

ELENA RODRÍGUEZ SEOANE

**CONOCER
LA ENFERMEDAD
MENTAL**

**(Salud Mental para el siglo XXI:
Cuidar, Rehabilitar e Integrar)**



ÍNDICE

Prólogo	XI
Presentación: las razones de este libro	XV
Agradecimientos	XIX

PARTE I

ABORDAJE A LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

1. Observación	3
2. Presencia	7
3. Elementos a tener en cuenta, para una mejor comunicación con las personas que padecen una enfermedad mental	9
4. Tipos de acompañamiento básicos, según edad y patología	11
5. Relación de ayuda	19
6. Cuidados e higiene personal	23
7. Alimentación	25
8. Toma de medicación	29
9. Situaciones de agresividad o agitación	33
10. El suicidio	35
11. Organización de actividades. Pacientes de especial dificultad	39
12. Cuidarse para poder evitar la “contaminación”	41

PARTE II

PATOLOGÍAS Y CUIDADOS ESPECÍFICOS

13. La Salud Mental	47
14. Concepto del enfermar mental	49
15. Origen de la enfermedad mental	55
16. Prevención de la enfermedad mental	59
17. Factores determinantes para una buena salud mental en la línea de Kaplan	63

18. El proceso de la enfermedad mental	65
19. Ansiedad generalizada	69
20. Crisis de angustia, también llamada “ataque de pánico”	71
21. La ansiedad anticipatoria	75
22. El estrés: diferencias con la ansiedad y origen del estrés	77
23. Tratamiento farmacológico de los trastornos por ansiedad	81
24. Filosofía de atención en salud mental	83
25. Trastornos neuróticos	85
26. Trastornos de la conducta alimentaria	123
27. Trastornos por adicción	135
28. Personalidades psicopáticas	177
29. Trastorno límite de la personalidad (TLP) o trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	183
30. Psicosis I (Esquizofrenias)	187
31. Psicosis II. (Trastornos afectivos del humor o del estado de ánimo) (Psicosis paranoide)	203
32. Demencias	217
33. Algunos comentarios desde la enfermería psiquiátrica	259
34. Urgencias psiquiátricas	261
35. Las fugas de las personas con enfermedad mental	275
36. A modo de conclusión (segunda parte)	277

PARTE III

RECURSOS PARA REHABILITAR E INTEGRAR

37. Acerca de la parte tercera	281
38. Descripción general de los principales recursos actuales para el tratamiento de la enfermedad mental	285
39. Dispositivos y recursos de carácter social	307
40. La Rehabilitación en salud mental y algunos de sus programas ...	309

PARTE IV

ASPECTOS LEGALES DE LA SALUD MENTAL Y LEY DE DEPENDENCIA

41. Aspectos legales	367
42. Imputabilidad	369
43. Medidas de seguridad	371

44. La medida de internamiento	373
45. Capacidad e incapacidad	375
46. Figuras de guarda	379
47. Tipos de internamiento o ingreso	381
48. Responsabilidad legal del personal asistencial	383
49. La ley de Dependencia	385
50. Reflexiones finales	391

PARTE V ANEXOS

I. Considerandos para la declaración de los derechos humanos y de la Salud mental	395
II. Declaración de los derechos humanos y de la salud mental	397
III. Clasificación de los trastornos mentales del CIE-10	399
IV. Glosario	411
V. Escala HoNos.	417
VI. HoNos. Resumen de las Instrucciones de puntuación. Glosario de la hoja de puntuación	423
VII. HoNos. Hoja de puntuación.	429
VIII. Estructura de la escala HoNos	431
IX. Organizaciones internacionales especializadas en salud mental	433
X. Direcciones de asociaciones de familiares de personas con Enfermedad mental	435
XI. Campaña contra el estigma y la discriminación.	443
BIBLIOGRAFÍA	445

PRÓLOGO

Gran parte de la Historia de la Psicología se ha dedicado a conseguir conocimientos y herramientas de diagnóstico tratamiento, demasiadas en mi opinión, con el fin de establecer verdades globales, conclusiones generales, cuerpos teóricos de leyes universales.

La ciencia psicológica, por tanto, ha aspirado, y sigue aspirando, a que unos seres humanos, supuestamente cualificados, consigan conocimientos determinantes sobre otros seres humanos, fundamentándose, sobre todo, en las fuentes de la experimentación, que es el camino impuesto por la psicología académica oficial. Un experimento, para llegar a ser intelectualmente convincente, e incluso, estéticamente agradable, debe, por tanto, estar bien proyectado siguiendo los patrones canónicos del Método Científico.

Sin embargo, nuestra desgracia consiste en que, llevados de esos afanes científico-académicos, hemos concebido a ser humano total –y no únicamente algunos aspectos parciales de su conducta– como objeto de estudio, como un “caso”, o como una simple “variable” estadística de cada clasificación psicopatológica. Y ello ha sido llevado hasta tal extremo, que el valor del mismo método científico experimental se ha vuelto cada vez más discutible.

La mente y la afectividad humanas, son tan complejas en su riqueza, que el grado de conocimiento adquirido a través del experimento, únicamente, y siempre de modo provisional, llega a esclarecer algunas características simples de su naturaleza. Por todo eso, yo pienso que si de verdad queremos comprender al ser humano en toda su globalidad, no existe otro camino que el de acudir al sendero socrático de conocerse a sí mismo, que es el método más antiguo para abordar el fenómeno humano: conocerse a uno mismo, con el fin de conocer al otro.

De ahí que un conocimiento precario de uno mismo, implica también un conocimiento precario del otro. En tal sentido, ya Erich Fromm señalaba que la psicología, en tanto que herramienta del conocimiento humano, es un saber precario. La psicología, venía a decir este despierto psicólogo, sigue el sendero metodológico de la negación: la psicología, puede decirnos cómo no es el otro, desenmascarando “lo” que oculta su conducta externa–que no es poco–, pero no logra alcanzar el núcleo del otro, se queda en la superficie, en la antesala. Y para atravesar esa antesala, se hace imprescindible el amor, que es la capacidad empática de ponerme en el lugar del otro sintiendo los latidos del otro, las angustias del otro, los delirios y las neurosis del otro. La empatía es una forma de amar, una energía interior que me impele a escuchar al otro, a ponerme en su lugar, a acompañarle y a ayudarle en su sufrimiento.

El conocimiento humano es, por tanto co-implicante: abarca al otro y me abarca a mí: conociendo y comprendiendo, me conozco a mí mismo y comprendo al otro.

Ayudando al otro, me ayudo a mí mismo. El verdadero conocimiento psicológico surge precisamente de la fusión con el otro. Una fusión, que, a causa de su naturaleza radicalmente amorosa, también es inteligente: fusión no equivale a confusión.

En mi vida he tenido la suerte de poder trabajar junto a profesionales que, en su quehacer diario, proyectaban sobre sus pacientes esa actitud realmente amorosa que acabo de describir. La autora de este trabajo es una de ellas. Sin embargo, tal disposición de entrañabilidad, aunque básica y fundamental en el quehacer de la psicología, hay que añadir que se muestra insuficiente. El amor no basta; solo es un punto de partida. Por eso el profesional de la llamada salud mental –apelación adjetiva algo simple, a mi entender, sabe que, si de verdad pretende ayudar al otro, no le queda otro camino que el de personalizar sus conocimientos teóricos. Aún más: deberá establecer con todo lujo de detalles los modos, medios, utensilios y circunstancias que favorezcan el “aterrijaje” o, como dice Elena Rodríguez, el “abordaje” adaptativo al grupo concreto de cada enfermedad, el adecuado a la personalidad genuina de cada ser humano. El profesional de la llamada salud mental cifrará su eficacia en la medida en que se sepa transcender, hacer descender y relativizar en cada persona el marco teórico que previamente la ha clasificado en una determinada taxonomía convencional. Se ha dicho que no hay enfermedades sino enfermos, pero yo diría más: detrás de cada ser humano bautizado como “enfermo” hay una esencia, un ser esencial. Somos seres esenciales envueltos en un ropaje existencial que, debido a causas, bien orgánicas o bien psicológicas, la historia de cada sujeto ha decidido que este muestre en su conducta perfiles conflictivos que colisionan con la siempre convencional normalidad.

El buen psicólogo no es otro que aquel que ha educado su modo de mirar de tal manera, que ha llegado a ser capaz de sentir y de ver que en cada individuo lo que en él hay de sujeto, o la capacidad que posee para despertar a su posibilidad de llegar a ser persona. Por esa razón, es importante que el acompañante llegue a superar el habitual adjetivo clasificador, y cosificador, de “caso”, tan frecuente en los profesionales de la llamada salud mental, para lograr alcanzar el de “sujeto”, el de “persona”; persona histórica y concreta; poseedora de una modulación genuina y única en su modo –siempre accidental–de estar conflictivo.

Lo que algunos tenemos claro, es que para llegar a una percepción del acontecer psicopatológico de ese calibre, se requiere, además, que el acompañante del sujeto enfermo, posea, así mismo, la madurez humana y la amplitud de miras exigible para semejante cometido. Nadie que esté dormido puede despertar a otro.

Por todo ello, yo pienso que el trabajo de Elena Rodríguez es importante: facilita el paso del acercamiento, que es tanto como agilizar el paso hacia la comprensión. La autora da un salto dialéctico hacia esa comunicación y empatía, arriba aludidas, a través de eficaces pautas técnicas de gran utilidad para asistentes sociales, psicoterapeutas, enfermeros, médicos, y psiquiatras, ofreciéndoles la posibilidad de aproximarse al ser humano enfermo no tanto como individuo o “caso” sino como sujeto, como ser esencial.

El texto de Elena Rodríguez, por todo ello, elimina la inseguridad del acompañante principiante, facilitándole recursos prácticos que alivian su inicial comprensible torpeza, sobre todo a la hora de acompañar al enfermo psicótico.

Este trabajo está hecho por y para la práctica. Su lenguaje es descaradamente directo, y pleno en su clara espontaneidad. Por todo eso, yo creo que es un texto que, además de ser leído debe ser oído. Entiendo que esta última afirmación puede quizá confundir a quien no conozca a Elena Rodríguez. Yo juego con esa ventaja. Leí su trabajo igual que quien se asoma a un partido de fútbol televisado en diferido: sabiendo el resultado de antemano. De ahí que cuando me senté y puse mis ojos ante su manuscrito, no solo me limité a ver, a leer, sino, fundamentalmente, a actualizar la sana alucinación de oír. Efectivamente, cada párrafo de este trabajo me resonaba y recordaba el tiempo en que, para mi suerte, disfruté con la conversación y la compañía profesional de su autora.

El trabajo de Elena, insisto de nuevo, es un buen libro no solo para ser leído, sino también para “ser oído”. Me explicaré. Este libro es un material inédito excelente, que, en virtud de la experiencia de su autora, debe orientarse como manual facilitador, como un vehículo complementario del gran saber y experiencia de Elena Rodríguez a la hora de acompañar al enfermo. Un libro para ser oído, sí, en uno de esos maravillosos cursillos que solo ella sabe impartir, pues solamente así la palabra traducirá el tono, la temperatura y la empatía de la rica fuente de experiencia y sensibilidad de alguien que, siguiendo su propia autodefinición, “nació para ser enfermera”.

Rafael Redondo Barba
Profesor Titular de Psicología de
la Universidad Del País Vasco

PRESENTACIÓN

LAS RAZONES DE ESTE LIBRO

Antes de indicar cuáles son los temas de los que trata cada capítulo, deseo explicar algunas razones por las cuales me animé a escribir mis experiencias en un libro.

En primer lugar, por la necesidad de información que demandan las gentes normales y algunos estudiantes, profesionales o familiares. Mi experiencia pudiera ser de utilidad a mis compañeros y/o a aquellos futuros profesionales que se animen a trabajar en esta profesión a la que yo tanto amo. Es un trabajo duro; además, el paro, la marginación, las culturas diversas, el estrés, los distintos tipos de vida, las exigencias laborales, el consumo de tóxicos, la ausencia de algunos valores... han hecho que los trastornos de la salud mental aumenten de forma alarmante en nuestra comunidad.

Por otro lado, hay que desmitificar el concepto de la enfermedad mental, y destigmatizar a la persona que la padece, acercándola a sus entornos sociales, sea con sus trastornos leves o graves; una persona con un trastorno mental bien tratado, que siga escrupulosamente su tratamiento farmacológico, puede resultar mucho más inofensiva que cualquier individuo desconocido que nos encontremos en la calle; quiero aportar una reflexión: nadie estamos exentos de padecer algún trastorno, por leve que sea y no por ello menos doloroso, en algún momento de nuestra vida.

Se intenta así mismo orientar al profesional joven y neófito sobre el manejo de las situaciones problemáticas, sus cuidados y los recursos de los que estas personas disponen en su entorno, a los que se puede recurrir. Ofrezco algunas pautas de experiencia, conjugando el saber con la práctica diaria junto al paciente psiquiátrico.

Del mismo modo, se pretende ayudar y orientar a los familiares que tienen algún enfermo entre ellos; en estas páginas se hallan pautas para cuidarlos en aquellas realidades y situaciones que les resultan difíciles de manejar: que sepan qué hacer y puedan afrontar mejor su realidad.

¿Cómo podemos hacerlo? Aquí se procurará explicar la manera en la que se manifiestan las enfermedades más comunes. Se indicarán sus características, diferentes comportamientos propios de la enfermedad, los problemas de relación que pudieran tener, las pautas para el acompañamiento, la relación de ayuda que se pueda establecer y las actitudes a adoptar en cada caso del mismo modo que sus cuidados. Se trata de mostrar herramientas de trabajo, escalas, criterios operativos y planes de intervención personalizados junto a aspectos legales relacionados con la enfermedad mental, fundamentalmente con el paciente mental grave y crónico.

La figura del enfermero es fundamental en la atención de los trastornos mentales porque los cuidados generalmente han sido administrados por la enfermería; el

profesional sanitario es la figura que va a permitir el control riguroso de la administración de fármacos, pudiendo establecer protocolos de investigación y dar pautas de enfermería doméstica a los enfermos y a sus allegados, por la formación que le es propia. La OMS anunciaba ya en el siglo pasado que la Salud Mental iba a ser el mayor problema de salud del siglo XXI.

Así pues, este manual divulgativo está basado en la observación sistemática y en la experiencia que he acumulado durante 27 años de trabajo reflexivo en el hospital psiquiátrico de Zamudio (Bizkaia), así como en la creación y dirección de enfermería del Hospital de Día de la fundación Argía; también en la creación de unos pisos tutelados para enfermos psiquiátricos crónicos en Bizkaia (pertenecientes a la misma Fundación) —de los que fui responsable en sus inicios durante tres años—. Complemento la experiencia propia con una Bibliografía abundante en la que el lector hallará autores cuyas reflexiones y teorías tanto me ayudaron a mí.

La *primera parte* realiza un acercamiento al mundo cotidiano de la figura de la persona con serios problemas de salud mental hospitalizada. Lo hace de una manera sencilla; sin profundizar demasiado en las patologías más frecuentes según los diferentes estadios de la vida, dejando su estudio en mayor profundidad para la *parte segunda*.

Este capítulo presta atención especial al concepto de la ayuda al enfermo, tema difícil y complicado, haciendo hincapié en la observación, en el abordaje, y en el acompañamiento, así como en las dificultades que surgen cotidianamente en el trato con estos pacientes en la comunicación, en su cuidado personal, en la toma de medicación, la agresividad, los intentos de suicidio...

La *segunda parte* explica el Concepto de Salud Mental; su prevención, el concepto de enfermedad y la filosofía de atención a las enfermedades en general. Además, comenta aquellos factores que pueden influir para que una persona enferme.

Fundamentalmente, se centra en los trastornos o enfermedades mentales y sus características, según diferentes autores. Aporta cuidados de enfermería para cada trastorno en particular, explicándolos de una manera sencilla con el objetivo de orientar a los familiares, amigos o gente en general que vaya a trabajar en este campo.

En esta parte, explico los trastornos mentales, porque conociéndolos con sus características, cobran sentido, se comprenden mejor los cuidados que se han de aplicar y los porqués de estos cuidados a los enfermos. Y porque una vez que se “comprende una situación” por lo menos se sabe qué hacer y qué no hacer. Aunque simplemente, a veces, ello suponga la aceptación de lo que no podemos cambiar.

Muchas veces, cuando los profesionales de la salud empezamos, nos ceñimos a lo estrictamente teórico, olvidando que la persona enferma es un ser diferente, único e irrepetible. Por ello, la Psicosis —así como otras enfermedades mentales—, está sujeta a diferentes variables que no tienen que ver directamente con la enfermedad, pero que sí les afecta claramente. Como por ejemplo, la personalidad del sujeto, su cultura, su nivel sociocultural e intelectual, así como sus experiencias vitales. Por tanto, no todas las patologías afectan de la misma manera a todas las personas. Del mismo modo que no se suelen dar de una forma pura, sino que van asociadas a otros trastornos (lo que recibe el nombre de “patología dual”).

Con este libro se pretende que el lector comprenda más al enfermo, perdiendo el miedo pero no el respeto a la enfermedad mental. Así, comprendiendo y reconociendo lo propio de la enfermedad y de lo que es ajeno a esta pero que le complementa, las intervenciones que se lleven a cabo serán más eficaces y terapéuticas en cada caso.

A destacar que no siempre surgen, por arte de magia, las formas de abordaje que se desarrollan en estas páginas; no existen formulas mágicas. Por lo que cada profesional —cada familiar de enfermo, en su caso— deberá utilizar su sentido común y aplicar los remedios que mejor resultado les den, según el paciente a tratar.

La *tercera parte*, presenta el recorrido de los distintos recursos que están al alcance de los enfermos mentales, pensados para los pacientes con enfermedades mentales severas, que se han “cronificado”; los casos menores —fobias, trastornos por ansiedad, depresiones reactivas, etc.— se tratan protocolariamente en las consultas ambulatorias, centros de Salud Mental o privadas o similares y no precisan de rehabilitación, como los psicóticos.

Los recursos de los que pueden disponer los enfermos mentales o sus familiares se dan a conocer para que tanto unos como otros puedan optar a ellos si los necesitan y se consideran los adecuados para cada caso. Se incluye la descripción de cada recurso, así como algunos de los programas involucrados, y las diferentes funciones de los profesionales —integrantes del equipo terapéutico— que los van a llevar a cabo. Presenta diferentes técnicas para la rehabilitación y reinserción social de los pacientes mentales crónicos.

La *cuarta parte*, hace referencia a la legislación en relación con la enfermedad mental y a la ley de dependencia.

El libro se acompaña de un anexo, que contiene un *glosario*, para facilitar la comprensión de la terminología técnica, un resumen en relación con los trastornos mentales del CIE-10, (que es la forma en la que actualmente se clasifican las enfermedades mentales), y otros datos de interés para el lector.

Espero que a través de su lectura, quienes realicen la dura tarea del acompañamiento, asistencia y cuidado a los enfermos mentales adquieran una mayor comprensión de lo que son estas enfermedades; que se produzca un mayor acercamiento entre paciente y sociedad. Por ello me he esforzado en hacerlo en un lenguaje claro y adaptado, que llegue a cualquier persona en particular, bien sea profesional, un familiar, un enfermo, un amigo, un voluntario o quienquiera con interés en este campo.

Si este libro puede ayudar de alguna manera a alguien, me sentiré satisfecha.

Elena M^a Rodríguez Seoane

AGRADECIMIENTOS

A mi hija Itziar Font Rodríguez (pedagoga) por tu apoyo, cariño y ayuda en momentos difíciles para las dos y por tus aportaciones en el apartado “Programas de estimulación cognitiva” de la Tercera parte del libro.

A María Mira Herreros (socióloga) e Inmaculada de Zayas Mariategui (pedagoga y trabajadora social), que incansables habéis estado a mi lado estos años, animándome cuando desfallecía.

A Rafael Redondo Barba, (psicólogo y sociólogo), persona de calidad humana indescriptible, incansable estudioso del alma, me animaste a ello y me haces el honor de presentar este libro.

A Guillermo González Roa, (psiquiatra del hospital de Zamudio), por tus sabios consejos desde la labor hospitalaria y de hospital de día y la abundante bibliografía que me proporcionaste.

A Rodrigo González-Pinto, (psiquiatra), por tus acertados matices y consejos, desde tu amplia experiencia en la red de Osakidetza y ahora en tu consulta, que han sido de un gran valor para mi.

A Jesús García Bravo, psiquiatra del hospital de Zamudio, profesor de mi especialidad de psiquiatría, por su respeto al paciente y a la enfermedad y por su gran humanidad y sentido de la ética que dejaba traslucir en sus clases, y que fueron determinantes para mi en la forma de sentir y trabajar en la salud mental.

Al doctor Martínez Lage (ya jubilado) del Departamento de Neurología de la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Navarra. Por su gentileza al cederme el póster, “Demencia Frontotemporal y Enfermedad de Alzheimer: Estudio de entidades definidas y diferentes de Demencia cortical”, para incluir sus datos en este libro.

