



MATERIAL

# PSICOEDUCATIVO

Documental

**ESTA INSISTENTE MANÍA DE SER FELIZ**

Información sobre la  
esquizofrenia y el desorden  
bipolar

# CONTENIDO:

Créditos de contenido.	4	Episodio hipomaniaco y Episodio depresivo mayor.	29	Carta de derechos de las personas que reciben servicios de salud mental.	50
Sobre el documental.	5	La distracción y locuacidad.	30	Responsabilidades de la personas que reciben tratamiento.	53
Agradecimientos y definición de manía.	6	Tipos de bipolaridad.	31	Procesos y lugares para radicar querellas.	53
Introducción a los trastornos mentales.	7	¿Cómo se diagnostica y cuál es la incidencia?.	32	Hablemos de suicidio: Factores de riesgo.	54
Estadísticas de salud mental en Puerto Rico, Estudio ASSMCA.	8	Factores de riesgo.	33	Paso 1: Identificar señales de alerta.	56
Entender la esquizofrenia: ¿Qué es y cuándo comienza?	10	Referencias.	33	Paso 2: Preguntar.	58
Síntomas depresivos.	11	¿Cuándo comienza?	34	Paso 3: Escuchar.	59
Los síntomas de la esquizofrenia.	12	¿En qué consiste el tratamiento?	35	Paso 4: Conectar.	62
Incidencia y cómo se diagnostica.	14	Impacto familiar.	37	Identificar factores protectores.	60
Factores de riesgo.	15	Cambios en las dinámicas de interacción familiar.	39	Líneas de primera ayuda	64
Tratamiento.	16	¿Qué puede hacer la familia?	41	Programa integrado de intervención en crisis.	63
Cómo prevenir recaídas.	19	Apoyo para evitar recaídas.	43	Lugares donde puede encontrar ayuda.	64
¿Puede trabajar la persona?	20	¿Existe cura para el trastorno bipolar?	44	Páginas electrónicas con material disponible.	69
La familia ¿qué hacer?	21	¿Puede trabajar la persona con trastorno bipolar?	44	Películas sobre la bipolaridad y la esquizofrenia.	70
Nota aclaratoria	21	¿Cómo fomentar un ambiente de trabajo saludable?	45	Documentales sobre la bipolaridad o la esquizofrenia.	72
¿Qué son los pensamientos?	22	¿Tienen protecciones las personas con condiciones de salud mental?	45	BD Support Group.	73
Estigmas y enfermedades mentales.	24	Resumen de la Ley 408- Ley de Salud Mental de Puerto Rico.	46	Logos de auspiciadores.	74
Cómo los estigmas y el discrimin agudizan algunos síntomas y acciones.	25	Ley ADA	48		
¿Qué es el desorden o trastorno bipolar?	26	Ley HIPPA.	49		
Episodio maniaco.	28				

ESTA GUÍA FUE  
REALIZADA, EN PARTE, POR:

**ZAHIRA L. GONZÁLEZ COLÓN, PH.D**

PSICÓLOGA CLÍNICA,  
PSICÓLOGA INDUSTRIAL-ORGANIZACIONAL  
PRESIDENTA 2017 DE LA  
ASOCIACIÓN DE PSICOLOGÍA  
DE PUERTO RICO

**JENNIFER MORALES CRUZ, PH.D**

PSICÓLOGA CLÍNICA Y  
FACULTAD DE LA  
UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU  
PROGRAMA DE CONSEJERÍA PSICOLÓGICA

**ELIZABETH MALDONADO DÍAZ, MS**

ESTUDIANTE DOCTORAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA,  
UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU,  
RECINTO DE SAN JUAN.

**DISEÑO  
PRODUCCIONES ZARANDA**

CORRECTORA: IVONNE BELÉN

FRAGMENTO DE LA NOVELA  
**LOS ROSTROS DE IRENE**

«Tengo el cerebro roto; eso me hace distinta. Vivir entre el delirio y el abatimiento nos hace diferentes. Somos capaces de hazañas que sobrepasan la línea de lo normal. Mi vida transcurre entre lo terrible y lo sublime.

También Einstein, Virginia Woolf, Tolstoi, Faulkner, Dickens, Balzac y Poe eran distintos. ¿Y qué es lo normal? ¿Es caminar la misma ruta de los otros? Me basta mi propio camino entre dos luces: la diáfana y la lóbrega. Al cerebro roto no se le puede hacer una radiografía. Me pregunto a mí misma: ¿soy bipolar o esquizofrénica? ¡Qué más da! Estoy crucificada por la ignorancia de los otros. Me desplazo entre la pasión desenfadada y la íntima contemplación de un jazmín.»

-Ivonne Belén.

SOBRE EL DOCUMENTAL:

## ESTA INSISTENTE MANÍA DE SER FELIZ

EL documental *Esta insistente manía de ser feliz* expone cómo el arte y la belleza son el camino a la recuperación y aporte social en la vida de cuatro artistas puertorriqueños con diagnósticos de bipolaridad y esquizofrenia. Los que viven con estas condiciones son generalmente estigmatizados; pues sus condiciones -que no son su elección-, inciden en la forma de enfrentar el acontecer diario e integrarse a la sociedad. Nuestros artistas Sully Díaz -actriz y cantante-, Ivonne Belén -cineasta y escritora-, Glenn Monroig -cantautor y comunicador-, y Francisco Morales Eró -poeta y artista plástico-, sin negar sus condiciones, deciden vencer sus limitaciones y aportar al desarrollo de otras personas, gracias a su creatividad y la belleza del arte que comparten.

El seguimiento a nuestros protagonistas es una ventana para que la audiencia pueda ver cómo debemos liberarnos de los estigmas de la locura, de ser bipolares y esquizofrénicos, para enfatizar que son seres humanos que pueden llevar una vida sana, normal, independiente, productiva, con una perspectiva humanista y de cara a los retos colectivos y personales.

Los testimonios de los protagonistas se alternan con los de psicólogos y psiquiatras. Estos hablan sobre los trastornos de salud mental y la capacidad de sobrevivencia de los que viven con esos diagnósticos. También interactúan amigos, colegas y familiares testigos de sus crisis y de cómo se superan, a través de su arte, para crear un retrato de ellos y abordar siempre el tema de la manía y la apuesta por la integración a la sociedad.

A NUESTROS

# INDISPENSABLES:

Agradecemos la confianza de Sully Díaz, Glenn Monroig, Francisco “Pancho” Morales Eró e Ivonne Belén, sus familiares y amigos que, tan generosamente, compartieron sus vivencias para destacar que es posible tener una vida integrada, a pesar de un diagnóstico de salud mental, si se tienen las herramientas adecuadas. También a cada especialista en psiquiatría, psicología y trabajo social que nos ayudaron a entender qué son el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Extendemos nuestra gratitud a los auspiciadores del documental: Fundación Puertorriqueña de las Humanidades y la *National Endowment for Humanities*, Instituto de Cultura Puertorriqueña y la *National Endowment for the Arts*, Hospital Panamericano, *Open Mobile*, Hospital San Juan Capestrano, la *American Psychiatric Association* -capítulo de Puerto Rico-, y el apoyo de PJ Gaffer, Municipio de San Juan, Triple S, el Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, el Archivo General de Puerto Rico, la Fundación para la Cultura Nacional y la Junta Reglamentadora de Telecomunicaciones.

Merecen nuestro reconocimiento la Asociación de Psicología de Puerto Rico y la Dra. Zahira González Colón (presidenta 2017), la Dra. Jennifer Morales Cruz, la estudiante Elizabeth Maldonado Díaz, MS. y al Programa de Consejería Psicológica de la Universidad Carlos Albizu, por el contenido clínico sobre el trastorno bipolar y la esquizofrenia que, junto al Instituto de Cultura Puertorriqueña, apoyaron la realización de la segunda fase del proyecto educativo.

Según la Real Academia Española, manía es una preocupación caprichosa y a veces extravagante por un tema o cosa determinados. En la psiquiatría, se define como un síndrome o cuadro clínico, por lo general episódico, caracterizado por la excitación psicomotriz derivada de una exaltación de la consciencia de sí mismo.

Aunque cada día la información a la que la gente tiene acceso, sobre las condiciones mentales, es mayor, el diagnóstico y tratamiento debe ser realizado por especialistas en psicología y psiquiatría. Porque, aunque los patrones sintomáticos parezcan evidentes, en ningún caso se puede sustituir la entrevista clínica. La evaluación exige una completa anamnesis (o recopilación de información aportada por el paciente) y exploración tanto psiquiátrica como física. El diagnóstico tampoco es instantáneo y pueden ser necesarias varias entrevistas para poder realizar una evaluación completa, que permita al especialista conocer mejor la historia evolutiva del trastorno, y ampliar el conocimiento de los antecedentes, personales y familiares, del paciente. Independientemente de los manuales de diagnóstico y la información disponible, en lo que coinciden todos los especialistas es en la seriedad de las condiciones y la necesidad de tratamiento especializado, para que la persona pueda conseguir calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

Consideradas como trastornos mentales graves, la esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades crónicas de alta prevalencia en Puerto Rico. Ambas generan gran discapacidad y sufrimiento, tanto a la persona que las padece como a quienes les rodean. Como cualquier otra enfermedad crónica, requieren de la responsabilidad del paciente y de sus allegados para controlar su curso y limitar sus consecuencias. En los casos que son mal o infra diagnosticadas, constituyen una enfermedad devastadora, con una enorme carga emocional para la persona y sus allegados y una carga socioeconómica, por pérdida de trabajo y fortuna, que puede terminar en la muerte por conductas riesgosas o por suicidio. Así de serio es el asunto, aunque tendemos a trivializarlo, quizás, porque no vemos un deterioro marcado en sus cuerpos y asumimos que, por sí mismos, pueden cambiar las conductas y el ánimo.

ESQUIZOFRENIA  
Y  
BIPOLARIDAD

# ESTADÍSTICAS DE SALUD MENTAL EN PUERTO RICO

**Según el Estudio de evaluación de necesidad de la salud mental y los trastornos del uso de sustancias y la utilización del servicio entre la población adulta de Puerto Rico del Instituto de Investigación de Ciencias de la Conducta del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico para la Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción de Puerto Rico, publicado en diciembre de 2016:**

1. Para el 2015 en Puerto Rico, el 7.3% de los adultos de 18 a 64 años de edad, cumplen con los criterios de Enfermedad Mental Grave (EMG conocido por SMI, por sus siglas en inglés). Este porcentaje representa un estimado de 165,497 adultos que necesitan servicios de salud mental.
2. Cuando las tasas de prevalencia están segmentadas por sexo, se observa que las mujeres tienen tasas ligeramente más altas (4,2%) de EMG que los hombres (3,1%).
3. Los adultos, entre las edades de 46 a 64 años, tienen tasas más altas del EMG en 2015. Alrededor de cuatro de cada 100 (4.3%) adultos, entre 46 y 64 años, cumplen los criterios de una EMG.
4. Las tasas de prevalencia más altas para EMG se observaron entre los residentes en las regiones de salud del norte (10.5%), este (9.9%) y San Juan (8.4%).
5. Aproximadamente 4 de cada 10 adultos, de entre 18 y 64 años, (36.1%) que cumplen con los criterios para una enfermedad mental grave, no habían recibido servicios de salud mental en el sector de especialidad en los últimos 12 meses de la entrevista.
6. El grupo de edad de 46 a 64 años, muestra el porcentaje más alto de individuos que cumplen con los criterios para un EMG y reciben algún tratamiento especializado (39.9%).
7. En tres regiones de salud: metro-norte (73.7%), norte (73.6%) y este (72.4%), alrededor de 7 de cada 10 de sus residentes informaron el uso de servicios especializados en los últimos 12 meses (2015).
8. La barrera más frecuentemente, mencionada para recibir tratamiento, entre adultos, que cumplían con los criterios para una EMG, era la idea de que el problema mejoraría por sí solo (63.0%) y el deseo de manejar el problema por sí mismos (61.2%).
9. Se estima que 25,732 adultos, entre 18 y 64 años (15.5%), tuvieron una enfermedad mental grave y un trastorno concurrente, por el uso de sustancias, durante el mismo período.

## ESTUDIO DE 2016 REALIZADO POR EL BEHAVIORAL SCIENCES RESEARCH INSTITUTE, RUM-UPR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN DE PUERTO RICO

Añade el estudio que:

1. En Puerto Rico, aproximadamente 2 de cada 10 adultos, entre 18 y 64 años de edad (18.7%), cumplieron el año pasado con los criterios de diagnóstico de trastornos psiquiátricos del DSM-IV.\* Cuando se incluyen los trastornos, por consumo de sustancias (excluida la dependencia de la nicotina) en la tasa de un trastorno psiquiátrico, las tasas de prevalencia a los 12 meses en Puerto Rico aumentan al 23.7%.
2. Los trastornos de ansiedad -como la ansiedad generalizada, el pánico, la fobia social y la agorafobia-, son los trastornos más comunes en Puerto Rico y afectan al 12.5% de los adultos, de 18 a 64 años de edad.
3. Los trastornos del estado de ánimo, son los segundos trastornos más comunes en Puerto Rico y afectan al 10.4% de la población de 18 a 64 años.
4. Alrededor de 1, de cada 10 adultos en la isla, (9.7%) viven con un trastorno depresivo mayor.
5. En general, un 10.5% de las mujeres en Puerto Rico cumplieron, el año pasado, los criterios de diagnóstico para un trastorno psiquiátrico, en comparación con el 8.2% de los hombres.
6. Se observó una diferencia, estadísticamente significativa por género ( $p \leq .05$ ), en las tasas de prevalencia de depresión mayor, distimia y ansiedad general. Las mujeres tienen más probabilidades de ser diagnosticadas, con estas condiciones, que los hombres.
7. Los adultos puertorriqueños, entre 46 y 64 años, mostraron las tasas de prevalencia más altas de cualquier trastorno psiquiátrico (8,5%), que el resto de los grupos de edad.

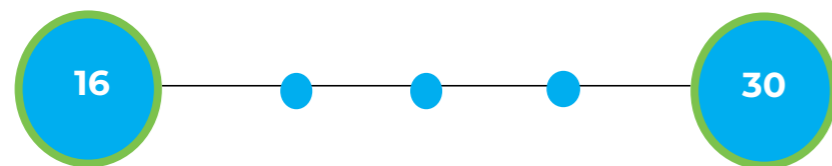
\* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM, por sus siglas en inglés.

Para el estudio completo, acceda a: [www.assmca.pr.gov](http://www.assmca.pr.gov)

# ESQUIZOFRENIA

## ¿QUÉ ES?

La esquizofrenia es un desorden mental, severo y crónico, que afecta la manera en que una persona piensa, siente y se comporta. La persona con esquizofrenia, puede parecer como si hubiese perdido contacto con la realidad; oír voces que no están ahí; pensar que otras personas quieren hacerle daño; hablar cosas que no tienen sentido; tener dificultades para mantener su trabajo o cuidar de sí misma. Las personas con esquizofrenia pueden presentar afecto inapropiado (por ejemplo, reírse en un funeral), estado de ánimo deprimido, ansioso o irritable; tener disturbios en los patrones de sueño o poco interés en alimentarse. Algunos no tienen conciencia de su desorden, de los síntomas y sus efectos, lo que puede traer dificultades en la búsqueda de ayuda y su adherencia al tratamiento. La hostilidad y agresión ocurren, mayormente, en personas con historial pasado de violencia, por lo que no es típico en la mayoría de los casos.



LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA PUEDEN EXPERIMENTAR LOS SÍNTOMAS DE MANERA DIFERENTE. POR LO QUE ES IMPORTANTE QUE SE COMPARTA CON EL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL LOS SÍNTOMAS, ASÍ COMO LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES DE LA PERSONA.

## ALGUNAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA PRESENTAN SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

### ¿CUÁNDO COMIENZA?

1. Los síntomas de la esquizofrenia usualmente comienzan entre los 16 y 30 años de edad.
2. En casos raros, niños también pueden presentar signos y síntomas de esquizofrenia.
3. En la mayor parte de los casos, los signos y síntomas, se manifiestan de manera lenta y gradual.
4. En las etapas iniciales, es posible que la persona no escuche voces.
5. En general, los signos típicamente incluyen deterioro en el funcionamiento escolar, social o laboral, dificultades en las relaciones interpersonales y problemas organizando la información.

La depresión se caracteriza, principalmente, por una profunda tristeza, acompañada de falta de esperanza, desánimo y sensación de de futuro incierto. También existen casos en los cuales, en lugar de tristeza, se experimenta irritabilidad, nerviosismo, ansiedad y frustración, hasta el punto de responder a las pequeñas dificultades cotidianas con arranques de ira, gritos e insultos.

Otro aspecto importante, de la depresión, es la anhedonia o incapacidad de sentir placer o diversión, incluso en actividades que en otros momentos resultaban agradables. De ahí la frustración de familiares y amigos que aconsejan, en vano, a la persona que intente "distraerse".

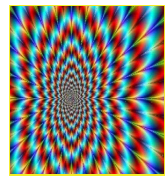
Como en toda condición, hay variables y en casos extremadamente graves, la persona llega a percibir como ajeno, extraño e insensible a su propio cuerpo, lo que le rodea, lo ve sin vida y acaban por sentirse "como si estuvieran muertos". "Estoy muerto en vida" suele ser una frase frecuente.

Ese conjunto de sentimientos negativos lleva a frecuentes accesos de llanto. Aunque, hay personas que dicen que su tristeza es tan profunda que les resulta imposible incluso llorar, por ese mismo sentimiento de estar muertos en vida.

# ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

LA ESQUIZOFRENIA CAE EN LA CATEGORÍA DE DESORDEN DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO Y OTROS DESÓRDENES PSICÓTICOS, DENTRO DEL MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICAS DE DESÓRDENES MENTALES (DSM5-).

Estos desórdenes se definen como anormalidades en uno o más de los siguientes: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, incoherencia al hablar, conducta motora desorganizada y síntomas negativos. Específicamente, en la esquizofrenia se presentan delirios, alucinaciones, habla y comportamiento desorganizado y síntomas negativos en un periodo de tiempo mayor a un mes. Para su diagnóstico, los síntomas no pueden ser provocados, o mejor explicados, por una condición de salud física o el efecto del uso de sustancias.



## DELIRIOS:

Los delirios son creencias fijas, que la persona tiene, y que no cambia, aun cuando haya evidencia contradictoria respecto a su veracidad.

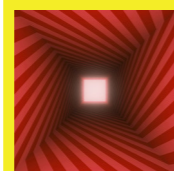
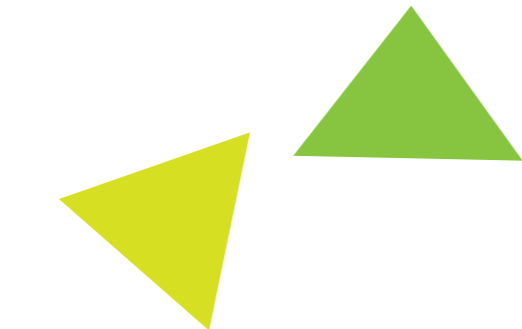
Una de ellas es la paranoia o creencia de que la persona está siendo perseguida. Ya sea porque entiende que le quieren hacer daño o porque cree en señales en el entorno que van dirigidas hacia él o ella, enviándole un mensaje que debe descifrar.

En la creencia de grandiosidad, la persona considera que tiene habilidades extraordinarias.

También pueden presentarse creencias erotomaniacas, donde cree que alguien está enamorada de él o ella.

En ocasiones, la persona puede presentar creencias de que una catástrofe mayor va a ocurrir o tener preocupaciones, sin fundamentos sobre su estado de salud.

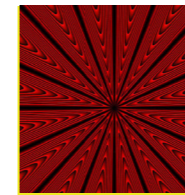
Crear que está siendo vigilada por seres de otro planeta, que su mente ha sido manipulada por una fuerza externa o que sus pensamientos han sido removidos, son también ejemplos de creencias fijas, que no se derivan de la experiencia ordinaria de las otras personas.



## SÍNTOMAS NEGATIVOS:

Los síntomas negativos se caracterizan por una reducción o ausencia de ciertas conductas consideradas normales o esperadas.

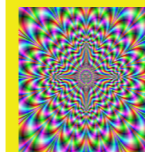
Se destacan particularmente dos: expresión emocional disminuida y falta de actividad dirigida a un propósito o una meta. En el lado emocional, la persona puede no reflejar emociones en su rostro y no hacer el contacto visual, que son típicos al conversar. En el lado conductual, no se muestra interesada en participar de actividades sociales o en el trabajo.



## ALUCINACIONES:

Las alucinaciones son experiencias de tipo perceptual que ocurren sin que haya un estímulo externo que las provoque. Son vividas, fuertes y claras, y no están bajo el control de la persona. Escuchar voces, que la persona percibe diferente a sus propios pensamientos, es la alucinación más común en personas con esquizofrenia.

Las voces pueden ser neutrales, críticas o positivas, que proveen comandos o involucran a la persona en una conversación. La experiencia puede ser estresante, sin embargo, algunas personas son capaces de vivir con ellas. También se pueden presentar otras alucinaciones sensoriales tales como: visuales, olfatorias, gustativas, táctiles o termales, entre otras.



## PENSAMIENTO Y COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO:

El pensamiento desorganizado puede identificarse a partir de lo que la persona dice, cuando cambia de un tema a otro, al contestar algo que no se relaciona con lo que se le pregunta y dificultando la habilidad para comunicarse.

La conducta motora desorganizada puede manifestarse desde comportamiento infantil hasta agitación marcada, limitando la habilidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

En algunos casos, puede presentarse la catatonía manifestada como una reactividad disminuida o aumentada ante los estímulos del ambiente, manteniendo una postura rígida, con falta de respuesta motora o verbal, o como un movimiento excesivo y sin propósito.

## ESTOS SÍNTOMAS IMPACTAN EL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA EN CUANTO A:

El autocuidado, en las relaciones con otras personas, en su desempeño en el trabajo o en la escuela, extendiéndose por al menos seis meses.



## EL NIVEL DE GRAVEDAD DEPENDERÁ DE LOS SÍNTOMAS DE PSICOSIS:

- 1 ideas delirantes
- 2 alucinaciones
- 3 habla desorganizada
- 4 comportamiento psicomotor anormal

## ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA?

Se estima que en Estados Unidos hay más de dos millones de adultos con esquizofrenia, aproximadamente el uno por ciento de la población. Una proporción encontrada igualmente en otros países del mundo.

La incidencia de la esquizofrenia tiende a ser un poco menor en mujeres, en quienes generalmente comienza más tarde y suelen mantener mejor funcionamiento social.

Frecuentemente, la persona con esquizofrenia no percibe que sus conductas o pensamientos son atípicos, anormales o fuera de lo ordinario. A menudo, los familiares perciben los cambios y animan a la persona a buscar ayuda. Un profesional de la salud mental puede ayudar a identificar los signos y síntomas, así como a reconocer si los mismos son propios de la esquizofrenia o de otro aspecto de salud mental o física.

Durante la niñez, se hace más difícil diagnosticar la esquizofrenia, entre otras razones, porque el habla y comportamiento desorganizado pueden presentarse en otros desórdenes de la niñez. Los delirios y las alucinaciones son menos elaboradas que en los adultos. Durante la niñez, las alucinaciones visuales son más comunes.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA ESQUIZOFRENIA?

## EXISTEN VARIOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL RIESGO DE DESARROLLAR ESQUIZOFRENIA:



Algunos estudios tienden a indicar que la esquizofrenia tiene raíces genéticas, sin embargo, algunas personas desarrollan la enfermedad sin que haya antecedentes previos en su familia.

En otros casos, aunque la esquizofrenia esté presente en el historial familiar, un individuo puede no desarrollarla. Aun no se ha encontrado información genética que pueda ayudar a predecir quién desarrollará esquizofrenia.

Otros investigadores piensan que la interacción entre genes y el ambiente, al que se ha expuesto o se expone una persona, puede crear condiciones para que se desarrolle la esquizofrenia.

Entre los factores ambientales se mencionan exposición a un virus, desnutrición, problemas durante el parto, factores psicosociales, entre otros.

También se destaca que la estructura cerebral tiene algo que ver. Ya sea por un desequilibrio en reacciones químicas complejas, -que implican a los neurotransmisores (sustancias que las células del cerebro utilizan para comunicarse)-, problemas durante el desarrollo cerebral antes del nacimiento, -que provoquen conexiones defectuosas-, o cambios importantes en el cerebro durante la pubertad que producen síntomas psicóticos en personas vulnerables debido a diferencias genéticas o cerebrales.

Mediante estudios de neuro-imágenes, neurofisiológicos y neuropatológicos, se ha encontrado que hay diferencias, en múltiples regiones cerebrales, entre grupos de personas saludables y aquellas diagnosticadas con esquizofrenia.

Se han identificado diferencias en regiones prefrontales y temporales.

También se ha encontrado una reducción en el volumen del cerebro.

## NO SE HA IDENTIFICADO UNA CAUSA ÚNICA DE LA ESQUIZOFRENIA.

Se entiende que los genes, el medio ambiente, diferencias en la química y la estructura cerebral y aspectos sociales, entre otros, tienen parte en el desarrollo de la enfermedad.



## ¿EXISTE CURA?

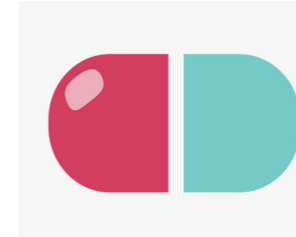
No hay cura para la esquizofrenia. Sin embargo, con tratamiento adecuado se pueden controlar muchos de los síntomas. Bajo la dirección médica, es posible que haya que tratar con diferentes medicamentos antipsicóticos para ver cuál funciona mejor en la persona. El o la paciente debe permanecer con el medicamento durante el tiempo que su médico lo recomiende. Tratamientos adicionales pueden ayudar a una persona a lidiar con su enfermedad día a día. Estos incluyen terapia, educación para la familia, rehabilitación, y adiestramientos en habilidades para la vida diaria.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?

Los acercamientos terapéuticos incluyen trabajar las destrezas sociales para ayudarles a funcionar socialmente y vivir de manera independiente. Además de proveer técnicas de aprendizaje para compensar los problemas de procesamiento de información, atención, memoria, organización y planificación.

Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial, de manera consistente, tienen alta probabilidad de continuar con los medicamentos y menos probabilidad de sufrir recaídas o terminar hospitalizados. Un profesional de la salud mental puede ayudar al paciente a entender mejor la enfermedad y a adaptarse a vivir con ella. Igualmente, puede proveer información psicoeducativa sobre el trastorno, las causas, los síntomas, dificultades comunes y la importancia de continuar con los medicamentos.

## MEDICAMENTOS RECETADOS POR ESPECIALISTAS



Los medicamentos primarios para la esquizofrenia son los antipsicóticos de primera o segunda generación. Estos ayudan a aliviar los síntomas de delirios, alucinaciones y problemas cognitivos.

Los medicamentos, junto con la psicoterapia, pueden tener efectos muy positivos, por lo que es importante mantener la esperanza. La meta del tratamiento es reducir los síntomas y prevenir la recaída.

## PSICOTERAPIA CON UN PROFESIONAL

Los tratamientos psicosociales han demostrado ser eficaces, cuando los pacientes se encuentran estabilizados con medicamentos antipsicóticos. Es decir, cuando los síntomas han aminorado. El tratamiento e intervenciones psicosociales ayudan a afrontar los desafíos diarios, la dificultad con la comunicación, relaciones interpersonales, el cuidado personal y el área laboral.



## TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL (TCC)

La terapia cognitivo conductual, es un tipo de psicoterapia que se centra en cómo nuestros pensamientos afectan, cómo nos sentimos y cómo actuamos. Esa terapia ayuda, a los pacientes con esquizofrenia, a evidenciar la realidad de sus pensamientos e ideas, a identificar y aprender a no escuchar sus voces y a manejar sus síntomas en términos generales. La TCC puede ayudar a disminuir la gravedad de los síntomas que presenta el paciente y el riesgo de tener recaídas, así como la hospitalización. Esta terapia psicológica ha comprobado ser efectiva en latinos y en puertorriqueños (Muñoz, Aguilar-Gaxiola, Guzmán, Rosselló & Bernal, 2007).

**DEJAR DE TOMAR LOS  
MEDICAMENTOS PUEDE  
LLEVAR  
A UNA RECAÍDA.**



## TERAPIA FAMILIAR

### MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Es cada vez más común integrar a los familiares como parte de la red de apoyo. Un individuo debe verse en su complejidad, incluyendo sus redes de apoyo, tanto sociales como familiares. Como latinos y puertorriqueños, la familia ocupa un lugar importante en la recuperación de cualquier condición de salud mental. Con la terapia familiar se adquieren herramientas para manejar las situaciones y conflictos en el contexto familiar.

## TERAPIA DE GRUPO

### RED DE APOYO

Existen grupos de apoyo liderados por profesionales de salud mental. Otros grupos no incluyen un terapeuta profesional, sino que brindan el apoyo como personas que han pasado por la mismas experiencias y se fortalecen con las vivencias.

Existen grupos de apoyo dirigidos a pacientes solamente y otros que incluyen a los familiares.



## ARTETERAPIA

### DISCIPLINA Y COMUNICACIÓN

Tipo de terapia alternativa que consiste en la utilización del arte como medio principal de comunicación.

Esta alternativa puede ser útil para aquellas personas que tienen dificultades para verbalizar sus sentimientos.



# INDISPENSABLE EL TRATAMIENTO

Sin tratamiento, la persona puede volverse psicótica y desorganizada, incapaz de prestar atención a necesidades básicas como son alimentación, vestimenta y aseo apropiado. Algunas personas tendrán un deterioro progresivo, particularmente, si no reciben atención médica especializada. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la persona podría tener que ser hospitalizada para poder estabilizarla.

La mayor parte requerirá apoyo para la vida diaria, dado que es una enfermedad crónica, con exacerbación y remisión de síntomas activos. Los síntomas psicóticos pueden disminuir con la edad, según declina la actividad de la dopamina (neurotransmisor). El déficit cognitivo relacionado con la enfermedad puede no mejorar con el paso del tiempo.

## ¿CÓMO PREVENIR UNA RECAÍDA?



## ¿PUEDE TRABAJAR LA PERSONA?

La esquizofrenia no es tan común como otros desórdenes mentales. Sin embargo, los síntomas pueden ser incapacitantes. Si puede trabajar va a depender de los síntomas y la severidad del desorden. Las dificultades principales se presentan cuando hay síntomas negativos tales como disminución en la expresión de emociones e interacción con otros, y déficits en los procesos cognitivos o mentales para planificar, organizar, atender y recordar.

Estas dificultades pueden ser más evidentes en trabajos que requieran concentración, que en aquellos que requieran labor física. En caso de estar trabajando, la persona debe consultar con su médico para que se determine si es viable solicitar un acomodo razonable o regreso al trabajo con restricciones. Bajo ciertas circunstancias, las condiciones de salud mental pueden ser consideradas como una discapacidad bajo la ley ADA (American with Disabilities Act) ver página 32 de esta guía.

## LA FAMILIA Y LA ESQUIZOFRENIA, ¿QUÉ HACER?

Cuando una persona es diagnosticada y dada de alta, luego de una hospitalización parcial o total, en la mayoría de los casos son los familiares quienes se quedan a cargo del cuidado del paciente. Por tal razón, es de suma importancia que los familiares conozcan sobre la enfermedad y qué cosas pueden hacer para ayudar en el proceso de rehabilitación. Los familiares tienen un rol fundamental en la recuperación y en la adherencia al tratamiento, siendo un apoyo en la continuación del uso de la medicación de psicotrópicos. Desde la terapia de familia y los grupos de apoyo, que integran a los familiares, se aborda la psicoeducación para que los familiares puedan servir como eje de apoyo del paciente. Así como, para poder aprender estrategias y habilidades para

## LA FAMILIA Y LA ESQUIZOFRENIA, ¿QUÉ HACER?

afrontar y aceptar la condición. También para fortalecer y mejorar los lazos de comunicación, entre los miembros de la familia, y manejar los conflictos relacionados a la condición.

Los familiares y amigos pueden ayudar a los pacientes a funcionar en las áreas sociales, familiares, laborales e interpersonales y ayudar en el establecimiento de metas reales. Las metas deben comenzarse como metas a corto plazo, pequeñas y una a la vez. En ese periodo el o la paciente necesitará de mucho apoyo familiar, sin críticas, sin juzgar y con mucha empatía. Cuando los pacientes perciben que no son apoyados, por sus familiares, los síntomas pueden exacerbarse. El refuerzo positivo y elogio ante los pequeños pasos realizados, siempre será un aliado para la estabilidad emocional de cada paciente.

Como familiares, sin la condición de esquizofrenia, podría resultar difícil cómo poder ayudar o responder a las declaraciones extrañas o falsas que a veces emiten. Estos delirios y alucinaciones, nosotros sabemos que no son reales, pero en el momento de la crisis, la persona las ve y las oye desde su imaginario. No es de ayuda contradecirle, mofarse o reírse. Pero, a su vez, no es de ayuda asentirles y decirle que son reales. Una forma adecuada es conversar de manera pausada, tranquila, empática. Deben decirles que, en ocasiones, uno ve las cosas de manera diferente, que todos tenemos derecho de ver las cosas de maneras distintas. Es de suma importancia ser respetuosos, comprensivos, afectuosos y empáticos con ellos y ellas. De igual forma, es importante no tolerar comportamientos peligrosos o inapropiados y buscar ayuda profesional en los momentos de inestabilidad emocional de cualquier miembro de la familia.

### NOTA ACLARATORIA:



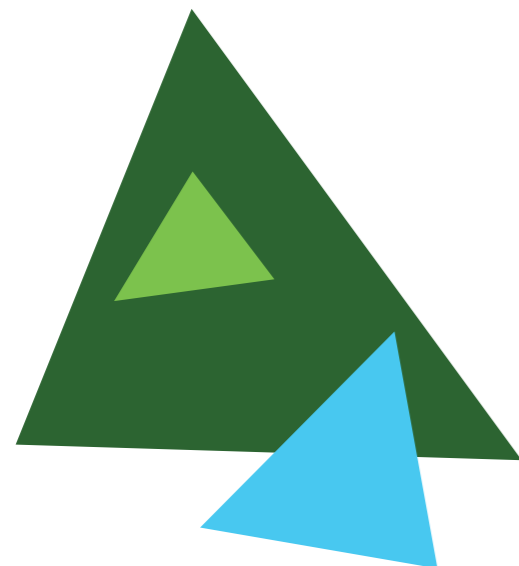
El contenido provisto es para uso informativo y educativo solamente, y no constituye una guía para el diagnóstico ni una opinión médica. Se requiere ayuda profesional psicológica, psiquiátrica o médica para el asesoramiento individual, diagnóstico y tratamiento. Siempre debe buscar ayuda profesional para sus preguntas relacionadas a una condición o enfermedad médica y de salud mental.

# ¿QUÉ SON LOS PENSAMIENTOS?

Los pensamientos son ideas, frases u oraciones, que nos decimos a nosotras y nosotros mismos. Constantemente, nos estamos hablando mentalmente y pensamos, pero no nos damos cuenta. ¿A cuántos de nosotros no nos ha pasado que hemos estado hablando desde el celular y comenzamos a buscar nuestro celular mientras hablamos? Así sucede con nuestros pensamientos, están ahí y no nos damos cuenta.

Los pensamientos pueden tener un efecto sobre:

- tu cuerpo;
- tus acciones (lo que haces);
- tu estado de ánimo (cómo te sientes).



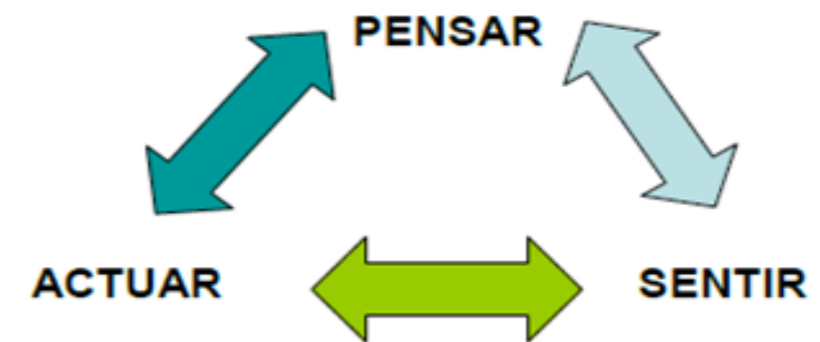
## LOS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO Y CÓMO ACTUAMOS.

Diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en el estado de ánimo y las conductas. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que la persona se ponga ansiosa y triste, mientras que otros pensamientos ayudan a sentirse bien. Igualmente, algunos pensamientos permiten que las personas actúen de cierta forma, que dejen de hacer cosas que antes le agradaban, que lloren, se pongan furiosos o furiosas, mientras que otros le permiten disfrutar de actividades placenteras.

Fuente: Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola, John Guzmán, Jeannette Rosselló & Guillermo Bernal. 2007 *Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión. Adaptación para adultos puertorriqueños/as. SJ.*

## RECUERDE SIEMPRE: PIENSE, SIENTA Y ACTÚE.

Hay estrategias recomendadas como hacer listas de pensamientos positivos y negativos que hayan tenido. Al igual que, expresar cómo se ha sentido, sin inhibirse., a su especialista. Existe un recurso muy valioso y sencillo, llamado el termómetro del ánimo, que ayuda claramente a compartir cómo se ha sentido cada día de la semana. De esta manera el médico o especialista puede entender y atender mejor a la persona. A su vez, le permite poder monitorear el estado de ánimo.



Fecha	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1

## ENFERMEDADES MENTALES:

Los estigmas son las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a quienes perciben diferente. Hay tres categorías principales de estigma de la salud mental. Primero el estigma público que se refiere a las actitudes y creencias que, el público en general, tiene en relación a las personas con una enfermedad mental o sus familiares. Segundo, el estigma institucional que incluye las actitudes y creencias negativas que forman parte de las políticas o cultura de una organización. Por ejemplo, el estigma suele verse reflejado en el uso de términos clínicos como “esquizofrénico”, es preferible utilizar el “lenguaje que pone primero a la gente”, y definir a la persona como “una persona que tiene esquizofrenia”. Por último, el autoestigma, cuando una persona con la condición cree las ideas falsas que tiene la sociedad acerca de la salud mental. Al interiorizar estas creencias negativas, los individuos o grupos pueden experimentar sentimientos de vergüenza, ira, desesperanza o desesperación.

Las personas con enfermedades mentales, sus familiares y amistades, y a veces hasta especialistas y todas las personas implicadas en la salud mental, son blanco del estigma y la discriminación por parte de la sociedad. Tan fuerte es la carga que, se considera una “segunda enfermedad” y principal obstáculo para la recuperación. Porque la enfermedad les convierte en objeto de desprecio, burla y violencia, situación que no se da en otras patologías o enfermedades. La gente ignora que se trata de un grupo de enfermedades que pueden afectar a una de cada cuatro personas a lo largo de su vida, lo que, en la práctica, afectaría a todas las familias. Necesitamos educarnos para romper el ciclo de ignorancia, prejuicios, miedo y desprecio.

Algunas de las manifestaciones del estigma, hacia pacientes con trastorno mental, pueden convertirse en discriminación cuando se niegan las oportunidades de empleo, vivienda adecuada, o en las barreras en la obtención de servicios de salud. Es decir, ante la sociedad, la persona está profundamente desacreditada y considerada casi como inhumana.

## EL ESTIGMA Y EL DISCRIMEN AGUDIZA ALGUNOS SÍNTOMAS Y ACCIONES COMO:

### La paranoia:

Las alteraciones en el contenido del pensamiento pueden llegar a tal extremo de gravedad que aparecen verdaderas ideas delirantes, ideas extrañas, o de persecución, manifiestamente falsas, pero que la persona vive con una convicción total de que son verdaderas.

### Angustia y ansiedad:

Por ejemplo, sin que importe para nada el verdadero estado de su economía, las ideas delirantes de ruina son frecuentes y la persona se angustia porque piensa que su situación económica es desesperada.

### Enajenación:

También pueden producirse ideas delirantes de carácter hipocondríaco, que tienen que ver con la convicción de padecer alguna terrible enfermedad y su muerte está por suceder en cualquier momento.

### Delirios:

También son comunes las ideas delirantes de culpa, en ocasiones por cosas bajo su control. Pero en ocasiones, por cosas poco plausibles, como la afirmación de que se es personalmente responsable de la pobreza o guerras en el mundo o la situación política del país.

### Suicidio:

Muchas personas creen y expresan que “todo el mundo estaría mejor si yo muriese”. La intensidad de este tipo de ideas varía, desde pensamientos fugaces a planes detallados acerca de dónde y cómo cometer suicidio.

## DESORDEN O TRASTORNO BIPOLAR?

El trastorno bipolar se refiere a un espectro de desórdenes que se caracterizan por cambios serios y significativos en el ánimo, la energía, los niveles y la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria. Estos cambios en el ánimo, o comportamientos, son diferentes de las altas y bajas típicas que experimentan, usualmente, las personas. En el desorden bipolar, la persona puede ser muy productiva en un período y en otros improductiva. La dificultad es que un aumento desmedido en la manía puede provocar cambios dramáticos en el comportamiento de riesgo, promiscuidad sexual, gastos excesivos, entre otros, y en períodos depresivos atentar contra su vida.

Hay tres tipos de episodios comunes:



### 1. EPISODIO MANIACO

Se define por un estado de ánimo eufórico anormal y persistentemente alterado, elevado, expansivo o irritable, con un aumento, igualmente, atípico y persistente de la actividad o la energía. El episodio dura, al menos, una semana y está presente la mayor parte del día y de los días. Durante ese período, se presentan varios de los siguientes síntomas: alto nivel de energía, autoestima inflada o sentimiento de grandeza, disminución de la necesidad de dormir, la persona se torna más habladora de lo usual y sobre diferentes temas, los pensamientos parecen ir a alta velocidad, se distrae fácilmente con estímulos poco importantes o irrelevantes. También puede haber aumento de la actividad social y se presenta agitación psicomotora sin propósito. Puede involucrarse en actividades que pueden tener consecuencias adversas, tales como: gastos excesivos, sexo casual sin protección, entre otros. Se observa un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral que, en ocasiones, puede requerir hospitalización. El episodio maniaco no se debe a uso de sustancias u otra razón médica.

El estado de ánimo eufórico, alto y excesivamente alegre, con entusiasmo por interacciones interpersonales, aunque con frecuencia, puede mostrarse irritable. Cambios rápidos en el ánimo en periodos breves de tiempo pueden ocurrir. Durante el episodio, a menudo la persona no percibe que está enferma o que necesita tratamiento. Puede mostrarse sugestiva, aunque pueden presentarse conductas antisociales, siendo hostil y agresivo hacia otros, incluyendo conducta suicida. La falta de juicio, la pérdida de introspección y la hiperactividad pueden tener consecuencias importantes como hospitalización involuntaria, problemas legales, dificultades financieras, entre otras. El ánimo puede cambiar rápidamente, entre coraje o depresión. Los síntomas depresivos pueden ocurrir durante un episodio maniaco y durar minutos, horas o días.

## 1. EPISODIO MANIACO

La expresión más llamativa del trastorno bipolar es la maníaca porque la persona se viste de forma llamativa o extravagante, abusando de los colores y accesorios. También realiza actividades en las que busca destacarse. Al preguntarle a la persona cómo está o se siente, es común que exprese que se siente “como nunca”, “perfectamente”, “dichoso o dichosa de vivir”, optimista o “capaz de cualquier cosa”.

Es frecuente escucharlos expresar o tratar de demostrar, que son mejores que los demás, que pueden hacer cosas que no pueden hacer los demás. Esta idea puede hacerlos sentir como súper héroes o superdotados, al punto de dar consejos en materias sobre las que no tienen conocimientos. Es frecuente que choquen con compañeros o familiares por sus fuertes opiniones sobre cómo hay que dirigir la oficina, la casa, el país o las Naciones Unidas.

Les cuesta observar las normas sociales o respetar los límites personales y de autoridad, con frecuencia se comportan de forma que es interpretada como entrometida, retante, impertinente y hacen preguntas o comentarios indiscretos que normalmente no harían. La falta de autocrítica impide la corrección de los errores cometidos. El señalamiento de éstos por terceros, así como pequeñas frustraciones o contrariedades, puede desembocar en reacciones hostiles, pasando fácilmente de la alegría a la ira.

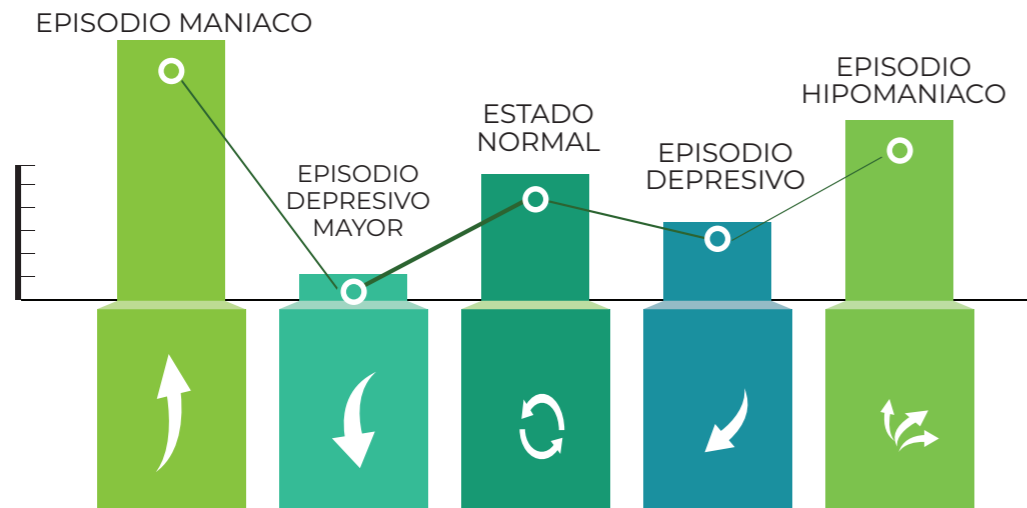
## 2. EPISODIO HIPOMANIACO:

Se caracteriza por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, con un aumento atípico de la actividad o la energía, con una duración mínima de cuatro días consecutivos. A diferencia del episodio maniaco, sus síntomas no provocan una alteración importante en el funcionamiento social o laboral.

Durante ese período de disturbios de ánimo, aumento en energía y actividad se presentan varios de los siguientes síntomas: sentido de grandiosidad, disminución de la necesidad del sueño, la persona se torna más habladora de lo usual, tiene fuga de ideas o sensación de que los pensamientos vuelan, distracción marcada, aumento de la actividad orientada a la meta en la escuela, trabajo, en lo social o sexual y puede involucrarse en exceso en actividades que pueden tener consecuencias adversas. Se presenta un cambio significativo en el funcionamiento, notado por otros. El episodio hipomaniaco es común en el trastorno bipolar I aunque no es requerido para su diagnóstico.

## 3. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

Los episodios depresivos mayores son comunes en el trastorno bipolar I, pero no son requeridos para el diagnóstico. El episodio depresivo mayor se caracteriza por tener varios de los siguientes síntomas, en un período de dos semanas, representando un cambio en el nivel de funcionamiento de la persona: estado de ánimo deprimido -la mayor parte del tiempo-, interés o placer disminuido, pérdida o aumento de peso, dificultad para dormir o aumento del sueño. También se da aumento o disminución en la actividad psicomotora, según observado por otros, falta o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, dificultad para concentrarse y pensar o tomar decisiones. Son frecuentes los pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas o intención suicida. Los síntomas pueden provocar desinterés significativo o dificultades en el funcionamiento social, ocupacional, académico u otro.



## ¿QUÉ ES EL DESORDEN BIPOLAR TIPO I?

El desorden bipolar I se caracteriza por tener, al menos, un episodio maníaco, el cual puede estar precedido y seguido por un episodio hipomaniaco o depresivo mayor.

## ¿QUÉ ES EL DESORDEN BIPOLAR TIPO II?

El desorden bipolar II implica, al menos, un episodio hipomaniaco, actual o pasado, y un episodio de depresión mayor, actual o pasado. Se caracteriza por episodios de euforia y depresión. La hipomanía no es tan severa como los episodios maníacos, los cuales pueden llevar a la hospitalización. Tampoco conlleva psicosis.

Las personas con desorden bipolar II tienden a buscar ayuda durante un episodio depresivo mayor. Generalmente, los episodios hipomaniacos no producen imitaciones en el funcionamiento. Sin embargo, algunas dificultades se presentan en un episodio depresivo mayor o por las fluctuaciones en el estado de ánimo, que conlleva un funcionamiento inconsistente en las dimensiones interpersonales, académicas u ocupacionales. Una característica común del desorden es la impulsividad, la cual puede llevar a intentos suicidas o uso problemático de sustancias. La búsqueda o adherencia al tratamiento se ve afectada porque la persona se siente más creativa durante los episodios hipomaniacos.

### LA DISTRACCIÓN:

A menudo hay conflictos con las personas que les rodean porque son incapaces de apartar los estímulos externos irrelevantes como la ropa o accesorio de su interlocutor o alguien en el salón, los ruidos de fondo de las conversaciones o de la habitación y ambiente, como puede ser una gotera. Puede haber una reducción de la capacidad para diferenciar los pensamientos, pertinentes al tema, de los que tienen poco que ver, o de los que son claramente irrelevantes.

### LOCUACIDAD:

Se acelera de la velocidad de verbalización. Por lo que, la persona puede ser más habladora de lo habitual - alcanzando la característica verborrea. Como decimos en Puerto Rico "habla hasta por los codos". Se muestra excesivamente sociable, hace numerosas llamadas telefónicas, etc. Hacen asociaciones rápidas que pueden dar lugar a asonancias, rimas, juegos de palabras y chistes que pueden llegar a la incoherencia, porque se distraen con facilidad y sus ideas están en fuga. Pueden llegar a cantar y bailar en lugares públicos para reforzar sus puntos de vista, pero si algo les llama la atención cambian el énfasis de su diatriba.



## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL DESORDEN BIPOLAR?

Si una persona siente preocupación acerca de su estado de ánimo o del ánimo de otra persona, significativa o cercana, se recomienda buscar ayuda médica o con un profesional de la salud mental. Generalmente, la persona tiende a buscar ayuda cuando está deprimida.

El desorden bipolar presenta un amplio rango de síntomas que pueden confundirse con otras condiciones. Para un diagnóstico apropiado, la persona debe comunicar a su médico qué síntomas experimenta, incluyendo severidad, frecuencia y duración, y buscar una evaluación con un profesional de la salud mental. A partir de un diagnóstico y tratamiento adecuado, las personas con desorden bipolar pueden tener una vida productiva.

## ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA?

Se estima que en Estados Unidos un 26 por ciento de las personas tiene desorden bipolar. Este desorden afecta tanto a hombres como mujeres, independientemente de la raza, grupo étnico y clase social. La edad de inicio ocurre típicamente cerca de los 25 años de edad.

En la manera que se experimenta la enfermedad, las mujeres tienden a tener cambios más rápidos en el estado de ánimo y a tener más episodios depresivos y mixtos, cuando se comparan con los hombres. El riesgo suicida es mayor para ellas, que para la población en general. Personas con el desorden bipolar pueden regresar a su nivel de funcionamiento entre episodios, sin embargo, muchos tienen dificultades en lo laboral o académico.

## ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Se desconoce la causa del desorden bipolar. Se cree que los neurotransmisores o químicos en el cerebro, conocidos como noradrenalina y serotonina, se asocian con la depresión y el desorden bipolar. La serotonina está conectada a funciones como dormir, comer, actividad sexual, aprendizaje y memoria. Se piensa que el funcionamiento anormal de los circuitos, que envuelven serotonina, contribuye a la depresión y al desorden bipolar. La dopamina regula aspectos de placer y recompensa emocional. Disrupciones de los circuitos regulados por la dopamina se relacionan con psicosis y esquizofrenia. Luego que una persona tiene un episodio maniaco, con características psicóticas, es más probable que se presenten otros de la misma manera.

Se ha encontrado que una serie de factores pudieran estar relacionados al desorden bipolar. Entre ellos, las diferencias biológicas o cambios físicos en el cerebro, genética y el historial familiar, como tener un pariente de primer grado (por ejemplo, madre, hermano) con desorden bipolar. En personas con predisposición genética los períodos de alto estrés u otro evento traumático, abuso de drogas o alcohol, pueden activar episodios propios del desorden bipolar. Algunos estudios han informado una relación entre trauma en la niñez y desorden bipolar complejo o severo.



### REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Instituto de Investigación Psicológica UPR-PR <http://ipsi.uprrp.edu/opp/materiales>.
- Muñoz, Ricardo F., Sergio Aguilar-Gaxiola, John Guzmán, Jeannette Rosselló & Guillermo Bernal. *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión*. Adaptación para adultos puertorriqueños/as. [http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales\\_tara/individual\\_participante\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf)
- PsychCentral <https://psychcentral.com/disorders/bipolar/>
- SAMSA <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA4960-16/SMA4960-16.pdf>
- WebMD <https://www.webmd.com/depression/guide/bipolar-disorder-manic-depression1#>

## ¿CUÁNDO COMIENZA?

1. El desorden bipolar I usualmente comienza cerca de los 18 años de edad.

18

2. Frecuentemente, los episodios maniacos ocurren inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor.

3. El desorden bipolar II puede comenzar en la adolescencia tardía, generalmente alrededor de los veinte años.

4. El diagnóstico en niños y adolescentes es difícil, debido a los cambios en el ánimo que ocurren como parte del desarrollo cognitivo y emocional.

25

5. Por ello, es importante que los padres o cuidadores comuniquen con detalle al médico o profesional de la salud mental acerca de los signos que identifican en sus niños y adolescentes.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?

**MEDIANTE MEDICAMENTOS Y PSICOTERAPIA, LA PERSONA PODRÁ TENER UNA VIDA PRODUCTIVA.**



La medicación puede incluir estabilizadores del ánimo, antidepresivos o antipsicóticos, tomados en base diaria y regular. La medicación ayuda a regular los niveles de neurotransmisores en el cerebro para prevenir los síntomas.

Dado que cada persona reacciona de manera diferente a la medicación, es importante que se sigan las instrucciones del médico en cuanto al tipo de medicamento, dosis y uso diario. La persona debe evitar suspender el uso de los medicamentos sin consulta médica, ya que puede tener el efecto de aumentar los síntomas. Los efectos positivos y negativos de los medicamentos deben comunicarse al especialista a cargo del tratamiento, para obtener la mayor certeza del mismo.



### PSICOTERAPIA:

La psicoterapia en combinación con la medicación puede ayudar al paciente a recibir el apoyo, la educación y la guía que necesita. La terapia puede ser conductual, cognitiva conductual, centrada en la familia, interpersonal, entre otras, e incluir psicoeducación. La psicoterapia puede contribuir a reducir relapso a estados depresivos o maniacos, a mejorar el funcionamiento y prevenir que se presenten síntomas severos o prolongados.

Además, la persona aprende estrategias para controlar las emociones negativas, los patrones de pensamiento y comportamiento destructivos, así como, manejar los estresores y resolver los problemas de la vida diaria.

## ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?



### DIARIO:

Se exhorta a que la persona lleve un registro diario de los síntomas y su estado de ánimo. El mismo debe incluir, el tratamiento, patrones de sueño y otros eventos que pudieran estar ocurriendo, de manera que pueda discutirlos con su médico y su profesional de la salud mental. Además, esto les ayuda a tener un sistema que les permita detectar los síntomas antes de que escalen.



### TERAPIA FAMILIAR:

Se recomienda que se incluya a la familia para que conozcan la enfermedad y los síntomas. De manera que, adquieran estrategias que les faciliten ayudar a la persona diagnosticada con desorden bipolar. La inclusión familiar, promueve la adherencia al tratamiento y a la medicación consistente. La meta es que la persona puede reconocer y manejar los síntomas, modificar sus patrones de pensamientos negativos, manejar su rutina diaria y mejorar las relaciones interpersonales.

Padres, cuidadores, familiares y amistades pueden ser de mucho apoyo en el monitoreo de síntomas y respuestas a los medicamentos. Su educación facilita buscar ayuda en caso de riesgo suicida o de que la persona haga daño a otra. También pueden contribuir a que la persona no haga uso de drogas no recetadas por el médico, cafeína, nicotina o alcohol y practicar el autocuidado, buscando ayuda, según sea necesario.

## EL DESORDEN DE BIPOLARIDAD Y LA ESQUIZOFRENIA, ¿CÓMO PUEDEN IMPACTAR A LA FAMILIA?

La convivencia con un paciente de salud mental generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida, de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores, como se cita en Gutiérrez-Rojas, Martínez-Ortega, & Rodríguez-Martin, 2013\* (citado en Mandelbrote y Folkard, 1961; Hoening y Hamilton, 1966). Estos autores definen la "carga del cuidador", como las consecuencias psicológicas, físicas, sociales y económicas que se generan en un entorno familiar o de amistades que se dedican a la atención y al cuidado de un paciente con una enfermedad mental. Además, la literatura reconoce como cuidadores principales a cónyuges, pareja, padres del o la paciente, personas que tengan un mayor contacto con los pacientes, o aquellas personas que tengan a cargo los asuntos económicos, medicación o que contacte servicios sanitarios en caso de alguna emergencia. Diversos estudios apuntan que el cuidado de los pacientes dependerá mayormente de la calidad, capacidad y bienestar que tenga la persona que los cuida.

Definitivamente, enterarnos de alguna condición severa, pudiese implicar sentimientos de dolor, tristeza, preocupación, entre un sinnúmero de emociones más, y es normal y natural que las experimentemos. Y es que, sin lugar a dudas, cuando una persona es diagnosticada con una condición de salud mental, no solo la vida de está recibe un impacto, sino que la familia también. En la mayoría de los casos, el cargo de cuidador o cuidadora es asumido por uno de los familiares cercanos y no por elección propia, lo que propicia la sobrecarga. La familia comienza un proceso de aceptación y adaptación, así como ocurre con la persona que fue diagnosticada. Dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, y cómo se esté manejando, será el grado de severidad que afecte el contexto familiar. Además, la manera en que cada miembro de la familia, acepte el diagnóstico, influirá en la respuesta (actitud y comportamiento) y en el proceso de adaptación.

Como el Alzheimer, Parkinson, y Diabetes, entre otras muchas condiciones, influyen en el entorno familiar, integrantes de la familia y cuidadores, presentan sobrecargas relacionadas a la condición, los familiares de personas diagnosticadas con bipolaridad o esquizofrenia no son la excepción. Cuidar a alguien con síntomas severos de una condición puede ser muy estresante y extenuante para un cuidador o cuidadora, especialmente si no se cuenta con los recursos necesarios para combatir dichos estresores. Esto sin dejar a un lado, otros posibles estresores cotidianos que enfrenta una familia, como por ejemplo: la crianza de menores, cuidado de personas de la tercera edad, estresores laborales, transportación, cuidados especiales en alimentación, enfermedades médicas crónicas, etc. No obstante, queremos resaltar las áreas que más predominan al ejercer el rol de cuidadores.

\* La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar.  
<http://www.redalyc.org/pdf/167/16726244011.pdf>

## LA ASOCIACIÓN DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO DE COLUMBIA BRITÁNICA, EN CANADÁ, SUGIERE ALGUNAS DE LAS FORMAS EN QUE LAS FAMILIAS PUDIERAN VERSE AFECTADAS, COMO POR EJEMPLO:

## CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE INTERACCIÓN FAMILIAR:



### A. SALUD FÍSICA:

Como resultado del estrés, las tensiones y preocupaciones, influenciadas por la condición, la persona cuidadora o familiares pudieran experimentar síntomas físicos como agotamiento, dolores musculares, fatiga, cambios en el patrón del sueño y hábitos alimenticios, uso de alcohol y drogas, entre otros, que empobrecen la calidad física de la persona a cargo del cuidado. Tomando en consideración, que si el o la cuidadora padece de alguna condición física, ésta pudiera complicarse si no se toman las medidas preventivas y cuidados especiales necesarios, por lo que el panorama pudiera ser más complejo.



### B. SALUD EMOCIONAL:

Los integrantes de la familia pudieran experimentar una angustia emocional por esa persona que consideran importante, que quieren y aman, y ha sido diagnosticada. Esto debido a que en ocasiones no saben cómo lidiar con la condición, con el manejo de sus emociones, reacciones y conductas de riesgos, la falta de adherencia al tratamiento, cambios en la alimentación y hábitos de sueño, etc. Los familiares pudieran sentir que viven con una persona totalmente desconocida, lo que implica un gran choque emocional a nivel individual y familiar.

Por otro lado, el cuidado constante, las atenciones dentro y fuera del hogar (como citas médicas), son aspectos que influyen en la sobrecarga del cuidador o cuidadora principal. Pueden generarse altos niveles de estrés, hasta una posible quemazón, del o la cuidadora, si no practicara destrezas de autocuidado. También, ser cuidador pudiera generar altos niveles de depresión, sentimientos de soledad, desánimo, frustración y rechazo, ante los retos de la condición. Por eso, es importante que la persona cuidadora trabaje con el manejo de sus emociones relacionadas al diagnóstico y sus implicaciones, así evitará sobrecarga emocional, y que otras áreas de su vida sean impactadas.



### C. IMPACTO ECONÓMICO Y LABORAL:

La persona encargada del cuidado pudiese enfrentar un estresor económico y laboral. Ya que, en ocasiones, dependiendo de la severidad de la condición, el o la paciente pudiera estar incapacitada para trabajar, lo que implica muchas veces que la persona cuidadora asuma, no solo los gastos sanitarios, sino otros gastos cotidianos del hogar. Este impacto económico, se hace presente también cuando la familia se ve en la obligación de contratar a un o una ama de llaves, o cuando el o la cuidadora principal renuncia a su trabajo para encargarse del cuidado del paciente en su totalidad. A su vez, los medicamentos recetados para la condición, no siempre son cubiertos por los planes médicos, por lo que hay familias que se ven en la necesidad de aportar o costear por completo los psicofármacos vitales para estabilizar y regular los síntomas de la condición.

La rutina y estilo familiar, se ven impactadas por los episodios maníacos y depresivos que experimenta la persona con la condición. Lo que pudiese aumentar la tensión y estrés familiar al tener que postergar actividades y rutinas cotidianas, hasta que la persona o paciente se sienta mejor. Otro factor que influye, en la dinámica familiar, son las emociones paralelas que surgen en el transcurso como irritabilidad, hostilidad, coraje, tristeza, miedo y frustración, entre otras. Estas influyen en las interacciones en el núcleo familiar, así como en las relaciones interpersonales, fuera de la familia, añadiéndole una carga adicional a ambas partes. Las actitudes emocionales (emoción expresada), que presentan las personas cuidadoras, pudieran ser puente de ayuda o recaída para los pacientes, como lo son las conductas de riesgo (ideas o intentos suicidas, uso de alcohol y drogas, relaciones sexuales sin control, entre otras).



## CAMBIOS EN LAS DINÁMICAS DE **DE INTERACCIÓN FAMILIAR:**

Por ejemplo, una familia que exprese sus emociones de manera hostil (de manera que ofende, agrede emocionalmente a la persona con la condición y de forma hiriente), que ofrece críticas constantes que pueden hacer sentirse juzgado al paciente, que mantiene falsas creencias (mitos), -porque no se educa acerca del diagnóstico y recursos de ayuda-, no valida los sentimientos experimentados por el o la paciente, y no es fuente de apoyo saludable, estaría convirtiendo el entorno familiar en uno invalidante y no protector.

Como consecuencia, aumentan las posibilidades de recaídas de los pacientes, la inestabilidad emocional. Esto fomenta, a su vez, mayor sobrecarga y menor tolerancia en la persona que cuida.

La forma cómo se expresen y manejen esas emociones, será el estilo de comunicación que, como familia, practiquen y es el que estimula relaciones familiares saludables o tóxicas. El utilizar un patrón no saludable de comunicación y manejo de emociones, se pudiese ver como normal, lo que genera que se reproduzcan estos patrones en el ambiente familiar y se empeore el ambiente en el hogar y la condición de la persona.

Es importante identificar qué momentos son los más adecuados para dialogar, sobre alguna situación en particular o emoción específica. Por ejemplo, cuando se trata de corregir, discutir algún asunto para mejorar y ayudar, un momento de altos niveles de coraje e irritabilidad, no es el adecuado. Es recomendable que se brinde un espacio para canalizar la emoción presentada. Cuando ambas partes estén más calmadas y dispuestas a dialogar, aprovéchenlo. De esta forma, fomentarán una comunicación asertiva, promoviendo, a su vez, el bienestar tanto de los pacientes como de las personas cuidadoras. Por lo que, la receptividad, tolerancia, aceptación, comprensión, solidaridad, son algunos de los elementos esenciales que, como familiares de una persona diagnosticada con una condición de salud mental, se deben poner en práctica.

## ¿QUÉ PUEDE **HACER LA FAMILIA?**

### **IDENTIFIQUEN LAS SEÑALES DE ALERTA Y BUSQUEN AYUDA:**

La ayuda debe ser tanto a nivel individual como de pareja y familiar, para que puedan reconocer las señales de alerta. Acepten sus límites, así como los de la persona diagnosticada. No ejerza un rol de héroe, ni fuerce a la persona a que tome acción. Como cuidadores o familiares, brinden su apoyo, amor y comprensión en todo momento.

### **IDENTIFIQUEN ACTIVIDADES QUE LES AYUDEN A REDUCIR EL ESTRÉS:**

Los ejercicios físicos, leer, meditar, dibujar, pintar, cantar, escuchar música o escribir, son actividades que les pueden ayudar a bajar los altos niveles de estrés. Cuiden el patrón del sueño y alimentación familiar, para mantener bajos los niveles de estrés.

### **EDÚQUENSE SOBRE EL DIAGNÓSTICO:**

Es sumamente importante orientarse sobre el diagnóstico y los diversos tratamientos que son parte fundamental del buen manejo del trastorno, no solo de ayudar saludablemente al paciente, sino de fomentar una atmósfera familiar saludable, comprensible, pero más que nada, de aceptación. El conocimiento es pieza clave para romper con los estigmas, sirve de estrategia de afrontamiento asertiva y combate con las sobrecargas generadas por el diagnóstico.

### **ESTABLEZCAN UNA COMUNICACIÓN CLARA Y ABIERTA:**

Comuníquese de forma asertiva (no calle lo que siente y piensa), busque ayuda si necesita más asistencia de la que tiene. Buscar apoyo no significa "debilidad", significa "valentía" al reconocer que no se tiene control de todo.

# HACER LA FAMILIA?

¿QUÉ PUEDE

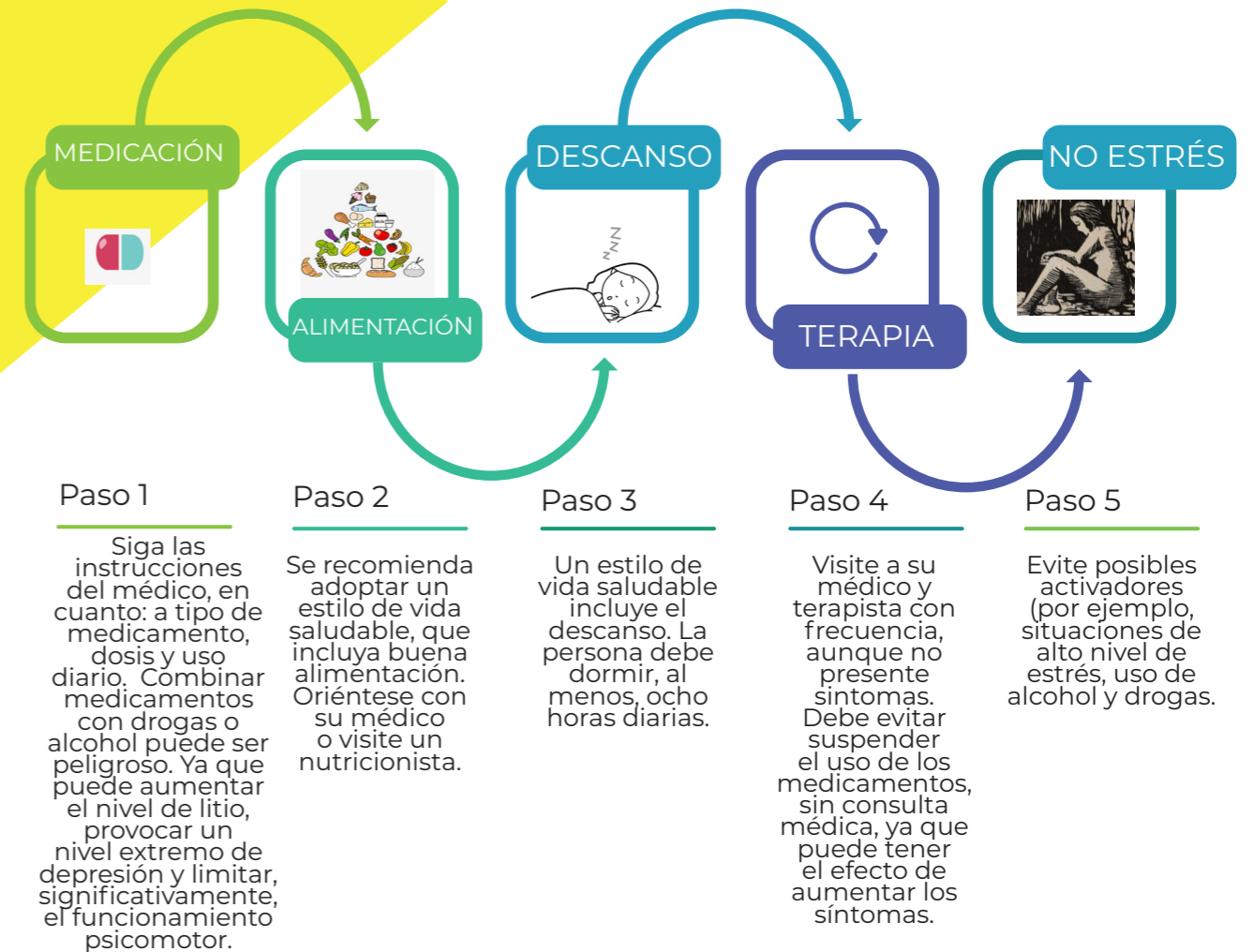
## APOYEN AL PACIENTE A IDENTIFICAR Y MANEJAR SU DIAGNÓSTICO:

Educarse y conocer, lo que implica la condición, ayuda en el proceso de aceptación y adaptación. Esto brinda la oportunidad de apoyar al paciente, en el manejo de su diagnóstico y, por consiguiente, es una forma de dejarles saber que no están solos. No puede ser puente de ayuda y apoyo, una persona que no conoce ni comprende por lo que cada paciente está pasando. Es decir, no puede ser sensible ante sus necesidades particulares. Apoyar va más allá de conocer sobre el diagnóstico, implica creer en la persona y continuar queriéndola, aún en sus momentos más difíciles. Recordándole cuán importante y especial es, aliviana la carga de la condición. NO tome los síntomas de forma personal, recuerde que son resultado de una condición de salud mental y no de la persona en sí.

## DESARROLLEN UN PLAN FAMILIAR PARA MANEJAR LOS TIEMPOS DIFÍCILES:

Establecer un plan familiar les ayudará a canalizar alguna situación compleja de manera asertiva y efectiva. A su vez, permite anticipar cómo actuar cuando ocurra nuevamente la situación o alguna similar (ej. conductas de riesgo como ideaciones suicidas, altos niveles de irritabilidad y coraje, agresiones, entre otros), identificando posibles alternativas para la resolución de conflictos. Además, de fungir como un plan de prevención y seguridad, promueve la canalización de las emociones experimentadas de una manera más saludable. Haga una lista de los contactos en caso de alguna emergencia (médicos primarios, psiquiatra, psicólogo o psicóloga, amistades y familiares cercanos).

## APOYO PARA EVITAR RECAÍDAS:



**SI EN ALGÚN MOMENTO, ESTÁ PENSANDO HACERSE DAÑO A SÍ MISMO, A OTRA PERSONA O PENSANDO SOBRE EL SUICIDIO, ACUDA A ALGUIEN QUE PUEDA AYUDARLE:**

**COMUNÍQUESE CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL. LLAME A SU DOCTOR. VAYA A SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL MÁS CERCANO. ¡BUSQUE AYUDA INMEDIATAMENTE!**

### LLAME A LA LÍNEA PAS

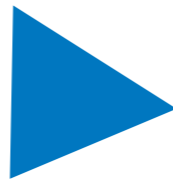
24 HORAS LOS 7 DÍAS  
EL SERVICIO ES GRATUITO

**1-800-  
981-0023**

### SERVICIO DE EMERGENCIAS

**911**

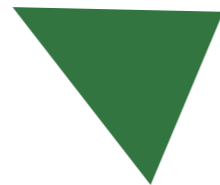
## ¿EXISTE CURA?



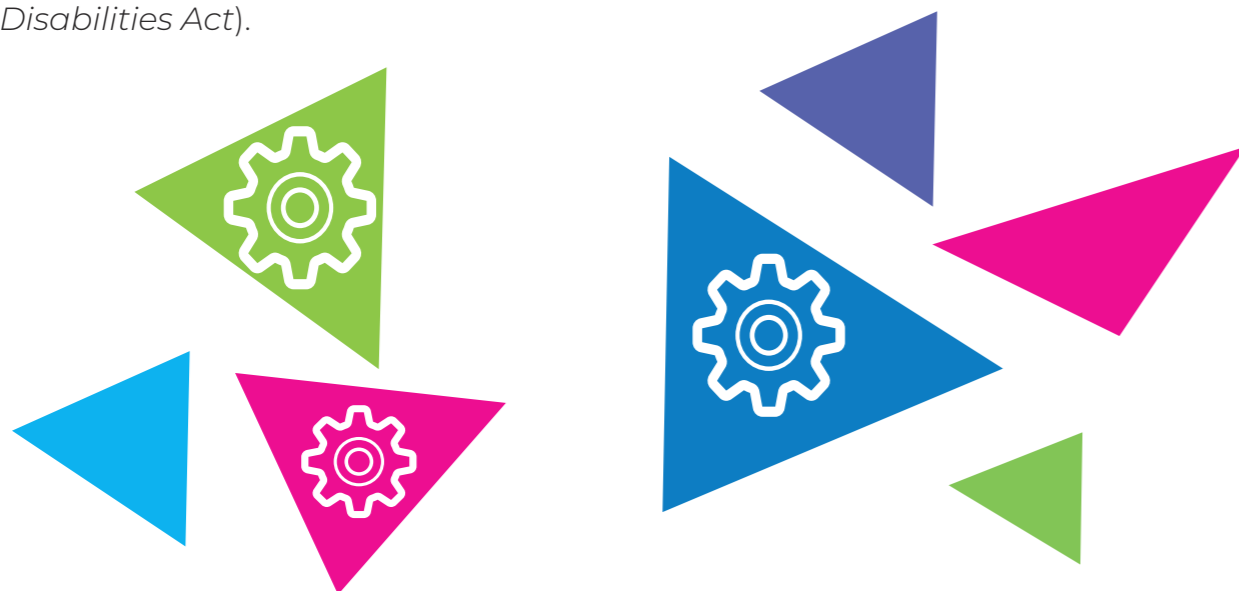
No existe cura. Aunque el desorden bipolar es una condición de por vida, que puede afectar el funcionamiento diario, así como la calidad de vida, la persona puede mantenerse productiva, si sigue un plan de tratamiento para manejar sus cambios del ánimo y otros síntomas, a través de medicamentos y terapia psicológica. El diagnóstico temprano, junto con el tratamiento adecuado, son esenciales para prevenir el riesgo suicida. Así como, problemas significativos en lo académico, social, laboral e interpersonal, y promover una mejor calidad de vida.

De la persona no recibir tratamiento, pueden presentarse otras complicaciones, tales como: problemas relacionados al uso de drogas y alcohol, conductas de riesgo, suicidio, problemas financieros o legales, dificultades en las relaciones interpersonales, disminución del desempeño laboral, entre otros.

## ¿PUEDE TRABAJAR?



Que una persona con desorden bipolar pueda trabajar va a depender de los síntomas y la severidad del desorden, considerando si las actividades principales de la vida no se ven limitadas (por ejemplo, sueño, alimentación, aseo). En caso de estar trabajando, la persona debe consultar con su médico para que se determine si es necesario solicitar un acomodo razonable o regreso al trabajo con restricciones. Bajo ciertas circunstancias, las condiciones de salud mental pueden ser consideradas una discapacidad bajo la ley ADA (*American with Disabilities Act*).



## ¿CÓMO FOMENTAR UN AMBIENTE DE TRABAJO SALUDABLE?

Como patrono, es importante que se puedan establecer políticas claras contra el discrimen y que, empleados y empleadas, tengan conocimientos de las mismas. A su vez, que se divulgue sobre el procedimiento para definir algún acomodo razonable, ya sea por alguna discapacidad física o mental, como también de los deberes que se deben cumplir. Para fomentar un ambiente laboral saludable, es esencial familiarizarse con el trastorno de bipolaridad y esquizofrenia, sus síntomas y cómo el diagnóstico, en ocasiones, pudiese limitar algunas funciones laborales. Con esto, no solamente permite desarrollar y promover la empatía y comprensión en el escenario laboral, sino que se da paso a romper con los estigmas de la condición. Por lo que, es vital que se puedan identificar estrategias de afrontamiento asertivas, como también destrezas de auto cuidado en el ambiente laboral. Algunas de las recomendaciones que ayudan para mejorar la productividad laboral, es que se mantenga una comunicación constante, clara y abierta con la persona sobre su desempeño, se resalten sus logros (fortalezas), así como sus áreas a mejorar y que, durante un período de tiempo, se evalúen los acomodos estipulados para determinar si han sido satisfactorios o si se pudiese mejorar en algún aspecto.

Si usted entiende que su compañero o compañera de trabajo necesita ayuda, de un profesional de ayuda en salud mental, es importante comunicarse con su supervisor o supervisora inmediata y explicar la situación de una manera empática. Algunos espacios de trabajo cuentan con un Programa de Ayuda al Empleado (PAE). Este tipo de programa es dirigido a ofrecer ayuda profesional a empleados y, en ocasiones, incluye a sus familiares cercanos, cuando se confrontan dificultades que les afectan en el ámbito personal o laboral.

## ¿TIENEN PROTECCIÓN LAS PERSONAS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL?

Sí, existen leyes que protegen a las personas con condiciones de salud mental. Entre las más importantes, se encuentran: 1) Ley Núm. 408, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, 2) Ley para Personas con Discapacidades, Ley ADA (por sus siglas en inglés), 3) Ley 194, según enmendada, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente que recibe servicios de Salud Mental y 4) el *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, mejor conocida como la Ley HIPAA [por sus siglas en inglés].



A CONTINUACIÓN, UNA BREVE EXPLICACIÓN DE LAS LEYES QUE LOS PROTEGEN.

## LEY 408- LEY DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO.

Esta Ley será de aplicación a toda persona que necesite, solicite, reciba o haya recibido servicios de salud mental, incluyendo servicios para todos los trastornos relacionados al abuso, dependencia y trastornos inducidos por sustancias (drogas y/o alcohol); a toda institución pública o privada que planifique, administre, coordine dichos servicios; y a la red de proveedores directos o indirectos de servicios de salud mental, incluyendo, pero sin que se entienda como una limitación a:

(a) Hospitales psiquiátricos, unidades psiquiátricas, salas o unidades de hospitalización psiquiátrica y/o salas o unidades de psiquiatría de las adicciones o medicina adictiva en hospitales generales u hospitales psiquiátricos que provean estos servicios y organizaciones, de base comunitaria, con o sin fines de lucro.

(b) Salas de emergencia, hospitalizaciones parciales o diurnos, tratamientos ambulatorios intensivos, y/o tratamientos ambulatorios, programas de tratamientos residenciales para menores y adultos y los servicios transicionales.

(c) Servicios rehabilitativos.

(d) Servicios de acercamiento comunitario (outreach).

(e) Servicios administrados y coordinados por los proveedores indirectos de servicios de salud mental.

(f) Servicios de administración y coordinación de salud mental, bajo el plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y los planes privados.

### ENTRE LOS FINES Y PROPÓSITOS DE ESTA LEY SE DESTACAN:

- Actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación;
- Proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales con unos servicios adecuados;
- Consignar, de manera inequívoca, sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de menores de edad;
- Promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales;
- Proveer unas guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental;

PARA MÁS INFORMACIÓN ACCEDA: [HTTP://WWW.RAMAJUDICIAL.PR/LEYES/ANEJO-1-LEY-DE-SALUD-MENTAL-DE-PUERTO-RICO.PDF](http://www.ramajudicial.pr/leyes/ANEJO-1-LEY-DE-SALUD-MENTAL-DE-PUERTO-RICO.PDF)

- Determinar los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen;
- Armonizar los cambios que han experimentado las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud;
- Resaltar y establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados;
- Destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento, así como la prevención.

### NIVELES DE CUIDADO:

- Los servicios serán ofrecidos en el nivel de cuidado de mayor autonomía y, terapéuticamente, más efectivo.
- Dicho nivel dependerá del diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos de la persona al momento de ser evaluado.

### HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA:

La Ley 408, según enmendada, Ley de Salud Mental de Puerto Rico, abarca más de lo que comúnmente conocemos como “La 408”, que se refiere a la hospitalización involuntaria. Aunque esta ley contiene una sección de hospitalización involuntaria, en general tiene como propósito establecer los derechos a los servicios de salud mental y proteger a las poblaciones afectadas, por trastornos mentales, para que éstos reciban unos servicios adecuados.

Suele suceder, con mucha frecuencia, que las personas que se encuentran en una crisis de salud mental se resisten a recibir un tratamiento psiquiátrico, dado que no piensan que necesitan ayuda, porque creen que los síntomas que presentan son reales. En estos casos, los familiares y amigos quizás tengan que tomar las medidas necesarias, en ocasiones indeseadas, para mantener a salvo a su ser querido. En momentos de crisis, es común que el paciente amenace hacerse daño a sí mismo u a otra persona. La persona no tiene que verbalizar su intención, basta con que el familiar entienda que existe la intención, para poder iniciar los procedimientos para una hospitalización involuntaria. Como familiares, tienen el deber de iniciar el proceso de una hospitalización involuntaria, para salvaguardar la vida de su ser querido o la de otro. Es importante denotar que esta ley aplica a los profesionales, familiares y cualquier ciudadano que entiende que alguien, que se encuentra en una crisis de salud mental, debe recibir ayuda de inmediato.

Finalmente, un profesional de la salud mental evaluará al paciente y determinará si se necesita un ingreso voluntario o involuntario. Para que una persona sea hospitalizada de manera involuntaria, la ley establece que el profesional de la salud mental [psiquiatra], es quien decide si el paciente cumple con los criterios. Los familiares y amigos pueden facilitar información que ayude al profesional de la salud mental a tomar alguna medida, pero quien finalmente toma la decisión es el experto.

<http://www2.pr.gov/presupuestos/presupuesto2016-2017/PresupuestosAgencias/suppdocs/baselegal/095/408.PDF>



## ¿QUÉ ES LA LEY ADA?

La ley ADA, protege a aquellas personas que tengan alguna deficiencias físicas o mentales, que las limiten en una o varias áreas importantes, teniendo evidencia de ésta. Entre las limitaciones se incluyen aquellas actividades que involucren audición, vista, habla, actividades motoras, de aprendizaje, caminar y capacidad para cuidarse por sí solo o sola.

Define lo que se considera como discapacidad física y los parámetros de discapacidad mental. En cuanto a discapacidad mental, atañe a cualquier trastorno mental o psicológico, como problemas específicos en el aprendizaje, discapacidad intelectual, condiciones emocionales o mentales, entre otros. La ley ADA prohíbe que se discrimine a una persona con alguna discapacidad física o mental en el área laboral, transportación, servicios públicos, edificios públicos y privados, además de las telecomunicaciones. Lo que apoya, a que cualquier persona, dentro de sus capacidades y conocimientos, pueda desempeñarse en el ámbito laboral, como también de recibir servicios solicitados.

**PARA MÁS INFORMACIÓN ACCEDA:**  
[HTTPS://WWW.ADA.GOV/CGUIDE\\_SPANISH.HTM](https://www.ada.gov/cguide_spanish.htm)



## ¿QUÉ ES LA LEY HIPPA?

La *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*, conocida como Ley HIPAA, es un conjunto de reglas que deben seguir médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. La ley HIPAA ayuda a garantizar que todos los registros médicos, la facturación médica y las cuentas de los pacientes cumplan con ciertos estándares consistentes con respecto a la documentación, el manejo y la privacidad.

En específico, la Regla de Privacidad establece estándares nacionales para proteger los registros médicos de las personas y otra información de salud personal. La Regla de Privacidad se aplica a los planes de salud y a los proveedores de atención médica, que realizan transacciones de atención médica electrónicamente. La Regla de Privacidad HIPAA requiere salvaguardas apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud personal y establece límites y condiciones sobre los usos y divulgaciones que se pueden hacer, de dicha información, sin la autorización del paciente.

Aplica a todos los proveedores de servicios de salud que lleven a cabo transacciones electrónicas para motivos de pagos, referidos, o cualquier otro asunto. Incluye médicos, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, enfermeros, terapeutas de todo tipo.

**PARA MÁS INFORMACIÓN ACCEDA:**  
[HTTPS://WWW.HHS.GOV/HIPAA/FOR-PROFESSIONALS/PRIVACY/INDEX.HTML](https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html)

## CARTA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

La carta de derechos de la persona que recibe servicios de salud mental, ya sea adulto o menor, protege y promueve la dignidad del ser humano, reconociendo, entre otros, su derecho de recibir tratamiento sin ningún tipo de discriminación social, religiosa, étnica, cultural, nacional, por sexo, edad, incapacidad mental o física, por orientación sexual, información genética o fuente de pago.

### Derechos:

1. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a disfrutar de sus derechos, beneficios y de los privilegios garantizados por la Constitución de los Estados Unidos de América, la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las leyes estatales y federales.

2. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a ser considerado mentalmente competente, salvo que medie una determinación del tribunal disponiendo lo contrario.

3. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a que se mantenga la presunción de su potencial de recuperación o rehabilitación, a través de servicios adecuados a su diagnóstico y severidad de los signos y síntomas de su condición.

4. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a que se apliquen todos sus derechos, independientemente de la institución donde se encuentra recibiendo servicios, siempre que éstos no confluyan con las medidas de seguridad propias de la institución.

5. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a solicitar atención médica, psiquiátrica y psicológica en su fase preventiva, clínica, recuperación y rehabilitación para la protección de su salud y su bienestar general.

6. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a desempeñar una profesión, ocupación conforme a sus conocimientos y capacidades, considerando su trastorno mental y nivel de funcionamiento.

7. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a solicitar y obtener empleo libre de discrimen por razón de trastorno mental, participar en talleres y recibir la orientación de la ayuda técnica o profesional, que le permita desarrollar su potencial.

8. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a tener acceso a los beneficios y servicios públicos en el área de vivienda, bienestar social, salud, alimentación, transportación, educación y empleo.

9. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a actuar de manera individual o colectiva en la búsqueda de soluciones a sus agravios y problemas.

10. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a ser escuchado, atendido y consultado en todos los asuntos que afectan su condición y progreso.

11. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios ambulatorios médicos hospitalarios por razón de su condición mental.

12. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios de salud mental a tono con las subespecialidades por etapas de vida, trastorno, edad, nivel de cuidado, a tenor con su diagnóstico y severidad de su condición.

13. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios sin discriminación, prejuicio o distinción por diagnóstico o severidad de su condición mental o impedimento o condición física o cualquier otra condición médica.

14. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios de farmacoterapia, psicoterapia, u otros, de acuerdo con su diagnóstico, signos, síntomas y condición, bajo los más altos estándares de calidad.

15. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios dentro de un período razonable de tiempo, considerando la complejidad y emergencia de su condición.

16. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a no ser identificada como paciente ni ex paciente de salud mental, excepto por solicitud propia.

17. La persona que reciba servicios de salud mental, su representante o tutor legal tiene derecho a ser notificado de forma verbal y escrita sobre sus derechos, desde el momento de su admisión a una institución hospitalaria, de hospitalización parcial, o residencial incluyendo:

- Ser dado de alta de la institución dentro del término de tiempo más corto posible;
- Las formas de funcionamiento institucional, entre los cuales se incluirán los procedimientos para tomar decisiones de ubicación;
- Las normas y procedimientos para someter quejas o querellas;
- Las limitaciones que pudiera sufrir como resultado de una determinación médica justificada y considerada por el equipo multidisciplinario.

18. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a que se le diseñe un plan individualizado de tratamiento, recuperación y rehabilitación, dentro de un ambiente que sea lo menos restrictivo posible.

19. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a participar en la formulación y revisión del plan de tratamiento, en la medida que sea posible. Además, de que se considere la participación del familiar más cercano en el desarrollo y la revisión de su plan de tratamiento.

20. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir y autorizar un consentimiento informado sobre todo lo relacionado con los servicios o tratamientos propuestos en su plan individualizado, que deberá incluir como mínimo:

- Diagnóstico y descripción de su condición de salud;
- Tratamiento recomendado;
- Riesgos y consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento;
- Otras alternativas de tratamiento;
- Beneficios, riesgos y consecuencias de la alternativa de tratamiento;
- Pronóstico correspondiente;
- Efectos secundarios y daños irreversibles como resultado del tratamiento o medicamentos.

21. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a rehusar recibir tratamiento, de cualquier tipo de servicio, dentro de un plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación.

22. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a comunicarse en privado, sin censura y sin impedimento con las personas seleccionadas, ya sea vía telefónica, por correo o mediante visitas. Además, tiene derecho a que se provean los materiales y medios necesarios, para cuando no cuenten con los recursos para procurárselos por sí mismo.

23. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a conservar, usar y mantener sus efectos personales y que se le asigne un lugar seguro.

24. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a consentir llevar a cabo labores o tareas de mantenimiento de su habitación y cualquier otra que sea parte de su plan de tratamiento, recuperación o rehabilitación, sin que se medie compensación alguna.

25. La persona que recibe servicios de salud mental, o su tutor legal, tienen derecho a presentar quejas o querellas con relación a la violación de sus derechos y que las mismas sean dilucidadas y atendidas en un término de tiempo razonable.

26. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a no ser sometido a procedimientos experimentales, si éstos no cumplen con los organismos estatales y federales pertinentes, y sin su debida aprobación y consentimiento.

27. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a conocer y ser informado sobre todo lo relacionado con su evaluación, tratamiento, recuperación y rehabilitación en el lenguaje que éste comprenda y permita la comunicación efectiva.

28. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a solicitar la participación de cualquier grupo de apoyo, bien sea religioso o relacionado con la condición diagnosticada. A recibir apoyo de sus familiares, tutor y las agencias protectoras de los derechos humanos.

29. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a ser transportado en vehículos adecuados, incluyendo ambulancias que estén debidamente certificadas por el Departamento de Salud y la Comisión de Servicios Públicos.

30. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir el apoyo consanguíneo o moral para solicitar y recibir servicios de salud que promueva su recuperación de acuerdo con su nivel de capacidad.

31. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a representación legal por parte de un abogado, ya sea privado o designado por el tribunal.

32. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir tratamiento adecuado de acuerdo con su diagnóstico y nivel de cuidado.

33. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a seleccionar libremente los servicios y proveedores que le ofrecerán atención a sus problemas de salud mental, alcoholismo o adicción a drogas.

34. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios de emergencia en el momento y lugar que los necesite sin limitaciones y acceso a servicios.

35. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a recibir servicios de salud de forma considerada y respetuosa, por parte de todos los miembros del sistema de cuidado de salud.

36. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a solicitar ser dado de alta, con su consejo médico.

37. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho de libre restricción física o química.

38. La persona que recibe servicios de salud mental, tiene derecho a conocer que existe un programa para la prevención de abuso y negligencia.

## RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

Toda persona que recibe servicios de salud mental, deberá cumplir con las siguientes responsabilidades:

1. Asumir responsabilidad sobre su recuperación en la medida de sus capacidades.
2. Participar en las actividades y programas de autosuficiencia en apoyo a la comunidad.
3. Los tutores o encargados, de la persona que recibe servicios de salud mental, tienen la responsabilidad de llevar a la persona a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejería y terapias familiares que le recomiendan para el progreso de la persona que recibe servicios de salud mental.

[https://capr.org/Com\\_MayorEdad/linked/13\\_carta\\_de\\_derechos\\_del\\_paciente\\_de\\_salud\\_mental.pdf](https://capr.org/Com_MayorEdad/linked/13_carta_de_derechos_del_paciente_de_salud_mental.pdf)

## PROCESOS PARA ESTABLECER QUERELLAS:

Si entiende que alguno de sus derechos, incluyendo, pero no limitándose a la confidencialidad, ha sido violentado, usted puede establecer una querrela. Esta puede ser presentada directamente a su proveedor de salud mental.

## OTRAS AGENCIAS DONDE PUEDE QUERELLARSE:

• Oficina del Procurador del Paciente (OPP)

787-977-1100 (metro)

1-800-981-0031 (Isla)

Para Radicar Querellas: 787-977-1100

• Oficina del Procurador de las Personas con Impedimento

1-800-981-4125

• Oficina de Asuntos de la Vejez

787-725-2333

• Línea de Querellas Medicare

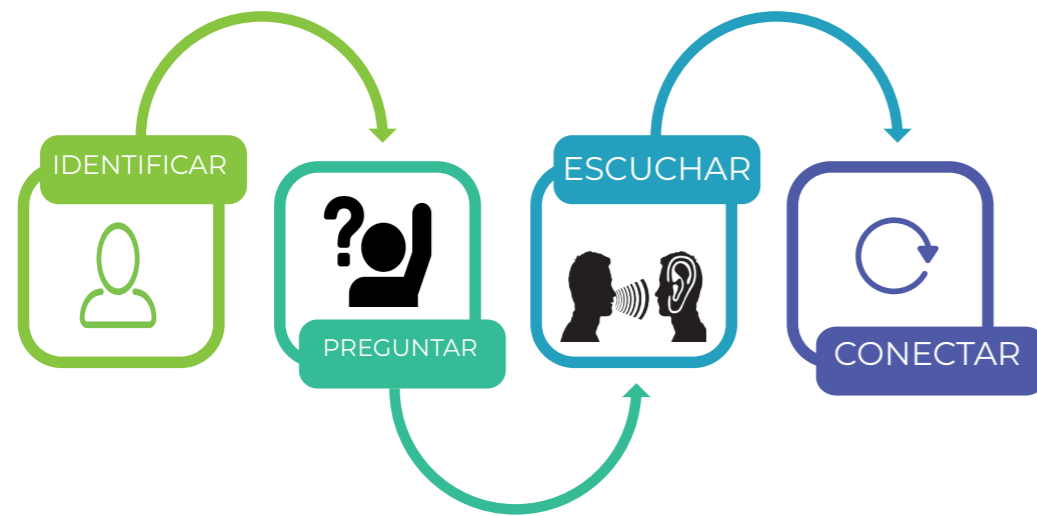
1-800-633-4227

• QUIPRO

787-725-2323 / 1-800-981-4125

# HABLEMOS DE SUICIDIO...

Existen cuatro acciones básicas que pudieran salvar la vida de una persona en riesgo:



## FACTORES DE RIESGO:

Existen múltiples factores de riesgo para el suicidio. No necesariamente, todos los factores de riesgo están presentes en una persona en peligro de suicidio. Tampoco significa que, si alguien cuenta con todos los factores de riesgo, en efecto va a cometer el suicidio. Es de suma importancia conocer algunos de los factores y estar alertas.

- Historial de suicidio en la familia;
- Historial familiar de maltrato [físico, verbal o psicológico];
- Intentos suicidas previos;
- Presencia de desórdenes mentales [depresión, ansiedad, trastorno de bipolaridad, esquizofrenia, entre otros];
- Uso de alcohol y drogas;
- Comportamiento agresivo e impulsivo;
- Aislamiento;
- Dificultades para acceder a los servicios de salud;
- Pérdidas (ej. muerte, pareja, entre otras);
- Enfermedades físicas;
- Accesibilidad a métodos letales;
- Negarse a buscar ayuda profesional por miedo a la estigmatización;
- Entre otros.

<https://convidauprrp.wordpress.com/>

## ¿QUIÉNES SE SUICIDAN?

Cualquier persona, de cualquier edad, podría estar en riesgo suicida. Alguien puede estar en riesgo, si experimenta: desánimo, dolor intenso, incapacidad para manejar sus problemas y considera el suicidio como una opción. El suicidio se puede prevenir.

En un diagnóstico como bipolaridad, el cual es dominado por síntomas de depresión, el riesgo de presentar ideaciones suicidas es común (Miklowitz & Gitlin, 2015. *Clinician's Guide to Bipolar Disorder*).

Aunque es pequeño, el riesgo de violencia entre las personas que padecen esquizofrenia, el intento de suicidio es mucho más frecuente que en la población general. Es difícil predecir qué personas con esquizofrenia son propensas al suicidio (Meltzer & Baldessarini, 2003. *Reducing the Risk for Suicide in Schizophrenia and Affective Disorders*).

## ¿QUÉ ES EL COMPORTAMIENTO SUICIDA?

El comportamiento suicida incluye diferentes conductas que se manifiestan en ideas, amenazas, intentos y el acto del suicidio.

- La ideación suicida se refiere a pensamientos acerca del deseo de quitarse la vida.
- El intento es todo acto de autoagresión realizado con alguna intención de quitarse la vida.

PASO 1:

## IDENTIFICAR SEÑALES DE ALERTA

Una señal aislada no necesariamente representa riesgo suicida. Sin embargo, una combinación de las siguientes señales puede dar indicio de una alerta de riesgo. Es posible contribuir a salvar una vida sólo con estar alerta a estos signos:

### ACCIONES:

- Dar posesiones valiosas a otros;
- Aislamiento (de familia, amigos, escuela, trabajo, o actividades sociales);
- Desinterés en actividades de recreación o aficiones;
- Abuso de uso de bebidas alcohólicas o drogas;
- Conductas de riesgo;
- Cambios extremos de comportamiento;
- Reacciones impulsivas;
- Auto-mutilación [con intención de quitarse la vida];
- Sentimientos de desesperanza;
- Soledad;
- Ira;
- Tristeza;
- Culpabilidad;
- Desaliento;
- Devaluación;
- Desamparo

### FÍSICOS:

- Desinterés en la apariencia personal;
- Tristeza constante;
- Coraje o mal humor;
- Cambio o desinterés en las relaciones sexuales;
- Alteración en los patrones de sueño o insomnio;
- Cambios en la pérdida de peso, apetito;
- Quejas sobre malestares físicos.
- Autolesiones o tomas de riesgo incensarios [conductas de riesgo].

Living Works Education [www.livingworks.net](http://www.livingworks.net)  
Comisión para la Prevención de Suicidio,  
Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

## ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES CON SENTIMIENTOS DE PÉRDIDA:

1. Pérdida de la vida de familiares, mascotas, personas cercanas o figuras que admira.
2. Pérdidas de aspectos de sí mismo. Son pérdidas que tienen que ver con la salud, que incluye pérdidas físicas, referidas a partes de nuestro cuerpo, las capacidades sensoriales, cognitivas, motoras, como psicológicas, por ejemplo, la autoestima, o valores, ideales, ilusiones, etc.
3. Pérdidas de objetos externos. Se trata de pérdidas materiales como el trabajo, la situación económica, pertenencias y objetos.
4. Pérdidas emocionales. Como pueden ser rupturas con la pareja o amistades.
5. Pérdidas ligadas con el desarrollo o ciclos vitales, como puede ser el paso por las distintas etapas o edades, infancia, adolescencia, juventud, menopausia, vejez, etc.

### IDENTIFIQUE IDEAS O FRASES COMO:

- “Necesito más... nada me satisface”.
- “Todo lo hago mal”.
- “No puedo concentrarme”.
- “No soporto más”.
- “Ojalá estuviera muerto”.
- “Todos estarían mejor si yo no existiera”.
- “Pronto todos mis problemas se terminarán”.
- “Es muy tarde para ayudarme”.
- “Ahora entiendo las razones por las que se mataron”.

### SEÑALES DE PELIGRO:

- Hablar de morir, matarse o matar;
- Expresiones de despedida;
- Desesperanza, cansancio y desesperación;
- Aislamiento;
- Uso de alcohol o drogas;
- Regalar objetos preciados queridos;
- Hacer preparativos para la muerte (testamentos, arreglos fúnebres);
- Dejar de tomar medicamentos o ingerir dosis muy altas.

## PASO 2: **PREGUNTAR**

Se recomienda explorar las señales verbales y no verbales. Pregúntele a la persona en riesgo sobre las señales verbales y no verbales que ha estado notando. Si hay señales de riesgo en la persona, TENEMOS que preguntar directamente a la persona si ha pensado en suicidarse. Es falso el mito que establece que, si alguien le pregunta a una persona en riesgo, si ha pensado en el suicidio, por el mero hecho de preguntarle, se pone en riesgo a la persona. El mito hace hincapié en que, si la persona no ha pensado en el suicidio y le preguntamos directamente, le estamos “poniendo la idea en la cabeza”. ¡ESO NO ES CIERTO!

Podría comunicarle de manera empática:

“¿Qué te pasa?”  
“He visto que...”  
“Últimamente te noto callado o callada”.  
“Hace tiempo que no compartes con nosotros”.  
“He notado que en varias ocasiones has faltado a tu trabajo”.  
“Te noto bien triste, preocupada”.

Es importante preguntar directamente. A continuación, algunas formas para preguntar sobre el suicidio:

¿Alguna vez has pensando en el suicidio?  
¿Has pensado en quitarte la vida?  
¿Estás pensando en suicidarte?

Comisión para la Prevención de Suicidio,  
Departamento de Salud del Gobierno de  
Puerto Rico.

## PASO 3: **ESCUCHAR**

Si la persona en riesgo contesta que, en efecto, ha pensado en suicidarse, es importante escuchar lo que nos tiene que decir. En la mayoría de los casos tendemos a hablar demasiado, abrumando a la persona o simplemente no le prestamos importancia a lo que nos dice.

## PASO 3: **ESCUCHAR**



**E**valúe el mensaje (qué nos quiere decir).

**S**ilencio (manténgase callado).

**C**onecte (con la mirada, gestos, empatía).

**U**bíquese (dónde están sus sentimientos).

**C**alma (mantenga la calma, si te muestras inquieto o intranquila, esto puede empeorar la situación presente).

**H**aga preguntas (pregunte con empatía, no se quede con dudas).

**A**tienda (preste toda su atención).

**R**esponda (conteste las preguntas que puedas contestar, pero demuestre que ha estado atendiendo la conversación).

# IDENTIFIQUE FACTORES PROTECTORES:

Se han identificado factores protectores que alejan a las personas en riesgo suicida, sirviendo como amortiguadores de pensamientos y comportamiento suicida. Algunos factores protectores son:

- El cuidado clínico para enfermedades físicas, mentales y abuso de sustancias (alcohol o drogas);
- El apoyo familiar, de amistades, de la comunidad, entre otros;
- Poseer destrezas para resolver problemas;
- Tener buena autoestima y autoimagen;
- Mantener buenas relaciones interpersonales;
- Saber pedir consejos, ante decisiones relevantes, y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos;
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (p. ej. café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos);
- Poseer confianza en sí mismo;
- Disposición para buscar ayuda profesional.

Material de apoyo disponible en:

<http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Pages/Unidades-Operacionales/Comision-para-la-Prevencion-de-Suicidio.aspx>

<http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/PROTOCOLO.pdf>

# IDENTIFIQUE RECURSOS FORMALES E INFORMALES COMO EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL:



**SI EN ALGÚN MOMENTO, USTED O ALGUIEN QUE CONOCE ESTÁ PENSANDO HACERSE DAÑO A SÍ MISMO, A OTRA PERSONA O PENSANDO SOBRE EL SUICIDIO**

**LLAME A LA LÍNEA**

**PAS**

24 HORAS LOS 7 DÍAS  
EL SERVICIO ES GRATUITO

**1-800-  
981-0023**

## PASO 4: **CONECTAR**

Sin duda alguna, cuando una persona habla de suicidio, nos asustamos, nos preocupamos, nos da tristeza y, en ocasiones, nos podemos sentir de brazos cruzados. Sin embargo, podemos conectar a la persona en riesgo con un profesional de ayuda.

Si ante señales de riesgo, sobre el suicidio, no sabe qué hacer, busque ayuda. Todas las personas tenemos la responsabilidad de velar por el bienestar de quienes nos rodean. No piense en si es o no manipulación, es una señal de alerta. Si ése o esa paciente ha tenido historial de ideas, o intentos suicidas, previamente, busque ayuda.

Es normal, que podamos sentir sentimientos de culpa, frustración, coraje, tristeza ante la hospitalización de una persona. No obstante, la hospitalización es un recurso para lograr la estabilización de un paciente, de velar por su mejoría y cuidar su vida. Por esta razón, si conoce a alguien que habla o tiene intentos de suicidio, ayúdele a encontrar el cuidado profesional adecuado de inmediato.



## LÍNEAS DE PRIMERA **AYUDA:**

### Sistema de Emergencias

**9-1-1**

**Sistema de Emergencias (Auto Impedido)**  
**787-925-7676 / 787-938-2977**

**Línea de Primera Ayuda Sicosocial (Línea PAS)**  
**1-800-981-0023**

**Línea de Consulta en Crisis (INSPIRA)**  
**787-644-0559 / 787-448-5651**

**Red Nacional de Prevención de Suicidio**  
**1-888-628-9454**

**Emergencias Sociales**  
**787-749-1333 / 1-800-980-8333**

**Línea Nacional para Prevención de Suicidio (TALK)**  
**1-800-273-8255**

**Centro de Control de Envenenamiento**  
**1-800-222-1222**

## PROGRAMA INTEGRADO DE PREVENCIÓN **LÍNEA PAS**

### PROGRAMA INTEGRADO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS:

Línea PAS  
(Primera Ayuda Sicosocial)

El Programa Integrado de Intervención en Crisis, conocido como Línea PAS-, está adscrito al área de Servicios de Alcance y Apoyo Comunitario, de la Administración Auxiliar de Tratamiento. Es el Centro de Emergencias (COE) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA).

Con la implementación de este programa, ASSMCA asume su responsabilidad legal de "proveer, conservar y restaurar la salud biosicosocial de Puerto Rico" atendiendo, en forma innovadora, una necesidad apremiante de Puerto Rico.

### DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS:

El Programa Integrado de Intervención en Crisis (PIIC) de ASSMCA está conceptualizado desde un marco de salud mental preventiva y comunitaria.

Los servicios ofrecidos siguen un modelo de intervenciones con un amplio componente psicoeducativo, dirigidos a disminuir los estresores, a identificar factores de riesgos y de protección. De tal forma que el individuo, la familia y la comunidad que atraviesa por una crisis pueda restablecer, por lo menos, el nivel de funcionamiento previo a la crisis.

El PIIC opera con seis (6) componentes; Línea PAS, Alcance Comunitario, Programa de Consejería en Crisis (ASSMCA-FEMA), Orientación y Adiestramiento, Bioseguridad y Salud, y Capacitación de Hospitales.

### LÍNEA TELEFÓNICA LIBRE DE CARGOS:

Ofrece servicios a través de los números **1-800-981-0023** y **TDD 1-888-672-7622**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Entre los servicios que se ofrecen, a través de la Línea PAS, se encuentran:

- . Orientación e información;
- . Intervención en crisis;
- . Sesión de desahogo;
- . Consejería en crisis y apoyo;
- . Cernimiento preliminar;
- . Coordinación de evaluación psiquiátrica y psicológica;
- . Coordinación de hospital y ambulancia;
- . Orientación sobre la tramitación y radicación de la Ley 408 y la Ley 67.
- . Tele-enlace y referidos
- . Orientación sobre Bioterrorismo;
- . Orientación sobre salud pública;
- . Intercesoría;
- . Referidos;
- . Tele-enlace.

### ALCANCE COMUNITARIO:

El enfoque y servicios comunitarios, que ofrece ASSMCA, facilitan una intervención oportuna para:

- promover que la persona afectada y la comunidad entiendan la situación por la que atraviesan;
- que disminuyan los riesgos de desarrollar, posteriormente, trastornos psiquiátricos asociados al incidente.

<https://www2.pr.gov/agencias/assmca/Servicios/ServiciosTratamiento/Documents/Linea20%PAS/Op%C%3BAsculo20%L%C%3ADnea20%PAS.pdf>



## LÍNEAS DE PRIMERA **AYUDA:**

**Línea de Crisis Suicidio Nacional (incluye personas que hablan español)**  
1-800-784-2432

**Fundación Prevención del Suicidio**  
787-749-8207

**Suicide Prevention Lifeline-  
Línea Nacional de Vida**  
1-888-628-9454/ 1-800-273-8255

**Víctimas de Violencia Doméstica**  
787-724-1596

**Procuraduría de las Mujeres**  
787-721-7676

**Narcóticos Anónimos-Línea Auxilio**  
787-763-5919

**Suscriptores de Triple S**  
Tele-consejos- 1-877-879-5064

**Hospital San Juan Capestrano (centro psiquiátrico privado)** 1-888-967-4357  
www.sanjuancapestrano.com

**First Hospital Panamericano (centro psiquiátrico privado)** 1-800-981-1218

**Línea PAS de ASSMCA: 1-800-981-0023**  
**Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)**  
Dirección física:  
Carretera # 2 Km 8.2  
Bo. Juan Sánchez,  
(Antiguo Hospital Mepsi Center)  
Bayamón, PR  
**787-779-5939 / 787-786-7408**  
Exts. 1012, 7373, 7709

**Centro de Salud Mental de Mayagüez:**  
787-805-3895

**Centro de Prevención Directo ASSMCA:**  
787-833-2193

**Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras:** 787-777-3535 / 787-764-0285

### COMISIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

HTTP://WWW.SALUD.GOV.PR/DEPT-DE-SALUD/PAGES/UNIDADES-OPERACIONALES/COMISION-PARA-LA-PREVENCIÓN-DE-SUICIDIO.ASPX

**(787) 765-2929**  
**extensiones**  
**3603, 3542**

**Tasc. Juvenil Bayamón:**  
787-620-9740 Exts. 2661, 2688

**Tasc. Juvenil Caguas:**  
787-745-0630

**Tasc. Juvenil San Juan:**  
787-641-6363 Ext. 2352

**Centro de Salud Mental de Arecibo**  
787-878-3552 / 787-878-3770

**Centro de Salud Mental de San Patricio**  
787-706-7949

**Centro de Salud Mental de Mayagüez**  
787-833-0663 / 787-831-3714 Ext. 2095

**Centro de Salud Mental de Moca**  
787-877-4743 / 787-877-4744

**UTAINAF Vieques**  
787-741-4767

## LUGARES DONDE PUEDE **ENCONTRAR AYUDA:**

### **Community Mental Health Clinic (Universidad Carlos Albizu)**

Servicios gratuitos de psicoterapia individual y de familia a costo reducido.  
787-725-6500 Exts. 1566, 1575, 1201, 1203 o 1117

**Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP),** Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras  
Servicios gratuitos de psicoterapia individual y de familia para toda la comunidad.  
787-764-0000 Exts. 87680 y 87681

### **Clínica Interamericana de Servicios Psicológicos**

Servicios gratuitos de psicoterapia individual y de familia a costo reducido.  
787-250-1912 Exts. 2441 y 2455

### **APS Healthcare**

Beneficiarios del plan del Gobierno.

Emergencia: 1-800-503-7929

Teléfono para orientación: 787-641-0773 / 787-641-9133

### **Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV)**

787-765-2285 / 1-800-981-5721

### **Centro de Apoyo para Víctimas del Crimen (CAVIC)**

Gratuito para víctimas de crimen.  
787-763-3667

### **Inspira**

787-753-9515 / 1-800-284-9515

### **Centro Comunitario LGBTT**

Servicios gratuitos para población LGBTT.  
787-294-9850

### **Hospital de Psiquiatría de Río Piedras**

787-766-4446 / 787-766-4646

### **PORTI**

Servicios para pacientes con psicosis entre las edades de 16 a 35 años.  
787-522-8280

### **Hospital Pavia Hato Rey**

Sala Estabilizadora 24 horas. 787-641-2323 Exts. 1658, 1513 / 787-772-4759

### **Unidad Psiquiátrica- Departamento de Salud**

787-763-7575 / 787-480-1925

### **Grupo de Apoyo para Trastornos de Ansiedad**

Reuniones cada tercer jueves del mes.  
787-380-5721

### **Centro de Estudio del Miedo y Ansiedad**

RCM Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.  
787-758-2525 Ext. 3431



## BD SUPPORT GROUP

Ofrecen apoyo para el paciente y para su ser querido, simultáneamente, en diferentes salones.

Caribbean 12 Steps  
1409 Ave. Ponce de León  
San Juan, PR 00907

**(787) 508-5600**  
[www.bdsupportgroup.com](http://www.bdsupportgroup.com)

## Clínica de Medicina Conductual

[Hato Rey]

Clínica especializada que ofrece tratamiento actualizados, basados en evidenciencia científica. Realizan evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, desde una visión holística. Ofrecen tratamientos con psicoterapia individualizada, grupal, de pareja y familia.

Horario: Lunes a Viernes 8:00-5:00 pm  
Clínica: 787-705-7916  
787-300-6678 / 787-300-6680

## HOSPITAL PANAMERICANO

**Ofrece servicios ambulatorios [hospitalización parcial] y hospitalarios [hospitalización total]**

**Para referir pacientes, puede llamar al 787-220-0104.**

### FACILIDADES HOSPITALARIAS

Hospital Panamericano Cidra  
(Para Adultos y Adolescentes)  
Carr 787, Km 1.5  
Cidra, PR  
Tel. 787-739-5555

Panamericano Ponce  
(Para Adultos)  
2213 Ponce by pass  
8vo Piso Hospital de Damas  
Ponce, PR  
Tels. 787-842-0045 / 787-842-0047

**Para mayor información acceda a:  
[WWW.HOSPITALPANAMERICANO.COM](http://WWW.HOSPITALPANAMERICANO.COM)**

Panamericano San Juan  
(Para Adultos)  
Ave. Ponce De León 735  
San Juan, PR  
Tels. 787-523-1500 / 787-523-1501

### AMBULATORIAS

Bayamón  
A-5 Carr 167  
Bayamón, PR  
Tel. 787-778-2480

Caguas  
Bairoa Shopping Center Suite 7  
Caguas, PR  
Tel. 787-286-2510

Hato Rey  
Ave. Eleonor Roosevelt 122  
San Juan, PR  
Tel. 787-758-4845

Humacao  
Carr 924, Km 1.8, Bo. Pitahaya  
Humacao, PR  
Tel. 787-285-1900

Manatí  
Plaza Puesta del Sol, Suite 202  
Manatí, PR  
Tel. 787-854-0001

Mayagüez  
Edificio Santander Security Plaza  
Suite 209, Avenida Hostos  
Mayagüez, PR  
Tel. 787-652-1525

Ponce  
Santa Maria Office Bldg.  
Suite 4, Calle Ferrocarril  
Ponce, PR  
Tel. 787-284-5093



## HOSPITAL SAN JUAN CAPESTRANO

### PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Cuadro: 787-760-0222

**Línea de acceso y orientación confidencial 1-888-967-4357**

Carr 877 km 1.6 Camino Las Lomas  
San Juan, Puerto Rico 00923

Programa de Hospitalización Parcial.  
CLÍNICAS A TRAVÉS DE PUERTO RICO

Mayagüez  
Edificio Santander Security Plaza  
Avenida Hostos 349 Suite 104  
Mayagüez, PR 00681  
Tel. 787-265-2300 / 787-265-2381  
Fax. 787-831-1714

Hatillo  
Galería Del Norte  
549 Calle del Mar, Suite 301  
Hatillo, PR 00659  
Tel. 787-878-0742 / 787-878-1471  
Fax. 787-880-4555

Caguas  
Ave. José Mercado, Esq. Ruiz Belvis  
Edif. Gastby, 2do piso  
Caguas, PR 00725  
Tel. 787-745-0190  
Fax. 787-745-0225

Condado  
Edificio Plaza Del Condado  
Calle Condado 62-64,  
Condado, PR 00907  
Tel. 787-725-6000  
Fax. 787-722-0711

**Para mayor información acceda a:  
[WWW.SANJUANCAPESTRANO.COM](http://WWW.SANJUANCAPESTRANO.COM)**

Humacao  
128 Calle Font Martelo  
Esq. Ramón Gómez  
Humacao, PR  
(Antiguo Edificio Telefónica)  
Tel. 787-850-8382  
Fax. 787-850-8388

Manatí  
Carr. 149 km. 7.5  
Bo. Río Arriba Saliente  
Manatí, PR  
(Carretera hacia Ciales)  
Tel. 787-884-5700  
Fax. 787-884-5704

Ponce  
Plaza Tu Supermercado  
Plaza San Cristóbal  
Carr. PR-506 KM 1.0  
Ponce, PR  
Tel. 787-842-4070  
Fax. 787-842-4071

Carolina  
Iturregui Plaza Shopping Center  
1135 Ave. 65 de Infantería Suite # 17  
Río Piedras, PR  
Tel. 787-769-7100  
Fax. 787-752-8936

Bayamón  
Calle I #46  
5ta. Extensión Hermanas Dávila  
Bayamón, P.R.  
Tel. 787-740-7771  
Fax. 787-740-7715

Guaynabo  
Urb. Muñoz Rivera  
Calle Acuarela #9  
Guaynabo, PR  
TEL. 787-708-6323  
FAX: 787-708-6325



**COMMUNITY MENTAL  
HEALTH CLINIC  
UNIVERSIDAD  
CARLOS ALBIZU:**

**HORARIO:**

Lunes a jueves: 8:00 A.M. - 9:00 P.M.  
Viernes: 8:00 A.M. - 4:00 P.M.  
Sábados: 9:00 A.M. - 5:00 P.M.

TELÉFONO: 787-725-6500 Extensiones:  
1566, 1575, 1201, 1203 o 1117  
Fax: 787-977-4833 y 787-993-3365

**DIRECCIÓN:**

Calle Tanca 151,  
Esquina calle San Francisco

Viejo San Juan, Puerto Rico 00902-3711  
La Community Mental Health Clinic, Inc. (CMHC) es una entidad privada, sin fines de lucro, que ofrece servicios de salud mental a pacientes ambulatorios. La CMHC fue fundada en 1966 como filial de la Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, y sirve como lugar para pasantías de estudiantes de programas de maestría y doctorado en Psicología Clínica. Bajo la supervisión de psicólogos con licencias, los estudiantes proveen servicios con sensibilidad cultural, en una amplia gama de áreas clínicas, a niños, adolescentes y adultos, de escasos recursos y de minorías.

Entre los servicios se incluyen:

- Entrevistas para evaluaciones iniciales;
- Psicoterapias individuales, de pareja, familiar y de grupo;
- Pruebas psicológicas y psicopedagógicas, y neuropsicológicas para ubicaciones escolares, diagnóstico y tratamiento;
- Talleres de psicopedagogía y guía a escuelas y otras organizaciones comunitarias.



Los padres o tutores legales a menudo solicitan los servicios, debido a que sus hijos han sido diagnosticados o sufren síntomas relacionados con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, depresión mayor, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno de conducta reactiva, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de oposición desafiante, trastorno de identidad de género, trastornos del aprendizaje, entre otros. La CMHC también sirve a adultos que presentan un diagnóstico similar, así como otras afecciones relacionadas con problemas familiares, abuso de sustancias, estado de ánimo, personalidad y trastornos de adaptación, traumas, problemas de pareja o relaciones, problemas ocupacionales, entre otros. A los participantes se les ofrece terapia individual, familiar, de pareja o grupal, así como también evaluaciones de psicodiagnóstico (es decir, evaluación psicológica integral).

Su impacto es significativo, tomando en cuenta que, durante el año 2012, el CMHC atendió a un total de 3,602 personas, para un total de 29,701 sesiones -es decir, de terapia individual, familiar y de pareja-, con estas personas. Lo cual, refleja un promedio de 8 sesiones por persona. Con respecto a las evaluaciones de psico-diagnóstico, se administraron un total de 476.

[www.albizu.edu/Clinicas/Community-Mental-Health-Clinic](http://www.albizu.edu/Clinicas/Community-Mental-Health-Clinic)

RECURSOS

**PÁGINAS ELECTRÓNICAS CON  
MATERIAL DISPONIBLE:**

Child and Adolescent Bipolar Foundation  
[www.bpkids.org](http://www.bpkids.org)

Depression and Bipolar Support Alliance  
[www.dbsalliance.org](http://www.dbsalliance.org)

Mental Health America  
[www.mentalhealthamerica.net](http://www.mentalhealthamerica.net)

NAMI: National Alliance on Mental Illness  
[www.nami.org](http://www.nami.org)

Here to Help  
[www.heretohelp.bc.ca](http://www.heretohelp.bc.ca)

Help Guide – Trust guide to mental & emotional health  
[www.helpguide.org](http://www.helpguide.org)

Healthy Place  
[www.healthyplace.com](http://www.healthyplace.com)

Instituto Nacional de la Salud Mental  
<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>  
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>

La Fundación Nacional para la Enfermedad Depresiva  
[www.depression.org](http://www.depression.org)

The Balanced Mind Foundation  
[www.thebalancedmind.org](http://www.thebalancedmind.org)

Medline Plus  
[www.nlm.nih.gov/medlineplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus)

Organización Mundial de la Salud (OMS)  
<http://www.who.int/es>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
<http://www.samhsa.gov>

Recursos para la prevención de SAMHSA  
<http://www.samhsa.gov/prevention/suicide.aspx>

Recursos de NIMH Outreach Partnership Program  
<http://ipsi.uprrp.edu/opp/materiales.html>

Suicide Prevention Resource Center  
[www.sprc.org](http://www.sprc.org)

The JED Foundation  
<http://www.jedfoundation.org>

The Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107991>

American Foundation for Suicidology  
<http://www.suicidology.org/home>

Disaster Preparedness & Recovery (List)  
<http://store.samhsa.gov/facet/Professional-Research-Topics/term/Disaster-Preparedness-Recovery?headerForList>

Assessing and responding to mental health needs after a disaster  
[http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/Crosby\\_Disaster.pdf](http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/Crosby_Disaster.pdf)

Mental Health Intervention in the Event of a Disaster  
[http://www.in.gov/fssa/dmha/files/Disastet\\_Mental\\_Health\\_Guide\\_9-2010.pdf](http://www.in.gov/fssa/dmha/files/Disastet_Mental_Health_Guide_9-2010.pdf)

Pan American Health Organization: Publications Catalog. Disasters and Humanitarian Assistance-Mental Health  
<http://www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=saludmental>

<https://nuestramente.org/informacion>

## RECURSOS

# PÁGINAS ELECTRÓNICAS CON MATERIAL DISPONIBLE:

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)

Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar UAH/AEN [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC\\_510\\_Trastorno\\_Bipolar\\_compl.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf)

Bipolars.Org <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/Guia-TB.pdf>

Fundación Foro <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo46.pdf>

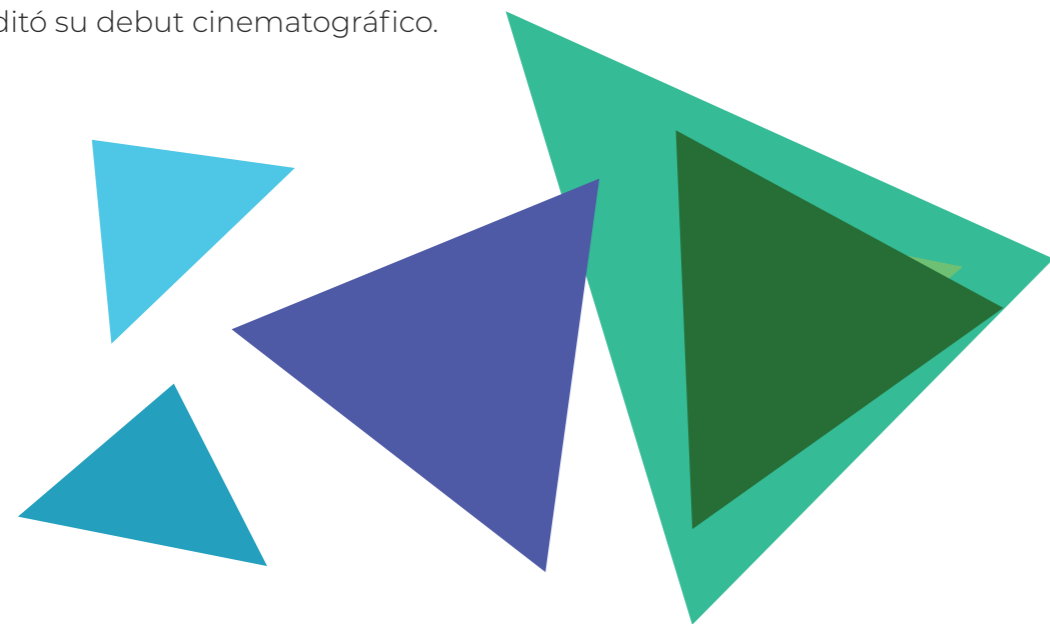
SCIELO.ORG [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000700001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001)

## PELÍCULAS SOBRE

# BIPOLARIDAD O ESQUIZOFRENIA:

### *Touched with Fire* (2015)

Protagonizada por Katie Homes y Luke Kirby, expone cómo en dos poetas, con trastorno bipolar, su arte está alimentado por sus extremos emocionales. Cuando se encuentran en una institución de tratamiento, su química es instantánea e intensa conduciendo la manía de cada uno a nuevas alturas. La película está inspirada en las luchas del cineasta Paul Dario para superar el trastorno bipolar, quien escribió, dirigió y editó su debut cinematográfico.



## OTRAS PELÍCULAS:

### *The Fisher King* (1991)

Dirigida por Terry Gilliam y protagonizada por Robin Williams y Jeff Bridges, esta obra narra el caso de un locutor de radio que entra en contacto con un mendigo con signos propios de los trastornos del espectro esquizofrénico. Juntos emprenden la búsqueda del Santo Grial.

### *Spider* (2002)

Presenta a un personaje, en un entorno hostil, que trata de recomponer su maltrecha mente, mediante lo que tiene más a mano: un lápiz minúsculo, una libreta donde garabatea signos incomprensibles y unas cuerdas.

### *Black Swan* (2010)

Una de las películas más famosas del director Darren Aronofsky, habla sobre el caso de una bailarina (interpretada por Natalie Portman) que emprende la búsqueda de la perfección artística. Aunque, en el camino, se revelan señales de que cada vez rompe más con la percepción de la realidad.

### *The Soloist* (2009)

Narra la historia de Nathaniel Ayers, un talentoso violonchelista que, durante su formación en el conservatorio, desarrolló la enfermedad mental y terminó viviendo en la mendicidad. Sin embargo, la situación cambia cuando un periodista lo conoce y queda impresionado por sus habilidades.

### *Benny & Joon* (1993)

Joon es una joven que, tras la muerte de sus padres, empieza a experimentar alucinaciones e ideas delirantes, un conjunto de síntomas típico de la esquizofrenia. Su hermano dedica todos sus esfuerzos a cuidar de ella, aunque la llegada de Sam (Johnny Depp) hará que los problemas se intensifiquen, por un lado, y que surja una relación amorosa, por el otro.

### *A Beautiful Mind* (2001)

Un drama basado en la novela homónima de Sylvia Nasar, que fue candidata al Premio Pulitzer en 1998. Cuenta la vida de John Forbes Nash, un matemático con esquizofrenia paranoide, ganador del Premio Nobel de Economía en 1994 y su lucha con la esquizofrenia.

### *La isla interior* (2010)

Película basada en una familia canaria, cuyo padre tiene esquizofrenia, y sus tres hijos heredan la enfermedad en diferentes grados. La película no es tanto un retrato sobre la esquizofrenia, sino sobre el impacto a la familia, pues en presencia o ausencia de enfermedades, la dinámica de relación entre los miembros de la familia puede ser la misma.

### *Take Shelter* (2011)

Un drama psicológico en el que se puede observar cómo va evolucionando la ruptura entre un hombre y la realidad en la que vive. Consciente de que su mente puede estar jugándole una mala pasada, se debate entre ignorar las señales de tragedia inminente y el impulso de buscar refugio para él y su familia.

### *Canvas* (2006)

Una historia que pone en el centro del foco a una familia del sur de Florida y el modo en el que conviven con la enfermedad de la madre. La película está basada en la vida de su director y guionista Joseph Greco.

### *Nunca te prometí un jardín de rosas* (1977)

Esta película transcurre en un hospital psiquiátrico, en el que una mujer es internada al confundir la realidad y la ficción de manera repetida. En este escenario, la protagonista entra en contacto con una psiquiatra, que le ofrece la posibilidad de mantener un punto de conexión con el mundo real.

## RECURSOS DOCUMENTALES:

*The Maze: The Story of William Kurelek.*  
<https://kurelek.ca/audio-video>

Narra la vida del canadiense William Kurelek, que se destacó por su búsqueda de la identidad religiosa y artística. A lo largo de la década de 1950, Kurelek creó pinturas, emocionalmente cargadas, que se basan en una gran cantidad de referencias históricas. Muchas fueron pintadas como una forma de terapia, mientras que Kurelek buscaba tratamiento psicológico en Inglaterra.

### *Desconectados*

Narra la historia de siete personas con trastorno mental grave, que hablan de su experiencia personal y del tratamiento asertivo comunitario de atención integral que reciben, desarrollado por el equipo médico de Salud Mental del Área III del Hospital de San Agustín, en Avilés.

### *Imaginarium (2007)*

Cortometraje de Vicente Rubio sobre la esquizofrenia mezclando ficción y realidad.

### *Solo (2010)*

Vicente Rubio, realizador español, relata en este documental su experiencia como persona diagnosticada con esquizofrenia.

### *Demencias: 100 x 35 de locura en Puerto Rico (2003)*

Presenta los mitos y paradigmas que se tienen acerca de los enfermos de salud mental en Puerto Rico.

### *Up/Down (2013)*

Es un análisis personal del trastorno bipolar de quienes viven con la condición.

### *#Di\_capacitados (2015)*

Recoge los testimonios de personas que, gracias a la ayuda profesional, a las asociaciones de pacientes y cuidadores, al acceso al tratamiento adecuado y a la integración social, han sido capaces de llevar una vida más independiente y normalizada, de acuerdo a sus posibilidades.

### *Van Gogh: Painted with Words (2010)*

Un docudrama sobre la vida del famoso pintor holandés, encarnado aquí por el famoso actor Benedict Cumberbatch. El modo en el que se presentan las fases de la vida atormentada de Van Gogh son una buena descripción de los síntomas del trastorno bipolar.

### *Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive (2006)*

Un documental de dos partes, sobre el modo en el que Stephen Fry, comediante, escritor y actor inglés, vive con trastorno bipolar.

### *The Flying Scotsman (2006)*

Un repaso a la historia de Graeme Obree, un conocido ciclista escocés que presenta trastorno bipolar y, a pesar de los problemas que esto supone, consiguió llegar a ser un deportista de élite.

### *Los abismos del inconsciente (2003)*

El director Bärbel Walter explora la esquizofrenia y el ingenio, a través de genios universales de la ciencia y el arte que padecieron esta enfermedad.



Ya mencionamos que, los familiares de pacientes con el trastorno bipolar sienten con frecuencia que están luchando solos para ayudar a su ser querido. De igual forma, sienten que luego de una hospitalización, muchos de los pacientes no tienen un lugar donde ir a buscar apoyo y recibir herramientas. En ocasiones, tanto los familiares como los pacientes se sienten solos, aislados y desesperanzados en sus luchas diarias. La soledad es un gran problema, ya que, desafortunadamente, en Puerto Rico el trastorno bipolar y las enfermedades de salud mental en general, son estigmatizadas, un tabú y la falta de educación hace que sea más difícil hablar sobre el tema con cualquier amigo o vecino.

BD Support Group es una organización, sin fines de lucro, creada en el 2016. Fue originalmente creada para brindar apoyo a familiares y allegados de pacientes diagnosticados con el trastorno bipolar. Las personas con la condición y sus familiares saben que es un trastorno que afecta tanto al paciente como al ser querido y su entorno. Cuando no es atendida adecuadamente, tiende a ser drenante y agobiadora para ambas partes y, en muchas ocasiones, requieren hospitalización voluntaria o involuntaria.

BD Support Group tiene dos grupos que se reúnen semanalmente, con apoyo para el paciente y para su ser querido, simultáneamente, en diferentes salones. La meta es brindarles una red de apoyo que les pueda ayudar a manejar situaciones del diario vivir. En los grupos, se crea un enlace entre el o la paciente y su familia, al compartir sus experiencias, y reciben apoyo de otros que están pasando o han pasado por situaciones similares. Es una conexión donde se validan los sentimientos, se celebran los logros y se proveen herramientas, que ayudan a manejar adecuadamente las emociones.

El grupo da apoyo a familiares, trata el trastorno como cualquier otra enfermedad, y ayuda a manejar al paciente y a su entorno familiar, con la fortaleza, el amor y el apoyo que se requiere. Entender y educarnos sobre esta enfermedad nos da las herramientas, como cuidadores y familiares, para evitar que el paciente pierda el control, y así, prevenir situaciones peligrosas, tanto

para el paciente como para su familia.

De igual forma, se les provee a los pacientes un espacio donde sienten que no son los únicos que padecen de esta condición, se sienten entendidos, ventilan y hablan un mismo idioma y se les da materiales que los ayuda a aceptar su condición, recuperan la esperanza y se motivan a seguir luchando para tener una vida funcional y fuera de peligro. Se les enfatiza la importancia de la educación, del tratamiento, la psicoterapia, el apoyo de la familia y herramientas de crecimiento personal para lograr una estabilización más prolongada. También se les recalca que los grupos de apoyo no son grupos terapéuticos y no sustituyen su tratamiento farmacológico ni psicoterapias.

Las reuniones se componen de un grupo de 15 o 20 personas. Cada grupo es moderado siguiendo los pasos de nuestro protocolo: se lee la oración de la serenidad, se les da la bienvenida, se leen las normas de grupo, se da un espacio para compartir experiencias, vivencias, retos y logros a los que deseen, se hacen reflexiones, se dan alternativas y se lee una clausura. La confidencialidad de los participantes y el respeto son los pilares de nuestras reuniones. Una vez al mes, se invita a un recurso para que les brinde una charla a ambos grupos sobre un tema de interés, contesten preguntas y ofrezcan opciones de manejo. Estos recursos pudieran ser psicólogos, psiquiatras, motivadores, entre otros. De esta manera tanto los pacientes como los familiares se pueden beneficiar.

Las sesiones se llevan a cabo una vez en semana en:

Caribbean 12 Steps  
1409 Ave. Ponce de León  
San Juan, PR 00907

Las mismas siguen un formato similar a otros grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos (AA) y Al-Anon para familiares de alcohólicos. Estas reuniones están fundamentadas en los 12 pasos utilizados por AA, pero adaptados al trastorno bipolar, enfatizando en la extrema confidencialidad. Los grupos de apoyo se ofrecen de forma gratuita. Se mantiene gracias a donaciones de corporaciones e individuos.

**PARA INFORMACIÓN PUEDE  
COMUNICARSE AL 787-508-5600.**

## MATERIAL ADICIONAL:

Visite: <http://estainsistentemaniadeserfeliz.zaranda.com/>

En nuestra página de internet, pueden encontrar cápsulas con material, adicional al documental, para complementar el estudio de las condiciones y las artes. Los temas son:

1. “Diferencias biológicas entre la esquizofrenia y el desorden bipolar”, Dr. Juan J. Fumero Pérez;
2. “Bipolaridad tipo I y II”, Dr. Juan J. Fumero Pérez;
3. “Efectos secundarios de los medicamentos”, Dr. Juan J. Fumero Pérez;
4. “Hay que buscar ayuda”, Dra. Cynthia García Coll;
5. “Escoger tratamiento”,  
Dra. Paloma González Marqués;
6. “Concepto de locura en el tiempo”,  
Dra. Marinilda Rivera;
7. “Todos somos vulnerables”,  
Dra. Marinilda Rivera Díaz;

8. “Educar para no marginar”, Dra. Marinilda Rivera Díaz;
9. “Salud derecho humano”, Dra. Marinilda Rivera Díaz;
10. “Responsabilidad social”, Dra. Mirelsa Modestti González;
11. “Arte como herramienta para expresar el dolor”,  
Dra. Mirelsa Modestti González;
12. “Modelos contextuales: *Mindfulness y Diffusion*”,  
Dra. Jessika Talavera;
13. “Causa y efecto”, Glenn Monroig;
14. “Romper los miedos”, Francisco “Pancho” Morales Eró;
15. “Paranoia”, Francisco “Pancho” Morales Eró;
16. “La locura como crítica social”, Rafael Trelles;
17. “Leonora Carrington”, Rafael Trelles;
18. “El Greco”, Rafael Trelles;
19. “No hay locos hay personas”, Suzanne Roig Fuentes, MSW;
20. “Educación para los familiares y personas cercanas”,  
Suzanne Roig Fuentes, MSW;
21. “Mantener el tratamiento”, Suzanne Roig Fuentes, MSW;
22. “Línea PAS (Primera Ayuda Sicosocial)”,  
Suzanne Roig Fuentes, MSW;
23. “Estadísticas”, Suzanne Roig Fuentes, MSW.





Producciones  
Zaranda



NATIONAL  
ENDOWMENT  
FOR THE  
HUMANITIES



INSTITUTO  
de CULTURA  
PUERTORRIQUEÑA



National  
Endowment  
for the Arts  
arts.gov

