

## ETICA Y SALUD MENTAL

María Abeijón Fernández

### Panorama actual en Psiquiatría

La tendencia actual es hacia la integración del paciente psiquiátrico en la sociedad y en el seno familiar, eliminación de manicomios, creación de Centros de Salud Mental donde se sigue la evolución de la enfermedad, se le marcan las pautas a seguir y en los casos que se requiera la medicación; todo esto coordinado por varios profesionales como psiquiatras, psicólogos y enfermeras. Creación de Centros de Día con monitores donde el paciente permanece casi todo el día trabajando en talleres, saliendo de excursión... algunos de ellos también tienen comedores.

Todos estos cambios han llevado implicado también un cambio en los profesionales de la Salud Mental y es necesario establecer unas fronteras en la relación psiquiatra-paciente, estas fronteras deben estar guiadas por un respeto al paciente y una preocupación por su bienestar.

La Asociación Mundial de Psiquiatría en la Declaración de Madrid, de 25 de agosto de 1996, basándose en esto ha aprobado las siguientes normas éticas para regir la conducta de los psiquiatras:

1.- La psiquiatría debe proporcionar el mejor tratamiento para los trastornos mentales, la rehabilitación de los indivi-

duos y la promoción de la salud mental. Los psiquiatras deben aplicar la mejor terapia posible de acuerdo con un conocimiento científico aceptado y de acuerdo con unos principios éticos. Y crear intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas de la libertad del paciente, preocupándose de una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2.- Es deber del psiquiatra mantenerse al tanto del desarrollo científico de su especialidad.

3.- La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza mutua, en el respeto, lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante que le permita tomar decisiones racionales de acuerdo con sus valores y preferencias.

4.- Cuando el paciente esté incapacitado y no pueda ejercer el juicio adecuado, los psiquiatras deberán consultar a la familia y, si fuese necesario, buscar consejo jurídico con el objeto de salvaguardar la dignidad humana y, los derechos legales del paciente.

No se debe llevar a cabo ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente salvo que el no tratarlo ponga en peligro la vida del paciente o de terceras personas a no ser que el tratamiento sea para el mejor interés del paciente.

5.- Cuando a un psiquiatra se le solicita evaluar a un paciente, es su deber informar y asesorar a la persona que se evalúa sobre el propósito de la interven-

ción, el uso de los resultados de la misma así como de las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes.

6.- La información obtenida es confidencial, utilizándose única y exclusivamente con el propósito de mejorar la salud mental del paciente. Está prohibido que los psiquiatras hagan uso de tal información para fines personales o para acceder a beneficios económicos o académicos.

La violación de la confidencialidad sólo podría ser apropiada cuando exista serio peligro mental o físico para el paciente o para terceras personas si la confidencialidad se mantiene; en estas circunstancias el psiquiatra deberá informar primero al paciente sobre las acciones a tomar.

7.- La investigación que no se lleva a cabo de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Las investigaciones deben ser aprobadas por un comité ético debidamente constituido. Los psiquiatras deben seguir normas nacionales e internacionales para la conducción de la investigación. Sólo individuos debidamente formados en metodologías de la investigación deben llevarlas a cabo y dirigir las. Los pacientes con trastornos mentales son sujetos especialmente vulnerables a los procesos de investigación. Por este motivo, el investigador deberá extremar las precauciones para salvaguardar tanto su autonomía como la

integridad física y psíquica del paciente. Las normas éticas también se deben aplicar a la selección de grupos de población para la investigación, en todo tipo de investigación, incluyendo estudios epidemiológicos y sociológicos y en investigación conjunta, incluyendo otras disciplinas o varios centros de investigación.

Con respecto a la protección de las personas recluidas por mala salud mental o que padecen trastornos mentales, las Naciones Unidas adoptaron unas medidas en materia de Derechos Humanos a través de la Comisión de Derechos Humanos que en su resolución 10 A (XXXIII), de 11 de marzo de 1977, expresó su preocupación por las consecuencias que los progresos de la neurocirugía, la bioquímica y la psiquiatría podrían tener para la protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual y pidió a la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías que estudiara, con miras a formular orientaciones si fuera posible, la cuestión de la protección de las personas recluidas por mala salud mental contra los tratamientos que pudieran redundar en detrimento de la persona humana y de su integridad física e intelectual.

