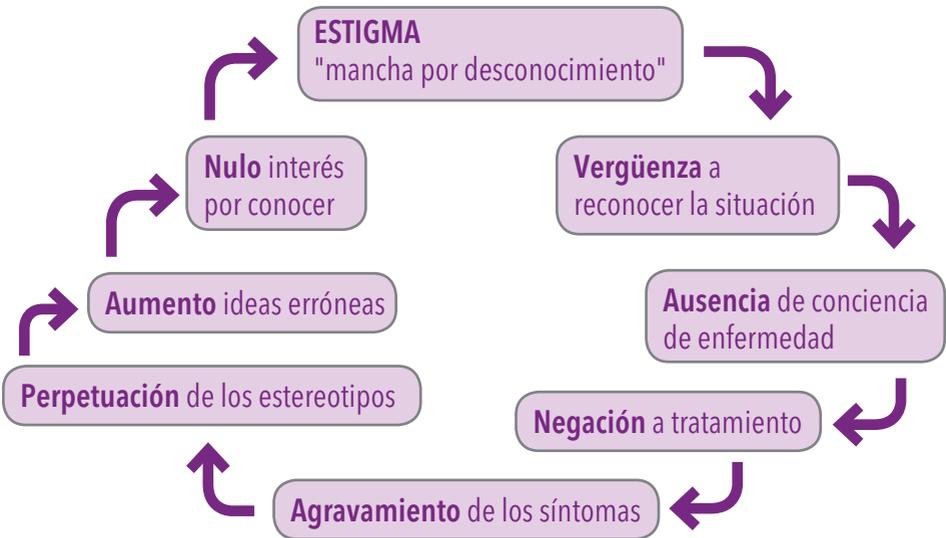
El desconocimiento lleva a la discriminación, incluso a la criminalización del colectivo. Así pues la estigmatización agrava el sufrimiento de la persona enferma. Si la eliminamos, hacemos desaparecer parte del sufrimiento creando así una mejor predisposición al reconocimiento de la situación y al tratamiento.

Una de las condiciones indispensables para iniciar un tratamiento psiquiátrico es que la persona afectada reconozca que sufre una enfermedad. Este primer paso es difícil pero trascendental para el tratamiento y calidad de vida. El hecho de relacionarse con naturalidad con una persona que sufre un trastorno mental, le ayuda a perder el miedo a reconocer su situación y le predispone a dejarse ayudar.



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

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



4.1.2. Agente transformador

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 voluntariado 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, un amigo 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.

4.1.3. Agente integrador

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 puesto que algunos de los síntomas de diversas enfermedades mentales afectan a la relación con el “mundo exterior”. Pero además la incomprensión de familiares y amigos, agrava la soledad de la persona enferma. El entorno social, 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 el voluntariado 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.

4.1.4. Ejemplo social

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 y de interpretar la realidad.

4.1.5. Agente humanizador

El voluntariado humaniza no sólo la asistencia sino a toda la institución. La presencia del voluntariado en los diferentes recursos es la muestra de una comunidad que se hace cargo, que cuida de los suyos, en especial de los más vulnerables. Los centros que cuentan con voluntariado son centros abiertos a los cambios, que no tienen miedo a ser interpelados y que apuestan por un trabajo transparente.



4.2. BUENAS PRÁCTICAS DEL VOLUNTARIADO EN SALUD MENTAL

4.2.1. ¿Necesito conocer el diagnóstico?

El voluntariado acompaña a PERSONAS en su globalidad; de la especificidad de la enfermedad se encargan los profesionales. Si es necesario que se conozca alguna información relevante, los profesionales de la unidad ya se la darán.

4.2.2. ¿Cómo debo tratarle?

Con naturalidad, como a cualquier otra PERSONA. Esa es la gran labor del voluntariado con personas que sufren un trastorno mental: tratarle con la dignidad y naturalidad que se merece, rompiendo así el estigma que sufren por culpa de la sociedad, los medios de comunicación, etc.

Y a propósito de esta pregunta, sería bueno que encontraras un momento para reflexionar cómo tú 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.



4.2.3. ¿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. En la sociedad actual existe el pernicioso prejuicio de que padecer una enfermedad mental es sinónimo de violencia. La violencia no la genera la enfermedad mental, sólo la expresa.

Aún así, no sufras dado que no estás solo, tu labor la desarrollas en el marco de una institución que cuenta con profesionales. Aprovecha esta situación como oportunidad para caer en la cuenta de las ideas preconcebidas que traes.

