



MANUAL PARA FAMILIARES DE ENFERMOS DE PATOLOGÍA DUAL



Fundación
Hospital
Provincial
Castellón

Fundación Hospital
Provincial de Castellón



Autores:

- Abel Baquero Escribano.
Psicólogo del Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón.
- María Vicenta Lucas Miralles.
Supervisora Enfermería Unidad Hospitalización Breve, Unidad Hospitalización Infanto-Juvenil y UCA Hospital Provincial de Castellón.
- Adriana Sanz Beltrán.
Educadora Viviendas Tutelada Hospital Provincial de Castellón.
- Mónica Allaga Soler.
Educadora Vivienda Tutelada Hospital Provincial de Castellón
- Gonzalo Haro Cortés.
Psiquiatra del Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón.

ÍNDICE

Prólogo	5
1 ¿Qué es la patología dual?	7
2 ¿Qué son los trastornos psicóticos y la esquizofrenia?	7
3 ¿Qué es una adicción?	9
4 Identificando síntomas	11
5 Intervención y tratamiento	13
6 Factores de riesgo y de protección	19
7 Terminología más frecuente	20



Prólogo

Este no es el primer manual de psicoeducación para familiares que se han escrito en España aunque quizá sea el primero que se lleva a cabo en patología dual, es decir aquellas formas de enfermedad que combinan una enfermedad mental y una adicción. Xavier Amador por ejemplo publicó hace algún tiempo un libro dirigido precisamente a familiares ocupando así un espacio que hasta la fecha se hallaba bastante desatendido ¿cómo relacionarse con un paciente mental? ¿cómo tratarle?. Esa es una pregunta muy frecuente que diariamente nos hacen los padres de los pacientes mentales mas graves, fundamentalmente nos las hacen los padres de pacientes con esquizofrenia.

El libro que se titula “No estoy enfermo, no necesito ayuda” aborda de una manera muy práctica todas estas circunstancias y se detiene en señalar -en su parte teórica- que lo que los familiares detectan como rarezas, extravagancias o trastornos de conducta en realidad responden a trastornos cognitivos, que Amador ha llamado “*broken brain*” (cerebro roto) y que yo prefiero describir como averías del cableado.

Uno de los enigmas más profundos que presentan nuestros pacientes es la escasa conciencia de enfermedad, un enigma que tiene consecuencias prácticas muy importantes: la primera de las cuales es la escasa adherencia al tratamiento. Es natural, si uno no sabe que está enfermo ¿cómo va a tratarse, acudir al médico y seguir sus prescripciones?. Si a esto unimos que los psicofármacos son medicamentos con efectos secundarios desagradables, la escasa disciplina de este tipo de pacientes y la desinformación de sus familiares podemos entender las razones por las que son de esperar discontinuidades, abandonos y dejaciones en la toma de medicación necesaria para mantener a los pacientes compensados sintomáticamente. Amador supone que cerca de la mitad de los pacientes mentales graves no toman su medicación de forma regular.

Otra de las razones es el estigma: ser etiquetado de “loco” no es precisamente una buena tarjeta de presentación y probablemente es una de las razones por las que los pacientes no admiten o minimizan sus síntomas.

Lo que caracteriza además la estigmatización es que aquellos que estigmatizan una determinada conducta -aquella que escapa a los consensos mayoritarios- es que suele atribuirse a un defecto moral, es decir los que estigmatizan algo lo hacen porque están persuadidos de que el individuo es culpa-

ble (por algún déficit moral sin definir) en su proceso de estigmatización. Así los obesos -fuertemente estigmatizados hoy en el mundo escolar-, son acusados de poseer poca capacidad de control o no participar de los juegos violentos, he oído decir a muchas personas que los gordos ocupan mucho espacio y que por esta razón les endosan características de egoísmo “espacial” y que carecen de recursos morales para hacer frente a su glotonería. Los que estigmatizan la homosexualidad lo hacen porque atribuyen un vicio -un exceso lujurioso- en la raíz de las relaciones homosexuales, los que estigmatizan el consumo de drogas lo hacen persuadidos de que existen razones de holgazanería y de escasa fiabilidad en los consumidores, los que estigmatizan a los ex-presidarios lo hacen porque creen que estas personas no serán nunca de fiar y los que estigmatizan por el color de la piel lo hacen asociando la raza a características míticas sobre la misma.

Y por último cabe no desdeñar la posibilidad de autoestigmatización, es decir la posibilidad de que por sí mismo el paciente se separe de su grupo de apoyo precisamente por no ser excluido. Y sabemos que la exclusión por sí misma tiene efectos en la recuperación y en el empeoramiento del pronóstico de nuestros pacientes.

Sirva este manual para disminuir esta exclusión y para facilitar a las familias una mejor comprensión de la enfermedad que sus parientes presentan.

