



FEAFES
GALICIA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIÓN
DE FAMILIARES E PERSOAS CON
ENFERMIDADE MENTAL DE GALICIA

MANUAL DE FORMACIÓN PARA COID NO CONTORNO FAMILIAR DE PERSOAS CON ENFERMIDADE ME



MANUAL DE FORMACIÓN PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON ENFERMIDADE MENTAL

Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con
Enfermidade Mental de Galicia

Xunta de Galicia
Consellería de Traballo e Benestar
Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal
2011

MANUAL DE FORMACIÓN
PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON
ENFERMIDADE MENTAL



Edita:

Xunta de Galicia

Consellería de Traballo e Benestar

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

Primeira edición 2011**Coordinación da edición:**

Unidade de Coordinación da Dependencia

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

Autoría:

Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia

Cesión de imaxes:

Asociación Avelaíña

Deseño gráfico / Maquetación:

Pilar Ónega Rodríguez

Imprime:

Prelo, S.L.

Depósito legal: LU 232-2010



Índice

13	❖ Presentación
13	❖ 1. Definición e aspectos médicos da enfermidade mental
13	1.1. Introducción
15	1.2. Definición da enfermidade mental
16	1.3. Causas da enfermidade mental
17	1.4. Tipos da enfermidade mental
18	1.5. Problemas asociados á enfermidade mental
18	1.6. Necesidades do colectivo
29	❖ 2. Coidados das persoas con enfermidade mental en situación de dependencia
29	2.1. Introducción
30	2.2. A atención psiquiátrica e psicolóxica

31	2.3. A adherencia ao tratamento
34	2.4. A prevención de recaídas
36	2.5. A identificación de pródromos
37	2.6. O coidado da saúde
49	❖ 3. As relacións entre a persoa con enfermidade mental en situación de dependencia e a persoa coidadora
49	3.1. Introducción
51	3.2. Estimulación das funcións mentais
53	3.3. A comunicación coa persoa con enfermidade mental
55	3.4. Resolución de conflitos e manexo de crises
77	❖ 4. Recursos e lexislación
77	4.1. Introducción
80	4.2. Os servizos sanitarios
91	4.3. Os recursos sociosanitarios
98	4.4. Cuestións clave da lexislación sobre saúde mental

Presentación

Poñemos nas súas mans un novo manual específico dirixido a coidadores e coidadoras non profesionais de persoas con enfermidade mental.

Desde a Consellería de Traballo e Benestar, a través da Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía Persoal, co desexo de impulsar un foro de intercambio continuo de información, formación, prestacións e servizos, continuamos a traballar en diferentes liñas de apoio ao coidador. Por iso, a través do programa Xuntos nos coidados, queremos poñer á disposición de coidadores, familiares e persoas con enfermidade mental as habilidades e os coñecementos necesarios para mellorar a calidade de vida no seu contorno máis próximo.

A atención e a prevención das situacións de dependencia, o fomento da vida autónoma e a igualdade de oportunidades das persoas con enfermidade mental, levounos a deseñar un módulo especializado que permita asomarnos á súa realidade cotiá e á dos seus coidadores.

Contando coa ampla experiencia e compromiso de traballo dos profesionais expertos na información, orientación e atención da realidade diaria destas persoas, elaborouse este manual, en colaboración coa Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia (Feafes). Con base nas vivencias da súa práctica profesional

diaria, escriben con coñecemento de causa sobre a enfermidade mental.

Nestas páxinas esperamos dar resposta a aspectos que van desde o propio concepto de enfermidade mental ata os coidados necesarios ou o desenvolvemento de habilidades para poder manexar situacións difíciles.

Por todo isto, tan só me queda felicitar e agradecerlles a todas as persoas que colaboraron con este manual o esforzo realizado para levar a bo porto este proxecto, de modo especial á Federación de Asociacións de Familiares e Persoas con Enfermidade Mental de Galicia, e desexar que os coidadores de persoas con enfermidade mental atopen neste manual o recoñecemento da Consellería de Traballo e Benestar ao traballo silencioso que afrontan a diario.



Beatriz Mato Otero
Conselleira de Traballo e Benestar



“Os que soñan de día son conscientes de moitas cousas que lles escapan aos que soñan só de noite”.

Edgar Allan Poe



1. Definición e aspectos médicos da enfermidade mental

1.1. Introducción



Os estudos realizados acerca da incidencia da enfermidade mental no conxunto da poboación estiman que unha de cada catro persoas padece algún tipo de trastorno mental.

A enfermidade mental é un termo moi amplo que agrupa varios tipos de trastornos; neste manual trataremos das enfermidades mentais graves e crónicas como a esquizofrenia, o trastorno bipolar, a depresión e os trastornos da personalidade, entre outros.

Non debe confundirse coa discapacidade intelectual, que representa unha limitación na intelixencia da persoa. As persoas con enfermidade mental non perden intelixencia, senón que as súas capacidades para desenvolve-la adecuadamente están afectadas.

Tampouco é sinónimo de lesións cerebrais; os seus síntomas danse sen que exista unha lesión que os produza, aínda que ás veces as lesións do cerebro poden provocar trastornos mentais.

1.2. Definición da enfermidade mental

A enfermidade mental caracterízase polas dificultades que ten a persoa para levar unha vida independente. A manifestación da enfermidade é diferente en cada persoa, pero caracterízase pola existencia dunha serie de anomalías:

- Na forma de recibir ou de transmitir os sentimentos; por exemplo, non chora ante unha situación dramática.
- Na comunicación cos demais; por exemplo, empregan palabras novas, farfallan, falan sós, non responden cando se lles fala, alteran a orde das palabras nas frases...
- Na conduta; por exemplo, falan sós, deambulan...
- Nas ideas e no xeito de pensar: amosan ideas erróneas sobre a realidade, como por exemplo que existe unha trama de espionaxe que controla os seus movementos.



Autor: Asociación Avelaíña.

Enfermidade mental crónica

En xeral, fálase de enfermidade mental crónica cando:

- A persoa ten un diagnóstico psiquiátrico grave, como por exemplo esquizofrenia, trastorno bipolar ou trastorno da personalidade.
- Que o problema sexa de longa duración; é dicir, que a persoa presente un trastorno desde hai moito tempo ou que se prevexa que se vai manter no futuro.
- A persoa ten dificultades para funcionar de maneira axeitada na comunidade, na casa, cos seus amigos, no traballo... e iso fai que se ille, que perda o traballo, que teña problemas de relación coa parella, coa familia etc.



1.3. Causas da enfermidade mental

Os estudos científicos aínda non identificaron claramente as causas dos trastornos mentais graves. As investigacións indican que estes trastornos non teñen unha única causa evidente, senón que os motivos que desencadean a enfermidade varían dunha persoa a outra.

A aparición da enfermidade pode responder a unha interacción de factores. Estes factores que inciden na aparición do trastorno poden ser de tipo xenético, hereditario, psicosocial, ambiental e outros factores, que predispoñen a que unha persoa poida padecer un trastorno mental. Iso significa que non existe un só factor que provoque a enfermidade mental, senón que sería o resultado dunha interacción entre varios factores.

Outro dato importante acerca das causas da enfermidade mental é que nin a familia nin a persoa en situación de dependencia son culpables da aparición do trastornos. O que si adoita suceder é que o equilibrio emocional da familia e das persoas coidadoras pode verse alterado pola aparición da enfermidade e a carga que esta supón para os coidadores.

As enfermidades mentais son verdadeiras enfermidades, independentes da vontade da persoa que as padece.

1.4. Tipos de enfermidade mental

Existen diferentes tipos de enfermidades mentais. A continuación, falaremos das máis frecuentes.

1.4.1. Trastornos psicóticos

ESQUIZOFRENIA

É unha enfermidade frecuente que afecta o 1% da poboación e que se distribúe de igual forma entre os diferentes países e culturas, entre homes e mulleres, e nos diferentes niveis socioeconómicos e culturais.

A característica principal da esquizofrenia é que a persoa que a padece experimenta unha grave distorsión nos seus pensamentos e emocións.

Síntomas da esquizofrenia:

Poden dividirse en dous grupos: os síntomas positivos e os síntomas negativos.

■ Síntomas POSITIVOS:

Son síntomas que supoñen un exceso ou distorsión das funcións normais.

- ❖ Alucinacións: ver, oír, sentir cousas que non existen.
- ❖ Delirios: sentirse influído, ameazado ou controlado; sentirse perseguido ou vixiado; crer que se posúen poderes especiais; crese un "elixido" ou que se é outra persoa etc.

Estes síntomas son os máis destacados e permiten apreciar claramente o afastamento da realidade que sofre a persoa. Poden ser motivo de ingreso hospitalario e só poden ser atallados con tratamento farmacolóxico. Cando a persoa ten este tipo de síntomas, víveos como verdadeiros e pódennlle causar un intenso medo e pánico.

■ Síntomas NEGATIVOS:

Son síntomas que restan capacidades ou habilidades de funcionamento da persoa e que supoñen unha perda, abandono ou deterioración de comportamentos anteriormente adquiridos.



Realización de tarefas domésticas nunha vivenda tutelada. Autor: Asociación Avelaíña.

Obrigan a persoas a levar unha vida máis restrinxida. Pasan máis desapercibidos que os síntomas positivos, aínda que son de peor tratamento e manexo.

Exemplos:

- Dificultades de atención, de concentración e de memoria; por exemplo, non son quen de ler unha noticia enteira no xornal porque se distraen.
- Pobreza ou desorganización da linguaxe: responder con monosílabos (si, non), usar linguaxe incoherente...
- Apatía ou desgana pola práctica das tarefas habituais.
- Perda de habilidades sociais, illamento social: deixan de saír cos amigos, afástanse da vida social.
- Perda dos costumes de hixiene, pode ocorrer tamén polo estado de ánimo deprimido.



Obradoiro de cociña para a integración sociofamiliar. Autor: Asociación Avelaíña.

Tipos de esquizofrenia:

Os síntomas da esquizofrenia non teñen por que darse todos de maneira conxunta, nin presentan a mesma intensidade en todas as persoas.

En función dos síntomas que predominen, unha esquizofrenia vai clasificarse nun tipo ou noutro.

PARANOIDE

Predominan os síntomas alucinatorios delirantes. É frecuente a sensación de ser perseguido, vítima dalgún complot, criticado polos demais etc.

DESORGANIZADA

Predominan as alteracións do estado de ánimo, a desorganización da linguaxe e do comportamento.

CATATÓNICA

Predominan síntomas da expresividade non verbal e da conduta motora (inmobilidade persistente ou axitación).

INDIFERENCIADA

Existen síntomas de varios tipos, aínda que ningún deles é predominante.

RESIDUAL

Cando a persoa leva moito tempo convivindo coa enfermidade, os síntomas persisten, aínda que máis atenuados.

OUTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Á parte da esquizofrenia, existen outros tipos de trastornos psicóticos, como o trastorno esquizofreniforme (igual á esquizofrenia na práctica, pero diferente en canto á duración dos síntomas e ao seu tratamento), o trastorno esquizoafectivo (mestura fases de sintomatoloxía esquizofrénica e fases de sintomatoloxía depresiva), o trastorno delirante, o trastorno psicótico breve, o trastorno psicótico inducido por substancias etc.



Un aspecto importante que convén que teñan en conta as persoas coidadoras e familiares de persoas con trastornos psicóticos é o seu curso e a súa evolución. Polo xeral, a esquizofrenia, antes da fase aguda, ten unha fase de aviso; é dicir, antes de que observemos toda esa sintomatoloxía positiva que tanto chama a atención, debemos ter observados cambios na conduta da persoa, cambios nas súas rutinas, nos seus gustos... Igualmente ocorre cando a persoa, despois de estar xa a tratamento, sofre síntomas (chamados prodrómicos) que avisan de que se vai sufrir outra crise.

Síntomas prodrómicos

- Tensión, nerviosismo, inquietude
- Perda de apetito/desorganización nas comidas
- Dificultade para concentrarse
- Dificultade para durmir
- Gozar menos das cousas
- Non lembrar con precisión
- Depresión, tristeza
- Preocupación
- Ser reiterativos cun ou dous temas
- Amosar ☐ ou relixioso
- Ver menos os amigos
- Pensar que se rin del/a
- Pensar que falan mal del/a
- Sentirse moi axitado/a ou emocionado/a
- Sentirse inútil, que non vale para nada

Se aprendemos a detectar eses síntomas prodrómicos, poderemos evitar a aparición de novas crises.

1.4.2.Trastornos do estado de ánimo

Existen varios tipos de trastornos do estado de ánimo. Falaremos aquí dos máis importantes, que son os trastornos depresivos e o trastorno bipolar.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Os trastornos depresivos son un grupo de trastornos mentais habitualmente caracterizados por un conxunto de síntomas que afectan a afectividade (tristeza), a cognición (desesperanza), a psicomotricidade (inhibición) e a conduta (hipoactividade). A síndrome depresiva varía moito dunha persoa a outra en función das causas (factores biolóxicos ou factores psicolóxicos), da evolución e da intensidade.

Un trastorno depresivo caracterízase por síntomas como a apatía ou desgana, a tristeza, a autoestima baixa, dificultades para facer as tarefas habituais, a ansiedade, o insomnio ou exceso de sono, a perda ou exceso de apetito, o enlentecemento etc. Pode ocorrer que, en lugar de tristeza, se observe irritabilidade e ira.

En función dos síntomas presentes, da duración, da intensidade e do curso dos síntomas, o trastorno depresivo será dun tipo ou doutro (maior episodio único, maior recidivante, distímico etc).

TRASTORNO BIPOLAR

O trastorno bipolar ou maníaco-depresivo caracterízase por combinar períodos de moita exaltación (maníacos) con outros de total abatemento (depresivos). Trátase dunha alteración dos mecanismos biolóxicos que regulan o estado de ánimo, de forma que se acentúan os cambios habituais que experimenta calquera persoa.

Síntomas do trastorno bipolar - fase maníaca:

- Aumento da sociabilidade
- Ideas delirantes
- Euforia (estado de ánimo moi elevado)
- Irritabilidade
- Autoestima esaxerada ou grandiosidade
- Diminución da necesidade de durmir
- Aumento da actividade



Acción de formación dirixida a familiares.
Autor: Asociación Avelaíña.

Síntomas do trastorno bipolar - fase depresiva:

- Estado do ánimo depresivo
- Diminución do interese ou da capacidade para gozar
- Perda ou aumento importante do apetito
- Insomnio ou aumento do sono
- Fatiga ou perda de enerxía
- Sentimentos de inutilidade, de culpabilidade
- Pensamentos suicidas

A duración de cada fase é variable en cada persoa.

Quen sofre un trastorno bipolar non pasa toda a súa vida dunha fase a outra, senón que existen períodos nos que o estado de ánimo se vai normalizando e os síntomas da enfermidade desaparecen practicamente por completo.



Obradoiros prelaborais como base para a incorporación social.
Autor: Asociación Avelaíña.

1.4.3. Trastornos da personalidade

Os trastornos de personalidade caracterízanse porque a persoa presenta unha forma de sentir e de comportarse que se afastan moito do socialmente aceptado na cultura da persoa que os padece.

Por exemplo: condutas violentas, inestabilidade, grandes dificultades para relacionarse etc.

Estes patróns maniféstanse en dúas ou máis áreas das seguintes: xeitos de pensar (cognicións), xeitos de amosar sentimentos e de sentir (afectividade), xeito de relacionarse cos demais (actividade interpersonal) e control dos impulsos.

Estes trazos de personalidade constitúen un trastorno cando son inflexibles e desadaptativos e cando causan unha deterioración funcional significativa, ademais dun malestar subxectivo no ámbito social, laboral, familiar etc. Adoitan ser estables e de longa duración.

Tipos de trastornos da personalidade:

■ Trastorno PARANOIDE

A persoa ten desconfianza e moitas sospeitas. Para ela as persoas que a rodean fan cousas con maldade. Dubida da lealdade ou da amizade de persoas próximas, garda rancor e todo é un ataque cara á súa persoa.

■ Trastorno ESQUIZOIDE

A persoa presenta indiferenza polas relacións sociais e baixa expresión das emocións; sempre escolle actividades solitarias; nada lle agrada e danlle igual tanto as críticas coma as gabanzas.

■ Trastorno ESQUIZOTÍPICO

Aparecen malas relacións interpersoais íntimas, ideas de referencia (cren que todo ten relación coa súa persoa: se falan na tele é del/a), pensamento máxico (telepatía, control da mente...).

■ Trastorno LÍMITE

A persoa presenta inestabilidade nas relacións cos demais, na autoimaxe e no control de impulsos; as persoas con esta enfermidade amosan unha ira non apropiada e intensa ante acontecementos leves; ameazan, amosan xestos suicidas, séntense baleiras...

■ Outros trastornos da personalidade

O trastorno histriónico, antisocial, disocial, narcisista, ansioso, dependente, pasivo-agresivo, sádico...



Convivencia nunha vivenda tutelada.
Autor: Asociación Avelaíña.

1.4.4. Trastornos de ansiedad

Trátase de trastornos nos que predominan o medo e a inseguridade de forma crónica.

É frecuente que se acompañen doutras enfermidades psiquiátricas, como un trastorno da personalidade de tipo ansioso ou un abuso de tóxicos (alcohol, tabaco, excitantes e substancias ilegais).

Tipos de trastornos de ansiedad

Os máis representativos son os trastornos fóbicos e o trastorno obsesivo compulsivo (TOC), aínda que existen outros en función dos síntomas e das súas causas.

■ Trastornos FÓBICOS

A persoa experimenta un medo irracional, ilóxico e desproporcionado ante certos obxectos ou situacións que normalmente non deben producir este medo (por exemplo, medo a un insecto inofensivo).

A consecuencia, a persoa evita as situacións nas que están presentes os elementos que provocan a súa fobia.

■ Trastornos OBSESIVO-COMPULSIVOS

A persoa ten pensamentos (obsesións) moi persistentes, dos que é consciente e que recoñece como absurdos, pero que non pode evitar.

Eses pensamentos provócanlle un gran malestar que intenta mitigar cunha serie de comportamentos repetitivos (compulsións), como son lavar as mans, comprobar se o gas ou a porta están pechados, tocar determinados obxectos etc.



Exposición no mercado solidario. Autor: Asociación Avelaíña.

1.5. Problemas asociados á enfermidade mental

A enfermidade mental, ademais dos propios síntomas que supón, presenta outros problemas tanto para a persoa en situación de dependencia coma para o seu contorno.

■ Problemas derivados da medicación

Os tratamentos farmacolóxicos das enfermidades mentais adoitan ter efectos secundarios, como vertixe, mareos, boca seca, molestias dixestivas, tremores, somnolencia, aumento do peso etc. Ante a súa aparición é conveniente comentalo co médico, xa que a maioría poden ser tratados con outros fármacos.

■ Problemas derivados da enfermidade

A enfermidade mental e os síntomas que a acompañan teñen moitas consecuencias na vida da persoa, como o abandono da medicación, a baixa autoestima, os sentimentos de vergoña, o illamento social e a incompreensión por parte dos demais, as dificultades para atopar traballo ou seguir traballando etc.

En xeral, as persoas con enfermidade mental teñen dificultades para levar unha vida autónoma e satisfactoria.

■ Problemas que sofre a familia ou o contorno a causa da enfermidade mental

A familia adoita ser a encargada da persoa en situación de dependencia e enfróntase en moitos casos a algunhas dificultades, empezando polo desconcerto inicial, a falta de coñecementos sobre as enfermidades mentais e a falta de estratexias para se enfrontar a estas, e seguido da falta de apoio e de asesoramento, dos sentimentos de vergoña, de frustración e de impotencia. As situacións problemáticas nas que se atopa o contorno da persoa poden chegar á desestruturación familiar ou converterse en depresión para o propia persoa coidadora.

É moi común que a familia se sinta desbordada pola situación e que teña dificultades para comunicarse e convivir co seu familiar enfermo.

“É moi frecuente sentirse desbordado pola enfermidade, non hai que avergoñarse nin dubidar en pedir axuda”.

“As asociacións de familiares axudan a vivir e a convivir mellor coa enfermidade mental”.

1.6. Necesidades do colectivo

As persoas con enfermidade mental e o seu contorno familiar presentan unha serie de necesidades para se enfrontar á enfermidade, vivir o mellor posible con ela e ter, a longo prazo, calidade de vida e proxectos de futuro. Esas necesidades non son só sanitarias, senón tamén de residencia, ocupación, desenvolvemento persoal, integración social, fomento da autonomía, prevención da deterioración etc.

Necesidades das persoas con enfermidade mental

É moi importante prestarlles atención ás necesidades das persoas con enfermidade mental con recursos especializados. As principais necesidades do colectivo son:

- As necesidades de hospitalización en períodos de crise: en xeral, a crise psicótica require hospitalización. O hospital é un lugar seguro onde a crise pode estar manexada e controlada o mellor posible.
- As necesidades de atención psiquiátrica especializada: a enfermidade mental require atención e tratamento médico especializado, supervisado por profesionais da saúde mental para evitar as recaídas.

■ Necesidade de adherencia á medicación: a toma continuada da medicación é imprescindible para un adecuado funcionamento da persoa.

■ As necesidades de apoio, soporte e seguimento que aseguren unha calidade de vida satisfactoria: débese axudar a persoa con enfermidade mental nos ámbitos persoal, social e laboral. Neste sentido, os programas de rehabilitación psicosocial axudan a que as persoas desenvolvan unha vida máis autónoma e de mellor calidade.

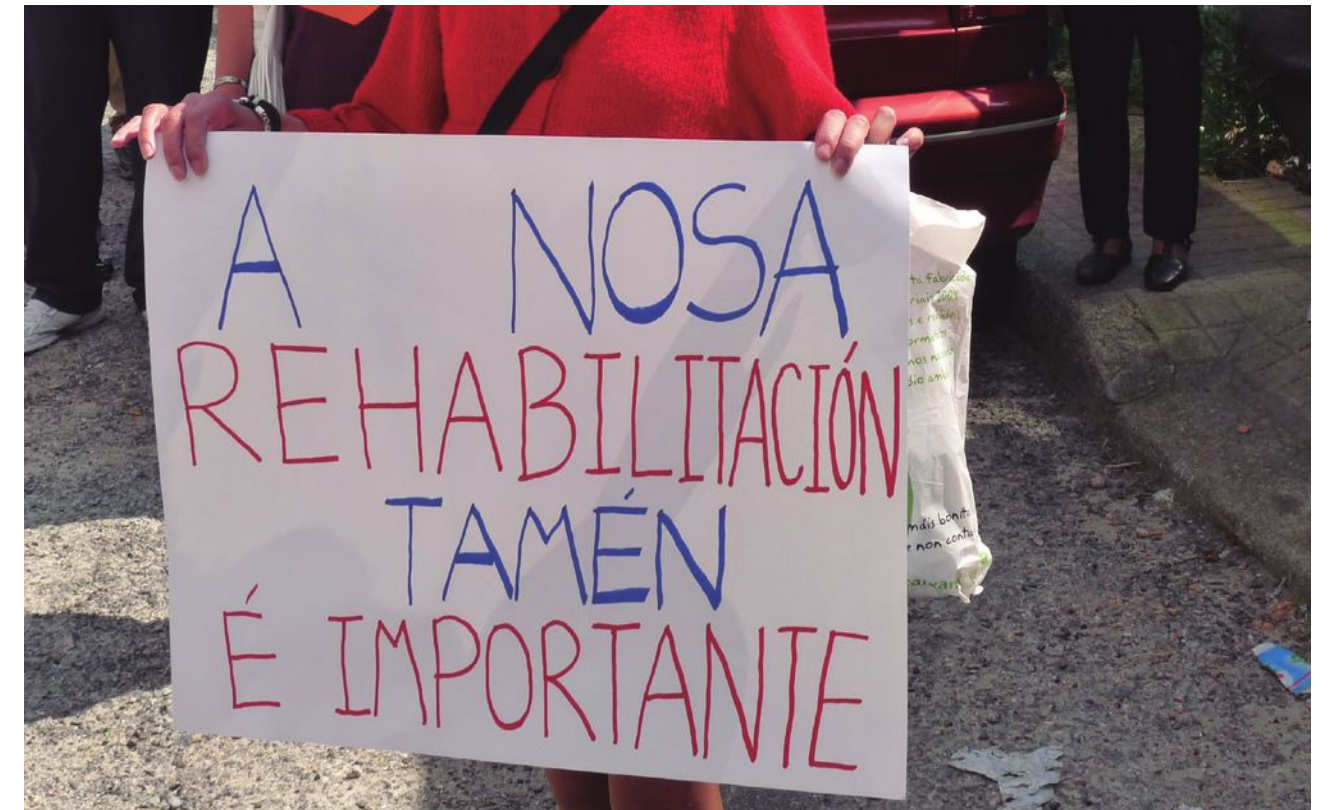
Necesidades dos familiares e coidadores

A convivencia coa enfermidade mental é difícil, non só pola propia enfermidade, senón tamén polo estigma e as falsas percepcións que existen sobre ela, polo que é importante que as familias/coidadores reciban axuda, asesoramento e apoio para mellorar a súa calidade de vida e a súa integración social. As principais necesidades dos familiares e coidadores son:

■ A necesidade de apoio e asesoramento: os profesionais da saúde mental e do movemento asociativo proporcionan este apoio. É importante sensibilizar a familia para favorecer a reinserción do paciente no núcleo familiar e social.

■ Necesidades económicas: acceso a uns ingresos mínimos que lle posibiliten á familia e á persoa con enfermidade mental ter unha calidade de vida digna.

■ As necesidades de respiro: a posibilidade de que a persoa coidadora dispoña de tempo de descanso do coidado continuado que precisan as persoas con enfermidade mental.



Autor: Asociación Avelaíña.

Que aprendemos?

A enfermidade mental afecta na área social e laboral, provoca problemas nas relacións interpersoais e no traballo dificulta o desenvolvemento dunha vida independente na persoa que a sofre e un desequilibrio no seu contorno familiar.

Canto máis coñezamos da enfermidade, máis fácil será convivir con ela.

Preguntas para a reflexión

- Cales son as manifestacións que se expresan nunha enfermidade mental?
- Enumera dous tipos de enfermidade mental que coñezas.
- Que problemas van asociados á enfermidade mental?
- Cales son as necesidades das persoas coidadoras?

**“A maior sabedoría que existe é
coñecerse a un mesmo”.**

Edgar Allan Poe



2. Coidados das persoas con enfermidade mental

2.1. Introducción

As enfermidades mentais graves, como a esquizofrenia ou o trastorno bipolar, son trastornos de longa duración que provocan perda de autonomía. Moitas veces a persoa non é capaz de coidar de si mesma e require moita atención. As persoas coidadoras deben ser conscientes de que terán que desenvolver habilidades adicionais para afrontar as dificultades derivadas da enfermidade.

O tratamento das enfermidades mentais debe abordarse de xeito global cunha ampla variedade de recursos asistenciais: médicos, farmacolóxicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores e a propia familia. Ningún destes constitúe, por si só, unha resposta terapéutica suficiente e excluín-te.

**“Ningún recurso asistencial constitúe, por si só, unha resposta
terapéutica suficiente e excluín-te”.**

2.2. A atención psiquiátrica e psicolóxica

2.2.1. A atención psiquiátrica

O/a médico/a de familia derivaraos á Unidade de Saúde Mental que lles corresponda.

Que é o tratamento farmacolóxico

Os medicamentos son substancias químicas que axudan a que as células do cerebro poidan comunicarse mellor. Serve para que diminúan os síntomas (como por exemplo as alucinacións, os delirios...), reducen a intranquilidade, axudan a facer que o xeito de pensar sexa máis lúcido e claro ou a protexer a persoa das situacións estresantes da vida.

A medicación para as enfermidades mentais (psicofármacos) é moi diversa e acostuma a servir para reducir a intensidade dalgúns dos seus síntomas; estes medicamentos pódense administrar diariamente (pastillas, gotas) ou cada varias semanas (inxeccións). Os seus efectos non acostuman a ser inmediatos, senón que teñen que pasar varios días

“É esencial que as persoas con enfermidades mentais acudan ao/a psiquiatra para determinar o diagnóstico e recibir o tratamento adecuado”.

para que a persoa comece a notar melloría.

Por iso é tan importante tomar todas as doses durante todo o tempo e sempre ás horas que indica o/a psiquiatra.

Sempre será o/a médico/a quen indique cal tomar, en que cantidade e durante canto tempo.

A persoa coidadora deberá recordarlle á persoa que está enferma os motivos polos que debe tomar a medicación e non deixala: “Sénteste ben porque estás tomando a medicación”, “Se deixas a medicación podes sufrir unha crise que fará que te sintas mal”.



2.2.2. O tratamento psicológico

A psicoterapia por si soa non cura a enfermidade mental, senón que, xunto coa medicación, contribúe a que a persoa con enfermidade mental acade unha mellora na súa calidade de vida, axudándolle a:

- Ter un mellor coñecemento de si mesmo, das súas posibilidades e das súas emocións e sentimentos.
- Cultivar a autoestima.
- Pescudar a súa orientación vocacional.
- Conseguir unha información científica e fiable sobre a enfermidade en cuestión.
- Concienciarse da enfermidade.
- Prestarlle atención á familia e á rede de apoio da persoa.



O traballo en grupo fomenta as relacións sociais.
Autor: Asociación Avelaíña.

2.3. A adherencia ao tratamento

O mellor xeito de facilitar que se tome a medicación é coñecer ben as razóns que ten a persoa con enfermidade mental para deixala e ser quen de empatizar e comprendela.

Algunhas das situacións habituais: “Para que tomar medicamentos se xa estou ben?”, “Estas menciñas non me fan ningún efecto positivo!”, “Estas menciñas danme moitos problemas”, “Tomando sempre tantas pastillas todos ven que estou enfermo”, “Para min é un problema tanta pastilla”.

Ante as situacións anteriores:

- Debemos axudarlle a entender que se se atopa mellor é precisamente porque toma a medicación e que se a deixa será cando volva sentirse mal. Lémbrelle os momentos nos que se atopaba mal e non tomaba a medicación.
- Debemos visitar o/a psiquiatra tantas veces como sexa necesario, ata que os efectos secundarios se minimicen.
- Axúdelle á persoa con enfermidade mental a ver que hai moita outra xente que ten que tomar medicación todos os días e que non por iso os ve como enfermos: hipertensión, diabetes...

- Cada vez que tome a medicación, amóselle satisfacción.
- Ante calquera dúbida ou dificultade, consulte cos profesionais da saúde mental: chame o/a psiquiatra se observa síntomas prodrómicos e recorra ao 112 se está sufrindo unha crise.

2.4. A prevención de recaídas

Factores de protección e risco

A aparición de crises ou recaídas explícase polo equilibrio entre factores protectores (que evitan que se produzan crises) e factores de risco (que facilitan ou axudan a que as crises se produzan).

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RISCO
■ Tomar a medicación ■ Coñecer os síntomas prodrómicos ■ Ambiente tranquilo, previsible, cun nivel de demanda axeitado	■ Non tomar a medicación ■ Descoñecelos ■ Ambiente estresante, imprevisible, moi demandante

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RISCO
■ Autocontrol ■ Habilidades de afrontamento persoal (sociais, de comunicación...) ■ Normas de comportamento consistentes e claramente delimitadas ■ Nivel de actividade moderado ■ Non consumir drogas ■ Manter boa comunicación cos profesionais da saúde mental ■ Ser considerada unha persoa ■ Fixar un proxecto vital realista ■ Contar cunha rede de apoio	■ Falta de autocontrol ■ Ausencia de habilidades de afrontamento ■ Normas difusas, ambiguas, cambiantes ■ Nivel de actividade moi baixo ou moi alto ■ Consumir drogas ■ Mala comunicación cos profesionais de saúde mental ■ Ser considerado un enfermo ■ Fixar metas irreais ■ Illamento social

2.5. A identificación de pródromos

Os pródromos son síntomas inespecíficos que varían dunha persoa a outra, que sempre anteceden a unha crise. Son as modificacións de conduta e do humor que nos fan pensar que a persoa afectada non se atopa ben e que nos serven como sinal de alarma para mobilizarnos e modificar unha situación de perigo de recaída.

Actitudes útiles ante estas situacións

- Solicitar cita co/a psiquiatra, se é posible chamalo/a por teléfono para contarlle o que sucede.
- Respetar o illamento e aproveitar os momentos nos que estea mellor para propoñerlle actividades.
- É mellor buscar conversación a través de algo que lle interese á persoa con enfermidade mental.
- escoitar sempre todo o que queira comunicar, aínda que non esteamos de acordo co que di.
- Reforzar e gabar positivamente as súas condutas axeitadas, polo menos unha vez cada día.

- Ter paciencia, ser tolerantes.
- Ser dialogante, non ser autoritario.
- Ser observador e atento, buscar o momento para estimulalo.
- Aprender a recoñecer os pródromos e baixar neses momentos o listón das esixencias ou a necesidade de resolver problemas.
- Non confundir os síntomas cunha conduta intencionada; polo tanto, aliviar as críticas continuas.



Obradoiros para o emprego. Autor: Asociación Avelaíña.

2.6. O coidado da saúde

O colectivo sofre dun alto índice de sobrepeso, tabaquismo, enfermidades respiratorias, diabetes, hipertensión e alteracións do colesterol. A isto hai que lle engadir os efectos secundarios que pode provocar a medicación e tamén, ás veces, hábitos nocivos como o consumo de substancias adictivas, xunto cos accidentes e suicidios. Este conxunto de factores reduce nun 20% a esperanza de vida das persoas con esquizofrenia respecto do resto da poboación.

As persoas con enfermidade mental deben vixiar a súa saúde física, polo que non só precisan dun tratamento e seguimento psiquiátrico, senón que deben acudir con regularidade ao/á medico/a de familia para o seguimento e o control periódico da súa saúde.

Recomendacións de cara á mellora da saúde e ao coidado da persoa con enfermidade mental:

“O coidado do corpo e da saúde son esenciais para as persoas que padecen unha enfermidade mental, xa que son máis vulnerables a sufrir unha mala saúde física”.

2.6.1. A hixiene e aseo persoal

Algunhas veces as persoas con enfermidade mental alteran o seu aspecto persoal, descoidando a roupa e o aseo corporal.

Para mellorar os hábitos de hixiene e coidado persoal da persoa con enfermidade mental, poden ser útiles as seguintes indicacións:

- Facer rutinas de aseo (“Hoxe toca afeitarse”, ducharse sempre á mesma hora do día).
- Recordar a miúdo, ben verbalmente ou por escrito, os cambios de conduta que se quere que faga a persoa en situación de dependencia.
- Intentar formular esas esixencias de maneira positiva, con sentido do humor e en privado.
- Reforzar os progresos da persoa, facer cumprimentos: “Que ben!”, “Que ben che queda!”, “Que ben fixeches iso!” etc.

“O coidado da imaxe, do corpo e da saúde denotan unha autoestima e unha capacidade de gozar da vida, independentes das limitacións de cadaquén”.

- Asegurarse de que a persoa ten roupa limpa, produtos de hixiene adecuados etc.
- Facer participar activamente a persoa con enfermidade mental no proceso do seu coidado (por exemplo, na compra de roupa, de produtos de hixiene, na decoración do seu cuarto etc.).

2.6.2. Hábitos de sono

Algunhas persoas sofren de desorganizacións do sono a causa da enfermidade mental. Nese caso, a solución pasa por visitar o médico, xa que existen fármacos que axudan a durmir, e por xerar de novo os hábitos adecuados:

- Eliminar os televisores do dormitorio.
- Seguir unha rutina.
- Manter unha hora fixa para o momento de deitarse e levantarse.
- Non cear en exceso.



2.6.3. Hábitos alimentarios

Tanto as enfermidades mentais coma o seu tratamento poden levar consigo alteracións nos hábitos alimentarios, polo que cómpre ter en conta as seguintes recomendacións:

Recomendacións en caso de anorexia:

- Regular a inxestión de alimentos: facer 5 comidas ao día e manter horarios fixos.
- Ofrecerlle comidas que lle resulten apetitosas.
- Realizar a compra de alimentos tendo en conta os gustos da persoa.

Recomendacións en caso de sobrepeso:

- Regular a inxestión de alimentos: facer 5 comidas ao día e manter horarios fixos.
- Vixiar a calidade e a cantidade da comida da persoa.
- Evitar os alimentos ricos en graxas e as calorías “baleiras” (ex.: doces) e aumentar o consumo de peixe, vexetais e cereais.
- Proporlle ou acompañalo/a na realización de actividade física: pasear, practicar deportes...

2.6.4. A socialización da persoa con enfermidade mental

Na maioría dos casos, as persoas con enfermidade mental teñen un estilo de vida falto de hábitos saudables, actividades sociais e lúdicas e unha deterioración xeral da súa saúde física e mental. Por outro lado, as persoas coidadoras sofren unha importante sobrecarga de traballo que non lles permiten dispor de tempo libre.

Unha característica da enfermidade mental é a especial sensibilidade e ansiedade que experimentan as persoas afectadas ante os contactos sociais.

“Estar san é poder desenvolver aspectos da vida que sexan satisfactorios para a persoa e para os que a aprecian. Pódese padecer un trastorno como a esquizofrenia e, ao mesmo tempo, gozar dunha boa saúde física e psíquica”.

Actitudes que poden axudar a combater a súa tendencia ao illamento:

- Implíqueo/a en actividades familiares e sociais. Por exemplo, comer ou cear coa familia, ver os partidos de fútbol, escoitar música xuntos, pasear con el/ela etc.

- Acepte que en determinados momentos do día, e en fases prodrómicas, necesita illarse e diminuír a actividade.

- Anímeo/a a que manteña ocupado o seu tempo con actividades de ocio. Nos primeiros momentos quizais resulte de utilidade que o acompañe vostede ou algún amigo/a. En calquera caso, lembre que non debe forzalo en exceso, pois pode ser contraproducente.

2.6.5. O exercicio físico

O exercicio físico está asociado a beneficios psicolóxicos como maior sensación de benestar, aumento da autoestima e redución da ansiedade.

“O coidado da saúde física é fundamental para todos, pero no caso de persoas con enfermidade mental hai que lle prestar especial atención”.

Participar nas tarefas da casa é unha oportunidade para desenvolver unha actividade física que contribúa á saúde. **Axúdeo e anímeo a elixir un exercicio que lle guste.**

Que aprendemos?

A enfermidade mental supón unha perda na autonomía da persoa e precisa dun tratamento que deberá abordarse de maneira multidisciplinar, sen esquecer o coidado do corpo e a saúde física.

Preguntas para a reflexión

- Quen determina a finalización do tratamento?
- Que factores prevén as recaídas?
- Como actuaríamos ante a aparición dos síntomas de aviso?
- Como coidamos a súa saúde física?

“Se consigo ver mais lonxe é porque conseguín levantarme aos ombreiros de xigantes”.

Isaac Newton



3. As relacións entre a persoa con enfermidade mental en situación de dependencia e a persoa coidadora

3.1. Introducción

En todos os escenarios da actividade humana a comunicación xoga un papel preponderante. Aumenta os logros e reduce os esforzos, pero tamén cando é defectuosa xera malentendidos e reaccións emocionais indesexables.



Autor: Asociación Avelaíña.

Cando a comunicación é franca na súa mensaxe e efectiva na súa entrega, convértese nun recurso moi valioso.

3.2. Estimulación das funcións mentais

Xunto coas alteracións tradicionalmente atendidas da enfermidade mental (os delirios, a alteración do estado de ánimo, as habilidades sociais perdidas...), os fallos na atención e a concentración son moi comúns. Os chamados déficits cognitivos son alteracións da atención e concentración, da memoria, do razoamento e da coordinación psicomotriz (por exemplo, non decidir se comer galletas ou pan; non lembrar sucesos recentes, distraerse con facilidade...) etc. Isto fai que a capacidade da persoa para responder funcionalmente e adaptarse ao seu contorno quede diminuída.



Obradoiros para a inserción sociolaboral.
Autor: Asociación Avelaíña.

As persoas coidadoras promoverán a realización de exercicios e actividades estimulantes e de xeito rutineiro, tendo en conta sempre as súas preferencias (traballos co ordenador, pasatempos, participar nas actividades cotiás...).

Sería útil programar unha táboa de actividades na que se especifiquen os tempos dedicados a cada actividade cada día da semana.

3.3. A comunicación coa persoa con enfermidade mental

As persoas que sofren enfermidades mentais poden ver alterada a súa capacidade para comprender as situacións sociais e entender os estados de ánimo dos demais. Poden fallar en expresar empatía ou en interpretar situacións interpersoais e identificar a expresión facial dos seus interlocutores. Por todo isto, é moi importante tratar de recoñecer estas limitacións e telas en conta á hora de comunicarnos coas persoas con enfermidade mental.

Para mellorar a comunicación

- Exprese as súas ideas dun xeito simple e breve: refírase continuamente a un só tema central.
- Mire cara aos ollos da persoa coa que fala.
- Desfágase de posibles distraccións.
- Repita con frecuencia o que di.
- Asegúrese de que o están escoitando e comprendendo.
- Anote o obxectivo da conversa para que sirva de recordatorio.
- Estea atento aos sinais non verbais da comunicación.

Ante unha conversa delirante e inconexa

- Non se centre en corrixilo ou en contradicilo excesivamente, xa que aumentará a frecuencia dese tipo de fala.
- Manifeste o seu desacordo claramente, pero con tacto e respecto.
- Distráiao con tacto e fágao cambiar de tema.
- Recoñeza o sentimento ou a emoción que a persoa pon no que di: (“Doume conta do que isto te anoxa, deprime, afecta”, “Sinto que o pases mal”).



3.4. Resolución de conflitos e manexo de crises

A aparición dunha enfermidade mental nun membro da familia traerá inevitablemente problemas e situacións difíciles. Por iso, o mellor que pode facer a familia é prepararse para afrontar estes momentos complicados.

O primeiro paso para poder afrontar a nova situación é tratar de manter un clima emocional axeitado na casa. Para iso, a familia deberá evitar:

- a tendencia á crítica constante como forma de control da conduta
- a descualificación da persoa con enfermidade mental
- a sobreprotección

Debe tratar de descubrir cales son os problemas reais que ten co seu familiar, seguindo estes pasos:

1. Aprender a definir e a delimitar os problemas dividíndoos en pasos pequenos
2. Facer unha lista de posibles solucións
3. Escoller a mellor solución ou unha combinación delas
4. Establecer un plan para implantar a solución

Que aprendemos?

As relacións entre a persoa con enfermidade mental e a persoa coidadora se baséanse nunha comunicación adecuada e nun clima emocional axeitado.

Preguntas para a reflexión

- Que exercicios lle proporías á persoa con enfermidade mental para estimular as súas funcións cognitivas?
- Que elementos utilizarías para mellorar a comunicación?
- Que pasos seguirías no manexo dunha crise?



**“Actuar é fácil,
pensar é difícil;
actuar segundo se pensa
é aínda máis difícil”.**

Goethe

4. Recursos e lexislación

4.1. Introducción

As enfermidades mentais son un problema de primeira magnitude na nosa sociedade, polo impacto en sufrimento e desestruturación que supón en quen as padece, nas súas familias e no seu contorno máis próximo.

O sistema sanitario público e os servizos sociais comunitarios pretenden dar resposta ás necesidades tanto sanitarias coma sociais das persoas con enfermidade mental, sen esquecer o apoio dos movementos asociativos.

Por outro lado, o sistema xudicial, a través da lexislación vixente, facilita a protección destes e das súas familias.



4.2. Os servizos sanitarios

As necesidades sanitarias relacionadas coa saúde mental aténdense a través de dispositivos sanitarios e programas específicos. Son os chamados dispositivos de saúde mental.

Dispositivos de saúde mental

Son os centros e recursos, propios ou concertados, que dispón a Xunta para lle dar atención á asistencia psiquiátrica e á saúde mental na Comunidade Autónoma galega.

Os dispositivos de saúde mental contan cun equipo interdisciplinario –psiquiatra, psicólogo clínico, persoal de enfermería, traballador social e persoal de apoio administrativo– e están organizados segundo criterios obxectivos tendo en conta factores xeográficos, epidemiolóxicos, socioeconómicos, laborais, culturais e de dotación de vías e medios de comunicación.

“O seu obxecto é a promoción e a protección da saúde mental, a prevención das enfermidades psíquicas e a asistencia, rehabilitación e integración dos enfermos mentais”.

Acceso a estes dispositivos

As estruturas básicas de saúde mental están formadas por psiquiatras e psicólogos clínicos que apoian os equipos de atención primaria e coordinan a atención nos distintos niveis asistenciais en saúde mental e os servizos xerais.

A atención urxente realízase en colaboración coa Fundación Urxencias Sanitarias de Galicia-061 e os puntos de atención continuada de atención primaria.

4.2.1. Dispositivos básicos

Son aqueles centros onde se atenden as persoas que requiran axuda relativa á saúde mental ou que precisen asistencia psiquiátrica e que veñan derivadas xeralmente polo médico de atención primaria, o servizo de urxencias ou o médico especialista.

Son os seguintes:

- Unidades de saúde mental
- Unidades de hospitalización psiquiátrica
- Hospitais de día
- Unidades específicas

■ Unidades de saúde mental

A Unidade de Saúde Mental é o servizo sanitario no que se lles presta atención especializada ambulatoria ás persoas que padecen unha enfermidade mental.

Estas unidades atópanse normalmente situadas nos centros de saúde de especialidades e nos centros de atención primaria. Están atendidas por equipos compostos por distintos tipos de profesionais: persoal de psiquiatría, psicoloxía, enfermería e do traballo social. Isto é así para lles ofrecer unha atención integral —é dicir, atención médica, psicolóxica e social— ás persoas que padecen calquera tipo de trastorno mental.

Cando unha persoa cre que precisa atención médica, debe acudir en primeiro lugar ao/á médico/a de cabeceira. Se o/a médico/a considera oportuna a intervención dun especialista en psiquiatría, derivao á unidade de saúde mental que lle corresponda.

■ Unidades de hospitalización psiquiátrica

É o servizo sanitario destinado a lles prestar atención a aquelas persoas con enfermidade mental en situación de crise aguda que precisen ingreso hospitalario temporal.

■ Hospitais de día

O hospital de día é un servizo onde se presta atención sanitaria mediante a hospitalización parcial da persoa con enfermidade mental.

Os hospitais de día son servizos intermedios entre o tratamento ambulatorio e o hospitalario. Isto quere dicir que están destinados a persoas que non precisan estar internadas nunha unidade de hospitalización, pero con necesidades de tratamento que tampouco se poden resolver na unidade de saúde mental.

Para o acceso aos hospitais de día sería necesario:

- Non supoñer risco para un mesmo ou para outros
- Cooperar minimamente co tratamento
- Contar cunha persoa allea ao hospital comprometida co tratamento
- A existencia de recursos adecuados de tratamento comunitario

Os hospitais de día permiten que a persoa non se vexa separada da súa familia e do seu contorno, xa que tras o tratamento no centro pode volver á casa.

■ Unidades específicas

Estas unidades atenden problemas de relevante importancia sanitaria.

As unidades específicas son:

- Unidades de saúde mental infanto-xuvenil
- Unidades de tratamento do alcoholismo
- Unidades de psioxeriatría

4.2.2. Dispositivos complementarios

Son aquelas unidades que actúan na área de rehabilitación comunitaria, en estreita colaboración cos servizos de actuación social e cos organismos que teñan incidencia na vida laboral:

■ Unidades hospitalarias de rehabilitación

Estas unidades sitúanse nos hospitais psiquiátricos. Están destinadas á atención de pacientes cunha patoloxía que esixa programas de intervención rehabilitadores que favorecen a integración social.

Estas unidades defínense por unha duración da hospitalización intermedia.

O seu obxectivo é a reinserción social.

■ Unidades extrahospitalarias

❖ Centro de día: é un centro específico destinado a persoas que viven coa súa familia ou nunha pensión, pisos tutelados etc., que abordan de maneira intensiva aspectos relacionados coa rehabilitación e a resocialización de patoloxías psicosociais.

❖ Unidade de continuidade de coidados: baseadas fundamentalmente nun equipo de profesionais que verifican a continuidade dos pacientes crónicos en colaboración cos dispositivos da rede.



Cociñando nun piso tutelado.
Autor: Asociación Avelaíña.

■ Unidades de apoio comunitario

- ❖ Recursos de aloxamento: pisos tutelados, minirresidencias.
- ❖ Recursos ocupacionais e laborais para a ocupación e o emprego: talleres ocupacionais, centros especiais de emprego, emprego protexido.

4.3. Os recursos sociosanitarios

Os servizos comunitarios dirixidos a persoas con enfermidade mental e aos seus coidadores e familiares teñen como finalidade o logro dunhas mellores condicións de vida. Para iso, ofrecen unha serie de recursos que intentan satisfacer as necesidades básicas en emprego, saúde, educación etc.

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL E LABORAL

Os centros de rehabilitación psicosocial son dispositivos de apoio comunitario que atenden de forma diúrna e interdisciplinar a persoas con enfermidade mental crónica e os seus familiares. Teñen como finalidade a rehabilitación psicosocial e a integración sociolaboral da persoa con enfermidade mental.

Nestes centros realízanse actividades para que as persoas con enfermidade mental recuperen o máximo grao de autonomía persoal, social e laboral:

Actividades:

- Adestramento en actividades da vida diaria e en habilidades sociais.
- Psicoeducación/prevenición de recaídas.

- Psicomotricidade.
- Rehabilitación cognitiva.
- Terapia ocupacional.
- Actividade prelaboral: talleres de cerámica, coiro, encadernación, xardinería, informática...
- Actividades de ocio e deporte.
- Apoio ás familias.



Actividad prelaboral nun taller de cerámica.
Autor: Asociación Avelaíña.

SERVIZO DE ATENCIÓN A DOMICILIO (SAD)

A asistencia psicosocial ás persoas con enfermidade mental e aos familiares, no seu propio domicilio, é un reforzo ao tratamento médico-psiquiátrico e ten como finalidade manter o enfermo no seu contorno cunha calidade de vida digna.

Obxectivos:

- Apoiar as persoas coidadoras
- Axudar na prevención da crise.
- Mellorar o desenvolvemento das tarefas da vida cotiá.

- Complementar e apoiar o tratamento médico.

VIVENDA

Existen dous tipos de alternativas de vivenda para aquelas persoas con enfermidade mental que non teñan posibilidade de convivir cos seus familiares ou de forma independente.

■ Pisos protexidos

Os pisos protexidos están integrados na comunidade, situados nos barrios das cidades e vilas.

Conviven varias persoas con enfermidade mental autosuficientes, pero que carecen da posibilidade de convivencia familiar ou os seus familiares non teñen a posibilidade de lles proporcionar os coidados requiridos.

Están atendidos permanentemente por persoal social e sanitario. Na Comunidade Autónoma galega, na súa maior parte están financiados polo Servizo Galego de Saúde (Sergas) e xestionados polas asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental.

■ Minirresidencias

As minirresidencias proporcionan, con carácter temporal ou indefinido, aloxamento nun ambiente familiar e de convivencia.

Están destinadas a acoller a persoas con enfermidade mental que teñan dificultades para vivir de

maneira independente e que requiran atención social e sanitaria permanente.

CENTROS OCUPACIONAIS

Os centros ocupacionais son servizos dirixidos ás persoas con discapacidade derivada dunha enfermidade mental, nos que se realizan actividades para lograr a súa capacitación social e profesional.

CENTROS ESPECIAIS DE EMPREGO

O obxectivo principal do centro especial de emprego é proporcionarlles ás persoas que sofren dunha enfermidade mental a posibilidade dun traballo produtivo e remunerado, adecuado ás súas características persoais e que facilite a integración laboral destes no mercado ordinario de traballo.



Preparando o mercado solidario.
Autor: Asociación Avelaíña.

PROGRAMAS DE APOIO A FAMILIARES

Estes programas están dirixidos aos familiares e ás persoas coidadoras. Facilitan un lugar de encontro para eles, libre dos prexuizos sociais que os fan illarse, onde poden compartir as súas dificultades cotiás e potenciar a axuda mutua.

A través deste programa, ofréceselles aos familiares: asesoramento e apoio, escola de familias, grupos de autoaxuda e respiro familiar.

■ Asesoramento e apoio

Este programa diríxese aos familiares/coidadores de persoas afectadas por unha enfermidade mental. Consiste en ofrecerlles un asesoramento sociofamiliar e informalos sobre as prestacións e os recursos existentes que poidan beneficiar tanto os usuarios coma as familias, para conseguir así unha maior integración social.

■ Escola de familias

O que se busca nas escolas de familias é proporcionarlle á familia información e habilidades necesarias para coñecer a enfermidade e manexala, na medida das súas posibilidades, co fin de di-

minuír o seu nivel de estrés.

■ Grupos de autoaxuda

Un grupo de autoaxuda pódese entender como un grupo de persoas que pensan que teñen un problema común e que se reúnen para facer algo ao respecto. Non está dirixido por profesionais.

O obxectivo é a axuda mutua para superar os problemas que se derivan destes coidados e da convivencia coa persoa con enfermidade mental.

■ Respiro familiar

O programa de respiro familiar consiste en liberar os coidadores/familiares de persoas con enfermidade mental dos coidados cotiáns durante un período de tempo.

Así, organízanse excursións e viaxes para as persoas con enfermidade mental, acompañadas por monitores especializados, que lles permiten ás persoas coidadoras gozar dun tempo propio, alleo á situación cotiá que a en-



Actividades de respiro e ocio.
Autor: Asociación Avelaíña.

fermidade lles impón e, ao mesmo tempo, ofrécenlles ás persoas con enfermidade mental un contorno socializador, pero relaxado.

SERVIZO DE INSERCIÓN LABORAL

Ten como finalidade facilitar a inserción laboral das persoas con enfermidade mental a través de accións de información, orientación, formación, intermediación laboral e apoio no posto de traballo.

SERVIZO DE ASESORÍA XURÍDICA

A súa finalidade principal é prestarlles asesoramento legal en calquera ámbito de actuación a persoas con enfermidade mental e á súa familia.

SERVIZO DE OCIO E DEPORTES

Ofréceselles un catálogo de actividades de ocio e tempo de lecer ás persoas con enfermidade mental que sirva, ademais, para que as persoas coidadoras gocen de tempo para si mesmos. Organízanse programas personalizados de ocio activo e tempo de lecer que sirvan para mellorar a adopción de estilos de vida saudables, que melloren



Gozando dun tempo de deporte.
Autor: Asociación Avelaíña.

4.4. Cuestións clave da lexislación sobre saúde mental

4.4.1. Incapacitación

A incapacitación é a medida de protección que a lei prevé para as persoas que, por motivos físicos ou psíquicos, non están en condicións de dirixir todos os aspectos da súa vida.

Consiste na limitación e control dos seus dereitos por outra persoa, que nalgúns casos pode chegar a substituíla no seu exercicio e que tamén se ocupará do seu coidado persoal.

Como a incapacitación supón unha limitación dalgúns dereitos da persoa, só e exclusivamente pode producirse mediante unha sentenza ditada por un xuíz despois dun procedemento xudicial.

SOLICITUDE DE DECLARACIÓN DE INCAPACITACIÓN

A declaración de incapacidade pode ser solicitada directamente mediante un escrito (demanda) ante o Xulgado de Primeira Instancia polo mesmo usuario ou calquera membro da súa familia. Calquera persoa (normalmente os familiares non desexan solicitar directamente a incapacidade) pode acudir ao fiscal para poñer no seu coñecemento os motivos e feitos que poderían xustificar unha incapacitación.

Tamén os funcionarios públicos (como os médicos do sistema de saúde público) están obrigados a lle comunicar ao fiscal estes feitos cando teñan coñecemento deles no exercicio do seu traballo. No caso de que se trate dun menor, só poden solicitar a incapacitación os pais.

A SENTENZA DE INCAPACITACIÓN

O xuíz resolverá declarando ou non a incapacitación e determinando a súa extensión e os límites desta. De se propor, indicará o nome da persoa que desempeñará o cargo tutelar.

É importante saber que a incapacitación é sempre revisable se un cambio de circunstancias o aconsella.



Traballando en grupo.
Autor: Asociación Avelaíña.

4.4.2. Órganos tutelares

Son tres: a tutela, a curatela e a defensa xudicial.

A TUTELA

O titor é a persoa nomeada polo xuíz para representar o incapacitado e coidar da súa persoa e dos seus bens.

O titor está obrigado a: velar polo tutelado, procurarlle alimentos, educalo se é menor e procurarlle unha formación integral, promover a adquisición ou a recuperación da capacidade da persoa tutelada e a súa mellor inserción na sociedade, informar o xuíz anualmente sobre a situación da persoa menor ou incapacitada e renderlle conta anual da súa administración ou en calquera outro momento en que sexa requirido para iso polo xuíz ou o Ministerio Fiscal. En calquera caso, para os actos de maior importancia económica requirirá autorización do xuíz.

A CURATELA

O curador é o designado polo xuíz para completar a capacidade da persoa en determinados actos.

Asiste a persoa incapacitada nunha serie de actos sinalados pola sentenza, que complementan e reforzan a súa capacidade de obrar. Para todo o demais, a persoa incapacitada goza de todos os seus dereitos. Os actos realizados sen a intervención do curador, cando a curatela debeu existir, serán anulables se prexudican a persoa incapacitada.

A DEFENSA XUDICIAL

O defensor xudicial é outro cargo tutelar e, polo tanto, tamén ten que estar designado polo xuíz para ocuparse dalgunha das seguintes funcións:

- Representar o incapaz cando haxa un conflito de intereses.
- Exercer provisionalmente o cargo de titor ou curador.
- Realizar a defensa xudicial nos procedementos de incapacitación iniciados polo Ministerio Fiscal.



Actividade prelaboral como base para a inclusión. Autor: Asociación Avelaíña.

4.4.3. Aspectos sociosanitarios

En principio, toda persoa é plenamente libre de tomar as decisións que estime oportunas con respecto á súa vida e saúde. Con todo, pode darse o caso de que a propia enfermidade afecte o entendemento do que ten que tomar a decisión.

Enténdese que, cando a propia enfermidade o priva do entendemento para tomar unha decisión e, simultaneamente, esa enfermidade necesita un tratamento, a decisión sobre este pode ser adoptada por outro.

É nestes casos nos que a lei permite que alguén sexa ingresado contra a súa vontade expresa ou retido no centro hospitalario e tratado.



Potenciando a propia creatividade. Autor: Asociación Avelaíña.

TIPOS DE INGRESOS HOSPITALARIOS

Existen tres tipos de ingreso hospitalario:

- **Ingreso voluntario:** o doente asina a súa autorización para ingresar voluntariamente nun centro hospitalario, tras prescripción médica.
- **Ingreso involuntario programado:** aquel no que non existe consentimento da persoa, polo que un xuíz autoriza o ingreso do doente baseado nun informe emitido polo psiquiatra. Para realizar este tipo de ingreso hai que acudir ao xulgado, xustificar a necesidade do internamento e que o xuíz o acorde.
- **Ingreso involuntario urxente:** aquel no que non existe consentimento da persoa e, pola gravidade da situación, é necesario o ingreso. O familiar ou a persoa coidadora poden solicitar o ingreso por vía de urxencia hospitalaria e o traslado do doente deberá realizarse sempre a través de Urxencias Sanitarias de Galicia: 061. Neste caso, será o psiquiatra de garda do hospital quen decidirá se é pertinente ou non ingresar o doente. Tamén se pode converter en ingreso involuntario unha visita ao médico de tipo voluntario. Nestes casos, é o médico o que, á vista do estado do paciente, decide o ingreso.

SOLICITUDE DE INGRESO INVOLUNTARIO

En principio, calquera persoa pode solicitar o ingreso involuntario. Se é un ingreso programado, hai que solicitarlo ao/á xuíz/a que corresponda ao lugar de residencia da persoa e explicar as razóns polas que é necesario. O xuíz, despois de oír o fiscal, a persoa cuxo ingreso se solicita e o ditame dun médico, tomará unha decisión.

Se é urxente e a demora supón un risco grave para o estado da propia persoa é o psiquiatra o que, pola súa propia autoridade e sen necesidade de consultar o xuíz, ordena o internamento inmediato. No exercicio das súas funcións, os médicos son autoridade pública e, como tal, poden esixir a colaboración dos axentes policiais.

FINALIZACIÓN DO INGRESO INVOLUNTARIO

O procedemento pode terminar de dúas maneiras:

- O xuíz, á vista dos informes que lle remite o psiquiatra que atende a persoa, ordena a non continuación do ingreso.
- O psiquiatra, ao tratarse dun ingreso por razóns médicas, dálle a alta cando considere que non é necesario manter o ingreso e, a continuación, comunícallo ao xuíz.

4.4.4. Aspectos patrimoniais

Hai diversas formas previstas na lei de favorecer economicamente a un familiar con discapacidade ou incapacitado. Por ser quizais as máis relevantes, referirémonos ao patrimonio protexido e ás disposicións testamentarias.

PATRIMONIO PROTEXIDO

Trátase, en esencia, dun conxunto de bens que son propiedade dunha persoa e que están destinados a conseguir o benestar dela, pero que poden ser administrados por outra.

Conséguese garantir que uns bens (diñeiro, inmobles...) non se perdan se o seu dono non está en condicións de xestionalos, pero sen deixar de ser seus e sen necesidade de acudir á incapacitación.



Mostra de artesanía dos obradoiros ocupacionais.
Autor: Asociación Avelaíña.

4.4.5. A responsabilidade penal da persoa con enfermidade mental

RESPONSABILIDADE PENAL

Son as medidas de castigo e reinserción impostas por un xuíz a unha persoa como consecuencia dun feito considerado delito.

Cando, por mor dunha anomalía ou alteración psíquica (por exemplo, a enfermidade mental), unha persoa non é capaz de comprender a ilegalidade dun feito, ou de actuar de acordo con esa comprensión, carece de responsabilidade penal ou, polo menos, esta está atenuada. Con todo, si ten a responsabilidade civil derivada dese delito.

CONSECUENCIAS LEGAIS QUE PODEN TER OS DELITOS COMETIDOS POR PERSOAS CON ENFERMIDADE MENTAL

Á parte das consecuencias económicas, o xuíz pode impor o que a lei chama “medidas de seguridade”, para o que terá en conta o delito cometido e un prognóstico de comportamento baseado en informes psicolóxicos que prevexa a comisión de novos delitos.

MEDIDAS DE SEGURIDADE

As medidas de seguridade poden ser privativas de liberdade ou non:

■ Medidas de seguridade privativas de liberdade: consisten en impor o internamento nun centro psiquiátrico, un centro de deshabitación ou un centro educativo especial.

■ Medidas de seguridade non privativas de liberdade: son moi variadas (por exemplo, a obrigação ou prohibición de residir nun lugar determinado, o sometemento á custodia familiar, a submisión a tratamento externo en centros médicos ou establecementos sociosanitarios, o seguimento de programas formativos...). Nestes casos, tamén está previsto que o xuíz dispoña que os servizos de asistencia social competentes lle presten a axuda necesaria á persoa sometida a esas medidas non privativas de liberdade.

Estas medidas non son definitivas.

SITUACIÓN DUNHA PERSOA CON ENFERMIDADE MENTAL NO CÁRCERE

A lei asegura o dereito á saúde dos reclusos e será a Administración penal a que garanta o dito dereito, para o que lles proporcionará atención médica e psiquiátrica.

A lei ordena a súa separación dos internos que poidan seguir o réxime xeral do centro. Serán ingresados en establecementos ou unidades psiquiátricas penais, onde deberán dispor dun equipo multidisciplinar de profesionais da psiquiatría, psicoloxía, medicina, enfermería e do traballo social,

que cada seis meses lle enviará un informe ao Ministerio Fiscal.

COMO PROTEXER UNHA PERSOA CON ENFERMIDADE MENTAL DOS DANOS QUE NALGÚN MOMENTO POIDA CAUSAR COMO CONSECUENCIA DA SÚA ENFERMI- DADE

A única forma sería a subscrición dun seguro de responsabilidade civil que cubrise este risco. Na práctica, case non existen porque apenas se demandan e, sobre todo, pola negativa das compañías aseguradoras a subscribilos.



Que aprendemos?

A información sobre os recursos sanitarios, sociais e xudiciais permitirá unha mellora na calidade de vida da persoa con enfermidade mental.

Preguntas para a reflexión

- De que dispositivos sanitarios básicos dispoñemos?
- Que recursos existen na súa comunidade?
- Quen pode solicitar a declaración de incapacitación?
- Quen decide o ingreso hospitalario involuntario?