4.2.4. ¿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 se dan 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.



4.2.5. ¿Es peligroso llevarles la contraria?

No sólo no es peligroso si no que es saludable si es que no tienen razón.

4.2.6. ¿Qué decir cuando dicen cosas extrañas o irreales?

Ante un delirio o alguna idea extraña cambia de tema y dile: ¿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, comenta la situación a algún profesional de la unidad o programa.

4.2.7. ¿Puedo darles mi número de teléfono o dirección?

Evita dar tus datos personales (teléfono, dirección, etc.). A veces, es difícil negarse a su demanda, pero si no lo hacemos estaremos creando unas falsas expectativas. Respecto a tu vida personal, debes ser tú quién ponga el límite, qué es lo que quieres compartir y qué prefieres reservar.

Si te resulta difícil decir no o negarte a la petición que te realiza, aprovecha la oportunidad para plantearte las causas de esa dificultad.



4.2.8. Llevo tres semanas y parece que no avanzamos, ¿quiere esto decir que no 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.

4.2.9. ¿Cómo debo dirigirme?

Las formas son importantes, recuerda que eres ejemplo social. Si es necesario, orienta al otro de cómo debe dirigirse a los demás de forma adecuada.

4.2.10. ¿Hasta dónde debe llegar mi ayuda?

Es importante estimular a la persona que realice sus actividades por sí mismas. Así estamos aumentando y potenciando su autonomía, aspecto fundamental para su rehabilitación.



4.2.11. A veces me siento desbordado/a porque la persona atendida quiere que esté con ella exclusivamente

Hay personas que quieren sentirse exclusivas y se “auto-adjudican” una persona voluntaria. Ayúdalas 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 ella, estás centrado en ella.

4.2.12. 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, colaboradores, voluntariado y muy por encima de todos ellos las personas atendidas que tienen entre otras la capacidad de dejarse ayudar, de acogernos y a nuestras “circunstancias”. No lo olvides, todos y todas tenemos capacidades, juega a descubrirlas.

Sé siempre positivo, encuéntrale lo positivo a cada vivencia, a 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.



4.2.13. ¿Puedo aceptar regalos?

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

4.2.14. ¿Y hacerlos?

No hagas regalos. Si te apetece ofrecer algo, que sea con un motivo especial (cumpleaños, santos) Lo más adecuado es comentarle la idea a algún profesional (auxiliar, monitor, etc.) o a la coordinación de voluntariado. Entre todos buscaremos 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.)

4.2.15. A menudo me piden tabaco, dinero u otras cosas

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



4.2.16. ¿De qué podemos hablar?

No preguntes por su enfermedad ni tampoco por su familia. Escúchale, 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 dónde 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, etc. Pero principalmente podéis hablar de lo que quiera: ¿De qué quieres hablar?

4.2.17. ¿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 cómo estás viviendo esa situación a nivel de cuerpo, emociones que te genera, pensamiento, etc. Entra en la magia del silencio.



4.2.18. ¿Qué hacer ante una fuga?

Ante una fuga, no sufras, comunícalo a la unidad o a la centralita.

4.2.19. Me gustaría tener un recuerdo, ¿nos podemos hacer fotos?

Por respeto no realices fotografías ni grabaciones ni tan siquiera con el teléfono móvil. Ni aunque te lo pidan.

4.2.20. Hay normas que no comprendo

Date un tiempo para pensar por qué te pasa esto. ¿Qué me pasa a mí que me cuesta respetar esa norma? ¿Quizás no la entiendo? ¿No la comparto? Y si no la comparto ¿Por qué tengo que cumplirla? Aprovecha estas situaciones para conocerte mejor y compártelas con las demás personas voluntarias de la fundación y con coordinación de voluntariado; solo así creceremos juntos.

4.2.21. Tengo que dejar el voluntariado, pero no sé si decírselo. No quiero hacerle daño

Si tienes que dejar tu labor coméntalo con el profesional referente, él será quien hará el abordaje de la situación. Después habrá que ir a despedirse por respeto y por el vínculo creado. Es posible que te cueste, observa tu vulnerabilidad en este sentido y conecta con la suya, unidos en un mismo punto.



4.3. BUENAS PRÁCTICAS DEL VOLUNTARIADO EN SALUD MENTAL EN UNA FUNDACIÓN TUTELAR

4.3.1. ¿Para qué el voluntariado en el ámbito de una fundación tutelar?

El objetivo del voluntariado en una fundación tutelar de personas con trastorno mental es paliar la soledad de la persona. Esperar a un amigo, dicen a menudo tanto las personas tuteladas como las personas voluntarias. Ese es el sentido y la función. “Suplir” en algunos aspectos a la familia o a los amigos.

4.3.2. Entre tus funciones como persona voluntaria está:

- Acompañar emocional y socialmente a personas tuteladas ya sea en el domicilio, hospitales, residencias, etc.
- Apoyo en salidas grupales
- Participar en fiestas, salidas, vacaciones, etc. ahí lo importante es ser una persona más.

4.3.3. A tener en cuenta:

- No está en tus funciones la gestión de documentación de la persona tutelada, ni realizar ningún tipo de gestión económica



4.3.4. Al inicio es habitual que surja la duda:¿Cómo los trato?

Con la formación inicial aprenderás cual debe ser el trato, pero ya lo avanzamos: con naturalidad. Te remitimos de hecho al resto de buenas prácticas de este cuadernillo.

4.3.5. Cuando me encuentro con la/s persona/s tutelada/s en su domicilio

Puede darse el caso que tu labor se dé en el domicilio de la persona tutelada y que en éste convivan varias personas de la fundación tutelar.

Las primeras semanas estarás acompañado del profesional referente de la persona tutelada. Es su responsabilidad acompañarte en el vínculo y en el proceso de aprender a situarte. Este profesional te hará seguimiento para que puedas realizar tu tarea con calidad y también para estar pendiente de la persona tutelada. Ante cualquier duda dirígete a este profesional con confianza, pues los dos estáis trabajando con un objetivo común, el bienestar de la persona tutelada. Apóyate en él y permite también que el profesional pueda apoyarse en ti. Es un trabajo que, emocionalmente, lleva una implicación y por muy profesional que se sea se necesita igualmente soporte y drenaje emocional. Recuerda en este sentido una de las funciones del voluntariado San Juan de Dios: estar al lado de la persona que sufre, sabiendo que todos tenemos días y que no solo la persona tutelada cumple esta condición.



Es posible que en el domicilio conjuntamente con la persona de referencia las primeras semanas realicéis alguna actividad –taller de la vida diaria con el objetivo de ayudarles en el aprendizaje de estas habilidades que permiten una mayor autonomía, como recoger la ropa tendida, administrar la comida, etc. Observa y permite la máxima autonomía e intervén dando recursos sencillos para la optimización de lo que ya sabe hacer. Semana tras semana observa los avances en ese sentido y explícalos ayudando así a tomar conciencia de los propios procesos y aumentar la autoestima.

Puede darse la situación que se te pida que no entres al domicilio de la persona tutelada; en ese caso llama al timbre y espera a que la persona acuda a tu encuentro. Esta es una forma de potenciar que salga de casa, que pasee por el barrio, disfrute de los beneficios del sol y del aire libre. Tu presencia es un estímulo. A menudo el paseo termina con un café, momento que se vive con especial agrado. Tu consumición será abonada por la fundación. La de la persona tutelada debe abonarla ella. Es tentador invitarle pero eso solo entorpecería el trabajo de autonomía y responsabilidad con lo propio, en este caso con la administración del dinero.



4.3.6. ¿La labor del voluntariado en una fundación tutelar es siempre en el domicilio de la persona tutelada?

También puede darse el caso en que el voluntariado se realice en el hogar de la persona tutelada pero que ese hogar sea una residencia, con lo cual la persona tutelada convive con otras muchas en un marco institucionalizado con una normativa interna propia que habrá que conocer y respetar.

Generalmente la fundación a través de su personal se pondrá en contacto con los responsables de la residencia para presentar la intervención del voluntariado de la fundación.

4.3.7. A veces la persona tutelada está hospitalizada

En este caso, la labor como voluntario en vez de realizarse en el domicilio se realizará en el lugar de hospitalización adecuándose siempre a la normativa del lugar. Estos son momentos intensos emocionalmente donde la persona tutelada, si tenemos hecho el vínculo, agradecerá nuestra visita. Aun así es importante tomar conciencia del momento que está viviendo. Por tanto, extrema la atención. El riesgo de intervenir de una manera no apropiada es proporcional a la fragilidad de la situación.



4.3.8. ¿Qué hacer si no le veo bien?

A medida que nos vamos conociendo, podremos ir detectando cómo se encuentra la persona. Si alguna vez no le ves bien llama al profesional referente y si no le localizas, llama directamente a la fundación o a coordinación de voluntariado.