La Subcomisión en su resolución 6 (XXXII), de 5 de septiembre de 1979, pidió al Secretario General que preparara un informe en el que se analizara la información disponible sobre el tema con miras a formular orientaciones generales con respecto a:

a) las medidas de asistencia médica que fuera aprobado aplicar para el tratamiento de las personas recluidas por mala salud mental.

b) los procedimientos para determinar si existían razones suficientes para recluir a esas personas y aplicarles esas medidas.

En el informe definitivo se examinaban en detalle las siguientes cuestiones importantes relacionadas con el tema del estudio:

A) Procedimientos y garantías jurídicas para asegurar el respecto a la dignidad intrínseca de las personas a las que se ha diagnosticado una enfermedad mental o trastornos mentales y la protección de las libertades fundamentales y los derechos civiles, políticos, socio-económicos, culturales, médicos y legales de esas personas.

B) Cuestiones relativas a la privación arbitraria de las libertades y los derechos humanos de una persona a causa de su estado de salud mental.

C) Razones para la hospitalización voluntaria o forzosa de las personas a las que se ha diagnosticado una enfermedad mental o trastornos mentales.

D) Análisis de] derecho de los enfermos mentales a recibir tratamiento.

E) Tipo de instituciones psiquiátricas.

F) Examen de las recomendaciones para la adopción de medidas lealslativas o de procedimientos y enfoques nuevos o adicionales relativos especialmente a la protección de las personas recluidas

por mala salud mental o que padecen trastornos mentales.

G) Recomendaciones sobre reformas de la legislación vigente en materia de salud mental, en los casos en que sea inadecuada o anticuada, y sobre medidas médicas, socioeconómicas y administrativas relativas al mejoramiento y la modernización de los servicios de salud mental y de las instituciones psiquiátricas.

En una Resolución posterior de 7 de diciembre de 1987, la Asamblea General expresó también una gran preocupación porque tenía constancia del uso inapropiado de la psiquiatría para proceder al confinamiento de personas por razones de orden no médico ni psiquiátrico sino por opiniones políticas o por otras razones de orden no médico y esto constituye una violación de los Derechos Humanos.

### **Derechos humanos y Salud Mental**

Los derechos fundamentales de los seres humanos diagnosticados como mental o emocionalmente perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y, a la confidencialidad; el dere-

cho a la protección de la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psicosocial apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida, y en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros pacientes. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del paciente del mayor grado de autodeterminación y de responsabilidad personal. Aplicándose lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comodidad, los profesionales o el Estado.

### **Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Estudio y recomendaciones**

#### **Internamientos efectuados al amparo de la legislación civil**

A) Imprescindible reforma legislativa en virtud de la cual se regulen fundamentalmente las siguientes cuestiones:

- Garantías que deben rodear los internamientos voluntarios.
- Legitimación para solicitar el internamiento.

- Garantías que deben rodear el internamiento de los menores de edad y de los ya incapacitados.

- Eficacia de la resolución judicial por la que se acuerda el internamiento psiquiátrico.

- Alcance del control judicial sobre el alta médica del enfermo internado.

- Persona concreta obligada a comunicar al juez el internamiento involuntario de carácter urgente.

- Establecimiento de un plazo máximo, que deberá ser breve, en el que el juez debe dictar la resolución aprobatorio o no sobre el carácter urgente del internamiento involuntario.

- Establecimiento de mecanismos de control sobre algunos tratamientos médicos psiquiátricos especialmente agresivos.

- Determinación expresa de la competencia territorial del juez que en cada caso debe autorizar o aprobar el internamiento o controlar su permanencia.

B) Que se generalice la concentración en un solo juez de las cuestiones relativas a los internamientos psiquiátricos e incapacidades de los enfermos mentales, en las grandes capitales o en localidades en que existan varios jueces. Sería conveniente que existiera un fiscal en cada provincia que asumiera las competencias en esta materia.

C) Que los jueces remitan en todos los casos a los centros copia de la resolución por la que se autoriza el internamiento.

D) Que se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, jueces, fiscales, y fuerzas de seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados de enfermos mentales pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria.

E) Que por el Ministerio Fiscal se extreme el celo en orden a promover la incapacitación de los enfermos internados, cuando ésta fuera realmente procedente.

F) Que por la administración sanitaria o asistencial se adopten las previsiones organizativas necesarias para facilitar el nombramiento de tutor o defensor judicial de los incapacitados que carezcan de parientes, así como para el adecuado ejercicio de ambas funciones.

G) En cuanto al control periódico judicial y del Ministerio Fiscal sobre la situación de internamiento que nuestra legislación exige, sería necesario que se generalizaran las visitas periódicas a los centros donde aún no se hace por parte de los jueces y del Ministerio Fiscal, así como que en las resoluciones judiciales por las que se acuerda el internamiento se exija a de los responsables de los centros información periódica sobre la evolución del tratamiento; y, por último, que los responsables de los centros remitan también con carácter periódico esta información al juzgado.

H) En cuanto a los ingresos involuntarios urgentes, sería conveniente que por parte de los jueces se visitara el cen-

tro con la finalidad de examinar personalmente al enfermo, solicitar el correspondiente dictamen médico y con posterioridad remitir la correspondiente resolución ampliadora o denegatoria del informe, que debería ser comunicada al centro. Esta práctica debe desarrollarse tanto en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, como en los centros de larga estancia. Por otra parte, sería también conveniente que las comunicaciones que los centros remiten a los juzgados informando de este tipo de ingresos fueran menos esquemáticas.

En nuestro caso concreto de una Unidad de Salud Mental, concretamente la Unidad del Centro de Salud de Noya, y en relación con los ingresos, la decisión de dicho ingreso dependerá de cada caso. Cuando el paciente se niega a ser ingresado, los profesionales del centro remiten la información al juez y él será el encargado de ordenar o no el ingreso. La resolución del internamiento adoptada por el juez está determinada por la capacidad del paciente para discernir la realidad, es decir, cuando el paciente se "descuelga" de la realidad, dice que oye voces, que lo insultan, que el vecino es la encarnación del diablo, que le controlan sus pensamientos, como suele ocurrir en pacientes esquizofrénicos; en este caso el ingreso está más claro. Sin embargo, existen casos en los que se plantean problemas éticos por parte de los profesionales del centro como ocurre en suicidas

que no quieren ingresar y al contrario de los esquizofrénicos, éstos si saben perfectamente lo que dicen y, lo que hacen, son conscientes de la realidad. En estos casos, como el centro no puede ordenar ingresos involuntarios, y si el peligro del suicidio es inminente, el paciente se remite a Urgencias del Hospital General; allí se mantiene en un box de urgencias hasta que se considera que está fuera de peligro y se le da el alta, o sino se ingresa en Psiquiatría.

### **Atención a la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica**

En esta época de Reforma Psiquiátrica la desaparición del Hospital Psiquiátrico va dejando paso a la creación de otros servicios para la atención de los problemas de salud mental, como es el Centro o Unidad de Salud Mental integrado en el sistema de salud general, cuya competencia es atender a los habitantes de un territorio o distrito sanitario; a su vez varios distritos componen un Área Sanitaria: en nuestro caso del Centro de Noya pertenece al Área Sanitaria de Santiago.

El acceso a estos centros o unidades es a través del médico de cabecera del centro de salud quién decidirá si el problema psíquico o alteración del comportamiento necesita de una intervención especializada en el Centro de Salud Mental. Aquí trabajan psiquiatras, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales. Desde el centro se accede a otros servicios como Unidades Hospitalarias,

Hospitales de Día, Dispositivos de Rehabilitación o Programas de Apoyo Comunitario.

En los Centros de Salud Mental se trabaja con una serie de programas asistenciales como son los programas de atención ambulatoria, constituido por consultas con tratamientos farmacológicos, psicoterápicos y sociales; programas de rehabilitación, seguimiento y atención domiciliaria, compuesto por intervenciones de enfermería y asistencia social para favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, incorporarlo a las posibles alternativas educacionales, laborales y de ocio, orientar a la familia para la convivencia con el paciente.

Además de estos centros existen otros centros asistenciales:

- Hospital de Día: Cubre la demanda de aquellos pacientes para los que el tratamiento ambulatorio le resulta escaso o insuficiente y el ingreso hospitalario no es necesario. También llamados Comunidad Terapéutica.

- Centros de Rehabilitación: Permiten mejorar de forma personal, afectiva, social laboral al paciente para alcanzar el máximo nivel de autonomía posible y una calidad de vida mejor tanto para ellos como para su familia. Dentro de estos centros tenemos los siguientes tipos: Centros de Rehabilitación Psicosocial con programas psicoeducativos para las familias, Miniresidencias que son unidades hospitalarias con camas para personas que necesitan alo-

jamiento supervisado mientras realizan un tratamiento o programa de rehabilitación, Centros de Rehabilitación Laboral, Casa de Transición o Piso Escuela, ayudando así al desenvolvimiento de actividades de la vida diaria y doméstica, y Pisos Protegidos siendo una alternativa al ingreso hospitalario.

Todas estas reformas con este tipo nuevo de recursos en el ámbito de salud mental han sido, en general, bien acogidas por parte de los profesionales de este campo, ya que están más a favor de la integración del paciente en la sociedad, la familia, que en el internamiento o "reclusiones" en los antiguos manicomios. Se puede trabajar y obtener resultados óptimos con estos pacientes desde los Centros de Salud Mental, en coordinación con todos los otros dispositivos asistenciales, donde se sigue la trayectoria del paciente más directamente, más personalmente, a diario. Creándole así al paciente una confianza, una seguridad hacia los demás y hacia sí mismo, una responsabilidad -en definitiva una autonomía-, enseñándole a ser lo más autónomo posible. Se reservan los ingresos para aquellos casos en los que realmente suponga un peligro tanto para sí mismos como para terceras personas.

El problema que plantea este sistema es el de los recursos, puesto que muchas veces no se puede trabajar como se debiera porque no hay camas cuando se precisa un ingreso urgente, en los Centros de Salud Mental se ven muchas veces

desbordados de trabajo y no hay suficiente personal para atender a un nivel tan alto de población; además existen aún zonas que no cuentan ni siquiera con Centros de Salud Mental ni con otro tipo de dispositivos asistenciales en el ámbito de salud mental, sino que tienen un psiquiatra que acude un día a la semana para tratar a todos los pacientes de esa zona.

En muchos casos no existe una coordinación entre los jueces, forenses y psiquiatras debido a una falta de definir competencias; así aparecen noticias en prensa de pacientes psiquiátricos que deben de ingresar pero que no se ponen de acuerdo entre el juez y el psiquiatra.

Esta tendencia actual de rechazo al ingreso provoca en la sociedad muchas dudas acerca de] sistema, ya que aunque debe prevalecer el derecho de autonomía del paciente, tenemos casos a diario de personas con problemas psíquicos con una fuerte agresividad y que la familia se siente totalmente amenazada y no consiguen que se la ingresen en ningún sitio, porque tampoco existen lugares o residencias permanentes para estas personas con estos tipos de problemas, como pacientes esquizofrénicos muy deteriorados que no son capaces de convivir o creen que la familia es la culpable de sus problemas. En el art. 16 de la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 10 dic. de 1948, en el punto 3 nos dice: "La familia es el elemento natural y fundamental de la

sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado". Basándonos en esto podemos relacionar la tendencia actual a la integración del paciente psiquiátrico en la familia y la sociedad y el doble juego que esto conlleva. Por un lado protección del paciente, incentivar su propio yo, su autonomía, pero también protección de la familia en los casos que se precise. Porque no siempre lo mejor para el paciente ni para la propia familia es su integración, como en casos de malos tratos por parte de la familia hacia el paciente o al contrario.

Para proteger a la familia se debe tener en cuenta la capacidad que tengan para soportar la enfermedad y la transcendencia de ésta. Tienen derecho a que se le considere la actitud de otros miembros de la familia ya que a veces es mejor buscar otra alternativa residencial u hogar familiar.

Las familias también tienen derecho a programas de apoyo y, orientación específicos, con sistemas de ayuda, en coordinación con los servicios sociales y de orientación en lo que se refiere al tratamiento, la convivencia y el trato con el paciente.

Las principales demandas que formula la familia son las siguientes:

1.- Que en cada distrito sanitario se establezcan comisiones integradas por servicios sociales, sanitarios y asociaciones comunitarios y de familiares y enfermos mentales para abordar los problemas que afectan a este colectivo.

Centrado principalmente hacia la rehabilitación y cuidado de enfermos mentales crónicos, buscando alternativas laborales, ocupacionales, de rehabilitación y asistenciales.

2.- Creación de programas de rehabilitación y cuidados comunitarios para enfermos mentales crónicos a través del Centro de Salud Mental por medio de un sistema de tutorías. Se establecerían así tutores o terapeutas para llevar una continuidad tanto en el tratamiento como en la evolución del paciente, sirviendo también como interlocutor con la familia. No nos limitaríamos así a una mera consulta psiquiátrica.

A cada caso se le designaría un plan individualizado de cuidados.

3.- Desde los Centros de Salud Mental se desenvuelven programas específicos de orientación y apoyo a los familiares y amigos de pacientes diagnosticados como enfermos mentales.

4.- Resulta de especial importancia que se establezca desde la Unidad de Salud Mental un programa de ayuda a domicilio, de intervención en crisis y de urgencias psiquiátricas. Sería útil contar con un registro de pacientes especialmente vulnerables a presentar una crisis, así mismo establecer conciertos con las ambulancias para el traslado de los pacientes psiquiátricos, con los servicios de urgencias, y buscar coordinación con los Juzgados para agilizar los trámites de ingreso involuntario.



5.- Divulgación de la problemática del enfermo mental por parte de las autoridades competentes entre los profesionales sanitarios, los servicios sociales, judiciales y otros con el fin de aumentar el conocimiento e interés por estas personas y contribuir a la superación de su estima social.

6.- Buscar alternativas de alojamiento para personas con trastornos mentales crónicos: mini residencias, pisos protegidos o supervisados, etc.

7.- Alternativas laborales y ocupacionales para enfermos mentales crónicos. Reinserción laboral en empresas públicas o privadas con un tutor para mantener al enfermo en su puesto de trabajo, o mediante cooperativas de familiares o profesionales.

8.- Reconocimiento de las minusvalías a estos enfermos mentales crónicos para establecer las ayudas económicas de subvenciones y, otras ayudas destinadas a favorecer su integración social.

### **Principales problemas éticos planteados en el Centro de Salud Mental**

El principal problema ético que se le plantea es el de la CONFIDENCIALIDAD.

Cuando el paciente llena a la consulta, remitido desde su médico de cabecera o de su especialista, se le entrevista a él solo pero se le advierte que luego se entrevistará a la familia y él sabe que la familia va a contar cosas sobre él, dando una opinión muchas veces opuesta a la suya.

Lo importante es no engañar nunca al paciente ya que así sabe en quien puede confiar, de esta manera aunque en una crisis de su enfermedad se descuelgue de la realidad tendrá constancia de ello, y no se sentirá traicionado. Además los profesionales dejan bien claro que ante todo le deben lealtad al paciente.

Sin embargo los problemas aparecen cuando la familia acude a escondidas a hacer comentarios utilizando como excusas que han ido a buscar recetas y aprovechan para contarle lo último que ha hecho y que ellos creen que está mal, que los está engañando, que no les hagan caso de lo que les dice porque es mentira, que les den más medicación, que está muy rebelde, intentan saber qué les cuenta para decir que no es cierto... Otras veces llaman por teléfono para informarles de que todo lo que le han dicho que haga no lo está cumpliendo.

Aunque algunas veces es necesario saber la "verdad" a través de la familia, principalmente en casos como un paciente alcohólico en donde es necesario saber si está bebiendo, o en anorexia si dicen que comen y no es cierto, o cuando se sabe que el paciente miente constantemente.

Otro problema ético se le plantea cuando el paciente es un niño porque no acude él como paciente, sino que viene con los padres y hay que regirse por unas leyes donde los padres son los responsables del niño. No se puede hacer

nada sin su consentimiento, hablar con el profesor, etc... para todo tienen que pedirles permiso a los padres.

No existe CONFIDENCIALIDAD con el paciente, para cualquier actuación hay que contar con el consentimiento de los padres, y se presentan casos como malos tratos o problemas de alcoholismo en uno de los progenitores o problemas en el matrimonio que repercuten en la salud mental y bienestar del niño en donde se siente intimidado o tiene miedo a herir a sus padres o a que tomen represalias contra él y se hace difícil cualquier actuación.

Otro tipo de problema surge en las inspecciones y aquí se presentan dos casos distintos:

Por un lado sería el del paciente que llega ya con el volante dirigido de Inspección para valorar una baja, en este caso él ya sabe a lo que va porque trae su volante y sabe quien lo manda y que llevará un informe de su estado que repercutirá en su estado laboral. Aquí no habría mayor problema.

Sin embargo el problema se produce en el otro caso en donde Inspección solicita un informe de un paciente que está siendo ya tratado en la Unidad de Salud Mental. Inspección necesita un informe detallado del historial de ese paciente que se supone confidencial. ¿Se debería pedir el CONSENTIMIENTO del paciente que se podría negar a dar?, ¿Qué datos se pueden dar con o sin el consentimiento del paciente?.

En este punto es tajante la Asociación Mundial de Psiquiatría. Especifica en el punto 5 de las normas y guías éticas aprobadas en la Declaración de Madrid que comentamos al principio: "Cuando a un psiquiatra se le solicita evaluar a un paciente, es su deber informar y asesorar a la persona que se evalúa sobre el propósito de la intervención, el uso de los resultados de la misma, así como de las posibles repercusiones de la evaluación. Este punto es particularmente importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes".

Y en el punto 6: "La información obtenida en el marco de la relación terapéutica debe ser confidencial ..."

Relacionado con la CONFIDENCIALIDAD surge otro problema que les preocupa a los profesionales de la Unidad de Salud Mental y es el siguiente: el paciente les llega a ellos remitido del médico de Atención Primaria y en la Unidad no le piden al paciente el consentimiento de poder comentar con su médico de cabecera su historia clínica, todo lo que él les cuenta se supone confidencial. Sin embargo ocurre todo lo contrario y entre ellos se hacen comentarios sobre el paciente; es algo que está ahí que no se le dice pero que suponen que el paciente lo sabe. Se sienten comprometidos a dar información a un compañero aunque a éste no le signifique nada para cualquier tratamiento o actuación, sino más bien por curiosidad.

Otro tema a considerar serían los regalos por parte de la familia o los pacientes agradecidos. ¿Se deberían aceptar? cuando son "detalles" como en un puerto de mar las cajetillas de tabaco o las botellas de vino, licor... es más fácil de aceptar o de permitir; sin embargo cuando son regalos muy caros la situación cambia.

Y por último un caso mucho más raro que no suele producirse sería el de las relaciones sexuales entre el médico y el paciente.

### **Asociación "A Creba"**

Un caso particular de especial importancia fue la formación de la asociación "A Creba". Esta asociación se formó a raíz de que se detectó a través de la Unidad de Salud mental de Noya una gran cantidad de familias en esta zona con algún miembro que padecía esquizofrenia principalmente en edades jóvenes. Existía una falta total de información en las familias sobre la enfermedad.

En principio se realizaron charlas para los familiares explicándole en qué consistía la enfermedad, qué hacer en los momentos de crisis de esta enfermedad, cómo tratar a los esquizofrénicos. Estas charlas se dividieron en cuatro sesiones impartidas por enfermeras de salud mental que le informaban de la enfermedad y de los tratamientos y por la asistente social que le explicaba los recursos que tenían. Como a nivel administrativo no había nada para estos pacientes ni para

las familias era importante crear una asociación. Al organizarse se podía formar un centro de día, tenían como experiencia el centro "LAR" de Villagarcía.

Se empiezan a realizar charlas entre los familiares por grupos de 10 que se correspondían con 4 pacientes, así se va formando poco a poco la asociación. Al principio surgieron problemas porque las familias querían la asociación pero no querían trabajar por ella, la psicóloga y la asistente social intentaron delegar en ellos para que luchasen por la asociación. Al formarse la asociación y crear los estatutos se cambia la directiva, formada por algunos familiares, y tanto la psicóloga como la asistente social dimiten y contrataron una psicóloga, consiguen varias subvenciones, entre ellas una furgoneta que regaló la ONCE. De esto ya hace cuatro años, y la asociación hoy en día cuenta con talleres dirigidos por una monitora donde los enfermos realizan trabajos con barro, papel maché, cestería... En Navidades hacen loterías, ponen a la venta los trabajos que realizan. Cuentan también con monitores para hacer excursiones y que los enseñan a desenvolverse en las tareas cotidianas de la vida como puede ser coger el autobús o asearse, ya que estos pacientes se van deteriorando tanto que, poco a poco, ni siquiera saben el día en el que viven y lo que deben hacer a lo largo del día.

Es importante que se establezcan estas organizaciones ya que esto mejora

la calidad de vida tanto de paciente como de la propia familia, ya que esto les obliga a levantarse temprano, asearse, coger el autobús, y una vez en la asociación sentirse útiles realizando trabajos, y relacionarse con el mundo. Se consiguió que las crisis se redujesen y que la vida en familia fuese más satisfactoria. Se pretende también que los enfermos dependan lo menos posible de las monitoras y que aprendan a manejarse por ellos mismos, que aprendan a ser lo más autónomos posible.

Los objetivos actuales de la asociación son contar con unos locales más

amplios que les permitan la creación de comedores para que los enfermos estén todo el día en la asociación y sólo se vayan a dormir a sus casas, creación de gimnasios, talleres para trabajar con el cuero y poder venderlo para tener unos recursos propios en la asociación.

La asociación es de carácter privado aunque de momento no cuentan con pacientes que acudan de forma privada a través de la familia que demande la ayuda sino que hasta ahora los pacientes son remitidos de la Unidad de Salud Mental.