Al Profesor Gonzalo Piédrola Angulo, Catedrático de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, (actualmente jubilado) y Presidente del Instituto de Academias de Andalucía, por su amabilidad al aportarme generosa documentación sobre los priones y la demencia de Jacob Creutzfeldt y encefalopatía esponjiforme.

A mi buen amigo Javier del Vigo Palencia, (profesor, historiador y escritor), que has corregido el estilo literario, y que no sé como agradecerle tu precisión e insomnio, en momentos de gran trabajo para ti.

A mis compañeros Jaione Mendizabal Ruiz, Agurne Yarza Agirregomezkorta, José Manuel Alcalde Miguel y Carmen Zuazúa Albistegipor sus sugerencias en los trastornos límite de la personalidad.

A Mikel Zárata Soloeta (trabajador social), por tu orientación en los asuntos sociales del paciente y búsqueda de empleo para personas con trastornos mentales.

A Ana Uriarte García ex-monitora de dinamización del Servicio de Rehabilitación del hospital Psiquiátrico de Zamudio.

A todos mis compañeros del Hospital de Día de Barakaldo, por vuestra amabilidad, consejo y atenciones, durante mi visita a vuestro hospital de día. Y en general a mis compañeros del Hospital de Zamudio y servicio de rehabilitación, de quien y con quienes he aprendido mucho.

Ángeles Pérez Ansorena, bibliotecaria (ya jubilada), del Hospital de Zamudio, por su asesoramiento y consejos.

A Amaia Arbaiza, coordinadora de FEDEAFES y a M^a José Cano Mesías, asesora jurídica y actualmente gerente de la Federación de Asociaciones de familiares y personas con Enfermedad Mental de Euskadi.

A la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), especialmente a Pablo Fernández de Sevilla.

A Begoñe Ariño Jackson (ex-presidenta de la confederación europea de asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental) por sus precisas orientaciones.

A la Fundación Tutelar Beroa de Álava, especialmente a Mónica Fernández por las direcciones aportadas, de otras fundaciones de curatela y tutela pública y privada del territorio nacional.

A la Fundación Tutelar Gorabide-Futubide, especialmente a su gerente Mikel Barron por su orientaciones.

A Rafael Armesto, abogado de Futubide Fundación Tutelar, asesor jurídico, por tu ayuda y tu buena disponibilidad.

A Alberto Hidalgo Cerezo, abogado, por tus puntualizaciones y generosidad en las revisiones de última hora.

A Paco Bermejo, del equipo de valoración de dependencia de Médicos de Bizkaia. (Colegio de Médicos de Bizkaia), por sus actualizaciones de la ley de dependencia.

A M^a Jesús FernándezGonzález, por tu acompañamiento y cariño durante estos años.

A Gloria García-Merás y a Ramón Gamoneda, de San Feliz de Trevias (Asturias) en cuya casa me alojé durante el verano del 2006, para escribir, por el interés que demostrasteis por el libro y el cariño y la atención con la que me tratasteis.

A Josune García Falcés, autora del “motivo de portada” del libro.

A todos mis amigos y personas que me gustaría nombrar pero no puedo, por la lista interminable que sería, y que han estado de alguna manera a mi lado en esta aventura.

Y finalmente, a los enfermos y familias que han pasado por allí, gracias por lo que me han enseñado, por la oportunidad que me han dado para ser mejor profesional. De ellos francamente, he aprendido mucho.

I

**ABORDAJE A LA PERSONA
CON ENFERMEDAD MENTAL**

OBSERVACIÓN

En la relación con las personas afectadas por la enfermedad mental hay que mantenerles en la esperanza y motivarles con aquello que les haga sentirse bien, distraerse, que les haga sentirse felices. Entre otras cosas, para que no estén dando vueltas constantemente en su cabeza a su patología. Porque los enfermos mentales, salvo los muy deteriorados, no manifiestan permanentemente su locura y hay que “saber leer entre líneas”.

¿Qué es esto? Simplemente, hay que saber cuándo lo que nos dicen tiene un gran peso de verdad y realidad y cuándo no. Por supuesto, sin que ello nos arrastre, angustiándonos o deprimiéndonos ante las manifestaciones del enfermo o sus constantes cambios de ánimo.

No hay que olvidar que muchos de estas personas son muy inteligentes y que la observación va a ser recíproca. Observan cómo reaccionamos ante lo que dicen, qué cara ponemos, cuál es la expresión de nuestros ojos. Y es que intentan desesperadamente salir de su situación y buscan en su acompañante y en la institución algo sólido, inamovible, que les sirva de referencia frente a su caos interno.

El profesional sanitario, el familiar, estamos ahí y a la vez que estamos, OBSERVAMOS. Esto es importante. Analizar el aspecto personal del paciente. Si se presenta desaliñado o sucio y despeinado, con barba de varios días o por el contrario limpio, arreglado, cuidado y con buen aspecto en general. Cómo es la expresión de su cara, su mirada, la contractura muscular, su forma de andar, cómo se relaciona con lo que le rodea y con los demás.

No es lo mismo una mirada perpleja o perdida que una recelosa, con odio, rabia, desdeñosa, alegre, triste, brillante o apagada.

Ni tampoco quieren decir lo mismo unas manos, por ejemplo, apoyadas sobre la mesa de forma relajada, abiertas, que otras escondidas y con los puños cerrados y apretados.

Ni una expresión tranquila frente a otra con contractura en la mandíbula o algún tic que nos dé idea de la tensión emocional del enfermo; o un rictus serio frente a otro alegre, contraído, relajado o con expresión de amargura; ni tiene la misma lectura una forma de caminar ligera y suelta que otra torpe y como pesada.

Estas observaciones, que en una persona con salud equilibrada nos dicen mucho, cobran más importancia aún en aquella que padece una enfermedad mental, ya que pueden estar relacionadas con su delirio o trastorno y nos darán una pista de su estado emocional.

Conviene observar su necesidad de aislamiento o si admite un acercamiento emocional más o menos próximo. Su capacidad de moverse fuera del centro (si estuviera ingresado) en diferentes situaciones y si es capaz de realizar sus gestiones.

A la hora de relacionarse con el paciente, a veces, un saludo acompañado de una sonrisa puede ser suficiente. Si no colabora, es mejor no insistir y mantenerse presente, pero distante.

Nuestra insistencia puede ser vivida como una invasión a su intimidad. El corazón y las ganas de ayudar no bastan. Hay que situarse frente a él, observándole desde su propio contexto, a vista de pájaro, sin entrar en su dinámica, percibiéndole sin vivir su “yo”. Pues si nos dejamos arrastrar por su angustia o emociones no le serviremos de nada.

Otras veces, para la persona enferma –que no siempre busca nuestra ayuda–, no somos más que un receptor; lo único que él desea es saber que alguien le escucha en silencio, acompañándole sin manifestarse.

Deberemos ser ese receptor y escucharemos sin hablar (a menos que nos lo pida) o pasaremos a su lado en silencio, si procediera el paseo. Si el enfermo estuviese bloqueado, por lo menos, sentirá que no está solo; que hay alguien, afuera, deseando ayudarlo. Importa que el enfermo sepa que estamos ahí con él, de forma incondicional por y para él.

Ejemplo

Aún recuerdo a un paciente: no había forma de abordarle. Ni podíamos comunicarnos con él. Las tentativas habían sido numerosas, pero fallidas. Solía dar paseos solo y aislado de todos; no permitía un acercamiento físico inferior a metro y medio. Un buen día, decidí acompañarle sin hablar, en paralelo y a distancia; a la tercera vuelta al patio dijo: “*Gracias señora, ya no es necesario*”. Fue la primera vez que habló; habían pasado tres meses desde su ingreso en el hospital. El equipo de salud aprovechó la oportunidad y –a partir de entonces, poco a poco–, a veces sin respuesta por su parte, pero sin desánimo por la nuestra, se pudo entablar una ligera y breve comunicación con él.

La siguiente posibilidad de acercamiento la obtuvimos cuando vino a visitarle su padre, un anciano de 86 años; sabíamos de las dificultades tanto físicas como geográficas que tenía para venir a ver al hijo, por lo que permitimos que lo visitara fuera del horario establecido, ofreciéndole un café en la sala de visitas. Este detalle conmocionó al paciente, quien conocía la normativa de horarios. Su agradecimiento favoreció aún más la comunicación con él, posibilitando una relación terapéutica más eficaz en adelante.

En el supuesto de que no haya habido contacto, se comunicará al equipo (en el caso que el acompañamiento se haga dentro de un dispositivo institucional) y también se hablará de todo aquello que se haya apreciado a través del monólogo, actitudes y expresiones del enfermo.

A veces, en lugar de abordar nosotros, nos abordan en un cacareo ininteligible. Son las menos. La actitud a seguir es intentar frenar al enfermo, traerlo a la realidad de algo en concreto, (en el sentido de ubicarlo), ordenar la situación e imponerse, si es necesario.

Si el enfermo lo admite, la broma, una vez creada una confianza mutua, es muy saludable; desdramatiza la situación, siempre que no esté totalmente fuera de la realidad o invadida por una idea delirante. No se debe olvidar, en estos casos, que

“su realidad” es la de su delirio y que sería inútil intentar traerlo a la nuestra, pudiendo agitarse más. Por ello, se observará si acepta la broma, si la continúa, su respuesta a la broma...

A la hora de trabajar con este tipo de personas, hay que tener en cuenta que la mejor ayuda que se les puede prestar es enseñarles a valerse por sí mismos. Es decir, que aunque sean capaces de realizar sus tareas o actividades en nuestra presencia, (al principio, aquellos que lo requieran, orientados o dirigidos e incluso ayudados), lo verdaderamente importante es que realicen sus tareas por iniciativa propia, ya en el medio hospitalario, ya en el propio domicilio.

A recordar, como *Regla de Oro*, lo siguiente: “*No hay que hacer nada por el enfermo que el enfermo pueda hacer por sí mismo*”.

La labor del cuidador o/y del acompañante terapéutico debe ser la de poner al paciente en el camino de resolver sus conflictos más básicos; en actitud de encontrar sus propias soluciones. Orientándole con preguntas que le ayuden a estructurar su mente, a ordenarse, a afirmarse en sí mismo. Por ejemplo: “*¿Qué harías para solucionar esto que te molesta o disgusta?*”, “*Realmente, ¿crees que sería lo mejor?*”, “*¿Por qué lo crees?*”, “*¿Qué pasos darías para solucionarlo?*”, “*¿Por qué?*”, “*¿Tienes alguna duda de que realmente sería lo mejor?*”, “*¿Qué crees que puede pasar si actúas de esta o aquella manera?*”, “*¿Estás dispuesto a hacerlo?*”

Es importantísimo observar cómo se desenvuelve el en sus dificultades para resolver problemas, tomando buena nota de ellas, para buscar otros caminos que le lleven a los objetivos deseados y saber frenar y reconducir la situación si la persona se angustia.

Si se le dice todo, no se le deja pensar. Si se le hace todo, nunca se sabrá si es capaz de hacerlo él solo. Y mucho cuidado ante el “sobrepoteccionismo”; o lo que es lo mismo, con aquello de “más vale hacerlo que mandarlo”, ya que solo contribuye a invalidar aún más a la persona y a bajar su nivel de autoestima.

PRESENCIA

Se basa en la observación y reflexión de las conductas de los pacientes y en cómo se relacionan con su medio y se enfrentan a sus problemas. El profesional de la salud o el familiar más implicado acompaña a la persona afectada en el propio domicilio familiar o en la residencia o en el alojamiento institucional, en estrecho contacto con su centro de referencia y su familia si la hubiera. La presencia puede ser:

- *Activa*: en ella, deben de estar presentes el acompañamiento y la escucha del afectado, la orientación cuando lo requiera, la estimulación de sus logros y aptitudes, su actitud positiva.

Habrán ocasiones en las que será preciso colocarle en situaciones de cierta dificultad para ver cómo se maneja y cómo resuelve los problemas. Siempre junto a él de una manera prudente y moderada. *Por ejemplo*, –y siempre que haya existido un previo aprendizaje–, enviándole a un recado, o al banco, o en la propia casa pidiéndole que prepare un plato determinado para comer.

- *Pasiva*: en ella, se seguirá a distancia a la persona, con una vigilancia discreta, que no le resulte angustiosa; manteniendo en todo momento una actitud de cercanía.

Desde esa distancia, observaremos su manera de relacionarse, su grado de adaptación a los grupos terapéuticos o a las normas hospitalarias; su grado de interés por según qué cosas, para poder estimularle o distraerle en los momentos que sea necesario; y se aplicará lo que ya se comentaba en el Capítulo 1.