Utiliza el sentido común pero nunca te pongas en riesgo. Sal del domicilio buscando una excusa creíble (ir a cambiar el ticket del parking, etc) y sin notificar que vas a llamar. El profesional referente te dará las indicaciones a seguir.

4.3.9. Nunca pasa nada pero ¿y si se cae?

Pues como haríamos con cualquier amigo/a; llamar a la ambulancia y a la persona referente de la fundación.

4.3.10. Ahora soy yo quien está enfermo, pero no sé cómo abordar la situación

Coméntalo con coordinación de voluntariado y con la persona referente. Si te es posible sé tú quien se lo comunique a la persona tutelada; es una forma de decirle: yo también soy vulnerable y así que él pueda descubrir su capacidad de mostrar afecto.



4.4. BUENAS PRÁCTICAS DEL VOLUNTARIADO CON LAS FAMILIAS

La persona voluntaria, para no ser una carga, ha de saber establecer una adecuada relación de comunicación cuidando el lenguaje verbal y no verbal. El voluntariado ha de ser facilitador en la creación de una red de relaciones sociales y afectivas. Es preciso mantener cierta distancia afectiva para evitar la implicación emocional con la familia que haría difícil llevar a cabo la labor que tiene encomendada la persona voluntaria.

Respeto, comprensión, discreción, cercanía, hospitalidad, etc. han de ser las principales actitudes que estén presentes en la relación del voluntariado con las familias para poder:

- Escuchar los estados de tristeza, los motivos que generan ansiedad y angustia, las quejas que pueda tener de la situación que está viviendo.
- Acompañar.
- Ayudar a descubrir aspectos positivos de la vida, animar al familiar a que participe en actividades gratificantes.
- Serenar y tranquilizar al familiar.



- Acoger los estados de ánimo sin juzgar los sentimientos expresados.
- Dar apoyo emocional.
- En definitiva, el voluntariado ha de ser un soporte, un hombre en el que la familia pueda apoyarse, sabiendo que su actividad es complementaria a la labor desarrollada por los profesionales. Sin olvidar que el destinatario de nuestra acción de voluntariado es la persona asistida.



5. GLOSARIO

- **Atención integral:** Las dimensiones de la persona son: biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral”. (Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria 5.1. pg. 81).
- **Autolítico:** Pensamiento o intento de autoagredirse o suicidarse.
- **Alucinación:** Percepción sensorial falsa que ocurre en ausencia de estimulación externa relevante del área sensorial afectada.
- **Cognitivo:** Se refiere a lo que pertenece o está relacionado con el conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia.
- **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”. Para señalar, para marcar. 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.

- **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.

- **Patología dual:** Es la denominación aplicada en el campo de la salud mental para aquellas personas que sufren simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental.

- **Prejuicio:** Actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del prejuicio, 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.



- **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.



6. PARA SABER MÁS

- www.galeon.com/voluntarios-sjd
- www.psiquiatria.com
- www.feafes.org
- tiralosmuros.blogspot.com
- www.obertament.org (castellano y catalán)
- www.fedeafes.org
- www.enprimerapersona.org

También puedes encontrar otros recursos en el apartado de Voluntariado de la web de la Fundación Juan Ciudad:

- www.sanjuandedios-fjc.org



Bibliografía

- FUERTE, J.C ; CABRERA, J : Locura o normalidad ¿Una frontera fácil de traspasar? Manual de psiquiatría para no iniciados, edita FEAFES
- GARCÍA, A .VVAA:Manual práctico de psiquiatría actual. Los trastornos psíquicos y su tratamiento, Biblioteca Básica Nobel, 2000
- GARCÍA, J: ¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva Bioética, ed. Afal, Madrid, 2001
- SILVA, V: Ayúdanos a ayudarles. Manual del voluntariado. Alzheimer y otras demencias, ed. Afal, Madrid, 2004
- REBOLLEDO, S.Y LOBATO, M^a J: Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas, Aula Médica, Madrid, 2005
- CABRERA, J ; FUERTES, J.C ; RODRÍGUEZ, A.,: La esquizofrenia. De la incertidumbre a la esperanza. “La esquizofrenia en la familia”. FEAFES, 2000
- WEDDING D.; BOYD, MA ; NIEMIER, R.M.: El cine y las enfermedades mentales. J&C. Ediciones médicas, 2006





Voluntariado en **Salud Mental**

Cuadernos formativos



www.sanjuandedios-fjc.org



Con la subvención:

