Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

ANEXO 1:
GUIA DE USO INTERNO PARA LA DETECCION DE SEÑALES QUE PUDIERAN AYUDAR A IDENTIFICAR EL PADECIMIENTO DE UN TRASTORNO MENTAL GRAVE

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION INTERINSTITUCIONAL EN EL ABORDAJE Y PREVENCION DE SITUACIONES DE RIESGO RELACIONADAS CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL EN BILBAO

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO

Por el Ayuntamiento de Bilbao:

-Goizalde Arrieta Echeita. *Trabajadora Social. Jefa de Sección de Acción Social de Base.*
-Jose María Duque Carro. *Trabajador Social. Jefe de Sección de Inclusión y urgencias sociales.*

Por la Delegación Territorial de Salud de Bizkaia:
-Luis Casado de Dios. *Inspector Médico. Coordinador Territorial Sociosanitario.*

Por Atención Primaria de la O.S.I. Bilbao-Basurto:
-Carmen Cairo Rojas. *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.Unidad de Gestión Sanitaria.*

Por el Servicio de Psiquiatría de la O.S.I. Bilbao-Basurto:
-Miguel Angel González Torres. *Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría.*
-Sonia Bustamante Madariaga. *Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría.*

Por la Red de Salud Mental de Bizkaia:
-Marian Larrinaga Vélez. *Trabajadora Social. Coordinadora de T. Social.*
-José Juan Uriarte Uriarte. *Psiquiatra. Jefe de Unidad de Gestión Clínica.*
-Luis Pacheco Yáñez. *Psiquiatra. Jefe de Servicio de la Comarca Bilbao.*

Invitados:

-Guillermo Portero Lazcano. *Médico-forense y Psicólogo. Jefe del Servicio de la Clínica Médico Forense de Bilbao. Instituto Vasco de Medicina Legal.*
-Ana Abásolo Tellería. *Médico-forense. Clínica Médico Forense de Bilbao. Instituto Vasco de Medicina Legal.*

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

ABREVIATURAS UTILIZADAS

A.P.: Atención Primaria

CAPV: Comunidad Autónoma del País Vasco

CAP: Centro de Atención Primaria

CSM: Centro de Salud Mental de la RSMB

DCP: Datos de Carácter Personal

DTS: Delegación Territorial de Salud de Bizkaia

H/HH: Hospital/Hospitales

JUAP: Jefe de Unidad de Atención Primaria

MAP: Médico de Atención Primaria

OSI: Organización Sanitaria Integrada.

RSMB: Red de Salud Mental de Bizkaia

SS: Servicio/s Sociales

TMG: Trastorno Mental Grave

T. S.: Trabajadora/dor Social

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

Agradecimiento

La elaboración de este documento tiene mucho que agradecer a otros trabajos previos desarrollados en la misma línea y en nuestra Comunidad Autónoma, destacando, entre otros, los protocolos de coordinación sociosanitaria establecidos en Gipuzkoa por los diversos agentes implicados, entre los que sobresalen los referidos a los municipios de Zarautz (2008), Lasarte-Oria (2011) y Donostia-San Sebastián (2012), cuyo acceso nos ha sido facilitado amablemente por la Dirección de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa y que han servido de modelo al presente trabajo.

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

11. BIBLIOGRAFIA

- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
- Ararteko. "Informe extraordinario. Atención Sociosanitaria". Abril 2007.
- Ley de Servicios Sociales de la CAPV 12/2008.

- Osakidetza. Comarca Gipuzkoa y Ayuntamiento de Donostia. Departamento de Bienestar Social. "Protocolos de Coordinación de Atención Primaria Social y Sanitaria". Diciembre 2006.

- Osakidetza. Comarca Gipuzkoa Ekialde-Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y Ayuntamiento de Zarautz. "Coordinación para la Atención Sociosanitaria Comunitaria o en el Entorno" Mayo 2008.

- Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad y Consumo y Osakidetza. Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico y la Violencia Sexual contra las Mujeres. 2008.

- Departamento de Sanidad y Consumo. "Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi 2010.

- Consejo Territorial Sociosanitario de Gipuzkoa. "Plan Operativo Sociosanitario 2010-2012" Diciembre de 2010.

-Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Documento Marco para la Elaboración de las Directrices de la Atención Sociosanitaria en la CAP. Febrero de 2011.

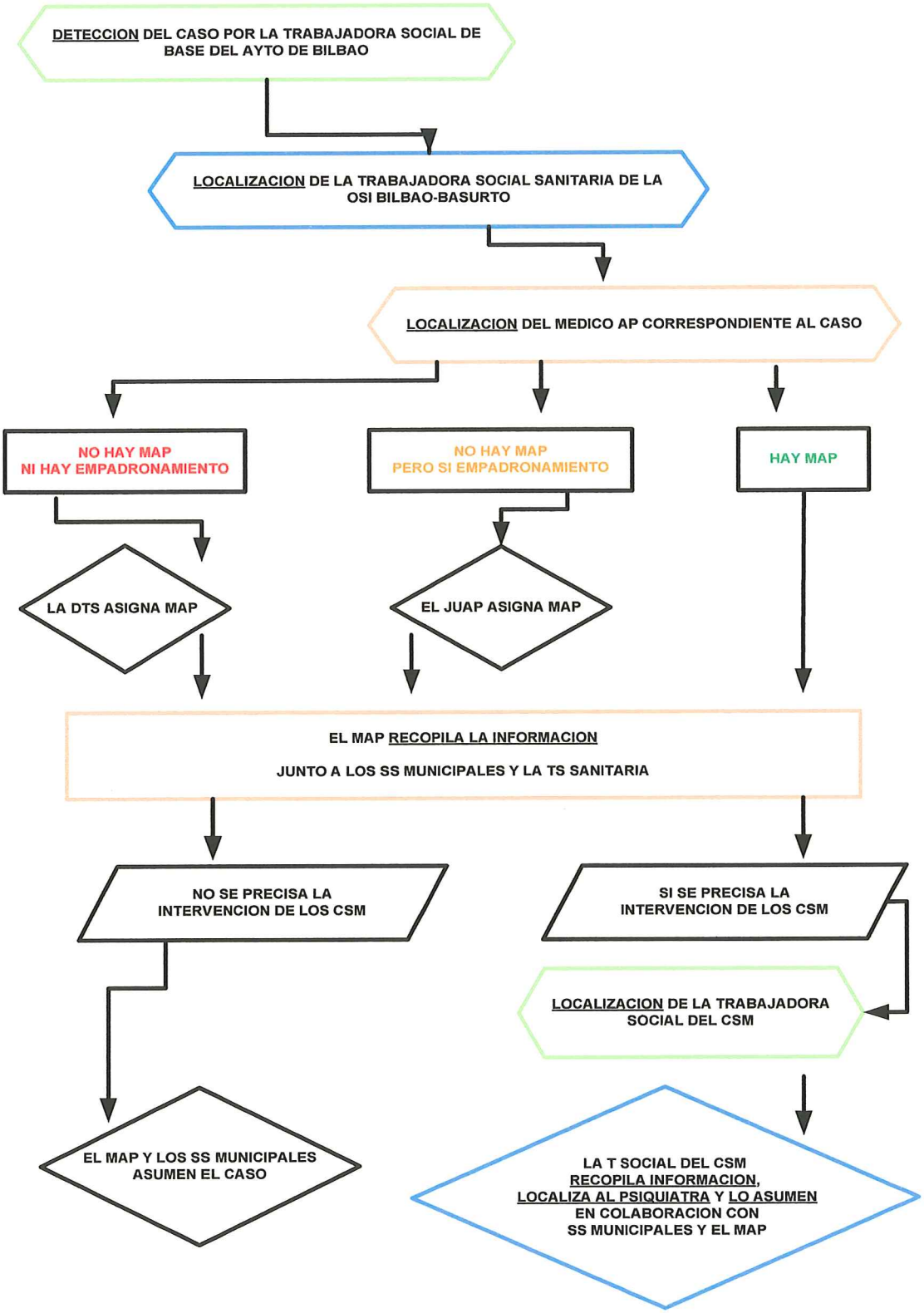
- Osakidetza. Comarca Gipuzkoa Ekialde-Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa-Dirección Territorial de Sanidad y Consumo de Gipuzkoa y Municipio Ayuntamiento de Lasarte-Oria. "Protocolo de Coordinación Sociosanitaria del de lasarte-Oria" Septiembre de 2011.

- Osakidetza. Comarca Gipuzkoa-Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa-Dirección Territorial de Sanidad y Consumo de Gipuzkoa-Hospital Universitario Donostia y Ayuntamiento de Donostia. "Protocolo de Coordinación Sociosanitaria Donostia-San Sebastian". Julio de 2012.

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

12.- FIGURA



Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

1. JUSTIFICACION

El propósito de esta Guía es servir de orientación a los servicios sociales del Ayuntamiento de Bilbao, en las situaciones en las que se sospeche el padecimiento de un Trastorno Mental Grave (TMG) en una persona.

Pero no es ninguna guía de diagnóstico clínico; ni mucho menos debe servir para "etiquetar" a una persona de una patología mental concreta, cuando dicho sujeto esté inmerso en un proceso judicial. Para las actividades relacionadas con la actividad clínica y/o jurídica ya existen sistemas en nuestra comunidad perfectamente regulados y a ellos deben dirigirse si se precisase.

El texto pretende, simple y llanamente que, cuando una trabajadora social del Ayuntamiento de Bilbao repare en que la conducta de un sujeto pudiera ser compatible con el padecimiento de un TMG, dicha trabajadora pueda disponer de un instrumento de ayuda, de cara a reunir más elementos de juicio respecto al supuesto TMG. Es decir, básicamente pretendemos ofrecer una información, con los menores tecnicismos posibles, que ayude a las trabajadoras sociales referidas a un mejor manejo de los TMG.

Todo ello, con la enorme prudencia y contextualización que supone este intento de ayuda, ya que la interpretación errónea de lo que implica la patología mental grave no hace – en muchas ocasiones – más que incrementar los prejuicios y perjuicios contra las personas que pudieran estar afectas de los mismos.

2. CONCEPTOS GENERALES

En Medicina, suele entenderse por **signo** una manifestación "objetivable" que sea consecuencia de una enfermedad y que se hace evidente en un enfermo mediante el examen psicofísico del mismo. Un signo clínico es un elemento clave que el médico puede percibir en un examen físico, en contraposición a los **síntomas** que son los elementos subjetivos, percibidos sólo por el paciente. Un ejemplo de "signo" sería la fiebre y un ejemplo de "síntoma" sería la sensación de cansancio que la misma suele conllevar.

Por otro lado, un **síndrome** es un cuadro clínico consistente en un conjunto de síntomas y signos, que se presentan en las **enfermedades** y que por sus características posee cierta identidad. Es decir, un grupo significativo de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma y con variadas causas o etiología. El síndrome prácticamente siempre es plurietiológico porque casi todas las manifestaciones semiológicas pueden ser producidas por diversas causas. Un síndrome depresivo, por ejemplo, puede estar causado tanto por un problema tiroideo subyacente, como por un déficit de hierro, como ser de causa desconocida, pero los síntomas y síndromes suelen ser similares en los tres casos.

En Psiquiatría no disponemos de casi ningún signo y en los pocos casos en que podrían existir, nunca son específicos de un síndrome concreto. Lo que más observaremos en los pacientes - de acuerdo a las definiciones previas - son "síntomas", que los propios pacientes explican desde su subjetividad. Sin embargo, sin llegar a un sometimiento extremo a la cuestión de la "especifidad", podríamos decir que ciertos síntomas agrupados, si suelen ser de presentación "típica" en varios síndromes. De esta manera y para los TMG, podemos hablar de "síndrome delirante", "síndrome maniforme", etc.,

3. EL TMG Y SUS SINDROMES PRINCIPALES

Los síntomas más habituales en el TMG son las denominadas "alucinaciones", los "delirios" y lo que denominamos "comportamientos "bizarros". La agrupación sindrómica de estos síntomas es lo que suele denominarse síndrome "psicótico". Estas alteraciones son de tal gravedad que la presencia de alguno de estos síntomas, - aunque sea por separado, sin unirse a los demás,- suele bastar, en la práctica, para tener una sospecha fundada del padecimiento de un "síndrome psicótico" (que es uno de los principales TMG) en el sujeto observado. Evidentemente, esto no siempre es así, en el cien por cien de los casos, pero – a efectos prácticos – si suele ser lo habitual.

Más complicado y sobre todo poco práctico, a efectos de esta Guía, resulta la agrupación de los síndromes psicóticos para la diferenciación de los clásicos

trastornos mentales graves de la Psiquiatría, como pudieran ser las denominadas "Esquizofrenias", "Trastorno bipolar", "Trastornos delirantes o paranoias", etc. Por eso, nos centraremos fundamentalmente en los síndromes psicóticos y su explicación.

3.1. Las alucinaciones.

Técnicamente se definen como "percepción" sin objeto. Se pueden presentar en relación a cualquier órgano de los sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato, denominándose entonces como "visuales", "auditivas", "táctiles", "gustativas" y "olfativas". En la alucinación no existe ningún objeto real, pero el sujeto percibe un objeto como si fuera real. Por ejemplo, en una habitación vacía, el sujeto ve un elefante. Las alucinaciones más comunes en los TMG son la auditivas y en menor grado, las visuales. Las de otro tipo son mucho menos frecuentes.

Alucinaciones comunes son aquellas en las que el sujeto expresa situaciones similares a las siguientes:

-"Estoy oyendo voces...dos personas hablan entre sí...me ordenan que haga cosas..."

-"Por la noche veo una persona en mi habitación que se mete en mi cama...."

-"Me salen enanos por la nariz cuando me sueno..."

-"Los bichos corren por mi brazo...salen por debajo de la piel...son negros y pequeños..."

-"Cuando paso por debajo de esa puerta me dan descargas eléctricas..."

Hay que diferenciar las alucinaciones de las **ilusiones**, que vendrían a ser - por decirlo de una manera gráfica - como las "primas hermanas" de las alucinaciones, pero no revisten la gravedad de estas, produciéndose en muchas situaciones de normalidad psíquica. Las ilusiones son percepciones deformadas, gestándose con los rasgos que la fantasía atribuye a un objeto real, pero que precisan un estimulo sensorial para desencadenarse. Es decir, el

objeto existe, aunque se deforme. Un ejemplo sería ver una nube en el cielo con la forma de un elefante.

3.2. Los delirios

Se denomina idea delirante a toda idea "*errónea*" que además *sobreviene por una vía patológica* y que resulta *imposible rebatir mediante la argumentación lógica* (2). Es decir, no basta con que sea una idea equivocada, sino que esta idea haya sobrevenido por vía patológica.

Por ejemplo, previamente al viaje de JS Elcano, pensar que el mundo era plano no era un delirio, ya que no se conocía que el mundo era redondo. Probablemente no lo sería tampoco, en el caso de que lo pensase un sujeto que no tiene estudios y no haya salido nunca de su pueblo que, además, tiene 20 habitantes y está en lo alto de una montaña. Pero pensarlo hoy en día, viviendo en Bilbao, siendo médico y además, justificarlo porque "me lo ha dicho un extraterrestre…", si es un delirio.

Hay muchas formas de clasificar los delirios dependiendo, por ejemplo, de si son primarios o secundarios a ciertos acontecimientos vitales, o bien dependiendo de la temática delirante, etc. Sin embargo, a efectos de este trabajo, lo más práctico es clasificarlos como "sistematizados" o "no sistematizados", en función de que presente características de coherencia y razonamiento y de que parezca lógico o ilógico al que lo escucha. Esto es importante, porque - a veces - un paciente afecto de un delirio nos lo puede contar tan coherente y vivido, que nos parezca real y nos acabemos creyendo lo que nos cuenta como algo lógico y normal.

Un ejemplo de **delirio sistematizado** podría ser el que un toxicómano nos relate que, a consecuencia de robar una partida de droga a un traficante, este le viene persiguiendo hace días y quiere matarle.

Un ejemplo de **delirio no sistematizado** es que un toxicómano nos relate que el presidente del gobierno le quiere matar porque, a través de un marciano, el toxicómano le había robado el cerebro al presidente.

El primer caso puede mostrar un discurso lógico, coherente, sin fisuras, comprensible al sujeto que lo escucha y, por tanto, puede hacernos creer que es veraz. Suelen ser monotemáticos.

En el segundo caso, por el contrario, el discurso es incoherente, resulta difícilmente creíble y por tanto lo lógico es considerarlo delirante. Suelen abarcar varios temas, a diferencia de los anteriores.

El contenido del delirio nos hace diferenciar diversos tipos de **ideas delirantes,** de acuerdo a lo que se denomina **temática delirante.** Las principales son:

Ideas de celos: Los celos son claramente patológicos y la conducta consecuente es claramente desproporcionada, aun incluso de que pudiera existir una base de realidad. Suelen darse entre parejas.

Ideas de persecución: El sujeto se cree perseguido por alguien, generalmente instituciones o grupos de alto poder social o económico, con objeto de hacerle daño

Ideas hipocondriacas: La persona que las padece presenta claramente una creencia patológica respecto a padecer una enfermedad. Habitualmente, la expresión sintomática es tan desproporcionada, que llama la atención de quien le escucha: "Me han robado los intestinos....me he quedado sin pulmones..."

Ideas de ruina: El sujeto cree patológicamente estar en un estado de ruina económica, a pesar de que los hechos demuestran que tiene dinero. Intentará convencer al interlocutor de que esos hechos son falsos. Por ejemplo, al enseñarle su cartilla del banco, con suficientes ahorros, contestará que está falsificada, o que no es la suya aunque lo parezca. Son relativamente frecuentes en las depresiones graves y se les considera un factor de riesgo suicida.

Ideas de perjuicio: La persona afecta considera que se ha cometido una injusticia con el, y se le está perjudicando de manera continúa. Al igual que en las ideas de persecución, lo habitual es que sean grandes corporaciones, instituciones administrativas o económicas las que le han

perjudicado. Es habitual que muestre una actitud querulante, llegando a demandar a dichas instituciones en un sin fin de juicios.

Ideas de referencia: El sujeto se siente patológica y continuamente aludido en las conversaciones, o piensa que la gente le mira, que hablan de él y además mal, etc.

Ideas de grandeza: El sujeto se cree poseedor de títulos nobiliarios, fortunas, puestos políticos relevantes, etc. Suele ir acompañado de conductas bizarras en el vestir (medallas, uniformes, etc.).

Ideas erotomaníacas. El sujeto cree que una persona, generalmente famosa, está totalmente enamorado de él, y que le manda mensajes reforzando esto, de las maneras más absurdas. Por ejemplo, haciendo gestos a través de la televisión cuando dicha persona sale es entrevistada.

3.3. Las conductas bizarras.

En Psiquiatría se denominan así a las conductas y actitudes ostensiblemente insólitas, absurdas, extravagantes, grotescas, etc., que se realizan fuera de un contexto normativo aceptado socialmente. Por ejemplo, algunos enfermos llaman la atención con extravagancias al vestir, mostrándose cubiertos de flores, medallas, adornos o símbolos místicos, o bien aparecen sucios y faltos de higiene personal.

Dentro de estas conductas bizarras y a efectos del objetivo de este trabajo, podríamos destacar, por ser más comunes, las siguientes:

- *Su domicilio presenta los cables de la electricidad pelados y manipulados en numerosos sitios.* Es una actitud frecuente en sujetos afectos de delirios paranoides, creyendo estos enfermos en muchas ocasiones que los vecinos les manipulan a través de la electricidad.
- *Las persianas están continuamente bajadas (en casos extremos, las ventanas estas tapiadas por dentro).* El significado es similar al ejemplo anterior y en estos casos, el paciente suele temer que le vigilen a través de las ventanas.

- *El sujeto se presenta vestido de manera extravagante*, lleno de medallas a las que atribuye el significado de condecoraciones militares. En este caso, suele creerse que es un militar de alta graduación, o un personaje de la nobleza, etc.
- *El sujeto presenta y lleva siempre consigo un amplio dosier de dibujos y escritos incongruentes e incomprensibles*, justificando los mismos porque ha desarrollado una teoría sobre aspectos de la física, o las matemáticas...y nadie le cree. O bien, el dosier corresponde a un invento personal sobre alguna máquina o similar, al que nadie hace caso.
- *El domicilio de la persona está llena de objetos* que ha venido acumulando a lo largo de los años, muchos de ellos inservibles y/o alimentos en mal estado, con notable suciedad en todas las estancias de la casa. En ocasiones, resulta imposible transitar por la misma, debido a la acumulación de objetos.
- Con mucha frecuencia, los sujetos que tiene alucinaciones auditivas (oyen voces), *suelen llevar puestos, de manera continua, auriculares* para escuchar música y que esta les distraiga de las voces. Evidentemente, interpretar esto como patológico exige una alta dosis de prudencia y debe situarse en un contexto de síntomas acompañantes, no solo basta el llevar auriculares todo el día.
- Similar a lo anterior es la actitud, relativamente común, de *personas que van hablado solas por la calle* y además en voz alta y gesticulando airadamente, como si mantuviesen una conversación con otra persona que estuviese a su lado (Aunque suene a broma, debe cerciorarse uno de que ¡¡¡no están hablando por un móvil, a través de un auricular!!!)
- Una conducta bizarra relativamente común es encontrarse a una persona, en mitad de la calle, *dirigiendo el tráfico* y en ocasiones incluso vestido de manera similar, - aunque con ropa ostensiblemente inapropiada - a un guardia de tráfico.
- Asimismo, las conductas en las que existe una *marcada e inapropiada desinhibición* sexual como, por ejemplo, masturbarse en público.

3.4. Las alteraciones de la afectividad

Se denominan así al conjunto de alteraciones que se presentan en las patologías del "humor" que, en psiquiatría, viene referidas a la afectividad.

Las más comunes son las siguientes:

- **Síndrome maniaco:** Destacan la presencia continua de desinhibición de la conducta, con puerilización, vestimenta peculiar, hablan mucho y en tono alto, saltando de un tema a otro sin acabarlos, distraídos, a veces incluso están irritables y con cierta agresividad, inquietos y excitados. Pueden pasearse semidesnudos, hacen chistes, resultan graciosos, suelen realizan gastos inadecuados y desproporcionados (comprarse 100 relojes de una tacada, etc.),
- **Síndrome depresivo:** En los casos graves presentan una típica expresión de tristeza, transmitiendo una gran impresión de sufrimiento moral. Se muestran ensimismados, hablan muy despacio, presentan una actividad motriz prácticamente nula, con cara de intensa angustia y preocupación. Apenas comen, se pasan mucho tiempo tumbados en la cama, duermen mal, siendo frecuentes los autorreproches y las ideas de suicidio en los casos extremos.

- **Síndrome de indiferencia afectiva:** Las personas se muestran indiferentes a los estímulos, como si nada les importase. Su expresión es de total desinterés por el entorno. Están abúlicos, impasibles, insulsos, con conducta autística. Son frecuentes también los gestos o posiciones raras del cuerpo, a la manera de un tic. Se presentan habitualmente en pacientes afectos de psicosis crónica.

3.5. Otras alteraciones frecuentes

- **Síndrome confusional:** Son alteraciones de la conciencia, habituales en las intoxicaciones o abstinencias de sustancias tóxicas y en las enfermedades cerebrales. El paciente está confuso, a veces agitado y otras semicomatoso. Están desorientados, no saben bien su nombre, ni donde viven, ni en que

ciudad están, no fijan la atención, ni comprenden bien lo que se les dice, etc. Es un cuadro grave, que suele precisar atención hospitalaria.

- **Síndrome extrapiramidal:** Habitualmente es causado por el uso prolongado de medicación antipsicótica y por tanto es un síndrome común en pacientes psicóticos bajo tratamiento farmacológico. Los pacientes suelen presentar intensa salivación en forma de "babeo", rigidez muscular y temblor en manos o cabeza. Otra alteración relativamente frecuente , pero muy peculiar, debida a los fármacos es la denominada disquinesia tardía, en la que es habitual que el paciente presente una especie de tic continuo, generalmente en la boca o cuello, con movimientos involuntarios y estereotipados de la lengua, músculos masticatorios, de la mímica o el cuello, Suelen desaparecer durante el sueño y se incrementan con el estrés.
- **Síndrome demencial:** Lo más llamativo de este síndrome son los problemas de memoria, siendo más habituales los que se refieren a la memoria inmediata. Es decir, el paciente puede conservar, aparentemente, el recuerdo de hechos lejanos en su vida, pero no recuerda lo sucedido horas antes. Son frecuentes las alteraciones del cálculo matemático (por ejemplo, problemas con las cuentas, el dinero, etc.) y la desorientación espacio-temporal, no sabiendo donde se encuentran, ni que hora del día es. Son habituales también las alteraciones de conducta y que, especialmente cuando viven solos, también presenten conductas bizarras (acumulación de objetos, basura, vestimenta inapropiada, etc).

4 REGLAS BASICAS DE ACTUACION ANTE UN PACIENTE CON SOPECHA DE TMG

En este apartado se recogen algunas normas básicas de actuación frente a la persona de la que se sospecha padece un TMG. Están sintetizadas, por ejemplo, en el NAMI y la WFSAD, accesibles en Internet.

Nociones básicas:

Primero debe saber que en muy raras ocasiones, la persona enferma pierde repentinamente el control total de su mente, sus emociones y/o comportamiento.

Por lo general, la familia o los amigos cercanos a la persona enferma pueden observar con anticipación síntomas indicadores de una posible crisis: falta de sueño, dedicación ritual a ciertas actividades, desconfianza, explosiones inesperadas de mal humor, etc. Durante estas fases primarias de la enfermedad, a veces se puede prevenir una crisis total. Mientras más psicótico se torna el paciente, hay menos esperanzas de tener éxito en los esfuerzos que se realicen para ayudarlo.

Con frecuencia, la crisis es el resultado de que el paciente haya dejado de tomar sus medicamentos. Si este es el caso, debe incentivarse al paciente para que vaya al médico y vuelva a tomar sus medicamentos.

Cómo actuar durante una crisis:

- Recuerde que la persona enferma probablemente se siente aterrada por haber perdido su control mental.

- Es normal que, en las crisis, el paciente escuche voces o presente otro tipo de alucinaciones. Estos síntomas pueden aumentar la situación de pánico

- En situaciones extremas, el paciente puede tratar de "actuar" de acuerdo a las alucinaciones que está sufriendo; por ejemplo, puede romper las ventanas para acabar con las culebras que está viendo en las mismas.

- Usted debe aceptar que el paciente está pasando por un "estado de alteración de la realidad" y su comportamiento es secundario a dicha alteración, por lo que es imprescindible que *mantenga la calma y pida ayuda profesional* en cuanto pueda.

- Si está solo con el paciente, llame a alguien para que se quede con usted hasta que llegue ayuda profesional.

- *No le amenace.* El paciente puede interpretar la amenaza como una demostración de poder, lo cual aumentará su temor o lo incitará a la agresión.

- *No grite.* Si parece que el paciente no le está escuchando, recuerde que esto puede ser porque probablemente, hay otras "voces" que están interfiriendo o predominando. Si usted grita, puede asustar o provocar al paciente.

- *Hable con calma y en voz baja.* Use frases sencillas.

- *No critique.* En estos casos, la crítica sólo suele empeora la situación.

- No discuta con los familiares sobre las "mejores estrategias" para resolver la situación o sobre quién es culpable de lo que está sucediendo. Este no es el momento apropiado.

- No incite al paciente a que cumpla sus amenazas; esto puede traer consecuencias trágicas.

- Si el paciente está sentado, *no se pare de pie frente al paciente.* Siéntese.

- *Evite el contacto visual directo y continuo* con el paciente y *evite tocarlo.*

- Si el paciente solicita algo, concédaselo siempre que no sea peligroso o irrazonable. Esto le brindará una oportunidad para que de alguna manera se sienta "en control."

- Si está en un espacio cerrado, ubíquese entre el paciente y la salida pero no bloquee el acceso a la puerta.

- Es frecuente que haya que hospitalizar al paciente. Si es así, trate de convencerlo de que lo haga en forma voluntaria; evitando declaraciones condescendientes o autoritarias. Explique que en el hospital le aliviarán los

síntomas, y que no se le mantendrá internado si el tratamiento puede continuarse en la casa o fuera del hospital, o en algún otro ambiente protegido.

- Evite la tentación de dar al paciente un ultimátum, tales como "Vas a ir al hospital por las buenas o por las malas...." Esto, indudablemente intensificará la crisis.

- Durante situaciones de posible crisis trate de que siempre estén por lo menos dos personas con el sujeto. Si es necesario, una de estas personas debe llamar a los servicios de urgencias, mientras que la otra permanece con el paciente.

- Si es estrictamente necesario y se siente amenazado, o cree que el sujeto puede ser peligroso para los demás, avise a la policía pero pídales que no entren a la habitación con armas a la vista. Explíqueles que el paciente necesita una evaluación psiquiátrica y que se les ha llamado para que ayuden.

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

BILBIOGRAFIA BASICA

-**Eguíluz I, Segarra R.** Introducción a la Psicopatología. Ars Medica. Barcelona. 2005.

-**Higueras Aranda A, Jiménez Linares R, López Sánchez JM.** Compendio de Psicopatología, ed 3. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada.1986.

-**Kassem S, Osacer A, Uncal JM.** La locura. Guías prácticas de Psicología y bienestar. Aguilar. Santillana S.A. Madrid. 1996.

-**NAMI.** The Nation´s voice on Mental Ilness. ¿Qué hacer durante una crisis psicótica?. Disponible en:

http://www.nami.org/Template.cfm?Section=NAMI_en_espa%F1ol&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=25943

-**Pérez Urdaniz A.** Psiquiatría para no psiquiatras. 2ª Edición reformada. Librería Cervantes. Salamanca. 2012.

-**Vallejo Ruiloba J, ed.** Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª ed. Masson. Barcelona. 2002.

-**WFSAD** (Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos relacionados). Esquizofrenia: Tratando una crisis. Disponible en:

http://espanol.world-schizophrenia.org/publications/15-crisis.html

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

ANEXO 2:

2.1-GRUPOS Y PERSONAS DE REFERENCIA

CENTRO		RESPONS. DEL CENTRO	PERSONA DE CONTACTO	TELEFONO PERSONA DE CONTACTO	CORREO
TRABAJO SOCIAL OSAKIDETZA ATENCIÓN PRIMARIA O.S.I. BILBAO-BASURTO	CS. BOMBERO ETXANIZ	MAITE JIMENEZ	T. SOCIAL: DINA LLAMAZARES	946006988	DINA.LLAMAZARESDIEZ@osakidetza.net
	CS. SANTUTXU-SOLOKOETXE	JOSE FELIX ZUAZAGOITIA	T.SOCIAL: ISABEL VALLE CABALLERO	944007500 944007510	ISABELELOISA.VALLECABALLERO@OSAKIDETZA.NET
RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA	NOVIA SALCEDO	JAVIER OGANDO	T. SOCIAL:	944273366	FRANCISCOJAVIER.OGANDORODRIGUEZ@osakidetza.net
	AJURIA-GUERRA DROGAS	JA. ABEIJON	T.SOCIAL: MERCEDES IZKARA NUÑEZ	944007720	JUANANTONIO.ABEIJONMERCHAN@osakidetza.net MERCEDES.IZKARANUNEZ@osakidetza.net
	ERCILLA	MERCEDES DIAZ	T. SOCIAL: MAITE IBAÑEZ	944230049	MARIADELASMERCEDES.DIAZLARREA@osakidetza.net MARIAAMADA.IBANEZURRUTICOECHEA@osakidetza.net
	RONDA-PRIMEROS EPISIODIOS PSICOTICOS	PATXI GIL	T. SOCIAL:	944793410	PATXI.GILLOPEZ@osakidetza.net
	AJURIA-GUERRA SALUD MENTAL	SALVADOR ALVAREZ	T. SOCIAL: MILAGROS VELASCO NIÑO	944007701	SALVADOR.ALVAREZLEAL@osakidetza.net MARIAMILAGROS.VELASCONINO@osakidetza.net
	OTXARKOAGA	SALVADOR ALVAREZ	T. SOCIAL: SUSANA FERNANDEZ ASARTA	944007699	SALVADOR.ALVAREZLEAL@osakidetza.net SUSANA.FERNANDEZASARTA@osakidetza.net
	BOMBERO ETXANIZ	ENRIQUE ARAGUES	T. SOCIAL: ROSARIO BEGUIRISTAIN DE VOS	946006920 946006929	ENRIQUE.ARAGUESODEZARAT@osakidetza.net MARIADELROSARIO.BEGUIRISTAINDEVOS@osakidetza.net
	HOSPITALES DE DIA COMARCA BILBAO	MARIA ASUN GARAY 648448106	T. SOCIAL: MARISOL GOMEZ CABRERIZO	688819544	MARIAASUNCION.GARAYAROSTEGUI@osakidetza.net M.SOL.GOMEZCABRERIZO@osakidetza.net
	TAC COMARCA BILBAO	MARIA ASUN GARAY 648448106	T. SOCIAL: MARISOL GOMEZ CABRERIZO	688819544	MARIAASUNCION.GARAYAROSTEGUI@osakidetza.net M.SOL.GOMEZCABRERIZO@osakidetza.net
	TAC SIN HOGAR BILBAO	MARIA ASUN GARAY 648448106	T. SOCIAL: MARISOL GOMEZ CABRERIZO	688819544	MARIAASUNCION.GARAYAROSTEGUI@osakidetza.net M.SOL.GOMEZCABRERIZO@osakidetza.net
O.S.I. BILBAO-BASURTO	SERVICIO DE PSIQUIATRIA	M. ANGEL GONZALEZ TORRES	T. SOCIAL: DIVA GONZALEZ	944006217	MIGUELANGEL.GONZALEZTORRES@osakidetza.net diva.gonzalezalvarez@osakid

		944006066			etza.net
SERVICIOS SOCIALES DEL AYTO. DE BILBAO	SEDE	GOIZALDE ARRIETA ECHEITA 944204805			goizalde.arrieta@ayto.bilbao.net
CLINICA MEDICO FORENSE DE BILBAO	SEDE	GUILLERMO PORTERO		944016484	portero.g@aju.ej-gv.es
D.T. DE SALUD	SEDE	LUIS CASADO		944031731	uribe1-san@ej-gv.es
CENTROS DE ATENCION PRIMARIA O.S.I. BILBAO-BASURTO	ALONSOTEGUI	MAR MARTINEZ VAZQUEZ		946006880	MARIAMAR.MARTINEZVAZQUEZ@osakidetza.net
	ALTAMIRA	MIREN PALACIOS VILLANUEVA		946006870 946006872	MIREN.PALACIOSVILLANUEVA@osakidetza.net
	ARANGOITI	AGUSTIN SALAZAR		946006666 946006664	AGUSTIN.SALAZARGARCIA@osakidetza.net
	BASURTO	MIREN PALACIOS VILLANUEVA		946006870 946006872	MIREN.PALACIOSVILLANUEVA@osakidetza.net
	BEGOÑA	MERTXE MARKAIDA LANDALUCE		944007620 944007643	MERCEDES.MARCAIDALANDALUCE@osakidetza.net
	BOLUETA-SAGARMINAGA	IÑIGO ALQUIZA BASAÑEZ		944117526	INIGO.ALQUIZABASANEZ@osakidetza.net
	BOMBERO ETXANIZ	MAITE JIMENEZ PEREZ		946006890	MARIATERESA.JIMENEZPEREZ@osakidetza.net
	CASCO VIEJO	Mª JOSE MORENO LARA		944007445	mariajose.morenolara@osakidetza.net
	DEUSTO	AGUSTIN SALAZAR		946006666 946006664	AGUSTIN.SALAZARGARCIA@osakidetza.net
	GAZTELEKU	VIOLETA GONZALEZ URCELAY		944007590 944007597	M.VIOLETA.GONZALEZURCELAY@osakidetza.net
	INDAUTXU	Mª DOLORES TRUJILLO BURUAGA		946006800	MARIADOLORES.TRUJILLOBURUAgA@osakidetza.net
	SAENZ DE BURUAGA	MARIA LUCIO GUTIERREZ		946006970 946006972	MARIA.LUCIOGUTIERREZ@osakidetza.net
	LA MERCED	INES YOLANDA MARTIN ESTEBAN		944161488	INESYOLANDA.MARTINESTEBAN@osakidetza.net
	LA PEÑA	JAIME FERNANDEZ SAEZ		944007435	JAIME.FERNANDEZSAEZ@osakidetza.net
	MINA DEL MORRO	CARLOS BLANCO		944007760	CARLOS.BLANCOMATA@osakidetza.net

		MATA			
	OTXARKOAGA	ISABEL RODRIGUEZ FUENTES		944007680	ISABEL.RODRIGUEZFUENTES@osakidetza.net
	REKALDE	ANA Mª RUBIO GUTIERREZ		946006700	ANAMARIA.RUBIOGUTIERREZ@osakidetza.net
	SAN ADRIAN	JESUS FERNANDEZ DE MENDIOLA ESPINO		944007425	JESUS.FERNANDEZDEMENDIOLAESPINO@osakidetza.net
	SAN IGNACIO	ROSA PEREZ ESQUERDO		946006690	MARIAROSA.PEREZESQUERDO@osakidetza.net
	EL KARMELO-S	CARMEN GONZALEZ TEMPRANO		944007430	MARIACARMEN.GONZALEZTEMPRANO@osakidetza.net
	SOLOKOETXE-S	JOSE FELIX ZUAZAGOITIA NUBLA		944007500	JOSEFELIX.ZUAZAGOITIANUBLA@osakidetza.net
	SARALEGUI	INES YOLANDA MARTIN ESTEBAN		944161488	INESYOLANDA.MARTINESTEBAN@osakidetza.net
	TXURDINAGA	MARIA TERESA RODRIGUEZ GONZALEZ		944007600 944007601	MARIATERESA.RODRIGUEZGONZALEZ@osakidetza.net
	ZORROZA	MAR MARTINEZ VAZQUEZ		946006880	MARIAMAR.MARTINEZVAZQUEZ@osakidetza.net
	ZURBARAN	DOLORES INGELLMO ROTAETXE		944007440 944007442	DOLORES.INGELMOROTAECHE@osakidetza.net

Osakidetza

Bilbao
UDALA
AYUNTAMIENTO

2.2.-PERSONAS DEL GRUPO DE TRABAJO PARA EL PROTOCOLO

CENTRO	PERSONA	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
SERVICIOS SOCIALES AYTO. DE BILBAO	Goizalde Arrieta Echeita	944204805	goizalde.arrieta@ayto.bilbao.net
	Jose María Duque Carro	944701456	txema.duque@ayto.bilbao.net
CENTROS AT. PRIMARIA O.S.I. BILBAO-BASURTO	Carmen Cairo Rojas	944007346	MARIACARMEN.CAIROROJAS@osakidetza.net
SERVICIO DE PSIQUIATRIA O.S.I. BILBAO-BASURTO	Miguel Angel Gonzalez Torres	944006066	MIGUELANGEL.GONZALEZTORRES@osakidetza.net
	Sonia Bustamante Madariaga	944006000	SONIA.BUSTAMANTEMADARIAGA@osakidetza.net
RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA	Jose Juan Uriarte Uriarte	944705195	josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.net
	Marian Larrínaga Vélez	944705285	MARIAANGELES.LARRINAGAVELEZ@osakidetza.net
	Luis Pacheco Yáñez	944705195 946006920	LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.net
DELEGACION TERRITORIAL DE SALUD	Luis Casado de Dios	944031731	uribe1-san@ej-gv.es
CLINICA MEDICO-FORENSE DE BILBAO	Guillermo Portero Lazcano	944 01 64 84	portero.g@aju.ej-gv.es
	Ana Abásolo Tellería	944 01 64 84	Abasolo.ae@aju.ej-gv.es