

# ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

25 de septiembre de 2014



Escuela de Seguridad Pública de Andalucía  
Ctra. Isla Mayor, km.3,5 - 41849 Aznalcázar, Sevilla

## Escuela de Seguridad Pública de Andalucía. 25 de septiembre de 2014

Atención a personas con enfermedad mental en situaciones de emergencia  
Andrés López Pardo.

---

En este dossier encontrará información que se abordará en el desarrollo del Curso:

- ¿Por qué son discriminadas las Personas con Enfermedad Mental?
- Quienes son las personas que tienen problemas graves de salud mental.
- Principales Trastornos Mentales que requieren actuaciones en el ámbito de las emergencias y seguridad
- El Modelo Andaluz de atención a la salud mental
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM
- Como comunicarse con una persona que tiene problemas graves de salud mental
- Crisis aguda y Riesgo Suicida
- Normativa andaluza sobre urgencias y traslados



## CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los mitos que rodean a los problemas de salud mental son responsables del sentimiento de vergüenza de las personas afectadas y de que la búsqueda de atención sanitaria y social sea tan limitada. Creencias equivocadas que no se sustentan desde un punto de vista científico, ético o profesional. En la actualidad se admite que:

- La enfermedad mental no es poco frecuente.
- La persona con enfermedad mental puede cuidarse por sí misma y no necesita estar ingresada en alguna institución.
- La persona con enfermedad mental y sus familiares no son culpables de su enfermedad
- Una persona con enfermedad mental no es sólo y exclusivamente un/a enfermo/a mental y todos los sentimientos y conductas no derivan de esa condición.
- Todas las personas con enfermedad mental no son iguales.
- La persona con esquizofrenia no es un genio.
- La esquizofrenia no es igual a discapacidad psíquica, doble personalidad y no está necesariamente causada por la drogadicción.
- La enfermedad mental no es contagiosa e incurable. Las intervenciones disponibles son útiles.
- Una persona con enfermedad mental no es habitualmente imprevisible, violenta y peligrosa.
- Una persona con enfermedad mental puede vivir como los demás, puede casarse ni tener hijos/as. Las personas con enfermedad mental pueden trabajar.

## EL ESTIGMA

Actualmente el término estigma se usa para designar características del comportamiento o etiquetas que marcan simbólicamente al individuo, y generan prejuicios y discriminación social.

La población general, e incluso los profesionales, tienden a mantener una imagen estereotipada sustentada en estas creencias erróneas.

✎ El estigma afecta directamente a la persona (disminuye su autoestima, favorece el aislamiento y dificulta la petición de ayuda), indirectamente como barrera al acceso a los servicios (empleo, vivienda, los servicios sociales y el tratamiento médico en general) y/o al ejercicio de los derechos de la ciudadanía, sobre la familia y sobre las instituciones de salud mental, los profesionales y los tratamientos.

✎ La estigmatización de las enfermedades mentales es particularmente intensa en el caso de la esquizofrenia. La propia persona con esquizofrenia puede aceptar esta imagen estereotipada y mantenerse más aislada para huir del rechazo.

✎ Un 83% de la población general afirma desconocer qué es la esquizofrenia.

✎ Según estudios recientes, el 47% de las personas con enfermedad mental han sido increpadas en público y un 83% identifica el estigma y la discriminación social como uno de los principales obstáculos para su recuperación.

✎ Los medios de comunicación reflejan generalmente los estereotipos habituales en el medio social, pueden contribuir a reforzarlos y también pueden contribuir a luchar por modificarlos

## LAS REALIDADES

Es preciso luchar contra estas falsas ideas. No existe justificación ética, social ni científica para seguir manteniendo estas creencias:

➤ Los trastornos mentales son universales. Unos 450 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad mental en el mundo. Alrededor del 20% de los pacientes atendidos en Atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías. Cinco de las 10 primeras causas de discapacidad son debidas a problemas de salud mental. En Andalucía, en torno al 25% de la población sufrirá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Un 1% desarrollará esquizofrenia a lo largo de su vida.

➤ Las personas con enfermedad mental deben ser atendidas en la comunidad y en contextos «normales» de vida. Ni el hospital psiquiátrico, ni la reclusión son la respuesta apropiada.

► No existe evidencia de que enfermedades mentales como la esquizofrenia esté causada por «una mala crianza en la familia». Esta idea errónea y generalizada causa estigmatización y culpabilidad en las familias de las personas con esquizofrenia.

► Las personas con o sin enfermedad mental tienen múltiples facetas. La condición de enfermedad mental no engloba todas las aspiraciones, deseos y proyectos de quien la padece. Incluso tener diagnósticos idénticos no implica que todas las evoluciones, dificultades o potencialidades sean iguales. Entre las personas con enfermedad mental existe una importante variabilidad individual.

► La esquizofrenia es diferente del retraso mental o discapacidad intelectual. No se debe confundir enfermedad mental con discapacidad psíquica. Tampoco tiene nada que ver con la «doble personalidad», ni está causada por el consumo de tóxicos.

►► Las enfermedades mentales no son el resultado de una personalidad débil o indisciplinada. Las causas suelen ser de origen biológico, psicológico y social. En la actualidad existen tratamientos eficaces y expectativas razonables de mejoría. El 50% de las personas con esquizofrenia pueden alcanzar la recuperación.

► Las personas con enfermedad mental, en su conjunto, no son más peligrosas que el resto de las personas. La gran mayoría de las personas con esquizofrenia no cometen nunca actos violentos. Son más víctimas que perpetradoras de actos agresivos. Cuando se presentan, suele asociarse a agudización de los síntomas (delirios), consumo de tóxicos, hostilidad del medio y ausencia de tratamiento. La causa más común de muerte en la esquizofrenia es el suicidio (24% de intentos, 10% de suicidios consumados).

Las personas con esquizofrenia pueden realizar una contribución útil a la sociedad. Así mismo, no sólo no existen obstáculos para que puedan formar una familia propia, si no que resulta beneficioso para su evolución el tener relaciones afectivas significativas.

Las personas con esquizofrenia pueden realizar un trabajo remunerado en un entorno laboral protegido o en el mercado abierto. En Andalucía, gestionadas por FAISEM, existen 10 empresas sociales que dan empleo estable a 642 personas. Así mismo, a través de los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo, se realizan un promedio de 750 contratos anuales en el mercado ordinario.

## **LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES**

Se trata de «personas con dificultades de funcionamiento personal y social (en la comunidad, en su casa, con sus amistades, en el trabajo) derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter grave y persistente».

La esquizofrenia es la enfermedad más característica de los trastornos mentales graves.

Se caracteriza por una perturbación de las ideas y los sentimientos, que afecta al lenguaje, a la percepción, al sentido de la propia identidad y al contacto con la realidad. La persona con esquizofrenia puede tener problemas para diferenciar lo real de lo imaginario, para pensar de forma lógica, para relacionarse con los demás y para controlar sus emociones.

Estas circunstancias le pueden llevar al retraimiento social y a la pérdida de aptitudes ya aprendidas (ganarse la vida, encontrar una vivienda, tener amigos/as, etc.).

La enfermedad se manifiesta en cada persona a través de un conjunto de problemas: es frecuente que las personas oigan o vean cosas que no existen (como voces en su cabeza), que tengan miedo o crean cosas que no ocurren en la realidad (que alguien le persigue, que tiene poderes especiales, que la gente habla de él/de ella...), que estén convencidos de que les roban o controlan lo que piensan, que no expresen sus sentimientos, que se aislen, que se muestren apáticos, que descuiden su aspecto y sus tareas cotidianas y que tengan comportamientos incomprensibles para los demás en su medio familiar, social o laboral.

Estos síntomas no siempre están presentes todos y en otras ocasiones pueden aparecer combinados.

Un 1% de la población desarrollará esquizofrenia en algún momento de su vida. Se ha hallado este trastorno en todas las razas, en todos los países en el que se han realizado estudios, en todas las clases sociales, en hombres y mujeres. Comienza en la adolescencia entre los 17 y 30 años en el del sistema nervioso central, alteraciones en los neurotransmisores, complicaciones en el embarazo y en el parto, posibles infecciones virales, etc.

Gracias a los nuevos tratamientos, las expectativas de recuperación han mejorado para las personas con esquizofrenia. Cuando se realiza el diagnóstico y el tratamiento de forma precoz y continuada, aumentan las posibilidades de recuperación. Los mejores resultados se encuentran cuando se utilizan de forma conjunta las intervenciones farmacológicas (antipsicóticos), psicológicas (apoyo continuado, terapias cognitivas), rehabilitadoras, psicoeducativas y de apoyo social.

# **Evolución de la consideración social de las personas con problemas de salud mental**

**"Loco o loca"**

**Encierro**

**"Enfermo o enferma"**

**Tratamiento sanitario**

**"Ciudadano o ciudadana"**

**Atención integral**

## **Dificultades de ejercicio de derechos, debidas a:**

- **Enfermedad**
- **Repercusiones en funcionalidad personal y social (Discapacidad)**
- **Barreras sociales**

## **Intervenciones**

- ☐ **Intersectoriales**
- ☐ **Redes de servicios**
- ☐ **Multiplicidad de agentes:**
  - **Administraciones**
  - **Profesionales**
  - **Usuarios**
  - **Sociedad civil**

Atención a personas con enfermedad mental.  
Andrés López Pardo.

---

*“La Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*

**Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.**

**Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental.**

**Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos.**

**Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.**

**Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.**

**El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.**

**Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.**

**Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría el 83% de la población general desconocería qué es la esquizofrenia.**



### Modelo de discapacidad aplicado a la esquizofrenia (adaptado de R. Liberman)

La discapacidad incluye una alteración en el funcionamiento personal y social que resulta de la interacción persona, enfermedad y medio social



### PRINCIPALES TIPOS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (CIE-10)

F0	TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS.
F1	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.
F2	ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTIPICOS Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.
F3	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)
F4	TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS
F5	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES FÍSICOS.
F6	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA EDAD ADULTA.
F7	RETRASO MENTAL.
F8	TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO.
F9	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA.

## Las personas con problemas graves de salud mental:

El término hace referencia a “*personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades*”, delimitando así un grupo de personas que requieren atención preferente, dadas la multiplicidad y gravedad de sus problemas y la existencia de intervenciones de efectividad razonable.

Los criterios a considerar para su definición operativa, incluye tres:

1. Suele incluir fundamentalmente Esquizofrenia y otras Psicosis Delirantes (grupo diagnóstico mayoritario), Psicosis Afectivas y algunos tipos de Trastornos de Personalidad (los más “ceranos” a las Psicosis).
2. La *evolución prolongada*, fijada habitualmente en más de dos años, lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que suele señalarse especialmente los de hospitalización.
3. Y un componente de *discapacidad*, que implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.

El problema de salud mental más característico de este grupo es la **esquizofrenia**.

### Sintomatología de la esquizofrenia

- No siempre están presentes todos
- Sus combinaciones son muy variadas
- Por separado pueden aparecer en otros tipos de trastorno

#### Síntomas positivos

- Ideas delirantes
- Alucinaciones (especialmente auditivas)
- Trastornos del pensamiento (y de su expresión verbal)
- Comportamiento extraño

#### Síntomas negativos

- Embotamiento e incongruencia afectiva
- Pérdida de vitalidad
- Retraimiento social
- Pobreza de pensamiento

## Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia

- ☐ Interfieren en pasos importantes del procesamiento de la información y su uso para la toma de decisiones y la adecuación de la conducta
- ☐ Se agravan en situaciones complejas y de tensión emocional
- ☐ Interfieren por tanto en el aprendizaje y el desempeño en la vida cotidiana y en el empleo
- ☐ Su gravedad correlaciona con el riesgo de fracaso de los programas de rehabilitación y empleo
- ☐ Son modificables mediante programas específicos (“rehabilitación cognitiva”) y , en menor medida, también con pautas básicas de refuerzo y apoyo

## Epidemiología de la esquizofrenia

### Prevalencia-vida

- Número de personas que la han padecido alguna vez
  - En torno al 1 %

### Mortalidad

- Esperanza de vida media 12-15 años menor que la población general
- Suicidio
- Falta de atención sanitaria general
- Aumento de factores de riesgo
  - Tabaco
  - Obesidad
  - Falta de ejercicio
  - Efectos de la medicación

## Factores etiológicos en la esquizofrenia

Genética (explica solo el 50 %)

### Alteraciones orgánicas

- Alteraciones estructurales SNC
- Alteraciones en neurotransmisores (dopamina)
- Alteraciones cognitivas precoces
- Diferencias en edad de inicio en hombres y mujeres

Complicaciones obstétricas

Estación de nacimiento: predominio invierno – primavera (posible infección vírica)

Efecto del uso de cannabis

Entornos urbanos

Emigración (emigrantes de 2ª generación en entornos marginales)

Emoción expresada

Acontecimientos vitales estresantes

Diferencias evolutivas según nivel de desarrollo (estudios de OMS).

## **INTERVENCIONES EFECTIVAS.-**

Sobre la persona con trastorno mental severo:

- ❖ Fármacos
- ❖ Apoyo personal continuado
- ❖ Psicoeducación
- ❖ Rehabilitación cognitiva
- ❖ Recuperación y/o desarrollo de habilidades personales
  - Autocuidados
  - Vida cotidiana
  - Relaciones sociales
  - Educación básica
  - Orientación y formación laboral
  -

Sobre la familia:

- ❖ Psicoeducación (información y apoyo personal)

Recursos “instrumentales”:

- ❖ Recursos residenciales
- ❖ Recursos ocupacionales y laborales
- ❖ Lugares de reunión e interacción social

## Trastorno delirante:

---

Aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas delirantes, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

## Psicosis Afectivas

---

Grupo de trastornos de mayor prevalencia que la esquizofrenia

Que generan una carga importante de discapacidad personal, aunque distinta habitualmente de la de la esquizofrenia

Ritmo intermitente  
Menos trastornos cognitivos

### Trastorno Bipolar (Psicosis Maníaco-depresiva)

Alternancia de síntomas depresivos y maníacos en distintas combinaciones.

#### Manía:

Periodo de más de una semana con estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo e irritable

##### Síntomas típicos

Autoestima exagerada y grandiosidad  
Disminución del sueño  
Verborrea y fuga de ideas  
Implicación en actividades de riesgo  
Inquietud y agitación

Deterioro de las actividades laborales y sociales. Posibles alucinaciones e ideas delirantes

#### Hipomanía:

Estado de ánimo elevado, expansivo e irritable de al menos 4 días y menor intensidad

Síntomas más leves y de menor repercusión social y laboral

Sin síntomas psicóticos

#### Depresión mayor:

Periodo de más de dos semanas con estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y de capacidad para el placer

Síntomas típicos:

Tristeza. Alteraciones del apetito, el sueño y la libido  
Agitación o enlentecimiento psicomotriz .Pensamiento pesimista e ideas de culpa. Ideas de muerte y suicidio

Malestar importante y deterioro de las actividades laborales y sociales. Posibles alucinaciones e ideas delirantes

**Episodio mixto:**

Presencia simultánea de sintomatología maníaca y depresiva durante al menos una semana

### **Curso evolutivo**

Se trata de un proceso crónico y recurrente. Patrones específicos de evolución de Ciclación rápida y Ritmo estacional

Se trata de un proceso crónico y recurrente. Patrones específicos de evolución de Ciclación rápida y Ritmo estacional

---

## **Trastornos de Personalidad**

### **Criterios diagnósticos comunes**

Patrón permanente de alteraciones

Afectividad  
Relación interpersonal  
Control de los impulsos

Es inflexible y se manifiesta en una gran cantidad de situaciones

Provoca malestar o deterioro social y laboral o en otras áreas

Es estable y de larga duración al menos desde la adolescencia

No es consecuencia de otro trastorno mental ni a los efectos de alguna sustancia

## Trastorno Límite de personalidad

### Criterios diagnósticos

Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con importante impulsividad, de inicio en el final de la adolescencia y con al menos 5 de los siguientes rasgos

- a. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
- b. Relaciones interpersonales inestables e intensas (entre la idealización y la devaluación)
- c. Alteraciones de la identidad con autoimagen persistentemente inestable
- d. Impulsividad potencialmente dañina para si mismo en al menos dos áreas (gastos, sexo, comida, abuso de sustancias, conducción temeraria)
- e. Comportamientos y amenazas suicidas y automutilación
- f. Inestabilidad afectiva por elevada reactividad
- g. Sentimientos crónicos de vacío
- h. Ira inapropiada y difícil de controlar
- i. Ideación paranoide relacionada con el estrés

## LA ATENCION A PERSONAS CON TMG EN ANDALUCIA

### Necesidades de atención de las personas con TMG

#### Atención sanitaria

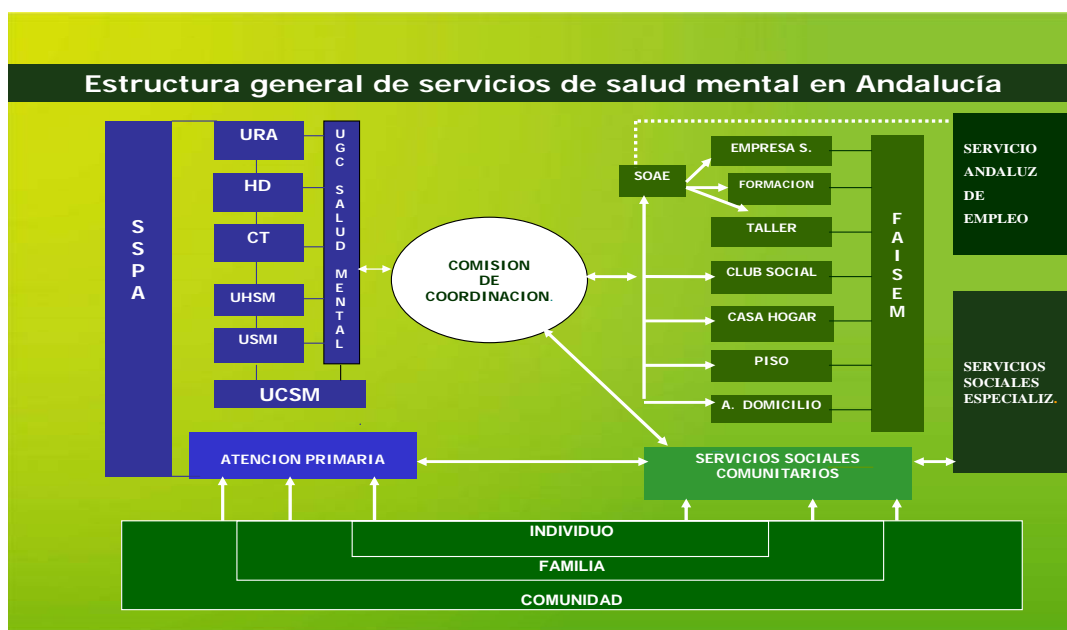
Cuidados prolongados para prevenir y tratar recaídas y evitar deterioros  
Entrenamiento en el manejo de la enfermedad y sus consecuencias  
Entrenamiento en habilidades personales y sociales  
Rehabilitación cognitiva

#### Provisión de recursos específicos de apoyo social

Apoyo en la vivienda o en alojamientos específicos  
Actividad ocupacional y de ocio  
Apoyo a la consecución y mantenimiento de un empleo  
Impulso a las relaciones sociales

#### Apoyo inespecíficos del entorno inmediato

Familia  
Redes Sociales  
Eliminación de dificultades debidas al estigma



Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

## Organización territorial de los servicios sanitarios Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental



En Andalucía, estas personas presentan una prevalencia de 1.5-2.5 por 1.000 mil habitantes, y su atención se desarrolla en los servicios sanitarios y sociales, de base y orientación comunitaria, y en una red específica de recursos de apoyo social – complementarios tanto de los sanitarios como de los servicios sociales, de empleo y educación– que gestiona FAISEM.



## **EL MODELO DE SERVICIOS DE FAISEM. [www.faisem.es](http://www.faisem.es)**

A instancias del Parlamento de Andalucía FAISEM se crea, en 1993, con las siguientes características:

- Responsabilidad pública, a través de las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Economía, Innovación, Ciencia y Empleo; y Educación, Cultura y Deportes de la Junta de Andalucía.
- Financiación mayoritaria, a través de los presupuestos de la Comunidad Autónoma Andaluza.
- Como instrumento de la política intersectorial de la Administración Andaluza tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves.
- Una estructura y funcionamiento con criterios de eficiencia y calidad, que cuenta con la participación de profesionales, familiares, usuarios y otras entidades ciudadanas.
- Un modelo de servicios sustentado en la coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales.

## **LA RED DE RECURSOS DE APOYO SOCIAL.-**

Desde su creación, FAISEM ha ido consolidando una red de recursos de apoyo social, en su mayor parte de gestión directa y también a través de Convenios de Colaboración con distintas instituciones. En Faisem, desempeñan su actividad profesional un total de 1.053 personas, de las cuales el 73,2% son mujeres (772) y el 26,8% son hombres (281), que atienden en distintos programas a unas 10.000 personas

**CUADRO RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PLAZAS EN LOS  
DISTINTOS PROGRAMAS DE FAISEM. Diciembre de 2013**

	N° de Dispositivos	N° de Plazas	Tasas x 100.000 hab.
<b>Programa RESIDENCIAL</b>			
Casas-Hogar	52	912	10,8
Viviendas Supervisadas	156	688	7,3
Plazas en Residencias Generales		44	0,7
Atención Domiciliaria		270	3,2
<b>Programa de EMPLEO</b>			
Cursos F.P.O.	11	57	0,7
Empresas Sociales*	10	334	4,0
Servicios de Orientación y Apoyo	8	1.551	18,5
<b>Programa SOPORTE DIURNO</b>			
Talleres Ocupacionales	85	2.054	24,5
Centros de Día	26	925	11,0
Clubes Sociales	45	1.629	19,4
Plazas de Estancia Diurna		270	3,2
Programa de Vacaciones		254	3,0
<b>Programas ESPECIFICOS</b>			
Atención a Personas Sin Hogar		130	1,5
Atención a Población Penitenciaria		211	2,5
<b>Programa de APOYO A INSTITUCIONES TUTELARES</b>			
Entidades tutelares		1467	17,5

\* Trabajadores/as con enfermedad mental.

## Características a considerar en la relación interpersonal con personas con enfermedad mental

### RECORDAR:

Persona (“Ciudadano”) con dificultades específicas

- Diferente captación de la realidad (Alucinaciones, delirios)
- Problemas cognitivos (atención, memoria, manejo de informaciones complejas y nuevas)
- Dificultades emocionales
- Vulnerabilidad

### EVITAR:

#### Actitudes

Paternalistas  
Hostiles  
Contradictorias

#### Comunicaciones

Confusas  
Contradictorias  
Descalificadoras

#### Tareas

Inalcanzables  
No entendibles

### INTENTAR:

#### Entender

Situarse adecuadamente (Distancia – apoyo)  
Relación interpersonal honesta  
(Ayuda no humillante)

#### Tareas

Entendibles  
Articuladas  
Alcanzables

#### Mensajes

Claros y Esperanzadores  
Críticos sin descalificaciones

### Comunicación con personas con enfermedad mental

- Conectar con los intereses personales resulta eficaz para que la comunicación sea más fluida en los/as usuarios/as con dificultades de comunicación.
- Empatizar con los familiares mejora el proceso comunicativo.

### Ante una persona que insiste en contarnos su delirio

- Intentar ayudarle a cambiar de tema, de forma respetuosa y sensible.
- No le siga la corriente.
- No profundizar en la conversación o contradecirle de forma brusca y radical.
- Manifestar que pensamos de otra forma, sin discutir las razones
- Puede dar resultado cambiar de “ambiente” e iniciar otra conversación. No dedicarle todo el tiempo a pensar en la idea delirante.
- Transmitir comprensión por el malestar que provoca el delirio

### ¡Las alteraciones COGNITIVAS pueden afectar a las habilidades de comunicación!

El pensamiento puede estar bloqueado (como la mente en blanco),  
el lenguaje empobrecido, con retrasos para responder  
y con dificultades para mantener la atención y la concentración.

### **Debemos comunicarnos:**

- con mensajes breves, concisos, claros, sin recurrir a metáforas,
- abordando una sola idea,
- atendiendo a las dificultades, acortando las conversaciones, y asegurándonos de lo que ha entendido

### **Situaciones “especiales”:**

- Persona Usuaría retraída: Sea activo, atención a lo no verbal, Cambie de tema si incomodan ciertos temas.
- Persona Delirante: No se refiera directamente a la temática Delirante, no sea demasiado efusivo, no se tome confianzas
- Persona “excitada”, fije límites. Firme pero no agresivo. Ante una situación posible de agresividad, se debe pensar que:
  - no suelen ser conductas intencionales, no se debe expresar irritación o rabia, no se debe censurar, poner algunos límites razonables y estables, disminuir el nivel de exigencias,
  - no perder la calma, hablar despacio y de forma simple, buscar conversaciones neutras que no impliquen conflictos, ser comprensivo, aumentar las precauciones y mantenerse alerta sin excesivo control,
  - En estas circunstancias no puede realizarse la valoración...

## **ATENCION A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACION DE EMERGENCIA: CRISIS AGUDA y RIESGO SUICIDA**

Andrés López pardo

---

### **CRISIS AGUDA.-**

Se trata de una enfermedad mental grave. Se puede denominar psicosis aguda. La persona puede presentar una conducta “rara”, hostil o difícil de controlar.

Está muy asustada por los síntomas que experimenta: pueden sentirse perseguidos, amenazados o controlados. Pueden ver u oír cosas no reales, están desorientados, con dificultad para pensar, deprimidos o en un estado de ánimo exaltado.

Suele existir aislamiento y dificultades en las actividades domésticas y sociales. Pueden presentar ansiedad, pánico y conductas agresivas o suicidas

Se debe preguntar a la persona, familiar o allegado: cuándo comenzó este estado, si ha ocurrido algún episodio anterior y si existen datos de cualquier tratamiento previo o actual.

Es necesario recabar información de la historia previa sobre antecedentes de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, consumo de tóxicos y enfermedades orgánicas.

### **ES UNA EMERGENCIA SANITARIA**

Estas personas necesitan, lo antes posible, atención sanitaria. Una vez identificadas, estas personas deben salir del sistema judicial y ser abordadas en la red de servicios de salud mental comunitaria.

---

### **La agresividad no es sólo de causa psiquiátrica.**

Aumentan las conductas violentas, el ser hombre y joven, la expresión de amenazas, el consumo de tóxicos y los antecedentes de abusos.

Factores demográficos:

Varón

Joven

Barrios socialmente desfavorecidos

Falta de apoyo social

Problemas de empleo

- Historia vital:

Maltrato en la infancia  
Historia de violencia  
Primer acto de violencia a edad temprana  
Historia de trastorno de la conducta en la infancia  
Historia de criminalidad no violenta

- Historia clínica:

Psicopatía  
Abuso de sustancias  
Trastorno de la personalidad  
Esquizofrenia  
No cumplimiento con el tratamiento

- Factores psicológicos y psicosociales:

Impulsividad  
Sospecha  
Celos patológicos  
Alucinaciones de órdenes

- Contexto Actual:

Amenazas de violencia  
Disponibilidad de armas

## **ES NECESARIO CONOCER SI HAN EXISTIDO EPISODIOS PREVIOS DE VIOLENCIA**

### **Intervenciones sobre la conducta y el entorno**

- Utilice una sala o un área que sea amplia y tranquila, y que no esté aislada, de modo que se permita el acceso rápido de otras personas en caso de necesitar ayuda.
- Usted y el paciente deberán estar en una posición que les permita llegar a la puerta con facilidad; ésta debe estar abierta.
- Escoja el ambiente más tranquilo posible, sin estímulos fuertes o sobresaltos.
- El entorno debe ser seguro, sin objetos potencialmente peligrosos.
- Si no hay una sala adecuada disponible, utilice un espacio abierto.
- Mantenga la distancia; no se acerque demasiado. El paciente violento necesita más espacio que los demás. Nunca se acerque al paciente por detrás, ni de manera brusca.

- Nunca de la espalda al paciente.
- No busque la confrontación; no mire a los ojos, intente asumir una expresión facial y un tono de voz neutros; busque una postura corporal relajada; evite posturas como brazos cruzados o manos detrás de la espalda.
- El paciente no debe quedar solo.
- Si hay otras personas que podrían desencadenar la violencia del paciente, dígasles que se salgan de esa área.
- Aporte información y apoyo a los familiares y personas cercanas.
- Lleve a cabo una sesión de información con el personal y, si es posible, con el propio paciente.

#### **Estrategias verbales (Elsevier).**

- Preséntese y explique lo que va a hacer.
- Utilice palabras sencillas, frases cortas y claras, y hágalo de forma tranquila.
- Emplee un tono confidencial pero formal. Preste atención para “conectar”.
- Ayude al paciente a comprender lo que ocurre y aporte confianza sobre el diagnóstico y el procedimiento terapéutico que seguirá.
- Ayude al paciente a recuperar su orientación.
- Busque, por lo menos al principio, preguntas dirigidas a establecer una alianza y espere a tratar después los temas más delicados.
- Cuando sea posible, intente hablar sobre los motivos reales de la violencia.
- Establezca límites de conducta aceptable y explique al paciente que no se permitirán las violaciones de ésta.
- Fomente la expresión verbal de los sentimientos, estados de ánimo, fantasías, incluso si son d tipo violento.

Cuando tenga que comunicar su decisión, hágalo de forma clara y sencilla

## **PREVENCION DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS.-**

Las conductas agresivas se pueden predecir por La existencia de AMENAZAS A VICTIMAS ACCESIBLES y por la ELABORACION DE UN PLAN DE AGRESION.

Signos de violencia inminente son: irritabilidad, amenazas, mirada fija desafiante, aumento de la actividad, actitud temerosa, proximidad excesiva a personas involucradas y agresión a objetos

### **Como comunicarse con una persona que está en una situación de descompensación aguda de su enfermedad mental.**

La persona afectada puede tener el pensamiento bloqueado (como la mente en blanco), el lenguaje empobrecido, con retrasos para responder y con dificultades para mantener la atención y la concentración.

Debemos comunicarnos: con mensajes breves, concisos, claros, sin recurrir a metáforas, abordando una sola idea, acortando las conversaciones y asegurándonos de lo que ha entendido.

Una persona en situación de descompensación puede tener ideas delirantes, de las que está convencido y le condiciona su conducta. Lo más habitual es que piense que le persiguen, que todo se refiere a él, que quieren hacerle daño.

### **No se debe esperar hasta el último momento para intervenir.**

Lo primero es conocer si existe riesgo vital y garantizar la protección y seguridad de las personas.

La descompensación de una persona con un trastorno mental es una emergencia que requiere atención sanitaria. Debe procurarse una valoración sanitaria con inmediatez.

Deben conocerse los pasos para solicitar la atención de los servicios de urgencias sanitarios. La información a los facultativos de urgencias debe ser concisa y que describa comportamientos.



## RIESGO SUICIDA.-

Según la Organización Mundial para la Salud, “cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos.

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado”.

Las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

En España, en 2012 el suicidio alcanzó la cifra de 3.539 muertes, casi el doble que las producidas por accidentes de tráfico y cuarenta veces mayor que las producidas por la violencia de género.

El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

### Intervenciones eficaces

Las estrategias que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, por ejemplo armas de fuego y sustancias tóxicas como plaguicidas, han demostrado ser eficaces para reducir las tasas de suicidio, no obstante se deben adoptar enfoques multisectoriales de prevención con distintos niveles de intervención y actividades.

### Prevención

A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello.

Es evidente que la prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores. En concreto, los policías, bomberos y otros servicios de emergencias, son con frecuencia un instrumento de primera línea para las personas que tienen conductas suicidas.

### Indicaciones:

Recabar de la persona con riesgo suicida, de su familia o de la persona informante, información:

- **Antecedentes de Trastorno Mental:** fundamentalmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno límite (inestabilidad emocional). Si existe consumo de tóxicos, acontecimientos estresantes recientes, otras enfermedades, y ausencia de apoyo familiar.

- En todos los casos preguntar por **antecedentes personales de intentos de suicidio**: a mayor número de intentos, a mayor gravedad de los intentos en el pasado, a mayor grado de ocultación de los mismos:

**MAYOR RIESGO DE QUE VUELVA A COMETER UN INTENTO SUICIDA.**

Nunca se debe dejar solo a un individuo potencialmente suicida basado en su promesa de acudir a un profesional de la salud mental u hospital.

Hay que tener en cuenta que:

1. - De cada 10 personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos.
2. - Toda persona que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
3. - Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis y lo consumaron fue durante los tres primeros meses tras la crisis emocional.
- 4- El suicidio es multicasual. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio.
5. - Está demostrado que hablar sobre suicidio reduce el peligro de cometerlo.

Estar atento a posibles señales de alarma.

- Desprenderse de objetos personales. Despedidas verbales o escritas.
- Comentarios negativos sobre sí mismo (*mi vida no tiene sentido*). Comentarios negativos sobre el futuro (*mis problemas no tienen solución*).
- Comentarios relacionados con el acto suicida o la muerte (*no merece la pena seguir viviendo*).
- Cerrar asuntos pendientes. Preparación de documentos (testamento, seguros de vida, etc.).

## **SOCORRER**

Deben ser atendidos por un servicio sanitario si existen Ideas Suicidas con Trastorno Mental y otros factores de riesgo.

Ideas Suicidas y Trastorno Psiquiátrico, acontecimientos estresantes e intentos previos: **remitir a Salud Mental para valorar hospitalización.**

**ANEXO: RESOLUCIÓN 261/2002, de 26 de Diciembre, de la Dirección Gerencia del SAS sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.**

Desde la publicación de la Resolución 19/1990, de 18 de Abril, sobre Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) se han producido cambios organizativos que dan lugar a una realidad diferente a con la desaparición del IASAM en 1991 coinciden y su integración plena en el SAS.

La entrada en vigor el 8 de enero de 2001 de la ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000, supone un cambio fundamental ya que deroga, entre otros, el artículo 211 del Código Civil, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces.

Otro aspecto relevante es la incorporación de los Centros de Coordinación de urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU) a la recepción y atención de urgencias psiquiátricas, que no se contemplaba en la Resolución de 1990.

Por todo lo anterior. en uso de las facultades conferidas por el artículo 69 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía así como el artículo 11 del Decreto 245/2000, de 31 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

RESUELVO:

**Primero**

Todo ingreso psiquiátrico requerirá una previa valoración clínica que lo indique como medida terapéutica adecuada, excepto aquellos que se produzcan por orden judicial dictada en causa penal.

**Segundo**

El ingreso, desde el punto de vista sanitario, podrá ser:

- a) PROGRAMADO. Si su indicación procede de los dispositivos comunitarios de salud mental.
- b) NO PROGRAMADO. Si su indicación es resultado de una situación de urgencia.

**Tercero**

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que indique el ingreso psiquiátrico, a los efectos legales oportunos, se distinguirán las siguientes modalidades:

- a) Ingreso VOLUNTARIO ORDINARIO (programado).
- b) Ingreso VOLUNTARIO URGENTE (no programado).

c} Ingreso INVOLUNTARIO ORDINARIO (programado).

d} Ingreso INVOLUNTARIO URGENTE (no programado).

#### **Cuarto**

En los supuestos de ingreso voluntario, sea ordinario o urgente, todos los dispositivos sanitarios establecerán las cautelas oportunas que tiendan a garantizar que la voluntariedad del enfermo mental se respeta, tanto desde la primera asistencia como durante su tratamiento hasta el alta hospitalaria.

Asimismo, en los casos de ingreso involuntario (ordinario o urgente), se actuará, conforme a lo establecido en esta Resolución, con la mayor diligencia posible en los trámites sanitarios y legales recogidos en el apartado octavo y siguientes.

#### **Quinto**

El ingreso psiquiátrico se realizará en la Unidad de Salud Mental del Hospital General del Área de referencia.

Las Comisiones de Admisión de Enfermos en Centros Hospitalarios, creadas por Resolución de la Presidencia del extinguido Instituto Andaluz de Salud Mental, de 5 de febrero de 1986 (B.O.J.A. núm. 14, de 18-2-86), modificada por Resolución 32/1991, de 1 de abril, del Director Gerente del SAS, sobre modificación de la composición de las comisiones de admisión de enfermos en las unidades de hospitalización de salud mental, evaluarán, en cada caso, la necesidad y conveniencia del ingreso del enfermo conforme a las normas que regulan su funcionamiento aprobadas en la Circular 1186, de 26 de febrero, dictada por la Dirección-Gerencia del IASAM, y determinarán con precisión la modalidad de cada uno de los ingresos.

#### **Sexto**

El alta hospitalaria del enfermo mental dará lugar a las siguientes medidas:

- 1ª Entregar su informe de alta al paciente, familiar o persona a él allegada.
- 2ª Contactar con el Equipo de Salud Mental correspondiente para que este dispositivo pueda prestar atención preferente al paciente y asuma su seguimiento.
- 3ª Cuando el ingreso fuere involuntario (ordinario o urgente), si los facultativos que atienden a la persona internada consideran que no es necesario mantener la medida de internamiento, darán el alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

#### **EL INGRESO PROGRAMADO**

#### **Séptimo**

El Equipo de Salud Mental que programe el ingreso de un paciente en la Unidad de Hospitalización del hospital correspondiente, procederá sucesivamente, conforme a los siguientes criterios:

1. Establecerá contacto con la Unidad Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.
2. Evaluará si el paciente está en condiciones de emitir su consentimiento libre y conscientemente y quiere hacerlo. De ser así y sin más trámites, ya que esta modalidad de ingreso no requiere autorización judicial, se procederá al traslado del paciente a la Unidad Hospitalaria.
3. Si el paciente no requiere o no puede emitir consentimiento válido, se informará a la familia de la conveniencia de su hospitalización y se prestará el asesoramiento necesario para que ésta solicite ante el Juzgado de 18 Instancia competente (el del lugar del domicilio o residencia del paciente) la autorización judicial preceptiva para realizar el ingreso involuntario ordinario
4. A tal fin, un Psiquiatra/Psicólogo Clínico del Equipo de Salud Mental, emitirá informe en el que se hará constar:
  - Datos de identificación del paciente.
  - Facultativo que indica el ingreso.
  - A demanda de quién se ha producido la intervención sanitaria.
  - Breve descripción de las circunstancias que motivan el ingreso y el diagnóstico inicial.
5. El anterior informe, atendiendo a la circunstancia de cada caso, se entregará a la familia del paciente para que promueva la autorización judicial, o bien, en ausencia de parientes, será remitido a la Fiscalía de la Audiencia Provincial, para su tramitación ante el Juzgado competente.
6. Una vez obtenida la autorización judicial, a efectos de hacer operativo el ingreso en el Hospital General, se procederá al traslado del paciente conforme se establece en el apartado Decimosegundo.
7. Cuando la oposición del paciente a ser asistido y trasladado para su ingreso hospitalario así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad, atendiendo a lo dispuesto en el apartado Decimotercero.

## **EL INGRESO NO PROGRAMADO**

### **Octavo**

Se considerará ingreso no programado aquel que se produzca como consecuencia de una urgencia sanitaria y en el que deba realizarse la asistencia hospitalaria del paciente con carácter inmediato.

### **Noveno**

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que atienda la urgencia e indique el ingreso deberá tener en cuenta que la Ley de Enjuiciamiento Civil, 1/2000, de 7 de enero, regula con carácter

especial el ingreso involuntario que se produce por razones de urgencia sanitaria, al disponer en su artículo 763, Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, lo siguiente:

1.- El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamiento urgente, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde haya producido el internamiento.

Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la LECiv.

2.- El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3.- Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida.

Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la LECiv.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre las necesidades de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

#### **Décimo**

1. La urgencia de salud mental detectada y demandada, ya sea por el propio paciente, familia, servicio social, Fuerzas de Seguridad u otras instituciones, será atendida por los canales propios de cada urgencia sanitaria.
2. A tal fin, el primer nivel de atención a esta urgencia corresponderá a los dispositivos de atención primaria, bien a través de los Equipos Básicos de Salud donde estén constituidos, o en su defecto por los Médicos Generales de Zona.
3. En horarios no cubiertos por esos recursos, la atenderán los servicios normales o especiales de urgencias o los establecidos a tal fin en la Zona Básica correspondiente.
4. Cuando la urgencia sea atendida por parte de los facultativos de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU), tras la recepción de la llamada, y ante la certeza de lesiones vitales por autoagresión, se activarán en áreas con cobertura 061 a los Equipos de Emergencias Sanitarias que, tras la estabilización hemodinámica o respiratoria, monitorizarán y aplicarán medidas de soporte vital durante el traslado.
5. En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Equipos de Salud Mental.

#### **Decimoprimer**

Cuando la capacidad de respuesta de este primer nivel se vea desbordada por la propia urgencia, el facultativo que la atienda podrá solicitar (telefónicamente) el apoyo de:

- 1.- El Equipo de Salud Mental del Distrito correspondiente. Con su asesoría, y tras la valoración del caso, el facultativo podrá tomar alguna de las siguientes medidas.
  - a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Equipo de Salud Mental y, en su caso, derivar posteriormente al paciente al dispositivo adecuado.
  - b) Trasladar al paciente a la sede del Equipo de Salud Mental.
  - c) Trasladar al paciente al Hospital General del área de referencia (previo contacto telefónico con la Unidad Hospitalaria por parte del Equipo de Sal.
  - d) Eventualmente, y para colaborar en la atención a la urgencia, el Equipo de Salud Mental podrá desplazar a algunos de sus miembros al lugar donde se encuentre el paciente.
- 2.- Fuera del horario del Equipo de Salud Mental, podrá solicitar el apoyo del Servicio de Urgencia especializado ubicado en el Hospital General del área de referencia. Con su asesoría y tras la valoración de urgencia, el facultativo tomará alguna de las siguientes medidas:

- a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Servicio de Urgencia especializado y en su caso, derivar posteriormente el paciente al dispositivo adecuado.
- b) Trasladar el paciente al Hospital General del Área de referencia.
- c) c) En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Servicios de Urgencia Especializados.

## TRASLADO DEL PACIENTE

### Decimosegundo

1. En general, el traslado del paciente se realizará, siempre que ello sea posible, con los medios propios de que disponga su familia o personas a él allegadas que gocen de buena ascendencia sobre el paciente, por ser las más idóneas para solventar las circunstancias que concurren en el traslado de un paciente debidamente tratado.
2. Cuando no sea posible la utilización de medios propios y/o las circunstancias clínicas así lo aconsejen, el traslado del paciente se llevará a cabo en la ambulancia que el Distrito Sanitario o área de referencia utilicen como medio de transporte habitual, para lo cual, todos los dispositivos contarán con una relación detallada de los puntos de localización de dichos transportes.
3. Cualquiera que sea el dispositivo que solicite un medio de transporte para trasladar al paciente, señalará expresamente si la ambulancia que deba realizar dicho servicio ha de ser normalizada o asistida con personal sanitario, debiendo limitarse esta última posibilidad a los casos de especial dificultad.

## EL REQUERIMIENTO DE AUXILIO A LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

### Decimotercero

El facultativo del dispositivo sanitario que atienda a un paciente requerirá el Auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Policía Local, Guardia Civil) cuando sea necesario y de conformidad con lo previsto en su normativa específica, para que éstas, con su intervención, procedan a reducir al paciente en los casos en que la manifiesta oposición de éste a ser asistido y trasladado provoque una alteración de orden público o ponga en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales.

En este sentido, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad prestarán el auxilio demandado, como establece el artículo 11.1.b de la Ley Orgánica 2/1986, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que



les atribuye las funciones de "Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa.

Funciones que para las Policías Locales establece específica mente el artículo 53.1: "'Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello".

En estos supuestos, se actuará en estrecha colaboración con dichas Fuerzas de Seguridad, y tan pronto el paciente haya sido reducido, el personal sanitario intervendrá aplicando las medidas terapéuticas oportunas".