Francisco Traver Toras
Director Área Salud Mental

1 ¿QUÉ ES LA PATOLOGÍA DUAL?

En la actualidad, ha quedado demostrado que existe una elevada concurrencia entre problemas mentales y adicciones, a la existencia de esas dos enfermedades en un mismo enfermo se denomina Patología Dual.

El tratamiento de la patología dual comprende una parte farmacológica que consiste en la toma de medicación, y por otra parte el tratamiento psico-social. Dentro del tratamiento psico-social queremos destacar el papel de la psico-educación sobre todo a nivel familiar, ya que la familia puede actuar como un importante factor de protección, mejorando el curso de la enfermedad y disminuir la probabilidad de recaídas. Este breve manual pretende mejorar el conocimiento de las familias de los enfermos de patología dual, por tanto es un instrumento de psico-educación.

Tanto el paciente como su familia deben colaborar en el tratamiento para así poder mejorar en el cumplimiento del mismo. La psico-educación, pretende que la familia conviva de una forma más funcional con este tipo de enfermedad y así evitar el aislamiento o abandono del paciente. De este modo, el tratamiento y la reinserción social, mejoran cuando la familia acompaña en este proceso.

2 ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y LA ESQUIZOFRENIA?

La esquizofrenia es un trastorno mental que se engloba dentro de los trastornos psicóticos. La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por alteraciones en la percepción, conciencia de la realidad y funcionamiento psíquico de la persona. También afecta reduciendo e incluso anulando aspectos tan importantes como la motivación y funcionamiento social.

A continuación exponemos algunos de los síntomas que puede padecer una persona enferma de un trastorno psicótico o con esquizofrenia.

Síntomas positivos. Hacen alusión a experiencias extrañas y a la presencia de determinados fenómenos que la persona vive como reales pero no lo son. Se incluyen:

- Ideas Delirantes: pensamientos extraños, creencias firmes anormales no basadas en la realidad.

Ejemplo: *creer que les ven a través de la televisión, creer que es una persona famosa, etc.*

Una de las ideas delirantes más frecuentes son las ideas paranoides: ideas de desconfianza extrema hacia los demás.

Ejemplo: *creer que otras personas conspiran contra él, creer que una mafia de traficantes de drogas le persiguen, etc.*

- Alucinaciones: Percepción falsa de un objeto o estímulo inexistente que la persona considera como real. Pueden ser auditivas, olfativas, visuales y táctiles. etc.

Ejemplo: *ver, oír, oler o saborear cosas que no existen. La alucinación más frecuente es escuchar voces.*

Síntomas negativos. Son aquellos que disminuyen las aptitudes de la persona en algún campo. Incluyen:

- Afectividad aplanada: Indiferencia emocional.

Ejemplo: *cuando la persona no reacciona de forma intensa ante hechos importantes.*

- Aislamiento social.

Ejemplo: *la persona se encierra en si misma y no se relaciona con la gente de su entorno.*

- Anhedonia: falta de interés o placer por las cosas.

Ejemplo: *perder el interés por los amigos y pasar mucho tiempo solo.*

- Alogia: Pobreza del habla tanto en cantidad, calidad y contenido. Falta fluidez en la expresión y todo se responde en forma concreta y breve.

Ejemplo: *La persona apenas utiliza adjetivos, abundan las frases cortas, respuestas breves y monosílabos: Sí y No.*

- Abulia: Ausencia de intereses, iniciativa o energía.

Ejemplo: *cuando la persona pierde el interés por aspectos importantes de su vida.*

Síntomas de desorganización. Son el resultado de graves alteraciones del lenguaje, las emociones y la conducta, e incluyen:

- Pensamiento confuso y lenguaje incoherente.

Ejemplo: *dificultades para terminar una frase o tener pensamientos desordenados que le llevan a tener una sensación de confusión.*

- Conducta emocional inadecuada.

Ejemplo: *reírse de manera continuada sin un motivo aparente, también denominado risas inmotivadas.*

- Comportamientos extraños.

Ejemplo: *deambular por la calle, vestir de manera extravagante, etc.*

Tipos de esquizofrenia:

- **Esquizofrenia paranoide:** Se caracteriza por predominio en la enfermedad de ideas delirantes o alucinaciones. Una idea delirante es una creencia

falsa sobre la realidad, basadas en inferencias incorrectas, que se sostiene firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo y se obtengan pruebas y evidencias indiscutibles en su contra. Una alucinación es una percepción que no corresponde a ningún estímulo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.

Ejemplo: *cuando una persona se siente observada o perseguida, comenta que escucha voces diciendo que le quieren hacer daño, etc.*

- **Esquizofrenia desorganizada:** Predomina un lenguaje inadecuado cambiando rápidamente de tema o con expresiones inacabadas, un comportamiento infantil o sin sentido y un estado de ánimo inadecuado, no acorde a la situación.

Ejemplo: *cuando una persona hace o dice cosas sin sentido, extrañas, ríe cuando le dan una mala noticia, etc.*

- **Esquizofrenia catatónica:** Predominan alteraciones en el movimiento. La persona está, callada, negativa y frecuentemente tiene posiciones del cuerpo extrañas.

Ejemplo: *personas que permanecen quietas, con posturas poco naturales.*

- **Esquizofrenia indiferenciada:** Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto de los anteriores sino que hay varios de ellos, por ejemplo de catatónica y paranoide a la vez.

- **Esquizofrenia residual:** No hay síntomas positivos relevantes, predominan los síntomas negativos.

Ejemplo: *cuando una persona no tiene iniciativa, ni interés por las relaciones sociales, no disfruta de las cosas y su nivel de actividad es muy escaso.*

Las graves perturbaciones en la percepción de la realidad y en el pensamiento suelen provocar también otros problemas, como son sentimientos de ansiedad, soledad, miedo o pánico, que son reacciones naturales ante experiencias amenazantes y terroríficas. Por ello, la persona con esquizofrenia necesita comprensión, escucha, paciencia y la expresión, por parte de la familia y de los demás, de que no va a ser abandonada.

La mayor parte de los síntomas pueden mejorar sustancialmente o remitir por completo con el tratamiento farmacológico. Los síntomas positivos suelen revertir con más facilidad que los negativos. Los diferentes síntomas aparecen en diferentes combinaciones e intensidad en cada individuo.

3 ¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

La dependencia a una sustancia es fruto de factores biológicos y ambientales. La adicción conlleva:

- Pérdida de control. Compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Presencia de síntomas de abstinencia. Trastornos físicos o psicológicos que aparecen ante no consumir la sustancia.
- Tolerancia. Necesidad de incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto que al principio.
- Intoxicación.
- Consecuencias negativas a nivel personal, familiar, social, etc.

Los patrones de consumos se refieren a la relación que la persona mantiene con la droga o sustancia adictiva:

- Uso. Consumo de una sustancia de manera esporádica donde la persona no percibe consecuencias negativas de ésta. La finalidad del consumo es lúdica y al abandonarlo no se aprecian síntomas de abstinencia.

Ejemplo: *La persona consume únicamente en fechas señaladas y no ve afectada su relación personal, familiar o laboral.*

- Abuso. Situación caracterizada por permanecer en el consumo a pesar de apreciar las consecuencias negativas derivadas de éste.

Ejemplo: *La persona continúa consumiendo a pesar de apreciar que sus relaciones familiares se van deteriorando.*

- Dependencia. Situación caracterizada por la pérdida total de control respecto al consumo. El consumo de la sustancia se convierte en una necesidad vital.

Ejemplo: *La persona gasta antes su dinero en comprar droga que en comer.*

Dentro de los problemas relacionados con la dependencia de drogas encontramos:

- Dependencia física. Es el proceso de adaptación del organismo a la sustancia, es decir, el cuerpo se acostumbra a funcionar con la droga y la necesita para mantenerse en equilibrio. La dependencia física está caracterizada por la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

- Tolerancia: adaptación del organismo a la droga, de manera que la persona debe consumir cantidades más elevadas para obtener el efecto deseado; ya que el efecto que produce una determinada droga disminuye con el consumo prolongado.

- Síndrome de abstinencia: síntomas que aparecen cuando se suspende el consumo de manera brusca, y dependerán de tipo de droga consumida.

Ejemplo: *los síntomas que se presentan en el síndrome de abstinencia por alcohol son temblor, escalofríos, náuseas...*

- Dependencia psicológica: impulso psíquico que exige el consumo ya sea para producir placer o evitar el malestar provocado por no tomarla. Den-

tro de la dependencia psicológica se incluyen las ganas o deseo de consumir, también llamado craving.

Ejemplo: *la persona escucha un tipo de música que le recuerda su época de consumo, esto le provoca ansiedad y surge el deseo de consumo.*

Estadios de cambio: la persona que ha desarrollado una dependencia, no asume fácilmente que tiene un problema y que tiene que tomar alguna medida para salir de él. Existen fases a través de las que los drogodependientes evolucionan desde que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir:

- Precontemplación. La persona no es consciente de que tiene un problema de adicción y lo gratificante del consumo de drogas tiene más peso que los aspectos negativos. Suele acudir al tratamiento con el único objetivo de reducir la presión ejercida por la familia.

- Contemplación. La persona toma consciencia, de que ha perdido el control y que tiene un problema al que hay que ponerle solución. Comienza a prestar atención y buscar información hacia el tratamiento. En esta etapa los drogodependientes son más conscientes de los problemas derivados de su conducta adictiva.

- Preparación. La persona comienza a realizar los primeros intentos para abandonar el consumo y reduce la frecuencia y la intensidad del éste.

- Acción. La persona adopta un compromiso serio y comienza a cambiar con éxito. Coincide con la desintoxicación y la fase inicial de la deshabitación.

- Mantenimiento. La persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir unarecaída.

- Caída. Consumo puntual que no implica un retroceso en el consumo que existía antes de tomar la decisión de cambio.

Ejemplo: *el paciente se fuma un porro.*

- Recaída. Consumo que implica el establecimiento de la conducta adictiva

Ejemplo: *el paciente empieza a robar dinero y a fumar porros continuamente.*

4 IDENTIFICANDO SINTOMAS

1. **Periodo prodrómico.** Los síntomas prodrómicos es aquella sintomatología que presenta la persona con esquizofrenia antes de que ocurra una nueva crisis o brote psicótico. Algunos de ellos son:

- Mostrarse muy preocupado por circunstancias poco relevantes.

- Cambios en los ritmos de sueño.
- Adoptar actitudes suspicaces o reticentes.
- Obsesionarse con temas religiosos.
- Sentirse objeto de atención de extraños o personas poco relacionadas con él.
- Dar importancia inusual a noticias de los medios de comunicación.
- Abandono de los hábitos de higiene personal.
- Abandono de actividades que antes de la crisis le resultaban agradables.
- Permanecer aislado.
- Tensión y nerviosismo.
- Inquietud corporal y/o mental.

¿Qué actitudes se deben tener ante los síntomas prodrómicos?.

- Asegurarse de que toma la medicación en la forma y dosis prescrita.
- Solicitar un adelanto de la consulta con su psiquiatra o psicólogo.
- En lugar de abordarlo con preguntas sobre qué le ocurre, tratar temas de conversación que le puedan interesar.
- Escucharle.
- No rebatirle la irrealidad de sus preocupaciones sino manifestar primero la comprensión de que esa idea le hace sufrir. Sería conveniente decirle que no se acepta esa creencia pero que si entiende que lo esté pasando mal.
- En caso de no poder ser atendido por su médico, psiquiatra o psicólogo habitual se puede acompañar al paciente al servicio de urgencias.

Una recaída en el consumo de sustancias puede provocar un brote psicótico

2. Fase aguda, se caracteriza por síntomas más llamativos como alucinaciones, ideas delirantes, trastornos motores, sentimientos contradictorios o ambivalentes, comportamientos extravagantes, etc.

En algunos casos es necesaria la hospitalización de la persona con el fin de estabilizarla clínicamente, en otros casos es suficiente con el aumento de la medicación. En todos los casos es un periodo duro para la familia del paciente pues tienen que hacer un esfuerzo importante para que el paciente mantenga conductas básicas como el aseo, alimentación, sueño, etc.

3. Fase de remisión, con la toma de medicación disminuyen o desaparecen los síntomas llamativos, pero quedan secuelas como trastornos de la memoria, de la atención, de la voluntad, del afecto y del pensamiento. Siendo los

síntomas que se notan: el aislamiento, la dejadez de la higiene, la incapacidad para trabajar, para seguir una conversación, el desinterés, etc.

Estas fases de la esquizofrenia son mucho más evidentes y marcadas cuando coexiste consumo de drogas, en un diagnóstico de patología dual

5 INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Todo plan de tratamiento de la enfermedad mental consta de dos componentes igualmente importantes: el tratamiento con medicación y los tratamientos psico-sociales.

El objetivo primero que los profesionales se plantean con cualquier paciente es el disminuir o eliminar los síntomas de la enfermedad, evitar las recaídas, potenciar la calidad de vida, recuperar las funciones cognitivas: fluidez de pensamiento, capacidad de planificación, memoria, etc. y afectivas, a la vez que promover hábitos de vida saludables.

Los objetivos del tratamiento farmacológico en la patología dual son los de intervenir en los problemas mentales asociados al consumo de drogas y reducir hasta eliminar, si es posible, este consumo.

Los medicamentos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia que sufre de patología dual. Estos fármacos se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios psicóticos o de crisis.

Dentro del tratamiento de la esquizofrenia encontramos dos fases: la fase aguda y el tratamiento de mantenimiento.

- Fase aguda: En la fase aguda del tratamiento, el objetivo es la reducción del episodio psicótico agudo que está sufriendo el paciente. A menudo comporta su hospitalización.

La fase aguda de la enfermedad suele ser más grave cuando mayor es el consumo de sustancias

- Fase de mantenimiento: En esta fase se administra el tratamiento durante un período prolongado, tanto para mejorar la funcionalidad del paciente como para prevenir futuros episodios psicóticos.

Dentro de los problemas que presenta un paciente psicótico que consume sustancias, éstos son los fármacos que se suelen pautar:

Nombre comercial del fármaco	Principio activo	Forma de administración
Abilify	Aripiprazol	Comprimidos/Solución Oral
Akineton	Biperideno	Comprimidos/ Inyectado
Antabus	Disulfiramo	Oral/pastillas
Antaxone	Natrexona hidrocloreuro	Cápsulas/Oral
Colme	Carbimida	Solución Oral
Haloperidol	Haloperidol	Comprimidos/ Solución Oral
Invega	Paliperidona	Comprimidos liberación prolongada
Lagartil	Clorpomazina	Comprimidos/ Solución Oral
Leponex, Nemea	Clozapina	Comprimidos
Lyricea	Pregabalina	Cápsulas
Metadona	Metadona	Solución Oral
Orap forte	Pimozida	Comprimidos
Risperdal	Risperidona	Comprimidos/Comprimidos Bucodispersables/Solución oral/Intramuscular
Seroquel, Quidix	Quetiapina	Comprimidos/Comprimidos liberación prolongada
Solian	Amisulprida	Comprimidos/ Solución Oral
Suboxone	Bupremorfina/Naloxona	Comprimidos
Xeplion	Palmitato de paliperidona	Intramuscular
Zeldox	Ziprasidona	Cápsulas
Zyprexa, Zolafren	Olanzapina	Comprimidos/Comprimidos liberación prolongada

Cuando se sigue tratamiento con alguno de los fármacos comentados, es **IMPORTANTE**:

- Comunicar al psiquiatra si crees que estas embarazada.
- Comentar con total confianza tus síntomas y consumos, los profesionales pretenden ayudar, nunca juzgar.
- Los fármacos tardan un tiempo en hacer efecto.
- El tratamiento puede tener efectos secundarios, suelen ser temporales.
- Leer siempre los prospectos de los fármacos, sin asustarse porque la mayoría de los efectos secundarios que se describen son infrecuentes y ceden al cambiarte el medicamento.

- Los fármacos antipsicóticos interfieren en la capacidad de conducción, debes consultar a tu médico si puedes conducir y en qué condiciones.

- Antes de iniciar lactancia materna debes consultarlo con el médico porque los antipsicóticos como otros medicamentos pueden pasar por la leche a tu bebé.

- Se debe seguir la pauta indicada y mantener unos hábitos de vida saludable: sueño, alimentación, etc.

- Si se olvida una toma de medicación, continuar con la siguiente y en caso saltarse más de una toma consultarlo con tu médico.

-En caso de cualquier duda comentarlo siempre con psiquiatra.

A parte de los anteriores fármacos, también se utilizan:

- Fármacos antiparkinsonianos: Se suelen utilizar para evitar los efectos secundarios de determinados fármacos, principalmente antipsicóticos: espasmos musculares, rigidez muscular, temblores, etc. Algunos de los más utilizados son: Akineton, Artane, Kemadrén, etc.

- Fármacos antidepresivos: Se utilizan cuando existen síntomas depresivos graves. También se utilizan en el trastorno esquizoafectivo. Los más comunes son: duales como Pristiq, Duloxetina o Venlafaxina, Tricíclicos como Anafranil, e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como paroxetina o citalopram, etc.

- Benzodiacepinas: se utilizan para el tratamiento de ansiedad, el insomnio o para el tratamiento de desintoxicación como en el alcohol, algunos fármacos son: Lorazepam, Clonazepam, Diazepam, etc. Estos fármacos no deben tomarse de forma crónica pues son adictivos y presentan fenómeno de tolerancia.

- Estabilizadores del ánimo: se utilizan para el control de la impulsividad, para prevenir episodios depresivos o maníacos (euforia) en el trastorno bipolar y esquizoafectivo, y su uso también está generalizado en el tratamiento de las adicciones. Estos fármacos también son antiepilépticos, y algunos ejemplos con el litio, ácido valproico o la oxcarbamazepina.

Cuando se producen consumos de sustancias, suelen existir problemas en la cumplimentación del tratamiento

Conjuntamente a los tratamientos con fármacos, podemos encontrar (y se recomienda) tratamientos psicosociales. Los tratamientos psicosociales que suelen aplicarse a los pacientes con esquizofrenia:

1) Psicoterapia (individual y de grupo).

- Psicoterapia de apoyo

- Terapia conductual
- Terapia familiar
- 2) Psicoeducación.
- 3) Técnicas de relajación.
- 4) Programas de rehabilitación:
 - Centros especiales de empleo.
 - Entrenamiento en habilidades de la vida diaria.
 - Aprovechamiento estructurado del tiempo libre.
 - Forma física y ejercicio.
 - Residencias Centros Específicos de Enfermos Mentales (CEEM), Centros de Reinserción Social (CRIS) y programas de viviendas tuteladas o asistidas.

Acompañando a cualquier tipo de tratamiento es fundamental:

- Hábitos de sueño: horarios regulares del sueño, entre 7-9 horas seguidas. Adoptar medidas de "higiene del sueño" que ayuden a tener un sueño de calidad.
- Adecuada alimentación: seguir una dieta completa y equilibrada, ajustar la a las necesidades del paciente, así como seguir un horario regular de comidas al día.
- Ejercicio físico: debe realizarse con moderación, ya que actúa sobre el corazón, metabolismo y aspectos psicológicos.
- Manejo de situaciones especiales y stress: es importante realizar un adecuado manejo de los acontecimientos vitales: fallecimientos, cambios de domicilio, etc. y también de los factores estresantes: problemas legales, etc.

El desajuste de estos factores puede ser indicador de consumo de sustancias o desajuste en la psicosis

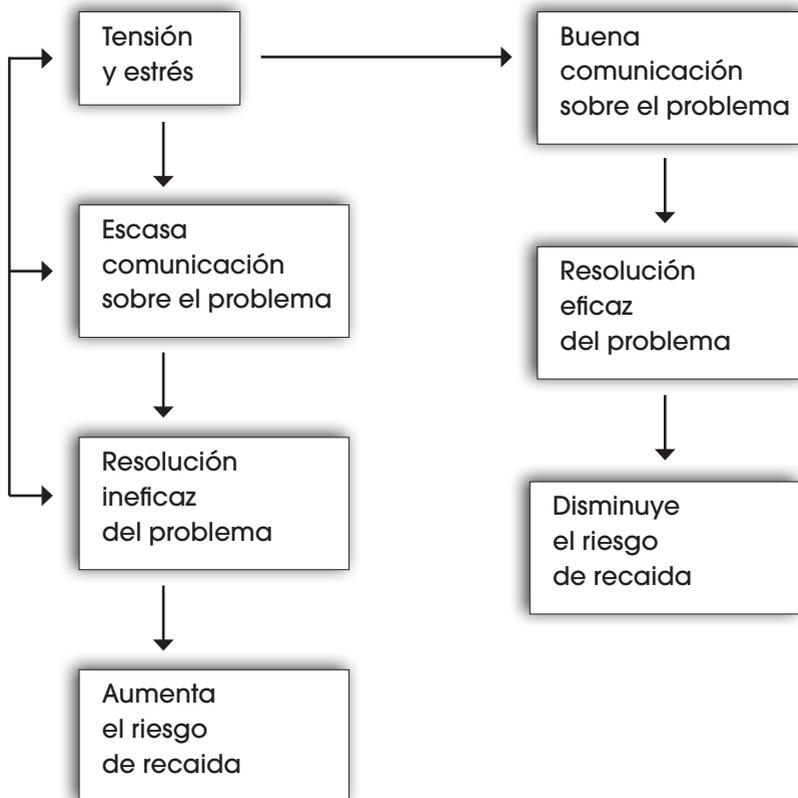
Estos hábitos deben de ser compatibles con mantener una vida social, laboral y familiar lo más normalizada posible donde es muy importante el clima familiar o la emoción expresada (E.E) donde entran en juego aspectos como:

- Actitud, conductas y estilo comunicativo de la familia con el enfermo.
- Comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación emocional como posibles fuentes de estrés crónico y con gran influencia sobre la probabilidad de recaída.
- Estrés agudo: Acontecimientos vitales puntuales, positivos o negativos, susceptibles de ser un punto de estrés y que pueden desencadenar tanto la aparición de la enfermedad, como una recaída.
- Estrés crónico: Estrés diario en el que se incluye la Emoción Expresada, donde una alta E.E puede hacer que el enfermo supere su umbral de vulnerabilidad y sufra una recaída.

- La disminución del riesgo de recaída está relacionada con una baja Emoción Expresada (bajas críticas, discusiones y sobreimplicación), y para ello son necesarias una serie de actitudes, estrategias de comunicación, conductas y recursos para afrontar los problemas.

Es interesante conocer el circuito del estrés y la recaída, así como las conductas problema y la actuación ante ellas:

Tensión y estrés:



Existe una serie de conductas frecuentes en los pacientes con esquizofrenia y patología dual que debemos conocer, identificar, y comunicárselas al psicólogo o el psiquiatra para que se intervenga sobre ellas:

- *Inactividad (síntoma negativo)*
- *Falta de cuidado o higiene personal*

- Conductas socialmente inapropiadas
- Hábitos de alimentación inadecuados
- Problemas con los ciclos de sueño
- Manejo del dinero inadecuado
- Aislamiento social (propiciar contactos breves pero satisfactorios o con personas con las que se sienta cómodo)
- Agresividad o conductas violentas: Tener muy claro el protocolo en caso de crisis que el médico debe explicarte y que en muchas ocasiones se inicia llamando al teléfono de emergencias 112.
- Síntomas positivos persistentes
- Depresión y amenazas suicidas
- Abandono de la medicación
- Consumo de tóxicos.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMAS:

- Identificar y describir de forma concreta la conducta problema, con sus antecedentes y consecuencias para poder modificarla o regularla.
- Evitar reaccionar emocionalmente, las emociones se contagian.
- Fomentar conductas alternativas a la conducta problema.
- Actuar como guías o modelos de las conductas alternativas.
- Intentar negociar y llegar a acuerdos que satisfagan a ambas partes.
- Dar responsabilidad graduada y ajustada en actividades de la vida diaria.
- Modificar la causa de la conducta problema, si la conocemos y si es posible.
- Modificar las consecuencias de la conducta, para aumentarla, mantenerla, disminuirla, recompensando o no dicha conducta.
- Comentarlas con el equipo profesional

La inadecuada gestión de los problemas produce SOBRECARGA FAMILIAR. El familiar sobrecargado lleva consigo un estado emocional que favorece la crispación y la susceptibilidad, llegando a aumentar el estrés familiar y por lo tanto, aumentando el riesgo de recaída del paciente. El apoyo social y las estrategias y recursos para afrontar situaciones, son las que van a modular la sobrecarga familiar. Ante dicha sobrecarga sugerimos:

- Pedir ayuda (física y emocional) a familiares, amistades, servicios socio-sanitarios, etc.
- Pedir ayuda económica a la Administración Pública, repartir gastos entre la familia, etc.
- Mantener actividades rutinarias propias, evitando culpabilizar al enfermo.
- Acudir a centros o asociaciones de familiares para compartir experiencias, emociones, información, etc.

De esta manera, la familia con un suficiente apoyo social, una baja Emoción Expresada y recursos de afrontamiento, podría convertirse en un importante factor de protección del propio paciente.

6 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION

La presencia en un momento dado de determinados factores psicosociales de riesgo facilitaría el reinicio del consumo. En la patología dual existen una serie de factores, algunos protectores, otros de riesgo; algunos biológicos, otros psicológicos y sociales que condicionan la evolución y el curso de la enfermedad.

Factores de Riesgo son aquellos agentes que potencialmente son susceptibles de generar un peligro y que, en consecuencia, sitúan a la persona en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída.

Factores de protección, por su parte, son aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad a corto, medio y largo plazo.

A. Factores Personales. Hacen referencia a características internas de la persona.

Factores personales de riesgo:

- Psicológicos: La existencia de síntomas negativos propios de la enfermedad aumenta la probabilidad de consumo con la finalidad de aliviar dichos síntomas.

- Rasgos de personalidad: impulsividad, dificultades para demorar la recompensa, necesidad de reforzamiento inmediato, baja percepción del riesgo, baja tolerancia a la frustración...

- Incumplimiento del tratamiento farmacológico: Existen varias causas por las que el paciente puede decidir abandonar el tratamiento, o bien por los efectos secundarios causados o por un exceso de confianza en si mismo. El paciente, después de un tiempo, ve que se encuentra mejor y cree estar bien y no necesitar la medicación.

- No cumplimiento de actividades terapéuticas: no acudir a las actividades terapéuticas denota una escasa conciencia de enfermedad, ya que la persona cree que no necesita realizar ninguna actividad y esto ya es un riesgo en si mismo.

Factores personales de protección:

- Desarrollo de habilidades sociales. Son las conductas necesarias para interactuar y relacionarse de manera efectiva con los demás.

- Resiliencia. Es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida y superarlas.

- Adherencia al tratamiento. Consiste en tener conciencia de la enfermedad y una constancia en cuanto a la toma de medicación y las visitas con el psiquiatra de referencia.

- Cumplimiento de actividades terapéuticas

A. Factores Familiares. Hacen referencia a la relación familiar

Factores familiares de riesgo:

- Ausencia de apoyo familiar: incluiría baja disciplina y baja supervisión
- Clima familiar hostil.

Factores familiares de protección:

- Apego familiar
- Clima familiar de confianza y comunicación.
- Claridad en las normas

A. Factores Sociales. Hacen referencia a los factores que se encuentran en el entorno de la persona, como la red social, el barrio donde se reside, etc.

Factores sociales de riesgo.

- No disponer de apoyo social.
- Amistades consumidoras.
- Disponibilidad y accesibilidad a la droga
- Disponer de fuente de ingresos: una de las características de las personas con adicción a las drogas es la impulsividad, por lo que disponer de dinero es un riesgo ya que ante un deseo de consumo sería sencillo conseguir la droga. Por eso en ocasiones es la familia quien tiene que gestionar y administrar el dinero, con todo lo que ello conlleva.

Factores sociales de protección:

- Redes sociales y sistema de apoyos dentro de la comunidad
- Circulo de amistades no consumidoras: protegen a la persona ya que fomentan un estilo de vida saludable
- Descenso de accesibilidad a la droga

Como familiares tenemos la obligación de potenciar los factores de protección y, en la medida de nuestras posibilidades, minimizar los de riesgo tendiendo siempre presente que contamos con el apoyo de los profesionales sanitarios.

8 TERMINOLOGÍA MÁS FRECUENTE

Los conceptos de esquizofrenia y adicción son bastante amplios por lo que resulta muy útil el conocer aspectos más detallados y que guardan relación con esos problemas, a continuación se describen algunos de los términos que pueden aparecer en la consulta, informes, prospectos farmacológicos y que ante la patología dual debemos conocer.

Abulia–Apatía: falta de voluntad e iniciativa.

Acatisia: Trastorno del movimiento caracterizado por un sentimiento de inquietud y una necesidad de estar en constante movimiento.

Agitación: Conducta motora excesiva y violenta.

Alogia: Pobreza del habla tanto en cantidad, calidad y contenido. Falta fluidez en la expresión y todo se responde en forma concreta y breve. No hay adjetivos calificativos y abundan las respuestas breves y con monosílabos: Sí y No.

Alucinación: Percepción falsa de un objeto o estímulo inexistente que un individuo considera como real. Pueden ser auditivas, olfativas, visuales y táctiles. etc. Las más comunes son escuchar voces, ruidos, etc.

Angustia: Estado afectivo acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, etc.

Anhedonia: Pérdida de la capacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades

Antipsicóticos: Grupo de medicamentos utilizados especialmente en el tratamiento de la esquizofrenia. También llamados neurolépticos.

Autoestima: Opinión e imagen sobre uno mismo.

Craving: Deseo intenso de consumir sustancias, muy relacionado con la ansiedad.

Cognición: Conjunto de procesos intelectuales por los cuales adquirimos información sobre el entorno.

CEEM: son centros especiales para enfermos mentales crónicos.

CRIS: Son centros de rehabilitación e integración social, donde se trabajan con las personas con enfermedad mental crónica.

Crisis: Aparición brusca de síntomas.

Curatela: La curatela es un cargo de asistencia, donde el curador administra y dispone de los bienes del paciente. Es una simple asistencia legal.

Delirio: Creencias o pensamientos falsos que no se ajustan a la realidad, no se pueden corregir y escapan de la lógica. Son un claro síntoma de la esquizofrenia.

Discinesia: movimientos anormales e involuntarios suelen ser efectos secundarios de fármacos y se manifiestan en la cara: tics, etc y temblor en extremidades.

Empatía: Capacidad de entender las emociones de otra persona.

Incapacitación: Acto judicial en el que se acredita que en una persona existe alguna enfermedad o deficiencia crónica que le impide gobernarse por sí mismo.

Manía: Estado de excitación e hiperactividad.

Patología Dual: diagnóstico en el que coinciden una adicción y un trastorno mental.

Prestación no contributiva (PNC): Son prestaciones económicas y de duración indefinida, aunque no siempre.

Prestación contributiva: Es una prestación que se percibe tras la pérdida involuntaria de un empleo en función de las cotizaciones realizadas durante los periodos trabajados.

Pródromo: Son síntomas o señales previos a una crisis, suelen aparecer sospechas sobre las personas, conversaciones desorganizadas, pensamientos acelerados, creencias sobre tener capacidades únicas, etc.

Psicosis: Trastorno mental grave que se caracteriza por una alteración de la personalidad y el pensamiento, con pérdida o falta de contacto con la realidad. La esquizofrenia es un tipo, pero hay otros como el trastorno bipolar.

Síndrome de abstinencia: Síntomas físicos que suceden al abandonar el consumo de una droga.

Síndrome extrapiramidal: Conjunto de movimientos involuntarios propios de los efectos secundarios de algunos fármacos antipsicóticos.

Síntoma: Manifestación de la existencia de enfermedad.

Terapias psicosociales: Tratamiento de los trastornos mentales mediante métodos psicológicos. Hay diferentes tipos de intervención y pueden realizarse individual o grupalmente.

Tutela: Acto jurídico que tiene por objeto la guarda y protección de la persona y los bienes del incapacitado, es consecuencia de un proceso de incapacidad.

Tutor: persona designada como responsable del paciente en el proceso judicial de incapacidad.

Vulnerabilidad: Predisposición a presentar un trastorno bajo circunstancias adversas para la persona.



Patrocinan:



Consorcio Hospitalario
Provincial de Castellón



Fundación
Hospital
Provincial
Castellón

Colabora:

