

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL PARA PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EMERGENCIAS



Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin fines lucrativos siempre que se nombre la fuente de procedencia.

Ejemplar realizado por AFAENPAL en colaboración con la Fundación Sociosanitaria de CLM

Violeta Parra 7-9, 02640 Almansa

saludmentalalmansa@afaenpal.com

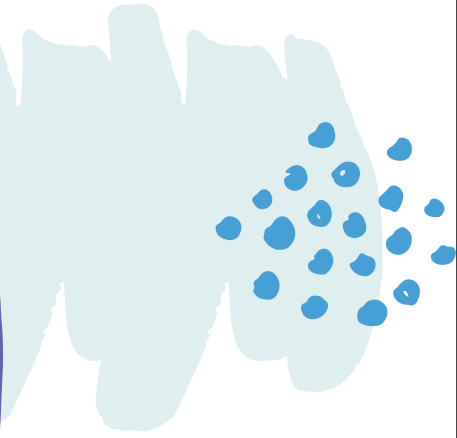
crpslalmansa@yahoo.es

MANUAL
DE
BUENAS
PRÁCTICAS
EN
SALUD MENTAL
PARA
PROFESIONALES
QUE
INTERVIENEN
EN
EMERGENCIAS

“ La salud mental, como parte integral de la salud y del bienestar de las personas, se ve afectada por una serie de determinantes socioeconómicos para los que son necesarias estrategias y actuaciones integrales de promoción, prevención y tratamiento, que promuevan el bienestar y el funcionamiento efectivo de los individuos en la comunidad. ”

(PSM CLM 2018-2025)





CONTENIDOS

- PRESENTACIÓN
- INTRODUCCIÓN
- UNIDAD 1. ACERCAMIENTO A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
- UNIDAD 2. SALUD MENTAL. PRINCIPALES TRASTORNOS .
- UNIDAD 3. SUICIDIO.
- UNIDAD 4. MUJER, SALUD MENTAL Y VIOLENCIA.
- UNIDAD 5. BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN EN UN PROCESO DE INTERVENCIÓN.
- UNIDAD 6. PROTOCOLO DE TRASLADOS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS
- UNIDAD 7. VULNERACIÓN DE DERECHOS.
- UNIDAD 8. LA SALUD MENTAL EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD.
- UNIDAD 9 DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA LA MANCHA.

“LA PEOR PARTE DE TENER UNA ENFERMEDAD MENTAL ES QUE LA GENTE ESPERA QUE TE COMPORTES COMO SI NO LA TUVIERAS”, JOKER.

PRESENTACIÓN

La atención a las personas que tienen algún problema y/o trastorno mental son la prioridad para la Asociación Salud Mental AFAENPAL ,que en colaboración con la Fundación Sociosanitaria de Castilla la Mancha, Federación Salud Mental CLM y Ayuntamiento de Almansa, velan por las necesidades y derechos de este colectivo.

Con este manual, se pretende dotar de una herramienta a los distintos profesionales que intervienen en emergencias para que se acerquen y conozcan al colectivo de personas con problemas de salud mental y sepan cómo relacionarse y abordarlos en el caso de que tengan que intervenir con ellas sin caer en prejuicios y/o estigmas que a lo largo de la historia se les ha atribuido de forma incorrecta y con poca base científica.

Se trata de garantizar una atención de calidad, humana y de respeto hacia los derechos humanos de las personas con trastorno mental grave (TMG) desde una relación y acercamiento basado en buenas prácticas, sobre todo en la comunicación y teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Este manual es una buena vía para difundir esos conocimientos y, a la vez, sensibilizar y/o capacitar a quienes no han tenido hasta el momento un acercamiento a la temática y no sepan cómo relacionarse con aquellas personas que puedan presentar un problema de salud mental.

Queremos realizar una breve aproximación al colectivo así como conocer las consecuencias del estigma asociado e intervenir de forma correcta además de:

- Detectar casos de violencia de género en mujeres con TMG puesto que denuncian menos que el resto de mujeres y se dificulta el que estos casos salgan a la luz.
- Tratar a una persona con problemas de salud y/o enfermedad mental de igual a igual, de forma natural, con respeto y discreción.
- Conocer claves sobre prevención de suicidio, por el alto riesgo que sufre el colectivo.
- Sensibilizar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad contra el estigma y acercarles a las necesidades de las personas con trastorno mental, para conseguir intervenciones más ajustadas.
- Facilitar claves para la adquisición de estrategias y destrezas de intervención ante comportamientos de ciudadanos en los que estén implicados diferentes trastornos mentales.
- Establecer pautas de trabajo para intervenir en una situación de crisis provocada por alguna persona con TMG (Trastorno Mental Grave)
- Conocer las funciones de los Cuerpos de Seguridad, en la colaboración del protocolo de traslado de personas que presentan una enfermedad mental en crisis

INTRODUCCIÓN

Los actos violentos cometidos por personas con problemas de salud mental son un tema que suscita interés en la sociedad por la alarma social generada tras algunos acontecimientos violentos graves (como, por ejemplo, el homicidio de un familiar cometido por un paciente con esquizofrenia) y al miedo asociado con determinadas etiquetas diagnósticas estigmatizadoras (en especial, la esquizofrenia).

No obstante existe una delitología provocada por alguna persona que presenta una enfermedad mental, pero esta es mínima en relación a la casuística general del delito. Pero en la mayoría de los actos violentos son cometidos por personas sin trastornos mentales y eso no se manifiesta.

De hecho, más de un tercio de la población cree que las personas con problemas mentales tienen mayores probabilidades de ser violenta.

Pero lo que realmente no dicen las estadísticas es que entre todos los delincuentes condenados por diversos delitos violentos, solamente el 5% se encuentra afectado por una enfermedad mental grave.

De estos, solamente el 7,5% de los delitos cometidos por personas con un trastorno mental grave están directamente relacionados con alguno de los síntomas de la enfermedad que padecen. Según esto se debe resaltar que la gran mayoría de las personas que tienen algún problema mental no son violentas, agresivas, ni peligrosas.

Se debe ver a las personas con problemas de salud mental como lo que son, personas que necesitan tratamiento y que requieren de nuestra ayuda, no personas a las que debemos temer "MacArthur Violence Risk Assessment Study" (Estudio de Valoración del Riesgo MacArthur)

Es hora de minimizar los estereotipos, el estigma y los prejuicios sociales sin fundamento que ya acompañan a los pacientes psiquiátricos. Con este manual pretendemos dar a conocer las características y manifestaciones de los trastornos mentales más importantes, acercar un poco más la salud mental a todas las fuerzas y organismos del orden como herramienta de apoyo para interactuar con personas que padezcan un problema de salud mental, así como establecer unas "pautas de comunicación" eficaces en situaciones de riesgo.

Al ser las fuerzas y cuerpos de seguridad, además del resto de intervinientes de la emergencia el primer eslabón del proceso, se considera necesaria la toma de contacto con ellos y promover entre éstas una adecuada formación en el tratamiento de personas con problemas de salud mental.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Título I. De los derechos y deberes fundamentales

Artículo 49

1. **Las personas con discapacidad son titulares de los derechos y deberes previstos en este Título en condiciones de libertad e igualdad real y efectiva, sin que pueda producirse discriminación.**
2. **Los poderes públicos realizarán las políticas necesarias para garantizar la plena autonomía personal e inclusión social de las personas con discapacidad. Estas políticas respetarán su libertad de elección y preferencias, y serán adoptadas con la participación de las organizaciones representativas de personas con discapacidad en los términos que establezcan las leyes. Se atenderán particularmente las necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad.**
3. **Se regulará la especial protección de las personas con discapacidad para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes.**
4. **Las personas con discapacidad gozan de la protección prevista en los tratados internacionales ratificados por España que velan por sus derechos."**

UNIDAD 1. ACERCAMIENTO A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

1.1 ¿QUE ES LA SALUD MENTAL?

La OMS define 'salud' como el estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo a la ausencia de afecciones o trastornos.

Esto significa que el concepto de 'salud mental' está relacionado con la promoción del bienestar físico y psíquico, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y recuperación de las personas con problemas de salud mental.

La salud mental es, por tanto, algo que tenemos que cuidar. Prestarle atención será el primer paso para detectar, llegado el caso, un posible problema de estas características y afrontarlo. Desde la Confederación Salud Mental España, se nos indica que tener problemas de salud mental no tiene nada que ver con debilidad de carácter, ni es culpa de la persona. Un problema de salud mental no impide, ni mucho menos, tener una vida plena, conseguir un trabajo, formar una familia o disfrutar de cualquier aspecto de la vida.

Cuando hablamos de personas con problemas de salud mental hablamos de aquellas que tienen sus capacidades psicológicas afectadas y que de alguna manera ven disminuida su capacidad de adaptación al entorno donde viven, lo que les crea un sentimiento de malestar constante.

Algunas de las manifestaciones que generalmente presentan estas personas, son aquellas que afectan a los procesos del razonamiento, comportamiento, las emociones, las relaciones sociales, y alteraciones de la realidad

Todo el mundo pueden padecer un problema de salud mental, sobre todo derivados de la situación pandémica vivida a raíz del covid-19. y cada vez más gente manifiesta problemas como ansiedad, fobias y/o depresión y no se encuentran diagnosticada.

Un problema de salud mental se convierte realmente en una enfermedad mental, cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente y afectan a las actividades de la vida diaria de una persona



1.2 CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Para que aparezca un problema de salud mental debe darse una combinación de factores genéticos, del entorno social y de experiencias vividas.

Algunos factores desencadenantes son:

- Consumo de alcohol y otras drogas
- Abuso de sustancias farmacológicas
- Estrés
- Situaciones de exclusión social
- Situaciones de maltrato, abusos y violencia
- Situaciones sobrevenidas y/o traumáticas (como perder un trabajo, la muerte de un familiar, una separación o un desahucio)

Los problemas de salud mental no suponen ningún impedimento para poder llevar una vida normalizada y estar plenamente integrado en la sociedad siempre que se cuente con los apoyos necesarios.

Una atención individualizada y continua, así como la eliminación de las barreras sociales invisibles (prejuicios, estigma...), son elementos fundamentales para garantizar la igualdad de oportunidades.



1.3 EFECTOS QUE PUEDE EXPERIMENTAR UNA PERSONA ANTE UNA SITUACION DE CRISIS

Las respuestas ante una situación de angustia, estrés o ansiedad que pueda generar una situación problemática y/o de emergencia determinada, pueden ser diferentes según cada persona que la experimente.

Según la Organización Mundial de la Salud, estas respuestas pueden ser las siguientes:

- a. Manifestar algunos síntomas como por ejemplo temblores, dolor de cabeza, sensación de agotamiento, etc
- b. Tener ansiedad
- c. Sentir miedo a lo desconocido temiendo que algo terrible o negativo pueda ocurrirle.
- d. Tener sensación de incertidumbre
- e. Estar en situación de alerta, mostrando desconfianza
- f. Mostrar confusión, tener sensación de irrealidad o aturdimiento
- g. Mantener un discurso alejado de la realidad
- h. No responder cuando se le habla, no hablar en absoluto
- i. Mostrar desorientación tanto física como emocionalmente
- j. Tener sentimientos intensos de culpa y/o vergüenza
- k. Mostrar irritabilidad o enfado



1.4 ¿CÓMO PODEMOS DETECTAR QUE HAY UN PROBLEMA DE SALUD?

Es muy frecuente que a las personas que sufren un problema de salud mental no se les aprecie a simple vista ningún problema de salud. En muchas ocasiones pueden pasar desapercibidas y la única forma de reconocerlas es si presentan o llevan consigo algún tipo de documento acreditativo, aunque esto no es siempre así.

Por ello, es importante tener en cuenta para poder identificarlas:

a) Si la persona tiene documentos acreditativos, podrían ser:

- Documento oficial que acredite el grado de discapacidad (conocido anteriormente como Certificado de Minusvalía). Puede estar emitido por el centro Base (Consejería de Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma) o por el IMSERSO. En este documento se recoge el tipo de discapacidad psíquica o mental
- Tarjeta Acreditativa del grado de Discapacidad
- Informe de facultativo sanitario o social sobre su estado de salud

b) En ausencia de documentos es preciso que prestemos atención a lo siguiente:

- Factores conductuales: dificultades relacionadas con experiencias sensoriales (mirar, escuchar, apreciar estímulos), aplicación del conocimiento (centrar la atención, pensar, tomar decisiones, resolver problemas, etc.), observar su actitud y ver si manifiesta que ve u oye algo que tu no ves.
- Factores de Riesgo: adicciones, carencia de recursos, dificultad para entender lo que está sucediendo y cumplir órdenes, exclusión social, etc.

Los cuerpos de seguridad no van a tener que establecer un diagnóstico en las intervenciones, si no tan solo: RECONOCER EL ESTADO GENERAL DE LA PERSONA. El conocimiento básico de la enfermedad mental nos ayudara profesionalmente en misión preventiva y de colaboración con los servicios de asistencia asistencial



1.5 ¿LOS TRASTORNOS MENTALES CONDUCEN A ACTOS VIOLENTOS?

NO es cierto que las personas con trastornos mentales sean más agresivas ni tengan más probabilidades de cometer actos violentos ni delictivos que las personas sin estos problemas.

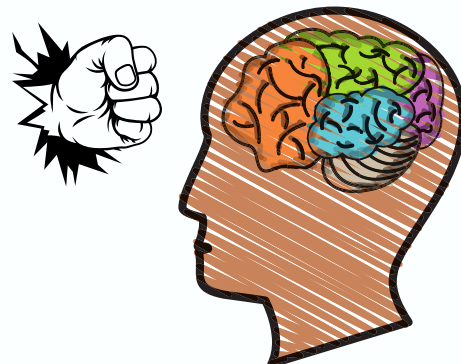
Tampoco que sean peligrosas para la sociedad. De hecho, ocurre en más ocasiones que estas personas sean víctimas de agresiones, malos tratos y abusos que responsables de un acto violento (Loinaz, Echeburúa y Irureta)

Los sucesos esporádicos en que una persona con trastorno mental comete actos de violencia -bien hacia ella misma (incluido el suicidio), bien hacia su entorno familiar o social-, se deben en su inmensa mayoría a que esta persona no recibe ninguna atención ni apoyo o son escasos. En ocasiones. Incluso a pesar de haber realizado esfuerzos por su parte o la de su círculo más próximo por obtener atención sanitaria.

Relacionar los sucesos violentos con los trastornos mentales no sólo es falso en la mayoría de las ocasiones sino que, además, hace que se perpetúe ideas como que las personas con problemas de salud mental son violentas, agresivas y que actúan de forma irracional.

No obstante, hay momentos en las que personas con trastorno mental, sí pueden presentar conductas violentas, no tanto por el problema en sí, sino por acción del consumo de drogas, alcohol, o porque no esté tomando el tratamiento correspondiente y cuando no cuenta con un apoyo familiar y/o social.

NO



UNIDAD 2. LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. PRINCIPALES TRASTORNOS.

2.1 INTRODUCCION

Una persona con problemas de salud mental puede tener comportamientos inaceptables como consecuencia de la desorganización de su conducta y de determinados síntomas como pueden ser delirios y alucinaciones.

Es muy importante tener en cuenta que este tipo de comportamientos en muchos casos son provocados por los propios síntomas del trastorno, siendo inevitable para la persona que lo sufre.

Los signos y síntomas de la enfermedad mental pueden variar según el trastorno, las circunstancias y otros factores. Estos síntomas pueden afectar las emociones, los pensamientos y las conductas.

Algunos ejemplos de los signos y síntomas son los siguientes (Información de Top Doctors):

- Sentimientos de tristeza o desánimo
- Pensamientos confusos o capacidad reducida de concentración
- Preocupaciones o miedos excesivos o sentimientos intensos de culpa
- Altibajos y cambios radicales de humor
- Alejamiento de las amistades y de las actividades
- Cansancio importante, baja energía y problemas de sueño
- Desconexión de la realidad (delirio), paranoia o alucinaciones
- Incapacidad para afrontar los problemas o el estrés de la vida diaria
- Problemas para comprender y relacionar las situaciones y las personas
- Problemas con el uso de alcohol o drogas
- Cambios importantes en los hábitos alimentarios
- Cambios en el deseo sexual
- Exceso de enojo, hostilidad o violencia
- Pensamiento suicida

A veces, los síntomas de un problema de salud mental aparecen como problemas físicos, como dolor de estómago, dolor de espalda, dolores de cabeza u otros dolores y molestias inexplicables

2.2 PRINCIPALES TRASTORNOS

Los efectos de la enfermedad mental pueden ser temporales o duraderos. También es posible sufrir más de un trastorno de salud mental al mismo tiempo.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas.

En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Los trastornos más comunes son:

- TRASTORNO DE PERSONALIDAD, personalidad antisocial
- TRASTORNOS PSICOTICOS: DEMENCIAS, PSICOSIS PRODUCIDAS POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PSICOSIS REACTIVA BREVE, TRASTORNO DELIRANTE, TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO
- TRASTORNO NEUROTICOS: TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEPRESION NEUROTICA, CRISIS DE ANSIEDAD, STRES POSTRAUMATICO



Los trastornos que se definen a continuación vienen recogidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) publicado en Mayo del 2013, y es el utilizado por psiquiatras, psicólogos y demás personal sanitario para diagnosticar, intercambiar y estudiar los problemas y trastornos de la salud mental. También aparecen los códigos CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión), es una clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992.

TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO



Su principal característica es que afectan a la persona emocionalmente y suponen una alteración del humor

Trastorno Bipolar

(DSM - V F31.2 CIE 296.44)

Combina periodos de mucha exaltación (maniacos) con otros de total abatimiento (depresivos).

La duración de cada fase varía en cada persona, y se alteran con otros periodos en los que el estado de ánimo se normaliza y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo.

Trastorno Depresivo Mayor

(DSM - V F33.2 CIE 296.33)

Presentan síntomas como la tristeza, la desesperanza y la inhibición.

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO Y OTROS RELACIONADOS



Su principal características es presentar pensamientos (obsesiones) y rituales (compulsiones) una y otra vez. Estos interfieren con su vida, pero no puede controlarlos ni detenerlos.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

(DSM V F42 CIE 300.3)

Consiste en presentar pensamientos (obsesiones) y rituales (compulsiones) una y otra vez. Estos interfieren con su vida, pero no puede controlarlos ni detenerlos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD



Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Son trastornos en los que predominan el miedo y la inseguridad, y se caracterizan por la anticipación de un futuro peligro o desgracia acompañados de un sentimiento incómodo.

Trastorno de ansiedad generalizada

(DSM-V F41.1 CIE 300.02)

Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

Fobias

Temor a situaciones o cosas que no son peligrosas y que la mayoría de las personas no las encuentran molestas.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRES



Se caracterizan porque implican la exposición a un evento traumático o estresante.

Estrés postraumático

(DSM- V F43.10 CIE 309.81)

Desencadenado por una situación aterradora, ya sea que la persona lo haya experimentado o presenciado. Los síntomas pueden comprender reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables.

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS PSICOTICOS



Son los conocidos como trastornos de separación de la realidad ya que causan un desprendimiento de la misma (delirios)

Esquizofrenia

(DSM- V F20.0 CIE 295.90)

Se caracteriza por experimentar una grave distorsión entre pensamientos y emociones. Es frecuente que oiga o vea cosas que no existen, se aislé de su entorno, descuide su aspecto, sus quehaceres o crea cosas que no son verdad.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



Estos trastornos se caracterizan porque la persona presente una forma de sentir y de comportarse que se aparta mucho de lo socialmente aceptado, como pueden ser conductas violentas, inestabilidad o grandes dificultades para relacionarse.

Trastorno de Personalidad Límite

(DSM-V 301.83 F60.3 CIE 301.83)Se caracteriza por patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables. Estas experiencias interiores a menudo los llevan a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas.

Trastorno Antisocial de la Personalidad

(DSM-V 301.7 (F60.2) CIE 301.7)

Presenta un patrón prolongado de manipulación, explotación o violación de los derechos de otros sin ningún remordimiento. Este comportamiento puede causar problemas en las relaciones o en el trabajo y a menudo es delictivo.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS



Estos incluyen problemas asociados con el abuso del alcohol y las drogas ilegales o legales.

Síntomas

Se caracteriza por cambios en el comportamiento (alteraciones en el apetito o en el sueño, disminución del rendimiento escolar o laboral, falta de motivación...) cambios físicos (perdida o incremento de peso repentino, deterioro en el aspecto físico, temblores...) y cambios sociales (cambio de amigos, problemas legales, necesidad de dinero...)

UNIDAD 3. SUICIDIO

3.1 Creencias

El suicidio es ponerle fin a tu propia vida de forma deliberada. Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar consumir un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir.

A continuación os aclaramos los principales mitos y las realidades en torno al suicidio con las recomendaciones de cómo actuar de la Confederación Salud Mental España.

MITO

Los intentos de suicidio son una llamada de atención

REALIDAD

Los intentos de suicidio son una manifestación del sufrimiento y desesperación que siente la persona.

MITO

Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse puede incitarle a hacerlo

REALIDAD

hablar con la persona con pensamientos suicidas disminuye el riesgo de cometer el acto.

MITO

La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará

REALIDAD

La mayor parte de las personas que han intentado suicidarse anteriormente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.

MITO

La persona que se quiere suicidar no lo dice

REALIDAD

La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones.

MITO

El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa

REALIDAD

Casi siempre existen signos directos o indirectos, verbales o no verbales, que advierten del riesgo suicida.

MITO

El suicidio no se puede prevenir

REALIDAD

Se puede prevenir y por eso es importante aprender a detectar las señales de alerta de riesgo inminente.

MITO

Solo las personas con problemas graves se suicidan

REALIDAD

El suicidio tiene varias causas. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio.

MITO

Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar el efecto llamada

REALIDAD

Para prevenir el suicidio hay que hablar de él.

MITO

Las personas que se suicidan son egoístas o valientes

REALIDAD

La conducta suicida no es valiente ni cobarde, está vinculada a un altísimo grado de sufrimiento de la persona.

La OMS tiene en su web recursos para la prevención del suicidio dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes como los medios de comunicación, profesores, policías y bomberos.

También se puede encontrar información en la web de la Confederación Salud Mental España o en cualquiera de sus Federaciones

TELÉFONOS DE INTERÉS DE AYUDA



91 459 0055

717 003 717

TÓMATE UN MINUTO



CAMBIA UNA VIDA

CUANDO UNA PERSONA SUFRE, MÁS QUE UN CONSEJO, LO QUE BUSCA ES ALGUIEN QUE LA ESCUCHE

La OMS recomienda usar fuentes fiables, evitar el sensacionalismo en el tratamiento informativo de suicidios (especialmente con personas conocidas), no informar detalladamente sobre el método utilizado, hacer referencias a posibles problemas mentales previos, no considerar el suicidio como inexplicable o de forma simplista ni tampoco como un método para lidiar con problemas personales, mencionar el impacto sobre las familias y no glorificar a las víctimas como mártires.

PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la prevención del suicidio. Según la OMS, informar de manera responsable y adecuada es una de las medidas que pueden ayudar a prevenirlo.

PROPUESTAS PARA PERIODISTAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

NO DESCARTES HABLAR SOBRE EL SUICIDIO

Los medios pueden ser aliados en la prevención del suicidio **siempre y cuando elaboren información responsable y adecuada**, siguiendo las recomendaciones de la OMS ("efecto Papageno").



EVITA TRATAR LA INFORMACIÓN DE FORMA SENSACIONALISTA

Especialmente en el caso de las personas famosas que pueden tener más impacto mediático.



APORTA RECURSOS



Menciona siempre los recursos de ayuda disponibles (al igual que haces con la violencia de género), como líneas telefónicas o servicios de salud mental.

NO DESCRIBAS EXPLÍCITAMENTE EL MÉTODO EMPLEADO

Evita los detalles y no publiques fotografías o notas suicidas.

NO DES UNA COBERTURA REPETITIVA

Busca alternativas de artículos o piezas audiovisuales enfocados a la prevención.



CAMBIA EL ENFOQUE

No te limites a hablar de los efectos nocivos del suicidio, da cobertura a las historias de superación y al afrontamiento positivo en circunstancias adversas.

BUSCA FUENTES FIABLES Y OBJETIVAS

Busca fuentes fiables, evita generalizaciones y expresiones como "epidemia de suicidios", y facilita solo la información que sea relevante.



NO SIMPLIFIQUES

presentando el suicidio como algo inexplicable o como una respuesta comprensible ante un problema. El suicidio siempre es explicable. Preséntalo como el fenómeno complejo y multicausal que es.

INCIDE EN LA PREVENCIÓN

Habla sobre los factores de riesgo, como la depresión, y explica que es un problema de salud tratable.

Más información en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>



confederación
SALUD MENTAL
españa

#DíaPrevenciónSuicidio

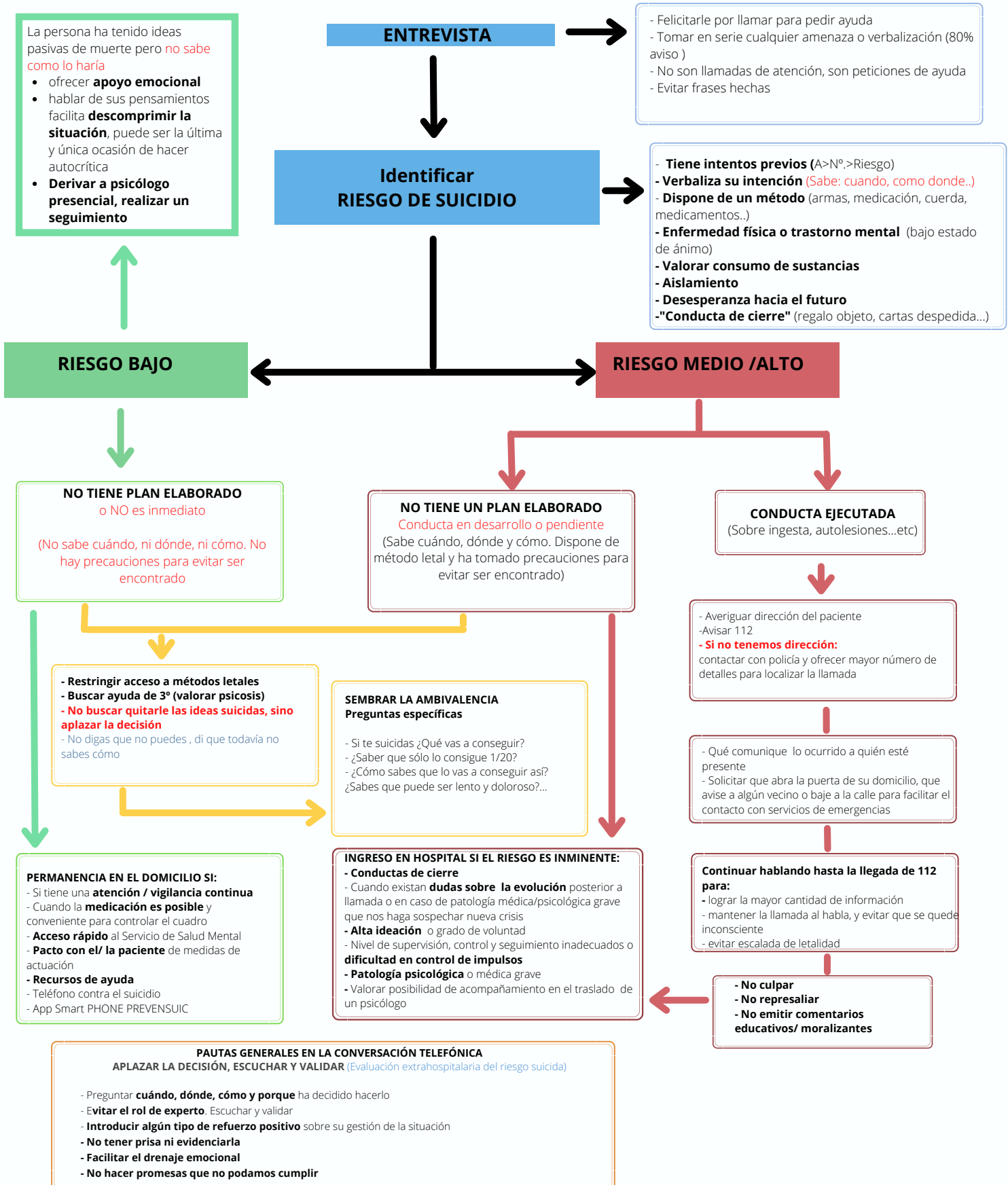
www.consaludmental.org

Síguenos en



Esquema Resumen Protocolo de intervención en conducta suicida Psicólogos Princesa 81

Procedimiento: INTERVENCIÓN CONDUCTA SUICIDA



3.2 Factores de Riesgo

Según la OMS se suicidan de media unas 10 personas al día, siendo la primera causa de muerte entre los jóvenes varones de 15 a 29 años. De los diez suicidas diarios, siete son hombres y tres mujeres. Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado presentan tasas de suicidio que duplican las cifras de la población general.

FACTORES DE RIESGO A LA CONDUCTA SUICIDA		
FACTORES DE RIESGO para la CONDUCTA SUICIDA	Factores individuales	Trastorno mental Factores psicológicos Intentos previos de suicidios Edad Sexo Enfermedad crónica
	Factores familiares y contextuales	Funcionamiento familiar problemático Alta carga suicida familiar Abandono afectivo y desamparo Familia inexistente Violencia GENERO Abuso sexual
	Factores sociales asociados	Tensión social Cambio de posición socio económico Problemas con las redes sociales de apoyo Pérdidas personales Pérdida de empleo Catástrofes Desarraigo Aislamiento Exposición al suicidio de otras personas Violencia DE GÉNERO
	Factores genéticos	En algunos estudios se ha visto que parece haber un factor genético para el suicidio, aunque falta mucho por investigar en esta área

(Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y tto de la Conducta Suicida)

Factores de Protección:

- Alta autoestima
- Red social amplia
- Relaciones estables de pareja
- Creencias religiosas o espirituales

UNIDAD 4. MUJER, SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

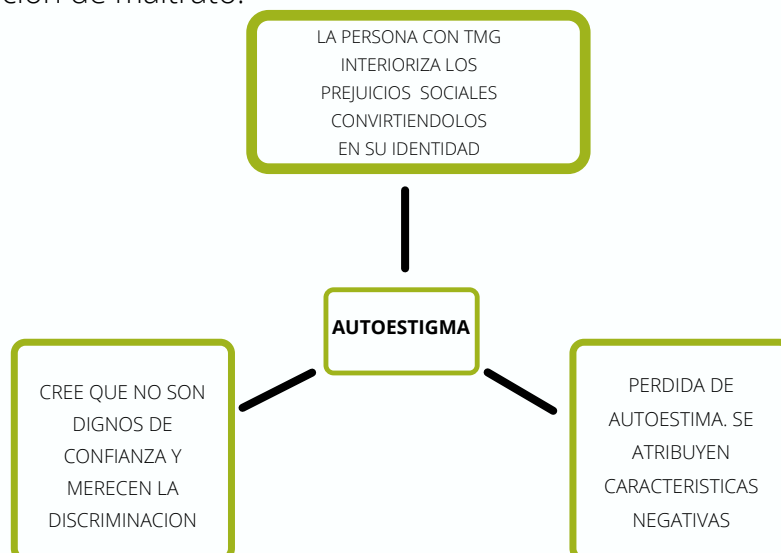
La violencia contra la mujer está reconocida por el Convenio de Estambul de 2011 (el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer) como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación.

El riesgo que tiene una mujer con problemas de salud mental de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres en general. La evidencia está en que el 80% de las mujeres con problemas de salud mental que vive en pareja ha sufrido algún tipo de violencia, por parte de dicha pareja, más de la mitad ha sufrido violencia física, y más del 40% ha sido víctima de violencia sexual a lo largo de su vida. Concretamente, la infancia es la etapa más vulnerable. En esta etapa de la vida, el porcentaje de abuso sexual en niñas es muy elevado, ya que alcanza al 26%. Cuando se dan estas violencias, el 42% reconoce no identificarlas como tales y, a quienes sí las reconocen y las denuncian, no se les da credibilidad. (Datos de Salud Mental España)

Uno de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de este colectivo es el estigma, etiqueta negativa, causante de actitudes y actos discriminatorios de rechazo hacia estas.

A pesar de los pocos datos existentes podemos señalar que las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género en comparación con las mujeres sin diagnóstico de problemas de salud mental.

Por tanto, el trastorno mental lleva implícito un estigma de poca credibilidad que invalida cualquier discurso posterior, incluso se justifica en algunos casos la actitud del maltratador. Esta es una de las causas principales por las que estas mujeres no se atreven a manifestar su situación de maltrato.



4.1 Causas que aumentan la vulnerabilidad de sufrir violencia de género por padecer un trastorno mental:

Para poder detectar esta problemática es necesario trabajar con una actitud de continua alerta, atendiendo a las posibles señales que puedan llevarnos a sospechar que se está produciendo una situación de violencia y/o maltrato.

Es de vital importancia la creación de un vínculo entre el/la policía y la mujer, respetar el ritmo de la misma sin forzarla y así poder obtener información sobre un posible maltrato, de esta forma ayudará a encontrar el momento idóneo para que cuente lo que le está pasando.



UNIDAD 5. BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN EN UN PROCESO DE INTERVENCIÓN

5.1. Recomendaciones

Una persona con un problema de salud mental tiene los mismos derechos que cualquier ciudadano y, por tanto, el trato debe ser de igual a igual, sin discriminación, sin abusar o aprovecharse de su debilidad, considerando que tiene las mismas capacidades para entender lo que se le propone o lo que se requiere de ella.

Las personas con trastorno mental tienen un “muro” que se llama ESTIGMA. El Estigma es una construcción social, una desaprobación social severa de características o creencias personales que son percibidas como contrarias a las normas establecidas.

El estigma es la mayor fuente de discriminación y rechazo social, estigmatizar consiste “en un trato injusto que anula el reconocimiento de su igualdad y que restringe sus derechos”, el estigma tiene consecuencias directas sobre las personas y sus derechos.

De forma general cuando nos tengamos que dirigir a una persona que pueda padecer un trastorno y/o enfermedad mental, debemos tener en cuenta las siguientes pautas de comunicación:

- Emplear tonos neutros y relajados
- Mantener una comunicación clara, sin ambigüedades, evitando confusiones.
- Evitar situaciones que puedan generar estrés, como discusiones o críticas.
- Comenzar tranquilizándonos nosotros mismos en situación de nerviosismo o desconcierto
- No invadir su zona de seguridad.
- Escuchar a las personas y no juzgarlas, estando a su lado aun cuando no se les comprenda o no se esté de acuerdo con ellas y aceptando sus diferencias.
- Obtener información, si conocemos y comprendemos lo que le pasa a la persona la podremos ayudar más y mejor.
- Es muy importante llamar a las personas por su nombre, siempre que esto sea posible.

-Insistir en tener un buen contacto, RAPPORT, para ganarse la confianza de la persona con la que se está teniendo la actuación (gestualidad acompasada). Y se crea, con alguna técnica, como:

- Sonriéndole de forma calmada, mostrando conexión con su emocionalidad.

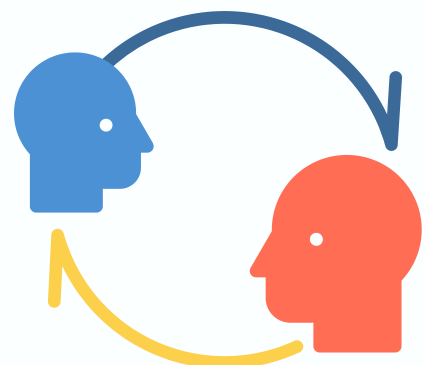
- Inclinar la cabeza levemente hacia la izquierda.

- Sostener su mirada con la tuya desde el respeto.

- Parpadeo más pausado del habitual cuando la persona que tenemos delante habla de algo que le importa (es pasar del parpadeo propio del proceso cognitivo al que se da con más frecuencia en el proceso emocional, esto hace que la Persona que está siendo escuchada sienta que lo que dice también toca a quien le está Escuchando y se siente más comprendido)

Lo habitual es que estas técnicas de rapport salgan de forma natural cuando estamos en contacto con la Persona que está pasando por una situación difícil, pero a veces no nos es posible llegar a conectar por distintos motivos.

Estos pequeños tips y otros de los que ellos ya escriben en el manual pueden servir para mejorar la confianza y la comunicación entre las Personas.



5.2. ¿Cómo debe ser una relación con una persona con problemas de salud mental?

DECÁLOGO DE LAS BUENAS RELACIONES EN SALUD MENTAL (Asociación Salud Mental Afaenpal)

1 SER CLARO Y CONCISO UTILIZANDO UN LENGUAJE SENCILLO	RESPETAR SUS TIEMPOS Y DAR LA POSIBILIDAD DE HABLAR 6
2 NO ANTICIPAR CONCLUSIONES	TENER EN CUENTA LAS NECESIDADES DEL OTRO 7
3 CONTROLAR LAS EMOCIONES	RESPETAR LOS SILENCIOS Y SU ESPACIO VITAL 8
4 NO MANTENER UNA ACTITUD HOSTIL Y/O AGRESIVA	NO ENJUICIAR A LA PERSONA Y EVITAR DISCRIMINACIONES 9
5 NO REALIZAR ACCIONES FÍSICAS AMENAZADORAS	POR ENCIMA DE TODO... RESPETO 10



5.3. Recomendaciones ante una persona con problemas de salud mental que se muestra tranquila

DIRECTRICES:

- Mantener la calma, mostrar comprensión, sin presionar y sin hablar demasiado.
- Observar el lenguaje corporal y facial, incluyendo el contacto visual
- mostrarte con confianza y dejando claro a la persona que nuestra presencia es solo para ayudarla
- Usar un lenguaje sencillo y adaptado a sus características - máxima discreción a la hora de obtener los datos y recopilar la información
- Dirigirse directamente a la persona y no al acompañante si lo llevara
- No sentir miedo ni inseguridad
- Limitar la ayuda a lo imprescindible, procurando que la persona se desenvuelva sola
- En la medida de lo posible, restar componentes de superioridad a la intervención

5.4. Recomendaciones ante una persona con problemas de salud mental que se muestra agitada y/o violenta

DIRECTRICES:

- Evitar el uso de sirenas, luces o cualquier elemento acústico o luminoso. Modo sigilo
- Asegurar la zona, quitando del alcance de la persona elementos que puedan resultar peligrosos mientras llegan los servicios sanitarios
- Usar un lenguaje sencillo, con un tono bajo, suave y pausado
- No mostrar un lenguaje corporal amenazante. Darle su espacio para evitar que se sienta agobiado ante la situación
- Mantener contacto visual mientras se habla con ella en la medida de lo posible
- Evitar hacer afirmaciones amenazantes sobre su futuro

5.5. Recomendaciones ante una persona en situación de descompensación, como alucinaciones visuales o auditivas

DIRECTRICES:

- No criticar ni discutir lo que ve, siente u oye, pero explicarle que no lo percibes
- Mantener tono de voz calmado
- Mostrar empatía e intentar cambiar la conversación a otras temáticas que puedan modificar su foco de atención
- No minimizar sus sensaciones. Eludir frases como por ejemplo "anímate", a muchas personas le pasa", "seguro que no es nada"...
- Mantener contacto visual mientras se habla con ella en la medida de lo posible
- No forzar la situación y dedicarla el tiempo que requiera
- Retirar objetos peligrosos
- Solicitar apoyo sanitario

5.6. Recomendaciones ante una persona con riesgo suicida

DIRECTRICES:

- Dirigirse a la persona por su nombre
- Asegurar la zona y solicitar asistencia médica necesaria
- Usar un lenguaje sencillo y pausado que transmita seguridad y tranquilidad
- Hablar de forma amistosa y razonable, evitando la impulsividad
- Mantener contacto visual mientras se habla con ella en la medida de lo posible
- No minimices sus emociones, intentando crear sentimientos de gratitud y deuda hacia su persona, gestionando si desea algo en ese momento (tabaco, la presencia de un familiar...)
- Retirar objetos peligrosos
- Mantenerse en alerta incluso cuando la persona se muestre sumisa y relajada

5.7. Violencia de género en mujeres con problemas de salud mental

Si hay sospecha:

DIRECTRICES:

- Respetar el ritmo y decisiones de la mujer. No “forzar” la evaluación del maltrato, ser capaz de posponer la entrevista al momento que desee la persona afectada.
- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

Si hay confirmación:

- Se contactará de forma inmediata con el colegio de abogados para que asignen letrado y asista previa a la declaración, durante la misma y en el procedimiento posterior
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- No poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente ni dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: «¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...».
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- NO utilizar una actitud paternalista ni imponer criterios o decisiones

5.8 Intervención policial en crisis

El tiempo de trabajo policial, suele ser: 20% tareas policiales de seguridad, y 80% de tareas de atención asistencial policial

Art 11.1.b. Ley de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Auxiliar y proteger a las personas que se encuentran en situación de peligro por cualquier causa.

El policía debe estar formado en muchos aspectos y no solo en los puramente policiales.

Supuestos intervención policial

1. En el auxilio de servicios sanitarios de atención primaria y de servicios de emergencias médicas, que asisten a una persona con enfermedad mental, tanto en su domicilio, vía pública o en el centro hospitalario en casos de incidencias que pueda suponer un riesgo para el personal sanitario.

2. Cuando la persona con la enfermedad mental está causando un conflicto de alteración del orden público y que conjunto con otros factores puede ser un riesgo para el resto de personas o bienes

3. Hay requerimiento de una autoridad judicial y para auxiliar los servicios sanitarios o servicios sociales en un oficio del juzgado por un ingreso no voluntario en un centro especializado.

1. El soporte al servicio sanitario

Indispensable que la primera intervención sea, el personal sanitario que es el responsable de determinar las acciones a realizar para la correcta asistencia al paciente.

En el supuesto de una grave alteración de la conducta del paciente, los miembros de las fuerzas de seguridad, a requerimiento del personal sanitario, colaboraran en su contención para posibilitar la atención médica adecuada

2. En el caso de desórdenes públicos y delitos

En caso de la alteración o resistencia del paciente provoque la alteración grave con peligro para personas o bienes, se aplicarán las técnicas y habilidades policiales más adecuadas con los principios de proporcionalidad, congruencia y oportunidad, al mismo tiempo que se activan los servicios urgencia sanitarios.

3. En el caso de un oficio del juzgado de ingreso no voluntario

La primera intervención es de los médicos y los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad colaboraran con los servicios sanitarios, valorando que la presencia policial no suponga un aumento de la alteración del enfermo, atenuando la alteración del paciente.

No obstante, en los ingresos involuntarios del paciente se tiene que hacer el esfuerzo para convertirse en voluntario, siempre que se le pueda ofrecer un tiempo de escucha activa y información, de empatía, sí es posible, buscar las alianzas con familiares o personas próximas, con la finalidad de ofrecer una alianza que el traslado involuntario se transforme en voluntario.

Los cuerpos de seguridad tienen que cooperar con los equipos sanitarios. En algunos casos la presencia policial de los cuerpos de seguridad tendrá un efecto disuasorio sobre el paciente que permite la asistencia, en otros casos, el equipo sanitario tendrá que recurrir a la contención activa del paciente, entendiendo a la contención como medida terapéutica y no coercitiva.

Nunca se utilizará un vehículo policial para trasladar a una persona con problemas de salud mental

Actuación en una crisis

Fuente de tensión inusual en la vida de un sujeto, que temporalmente, le incapacita para dirigir su vida de modo adecuado.

Por definición es de carácter limitado y desaparece sin intervención, es necesario intervenir para evitar los efectos devastadores que pueda tener para la persona.

Evolución: tensión-intento de solución-fallo-aumento de tensión-crisis



1. **Objetivos:**

- a. Restablecer el nivel previo de funcionamiento. No es sinónimo de solución definitiva.
- b. Ayudar a dominar futuras dificultades mediante el empleo de mecanismos de afrontamiento más efectivos.

2. **La Triada de Acción Inminente:**

Esta es una técnica que sirve para identificar tres actitudes muy concretas que pueden darse justo antes de que la Persona lleve a cabo un acto hostil hacia otro o hacia sí misma.

1. *La emoción negativa:*

La Persona da señales claras de estar pasando por una emoción que le cuesta sobrellevar.

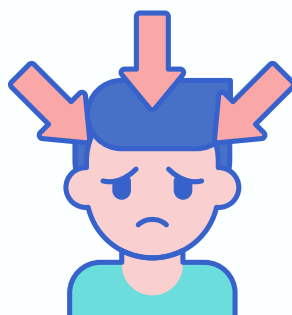
2. *La lógica cerebral:*

Es el paso en el que la Persona entra en "modo espontáneo". Se puede identificar en la gestualidad. La Persona aumenta considerablemente su manejo de la mano izquierda por activación del hemisferio derecho. (Para identificar esto correctamente hay que tener en cuenta dificultades de movilidad de la mano derecha por ocupación o algún otro tipo de incidencia).

3. *El expego:*

El expego es la unión del deseo de expansión del ego. En gestualidad se reconoce cuando se produce mayor apertura de brazos o piernas para ocupar más espacio o se levanta significativamente la barbilla.

La unión de estas tres actitudes corporales denota que la acción hostil es inminente.



3. Modelo orientativo de Intervención

También podemos utilizar el *Modelo de Negociación de Roger Fisher* de la Universidad de Harvard, lo llaman "la escalera de la negociación". La escalera tiene estos pasos:

- Escucha activa: paráfrasis, asentir, resumir...
- Identificación emocional
- Empatía.
- Relación de comunicación.
- Influencia.
- Cambio de conductas.

A. Prepararse para entrar en escena: Antes de llegar al lugar de la crisis, recordar experiencias similares, anticipar situación, plan de acción...

Una vez en el lugar de los hechos OBSERVAR Y NEUTRALIZAR las amenazas hacia la seguridad propia o ajenas: retirar armas, objetos peligrosos, separar los oponentes, colocar a las personas lejos de las ventanas, escaleras, sitios en alto, evitar dar la espalda y saber dónde está el compañero y tenerlo a la vista.

B. Establecer un buen contacto psicológico (Rapport):

Objetivo inmediato: calmar la situación- contención verbal- y reducir tensiones

Impresión de autoridad no hostil. No muy duros, ni demasiado blandos.

Procedimientos:

-Utilizar el modelo de Roger Fisher; mostrar comprensión, postura tranquilizante, expresar confianza, usar la distracción y el humor.

-Si lo anterior falla: repetir y hablar más fuerte, contención física y actuar con más compañeros que intimiden y además esta contención sea menos lesiva al ser más controlada, recordando que la persona tiene memoria y nuestro trato ha de ser muy exquisito

C. Examinar las dimensiones del problema:

- Hay que priorizar la actuación
- Debemos conocer: pasado inmediato, presente y futuro.
- Se trata de brindar apoyo, aunque solo sea la compañía, dejar y favorecer que las personas expresen su problema.

D. Buscar soluciones:

Si se requiere a la policía es porque lo expuesto anteriormente ha fallado y aun así debemos intentar este procedimiento, y por ello nos preguntaremos ¿Qué se desea hacer?, ¿Qué soluciones hay?, ¿Qué alternativas tenemos?

Debemos dejar que nos den sus ideas, porque si las imponemos es posible que fallen, cada caso a veces requiere un tipo individualizado de intervención, aunque generalmente todos tienen el mismo patrón.

E. Acción concreta:

Mortalidad baja: la persona es capaz y no se ha cometido ningún delito: Posición facilitadora

Mortalidad alta: persona incapaz en crisis o cometió delito: Posición directiva (detención, internamiento involuntario.)

F. Seguimiento:

Última fase, comprobar si las medidas adoptadas se han llevado a efecto.

En algunas ocasiones las personas con problemas de salud mental pueden estar bajos los efectos de su tratamiento farmacológico. Recomendamos:

- Adaptar los tiempos a las circunstancias de la persona***
- No forzar situaciones***
- Respetar su discurso***



UNIDAD 6. PROTOCOLO POLICIAL DE TRASLADOS DE PERSONAS CON TMG (INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO)

Posibilidades:

1. Traslado en contra la voluntad de una persona que no ha delinquido: CRITERIO SANITARIO, se comunica al Juez en un plazo de 24 horas

2. Traslado en contra de la voluntad de una persona que ha delinquido: CRITERIO JUDICIAL

El internamiento psiquiátrico será.

1. Voluntario

2. Involuntario: Urgente, No urgente e internamiento Penal

Protocolo de traslados: (Personas a quien va dirigido):

- * Profesionales de medicina de asistencia primaria y/o de urgencia
- * Profesionales especializados (psiquiatra)
- * Personal del Centro de Salud
- * Cuerpos de Seguridad
- * Juzgados de guardia
- * Personal de transporte sanitario
- * Juzgados de 1ª instancia
- * Fiscalía
- * Profesionales de la medicina forense
- * La persona que sufre la enfermedad

Cada uno de estos tienen unas funciones distintas a realizar, que viene determinado en el propio protocolo.

"Hay que procurar que los ingresos sean siempre voluntarios y tratar cada caso de forma individual"



CUERPOS DE SEGURIDAD

Su misión se centra exclusivamente en la contención física posterior a la contención verbal y/o psicológica o farmacológica, en el ámbito de calle, así como el apoyo posterior en el traslado.

Se comunica al juzgado de guardia, en el caso de efectuar una entrada violenta en un domicilio particular.

Contención física:

1. Presencia, en muchos casos disuasoria.

2. Contención humana, un policía por cada miembro y otro más para sujetar la cabeza, lo ideal, porque se hace menos lesiva y ponderada

3. Contención mecánica: Evitar tracciones de gran violencia, si se aplican compresiones liberarlas periódicamente, si pérdida de conciencia, intoxicados ponerle de posición lateral de seguridad.

Custodia y transporte de personas que puedan presentar un trastorno y/o enfermedad mental:

*Actuar de forma discreta, la persona lo agradece luego.

*El /la paciente debe ser el primero/a en subir a la ambulancia, preferible por la parte trasera

*No montarlo en el asiento al lado de la persona que conduzca.

*El /la policía debe ir en el lado opuesto.

*Tener a la mano la defensa y/o Tasser.

*Si da patadas, descalzar a la persona, y evitar mordeduras.

*Al salir de la ambulancia el/la policía sale en primer lugar, sin darla espalda

*Al permanecer de pie junto a la persona hacerlo siempre al lado contrario de la posición de la pistola.

*No abandonar a la persona hasta que alguien del hospital se haga cargo, y nos indique que no somos necesarios ya.

UNIDAD 7. VULNERACIÓN DE DERECHOS

Se entiende que se vulneran nuestros derechos cuando se limita el pleno ejercicio de los mismos reconocidos por la Convención de la ONU.

A menudo, las violaciones de derechos son el resultado de prácticas erróneas o de políticas o leyes que no se han aplicado de forma adecuada.

En otras ocasiones, las violaciones de los derechos humanos ocurren sin ninguna intención de causar daño y sin que exista conciencia. Por ello esta situación de vulneración de derechos se da en muchas esferas de sus vidas, incluida la que se relaciona con la atención que reciben en los servicios de atención a la ciudadanía, servicios públicos en general y de salud en particular, así como en los servicios de apoyo social.

Esta situación se ve agravada por la falta de denuncias ya que:

- En la mayoría de los casos la persona que lo sufre no tiene conciencia de que se están vulnerando sus derechos.
- Existen especiales barreras para acceder a la justicia.
- Carecen de una cultura de denuncia.
- Falta de credibilidad.
- No denuncian para evitar el propio sufrimiento que conlleva recordar esa injusticia.
- A veces la denuncia se percibe como “rebeldía”, “manifestación de síntomas”, “ataque al recurso o a los profesionales”, etc.

“La falta de denuncias hace que exista gran invisibilidad sobre la vulneración de los derechos en salud mental”.

Vulneración de
Derechos en
Relación a la
Violencia de
Género



Barreras que impiden el acceso a los recursos destinados a las mujeres víctimas de violencia de género.

Falta de credibilidad en sus testimonios.

En algunas ocasiones no se actúa para no descompensar (no agravar).

Invisibilidad de los efectos psicológicos de la violencia de género.

Con frecuencia abuso sexual y otro tipo de violencia en lugares de custodia de personas con problemas de salud mental.

Vulneración de
derechos en relación al
SUICIDIO



El suicidio es la primera causa de muerte no natural en nuestro país y se estima que entre el 65% y el 95% de éstos están relacionados con los problemas de salud mental.

Es una vulneración de derechos:

La falta de medidas para prevenir el suicidio

“Es una realidad evitable. “El suicidio se puede prevenir”

Vulneración de
derechos en relación a
las MEDIDAS
COERCITIVAS



Se refiere a aquellas medidas adoptadas con la finalidad de controlar y reducir conductas peligrosas hacia sí mismo o hacia los demás.

Actualmente entre las medidas y tratamientos coercitivos “legales o formales” se incluyen:

Tratamientos involuntarios.

Contención.

Aislamiento terapéutico

Vulneración de derechos en
relación a la INCAPACITACIÓN



La incapacitación jurídica es una vulneración de derechos cuando:

Se abusa de ella.

Se dificulta la posibilidad de revertirla (posibilidad legalmente reconocida que rara vez se contempla).

Vulneración de derechos en
relación a la INCAPACITACIÓN



La incapacidad jurídica es una vulneración de derechos cuando:

Se abusa de ella.

Se dificulta la posibilidad de revertirla
(posibilidad legalmente reconocida que
rara vez se contempla).

Vulneración de derechos en
relación al
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



El Tratamiento farmacológico supone una vulneración de derechos cuando se suministra de manera:

Excesiva: sobre medicación.

Obligatoria, forzosa, sin autorización. No se respeta la autonomía, voluntad y preferencia.

Sin información.

Con el fin de enlentecer, obnubilar para facilitar el trabajo de los profesionales. Contención farmacológica.

Vulneración de derechos en
relación a la SALUD



El estado de salud de las personas con discapacidad psicosocial se ve afectado negativamente por vulneraciones como:

Diagnostic overshadowing: atribución errónea de síntomas físicos a su problema de salud mental. No se realizan las pruebas pertinentes a su dolencia.

Derivación a psiquiatría sin filtros al acudir a urgencias.

No se proporciona información sobre las interacciones con otros medicamentos o sobre efectos secundarios



UNIDAD 8. SALUD MENTAL EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

Actualmente estamos en una dinámica que nos hace que nos enfrentemos a situaciones de ansiedad y estrés, siendo el cuidado de la salud mental fundamental para disfrutar de una buena calidad de vida.


Sin embargo, hay grupos poblacionales que aunque por la naturaleza de sus actividades están más expuestos a situaciones de estrés, pareciera que los efectos que esto pudiera tener en su salud mental están siendo invisibilizados, y poco o nada se está haciendo por brindarles la atención y los cuidados encaminados a la prevención y reducción de dichas afectaciones.

En España las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado están integrados por el Cuerpo Nacional de Policía, que es un instituto armado de naturaleza civil, y la Guardia Civil que es un instituto armado de naturaleza militar, las Policías Autonómicas y las Policías Locales, que dependen de las Comunidades Autónomas y el Ayuntamiento respectivamente (Ley Orgánica 2/1986; Romero & Urra, 2010).

El trabajo que realizan tiende a ser considerado como estresante y peligroso debido a la exposición que se tiene a la confrontación, la violencia y los incidentes traumáticos, incluyendo la posibilidad de ser herido o fallecer (Chen et al. 2006).

Estos grupos de seguridad, que desempeñan un trabajo donde las actividades que realizan están expuestas a altos niveles de activación emocional y fisiológica, se encuentra con que las principales fuentes de estrés a las que se enfrenta son aquellas relacionadas con:

- Zona donde desempeña la actividad
- El puesto de trabajo
- Época del año
- Exposición a episodios estresantes como es la fatiga y el cansancio que afectan al rendimiento, pueden provocar errores y accidentes
- Personalidad de cada individuo
- Depresión
- Hábitos o respuestas de afrontamiento del estrés
- Enfermedad física



Es el momento de cuidar la salud mental de estos colectivos porque cuidar de su salud mental para que puedan ejercer sus labores de la mejor manera, dará lugar a que aumenten los lazos de confianza con la ciudadanía, además de evitar un importante desgaste en el desempeño de sus actividades en sus corporaciones, así como en sus ámbitos familiares, personales, sociales y con su comunidad.

En este marco, Cooper et al. (1996) desarrollaron tres aproximaciones de intervención para el manejo del estrés:

a) Prevención primaria: identificación del estresor y reducción. Modifica o elimina fuentes de estrés inherentes al contexto laboral, debidos a la estructura organizacional o la cultura. Involucra iniciativas de cambio organizacional.

b) Prevención secundaria: entrenamiento en el manejo del estrés. Se basa en que los factores individuales pueden alterar o modificar la forma en que los empleados se exponen a los estresores laborales, y en cómo perciben o reaccionan ante ellos.

c) Prevención terciaria: asesoramiento u orientación en el lugar de trabajo. Provee tratamiento y rehabilitación a policías que han sufrido o sufren actualmente una enfermedad como producto del estrés.

SINDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout o "síndrome del trabajador quemado" hace referencia a la cronificación del estrés laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o "síndrome de estar quemado" o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).

Es un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral en el que el trabajador sufre una pérdida del interés por sus tareas y va desarrollando una reacción psicológica negativa hacia su ocupación laboral. (Ada Health)

¿Cuáles son los principales síntomas del síndrome de burnout? ¿Cómo se puede prevenir?

SÍNDROME DE BURNOUT O DEL DESGASTE PROFESIONAL

¿QUÉ ES?

Es la evolución del estrés laboral hacia un estrés crónico

CAUSAS

- Excesiva carga laboral
- Sueldos bajos
- Poca capacitación en el trabajo
- Pocos incentivos profesionales



SÍNTOMAS

- Cambios en hábitos de sueño y/o apetito
- Agotamiento emocional, ansiedad y depresión
- Falta de concentración
- Fatiga
- Irritabilidad y mal humor

TRATAMIENTO

- Técnicas de Relajación
- Estrategias de control de estrés
- Terapia psicológica

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Identificar situaciones de estrés
- Realizar ejercicio
- Descansar
- Limitar el tiempo de trabajo
- Estilo de vida saludable

UNIDAD 9. DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CASTILLA LA MANCHA

Las puertas de entrada a la red de dispositivos de atención a la Salud Mental son las generales para todo el sistema sanitario: los Equipos de Atención Primaria y los servicios de Urgencias. El eje de la red es la Unidad de Salud Mental, con sus interrelaciones entre el Hospital de Día, la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Media Estancia, según la gravedad y necesidades del paciente.


Si el trastorno es debido a consumo de sustancias, la atención se centra en las nuevas Unidades de Conductas Adictivas (UCA), anteriormente llamadas Equipo de Atención a Drogodependencias (EAD), y que amplía su ámbito de actuación a otras conductas adictivas, no ocasionadas por consumo de sustancias, y que generan dependencia.

Además de los dispositivos asistenciales, la red de atención a la Salud Mental dispone de dispositivos de rehabilitación, cuyo eje son los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) que atienden las necesidades de las personas con problemas de salud mental, tanto en aspectos de integración laboral, residencial, como social, en su entorno más próximo.

Desde el año 2000 la Comunidad de Castilla-La Mancha se propuso dotarse de dispositivos y programas que fueran capaces de dar una atención integral a las personas con enfermedad mental grave.

Durante estos últimos años se ha producido un desarrollo de esta voluntad que se ha plasmado en la actualidad en una red de recursos y programas interconectados que, a pesar de no estar completa, ha supuesto el poder contar con un modelo de atención y con unos dispositivos que son de referencia para la atención de las personas con trastornos mentales graves y sus familiares que aseguren la continuidad de cuidados y los itinerarios personalizados de integración

Hoy, se puede hablar del desarrollo de un modelo de atención global que, desde una perspectiva comunitaria, pretende ofrecer todo el abanico de posibilidades de intervención sobre este colectivo, pero que todavía necesita un mayor desarrollo y estructura, de forma que tome cuerpo dentro de todo el conjunto de actuaciones sanitarias y sociales.



La problemática de estos enfermos genera falta de autonomía personal y social, aislamiento, dificultades de inserción laboral, problemas familiares, etc.

Por ello la organización de una adecuada atención comunitaria a esta población requiere de la actuación complementaria y coordinada de los servicios de salud mental, los servicios sanitarios generales, los servicios sociales y los servicios comunitarios que permita evitar el deterioro y compensar las discapacidades de forma que se asegure para estas personas la mejor calidad de vida posible y la mayor adaptación a su entorno.

Para garantizar estas acciones la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha a través de la Fundación Sociosanitaria junto con otras entidades y Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales ha constituido y desarrollado una red diversificada de programas y servicios dirigidos a tal fin.

(M.S.C. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS)

Dichos programas, como recoge la fundación en sus fines, tienen como objetivo atender a las necesidades psicosociales específicas, posibilitando así el cubrir las necesidades y que dificultan la integración efectiva de este colectivo de personas con enfermedad mental crónica, así como la prevención, la rehabilitación y el apoyo social y laboral de las personas que padecen trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social.

La **VISION** de la **Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha** es:

- Ser un referente nacional en la provisión y gestión de servicios sociosanitarios públicos de alta calidad, eficiente e innovadores.
- Trabajando en coordinación y de forma integrada con los servicios sanitarios y sociales públicos de la Región, y con el entorno para la consecución de nuestra misión.
- Promoviendo la formación y el desarrollo de los profesionales, para garantizar una atención de calidad a nuestros clientes.

Los **VALORES** que caracterizan a la entidad son:

- Cercanía, y trato personalizado a las personas usuarios de nuestros servicios
- Transparencia, en la gestión técnica y económica de los servicios
- Profesionalidad y alta competencia técnica y económica de los servicios.
- Equidad en el trato y prestación de servicios.
- Respeto y defensa de los derechos y dignidad de las personas con problemas de salud mental y/o en riesgo de exclusión social.
- Eficiencia en la gestión de los servicios.
- Excelencia.
- Compromiso con la sociedad.

(Fundación Sociosanitaria de CLM)

La **Asociación Salud Mental Almansa- Afaenpal** pertenece a la **Federación Salud Mental de Castilla la Mancha** que es una entidad sin ánimo de lucro que se constituyó en Toledo el 22 de Julio de 1996 y fue inscrita en el registro General de Asociaciones de Castilla la Mancha el 21 de marzo de 1997 con el número 33.

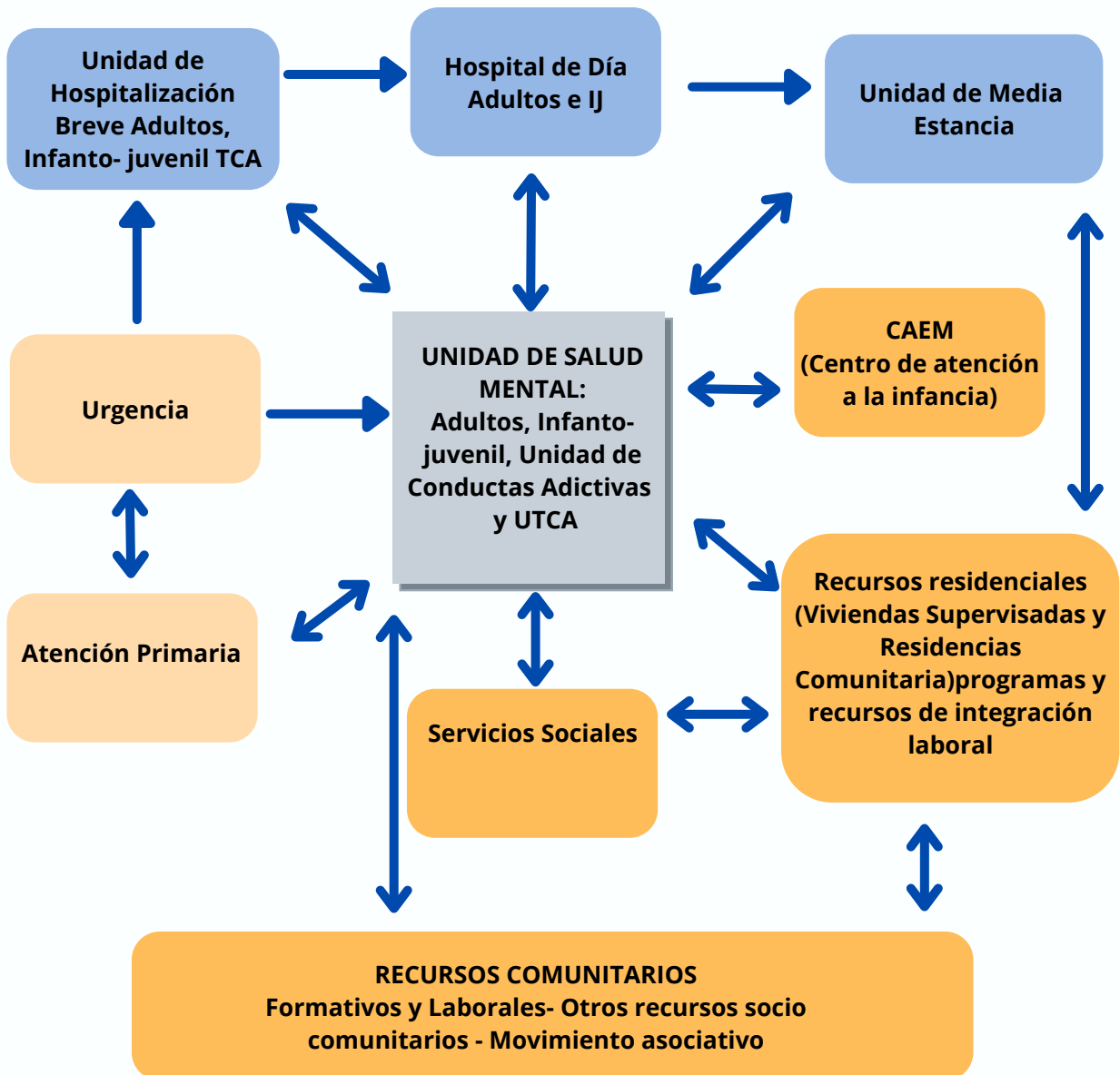
La **misión** de la Federación es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y ejercer la representación regional del movimiento asociativo en salud mental.

La federación en la actualidad está formada por 18 Asociaciones, y un socio colaborador Fundación Familia, que cuentan con 3.766 socios/as (1.976 hombres y 1.970 mujeres), donde prestan sus servicios 240 trabajadores/as (82 hombres y 158 mujeres) y colaboran 160 voluntarios/as (52 hombres y 108 mujeres).

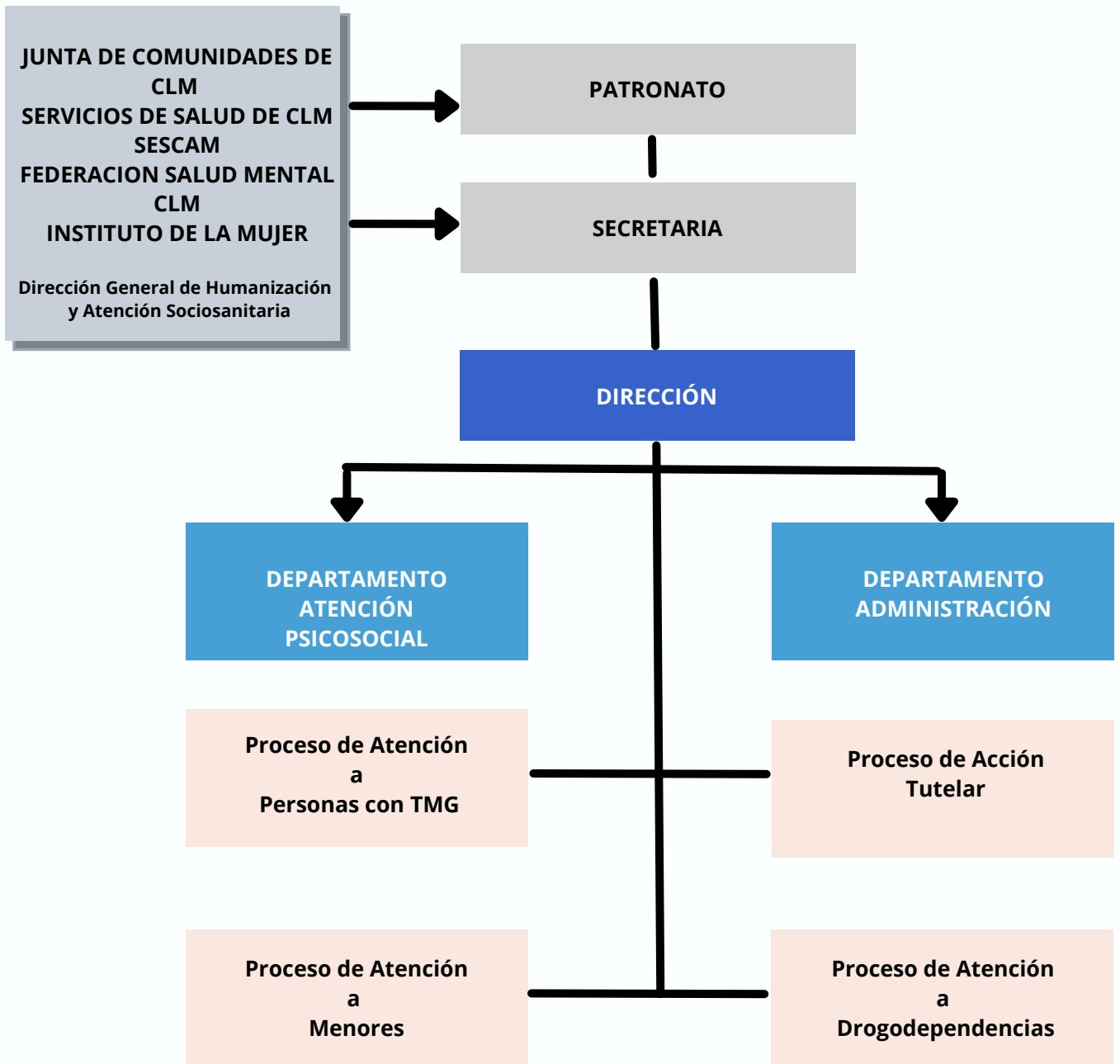
Las asociaciones federadas gestionan los siguientes servicios, dispositivos y programas de salud mental:

- Crpsl (Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral)
- Viviendas supervisadas
- Residencias comunitarias
- Diferentes programas que desarrollan las entidades

Modelo de Red Integral de Recursos y Proveedores de Servicios de Salud Mental en CLM



Organigrama Fundación Sociosanitaria de CLM



DIRECCIONES DE INTERÉS

FUNDACIÓN SOCIO SANITARIA DE CASTILLA - LA MANCHA
Avenida de Francia, 4
TOLEDO
45005
info@fsclm.com
telf. 925 28 10 80 fax. 925 28 11 41

FEDERACION SALUD MENTAL CASTILLA LA MANCHA
Avenida Río Boladiez, 62 LOCAL A
45007. Toledo
925 28 43 60
925 284 376
info@saludmentalclm.com

ASOCIACIÓN SALUD MENTAL ALMANSA - AFAENPAL
C/ Violeta Parra, 7-9
02640 Almansa (Albacete)
967 313 296
saludmentalalmansa@afaenpal.com
administracion@afaenpal.com

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA
C/ Hernández Más, 20-24
28053 Madrid
91 507 92 48
confederacion@consaludmental.org

TELÉFONO DE LA ESPERANZA ALBACETE
C/ Federico García Lorca, 20-1º.
02001 Albacete
967 52 34 34
albacete@telefonodelaesperanza.org

OTRAS DIRECCIONES DE INTERÉS:

CENTRO MUNICIPAL SERVICIOS SOCIALES- AYUNTAMIENTO DE ALMANSA
Calle Nueva, 14,
02640 Almansa, Albacete
967 345 057

HOSPITAL DE ALMANSA
Av. Circunvalación, s/n,
02640 Almansa, Albacete
967 33 95 00

CENTRO DE SALUD DE ALMANSA
Calle San Juan, s/n,
02640 Almansa, Albacete
967 34 19 54

UCA HOSPITAL DE ALMANSA
Avda. Circunvalación, s/n
967 339 500

SERVICIO DE EMERGENCIAS DE CASTILLA LA MANCHA
112

DOCUMENTACIÓN Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Esta guía no pretende ser perfecta, ni está concebida para obtener ningún beneficio económico. Nuestra intención es únicamente la de ofrecer una herramienta de información para todas las personas y profesionales de emergencias que quieran acercarse al mundo de la salud mental.

Gracias a todas las personas que han colaborado, miembros del grupo H-POLICIA e instituciones públicas que han hecho posible este manual.

Gracias también a todas esas personas, grupos, organizaciones y asociaciones que ponen sus conocimientos a manos de toda la sociedad a través de la red, sin ellos no se podría haber realizado este proyecto. A continuación os dejamos algunas referencias de donde hemos sacado información para nuestra guía y donde podéis ampliar vuestros conocimientos.

- Constitución Española, 1978. Título 1 de los Derechos y Deberes Fundamentales
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025
- La Declaración Universal de los Derechos humanos, de 10 de diciembre de 1948
- Declaración de Luxor (1989), de 17 de enero de 1989
- El Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa, de 10 de febrero de 2000, sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de Las personas con trastorno mental
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de 13 de diciembre de 2006,
- Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, y de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha
- Guías y Documentación de la Confederación Salud Mental España
- "Guía de Buenas Prácticas en el acceso y atención a las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español". Alter Civites y Fundación Sanitas en colaboración con CERMI
- Fiscalía General del estado, Fundación Aequitas, Manual de Buenas Prácticas del Ministerio Fiscal en la Protección de las Personas con Discapacidad . Madrid , Marzo 2011
- M.S.C. Instituto de Información Sanitaria Subcomisión de Sistemas de Información del SNS
- La Conducta Suicida: "Información para pacientes, familiares y allegados" Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS:avalía- t Nº 2010/02.
- Algunas especificidades en torno a la conducta suicida . Dr. Pedro Antonio Hernández Soto y Dr. Reinaldo Enrique Villarreal Casatell
- GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. Francisco González Aguado, Juan C. González Cases, M.ª Luisa López Gironés, Cristina Polo Usaola y Margarita Rullas Trincado
- Guía de Actuación en el Ámbito de Salud Mental y Drogodependencia en Violencia de Género. Depósito legal: Mu196-2019
- Ley Orgánica 2/1986; Romero & Urra, 2010
- ESTUDIOS Cooper et al. (1996)
- "Enfermedad Mental" Artículo de MAYO CLINIC 998-2021 Mayo Foundation for Medical Education and Research
- GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA en Violencia de Género
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- LORENTE, M. (2006). Suicidio y violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- Convenio del Consejo de Europa sobre la Prevención y Lucha Contra la Violencia contra la Mujeres y Violencia Doméstica. Convenio de Estambul
- Ley orgánica 1/2004 del 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
- Real decreto del 9/2018 de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado para la Violencia de Género
- LEY 1/96 de Asistencia Jurídica Gratuita
- Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad



**MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL PARA
PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EMERGENCIAS**

COLABORA:

