



madrid  salud



Departamento  
de Reinserción

Salud-Enfermedad

Programa de educación para la salud

1 

# Programa de educación para la salud

## Módulo 1

Salud - Enfermedad



 **madrid**  **salud**  
INSTITUTO DE ADICCIONES Reinserción



 **madrid**  **salud**  
INSTITUTO DE ADICCIONES Reinserción



El Programa de Educación para la Salud ha sido desarrollado en el marco de la colaboración entre el Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza (Asociación Para la Promoción y la Divulgación de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca)

En la dirección técnica y coordinación de este proyecto han colaborado las siguientes personas:

## **INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD**

### **Dirección:**

Francisco de Asís Babín Vich

### **Coordinación Técnica:**

Ángela Prieto Madrazo

### **Grupo de Mejora de Educación para la Salud:**

CAD Latina: Ana M<sup>a</sup> Cáceres Santos

CAD Villaverde: M<sup>a</sup> Isabel Sujar Plaza

CAD Vallecas: Carlos Mora Rodríguez

CAD San Blas: Antonio Lagares Roibas

CAD Tetuán: Pilar García López

CAD Arganzuela: Carmen López Jiménez

CAD Arganzuela: Carmen Culebras García

CAD Hortaleza: Pilar Colis Hernández

## **OSASUN EKINTZA**

### **Dirección:**

Patricia Insúa Cerretani

### **Coordinación Técnica:**

Jorge Grijalvo López

### **Equipo colaborador:**

M<sup>a</sup> del Mar Lledó Sainz de Rozas

Virginia Latiegui Mateo

Izaskun Marañón Guillán

Ainhoa Azkue Odriozola

Begoña Caletrio Floriano

### **Diseño gráfico:**

Doblehache Comunicación

### **Impresión:**

### **Depósito Legal:**

**Madrid, noviembre de 2006**

# Introducción

La Educación Para la Salud (E.P.S.) es un proceso planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de practicas saludables y evitar las practicas de riesgo. El objetivo principal de la Educación Para la Salud es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad en el sentido de una salud positiva.

Podemos decir que la Educación Para la Salud tiene la finalidad global de influir positivamente en el bienestar físico y psíquico de la persona. Dicha finalidad ha orientado los objetivos de prevención de la enfermedad primero y capacitación y promoción de la salud después. Por tanto la Educación Para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos.

Este Programa de Educación para la Salud, comprende 6 Módulos Específicos: "Salud-Enfermedad"; "Sustancias de Abuso"; "Sexualidad"; "Nutrición"; "Higiene General" y "Primeros Auxilios". Cada Módulo, a su vez, se divide en sesiones de aproximadamente dos horas de duración cada una.

El Programa está diseñado para que quienes participen en él puedan acudir a todos los Módulos: ésta sería la opción preferente. No obstante, su diseño también permite a los participantes asistir a los Módulos que se considere oportuno e incluso a sesiones individuales de un Módulo concreto. No obstante, la posibilidad de trabajo grupal y de cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los participantes, se incrementará con la asistencia regular de estos.

## Objetivos del Programa:

El objetivo general del Programa es trasladar a nuestros usuarios la idea del ser humano como una globalidad única, cuyo bienestar o malestar depende de una serie de factores y conductas que intervienen en la salud, y que no pueden ser considerados de manera independiente sino que deben ser objeto de una reflexión en su totalidad.

Como objetivos específicos, podemos considerar:

- a) Transmitir la idea de un continuum salud-enfermedad a lo largo de la vida de una persona, en el que van a intervenir todos los acontecimientos de su vida pasados y presentes, y en el cual el propio individuo es un sujeto activo e imprescindible para conseguir y mantener la salud o minimizar los efectos de las enfermedades.

- b) Aportar conocimientos correctos sobre cada una de las distintas sustancias de abuso más comunes en nuestro medio, corrigiendo las falsas creencias, los mitos y los errores que puedan tener los participantes.
- c) Incidir en el cambio de las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas permitiendo a los miembros del grupo adoptar conductas alternativas de menos riesgo.
- d) Aumentar los conocimientos sobre sexualidad general, haciendo hincapié en las conductas sexuales de riesgo y su relación con las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.
- e) Modificar las actitudes erotofóbicas y potenciar actitudes erotofílicas para acceder a una sexualidad amplia y satisfactoria.
- f) Aportar información adecuada sobre nutrición y estilo de vida y su relación con el bienestar físico y psíquico del individuo.
- g) Resaltar la importancia de los hábitos de vida en la salud y la enfermedad de las personas. Clarificar conceptos sobre higiene, sueño y ejercicio físico, y facilitar la toma de conciencia sobre la importancia de estos hábitos de salud y las dificultades que existen para mantenerlos a largo plazo.
- h) Aumentar los conocimientos sobre primeros auxilios en situaciones de emergencia. Entrenar a los sujetos en reanimación cardio-pulmonar y potenciar el debate y la reflexión sobre la reducción de los riesgos generales asociados al uso de drogas.

En este Programa se pretende huir de la tentación fácil de aportar una lista de "consejos prácticos", aún con el riesgo de frustrar las expectativas de algunos profesionales o incluso de sus clientes y se propone en cambio, un proceso de reflexión sobre la salud, sobre el individuo, y sobre cómo a través de su conducta en relación con el medio que le rodea, éste va a poder modificar su realidad.

Para esta reflexión se plantean diversas estrategias y dinámicas de trabajo grupal que favorecerán el cambio en los conocimientos, las actitudes y las conductas de las personas que participen en el Programa, hacia estilos de vida saludables.

Sabemos que la información es necesaria pero no suficiente para cambiar las conductas y que hay que ofrecer a las personas las habilidades necesarias para poder realizar los cambios. Por eso consideramos imprescindible incrementar los recursos personales de los individuos para hacer posible el cambio de comportamientos. Este es el objetivo fundamental del Programa de Educación para la Salud que aquí se presenta.

### Organización del Programa:

Respecto a la organización del Programa, en todos los Módulos y al inicio de cada sesión se presenta el objetivo general de dicho Módulo, los objetivos específicos, la metodología propuesta para conseguir dichos objetivos en la forma de distintas dinámicas grupales y, a continuación, los contenidos teóricos para trabajar en cada sesión.

El formato de dicho trabajo tiene varias opciones:

- a) Se pueden plantear estas ideas en un modelo de "clase magistral" en la que el/los profesional/es abordan una serie de contenidos y los alumnos los reciben, utilizando como apoyo y guía los conceptos teóricos que acompañan a cada sesión.
- b) Se puede trabajar toda la sesión sólo con dinámicas grupales enlazadas unas con otras, en las cuáles los contenidos teóricos vayan siendo introducidos por el/los conductor/es en los momentos adecuados (transmitiendo igualmente las ideas claves).
- c) Se puede hacer una combinación de ambos formatos, en la que en una parte de la sesión el conductor aporta conocimientos a nivel teórico y en un segundo momento, y basándose en la información transmitida, plantea la realización de una dinámica; o bien, a la inversa, se plantea y realiza primero la dinámica y luego, utilizando el producto de dicha dinámica, se aportan los contenidos teóricos.

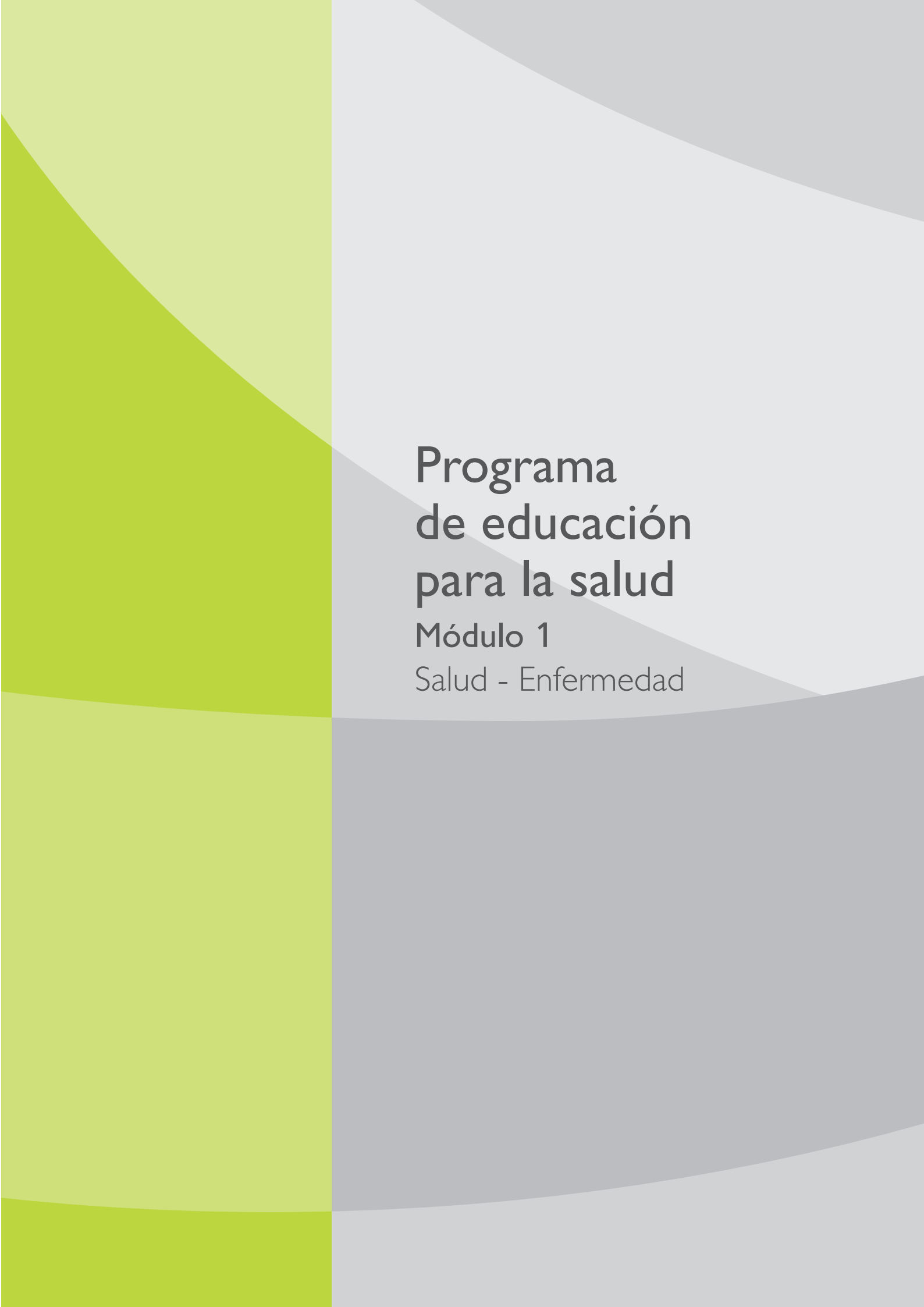
Cada profesional deberá elegir la forma de trabajar en la que se sienta más cómodo, teniendo en cuenta que se está trabajando en grupo; y que está demostrado que las técnicas de dinámica grupal son las que proporcionan un mayor y mejor recuerdo de los conocimientos y las más efectivas para cambiar actitudes y conductas. Por estas razones, se propone que el profesional trabaje en el modelo b) si tiene mucha formación en grupos; y en el modelo c) si tiene una formación intermedia.

Para ayudar en la realización de las dinámicas propuestas, en cada Módulo se describen detalladamente las distintas dinámicas grupales propuestas para trabajar los contenidos correspondientes al mismo.

Es importante tener en cuenta que este Programa de Educación para la Salud no deja de ser una propuesta-guía de trabajo que los diferentes profesionales deberán adaptar a su capacitación, intereses, objetivos y recursos y a los de sus pacientes.

Asimismo, se recomienda leer cada Módulo completo antes de comenzar con la realización de las sesiones (aún cuando se decida realizar una única sesión con un tema concreto) ya que existe una continuidad entre éstas y entre muchas de las metodologías propuestas, que se complementan entre sí y pueden ser intercambiables.





# Programa de educación para la salud

Módulo 1

Salud - Enfermedad



**AUTORES:**

Dr. J. Grijalvo, Dra. P. Insúa y Dra. M. Lledó para Osasun Ekintza.

# Sumario

<b>Objetivo General</b>	<b>11</b>
<b>Sesión 1ª: La salud y la enfermedad en el desarrollo vital del ser humano. Maneras de vivir y de enfermar</b>	<b>13</b>
Objetivos.....	15
Metodología Propuesta .....	16
Contenidos Teóricos a Trabajar .....	19
<b>Sesión 2ª: La enfermedad y el enfermo. Enfermedades</b>	<b>25</b>
Objetivos.....	27
Metodología Propuesta .....	28
Contenidos Teóricos a Trabajar .....	31
<b>Sesión 3ª: Trastornos Mentales y del Comportamiento</b>	<b>39</b>
Objetivos.....	41
Metodología Propuesta .....	42
Contenidos Teóricos a Trabajar .....	49
<b>Sesión 4ª: Tratamientos para las distintas enfermedades. Seguimientos de salud</b>	<b>73</b>
Objetivos.....	75
Metodología Propuesta .....	76
Contenidos Teóricos a Trabajar .....	94
<b>Sesión 5ª: Inmunoprofilaxis y prevención</b>	<b>113</b>
Objetivos.....	115
Metodología Propuesta .....	116
Contenidos Teóricos a Trabajar .....	118
<b>Evaluación</b>	<b>127</b>
<b>Anexos</b>	<b>133</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>135</b>
<b>Transparencias</b>	<b>137</b>



# Objetivo General

A través de la información aportada por el conductor y de la realización de las actividades propuestas, modificar en las personas asistentes al módulo actitudes pasivas frente a la salud y a la enfermedad y fomentar una visión global e integrada del individuo como agente activo de su salud.



# Sesión 1<sup>a</sup>

La salud y la enfermedad en el  
desarrollo vital del ser humano.  
Maneras de vivir y de enfermar



# Objetivos

## Objetivo general:

- Reflexionar sobre la idea de que los estilos adaptativos evolucionan a lo largo de los años y la madurez (responsabilidad) depende más del desarrollo y de los cambios internos del individuo que de los cambios en el entorno interpersonal. Estas variables influyen en el binomio salud-enfermedad.

## Objetivos específicos:

- Aportar información acerca del constructo "ciclo vital" como un continuum en la vida del ser humano, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales
- Ofrecer una visión correcta y práctica de los conceptos "normal" vs. "anormal" y "salud" vs. "enfermedad"
- Incidir en la importancia que tienen las conductas de la persona en la realización de cambios en los comportamientos para la adopción de estilos de vida saludables



# Metodología Propuesta

## Presentación del grupo

Es necesario hacer, al comienzo de la primera sesión, una presentación del grupo, cuyos integrantes estarán sentados en círculo. Se presentan tanto los asistentes (señalando su nombre y sus expectativas y objetivos al acudir a este módulo) y el profesional que conduce el grupo (quien hará un resumen de los contenidos que se van a trabajar en todo el Módulo "Salud-Enfermedad" durante las 5 sesiones que lo componen).

El conductor del grupo explicará también el tiempo de que se dispone en cada sesión (2 horas) y que la metodología de trabajo será fundamentalmente dinámica con participación activa de los asistentes.

Se aconseja que esta presentación tenga una duración máxima de 15'.

## Brainstorming o Tormenta de ideas sobre “Dudas, preguntas o comentarios en torno a la Salud y la Enfermedad”

Para esta dinámica se propone preparar un panel de papel en blanco, en el que se escribirán todas las dudas o cuestiones que planteen en este ejercicio los integrantes del grupo con respecto al tema del Módulo "Salud-Enfermedad".

Dichas dudas, expresadas por medio de un Brainstorming o Tormenta de ideas generada por la pregunta “¿Cuáles son las dudas, preguntas o comentarios que tenéis en torno a la Salud y a la Enfermedad?” quedarán escritas en ese panel durante las 5 sesiones del Módulo (y se irá trabajando o apuntando más cosas en él, en la medida que el conductor lo considere adecuado).

Esto tiene distintos objetivos:

- a) Verbalizaciones que se dan entre los miembros y conocer al grupo, el tipo de interacciones y cómo el propio conductor se siente y/o sitúa con respecto al grupo.
- b) Posponer respuestas a preguntas: preguntas que no están en relación con el foco de trabajo de la sesión; preguntas que están en relación con temas que se van a tratar en otras sesiones; preguntas sobre las que el profesional no tiene respuesta y necesita buscarla y consultarla para otra sesión.
- c) Volver (durante el desarrollo del Módulo) a las dudas iniciales de los participantes en la medida que se vayan tratando los distintos temas, haciendo hincapié en la relación entre la conducta de la persona y los otros factores implicados en la salud y en la enfermedad.
- d) Mostrar de manera gráfica al finalizar el Módulo, cómo todas las dudas que tenían al comenzar han sido respondidas por el trabajo realizado en el grupo, es decir, por ellos mismos.
- e) Mostrar también gráficamente la interrelación entre las distintas variables o índices de salud de los que se ha ido hablando a lo largo del Módulo total.

Ese panel que puede permanecer abierto durante las 5 sesiones del Módulo, permite que en él se puedan ir integrando en las diferentes sesiones, cuestiones importantes para el grupo y que están en relación con los contenidos teóricos del Módulo.

Asimismo, durante la Tormenta de Ideas, el conductor facilitará y animará a que se escriban cuantas más dudas y/o cuestiones, mejor.

## Subgrupos y Discusión dirigida sobre “¿Qué puedo hacer yo con respecto a las enfermedades?”

En esta dinámica se divide al grupo en dos o tres subgrupos más pequeños y se les propone debatir en torno a la pregunta realizada. Para ellos, se les entrega una cartulina blanca a cada uno de los subgrupos, en la que se va a representar un continuum entre "No puedo hacer nada" en el polo izquierdo y "Puedo hacer todo" en el polo derecho. El conductor explicará la tarea apoyándose en la Transparencia N° 1.

Cada subgrupo deberá escribir en esa cartulina y siguiendo el continuum aquellas enfermedades o problemas de salud que conozcan y frente a los que creen que pueden bien no hacer nada, bien hacer algo, bien hacer de todo. El concepto "hacer poco" hace referencia a que la enfermedad tiene mucho peso y que las acciones del individuo y o su entorno, tienen muy poco.

Este trabajo por grupos pequeños puede tener una duración aproximada de 20' durante los cuáles las personas van a debatir entre ellos dónde colocar las enfermedades. El conductor ayuda, ordena, clarifica, etc.

Cada subgrupo designará un portavoz que va a ser el encargado de contar al resto del grupo y al conductor lo que su grupo ha escrito.

El conductor, escribe en un panel de papel blanco, grande, en el que ha dibujado el mismo continuum, los conceptos que le transmiten los portavoces de los dos subgrupos.

A continuación, hace un resumen verbal de lo que aparece hasta el momento en la sesión (señalando los aspectos más salientes de cada uno):

- a) un panel lleno de dudas y preguntas, por un lado
- b) un panel sobre "qué puedo hacer yo con respecto a las enfermedades?", en el otro

A partir de ese momento, la función del conductor es llevar al grupo a modificar el panel realizado entre los dos subgrupos sobre "Qué puedo hacer yo con respecto a las enfermedades?", en la línea de hacerles ver que en prácticamente todas las enfermedades se puede hacer mucho, y que en todas ellas el individuo es un sujeto activo que puede no sólo modificar sus propias actitudes y comportamientos sino también modificar su entorno.

Para esto, el conductor utilizará la Transparencia N° 2, explicando cada una de las variables que están presentes alrededor del individuo, que si bien le afectan, son potencialmente modificables o re-evaluables a nivel cognitivo-afectivo; y demostrando que ninguna de ellas tiene tanto peso como para determinar una unívoca evolución o pronóstico, sea cual sea la enfermedad de que se trate.

Los contenidos para trabajar estas cuestiones son los contenidos teóricos correspondientes a la Sesión N° 1 que se describen a continuación.

Al finalizar esta Sesión, debe quedar claro que son mínimas las enfermedades que están en el extremo izquierdo del gráfico, en el lugar donde "no puedo hacer nada", y por contra, todas, a través de la reflexión grupal han ido hacia la derecha del gráfico "puedo hacer todo".

### TRANSPARENCIA N° 1

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 1  
 ¿QUÉ PUEDO HACER YO ANTE UNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD?

No puedo hacer nada							Puedo hacer todo				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Ejercicio: Escribe en este panel enfermedades o problemas de salud ordenadas de 0 a 10, según tu opinión.

### TRANSPARENCIA N° 2



# Contenidos Teóricos a Trabajar

- **Ciclo vital como continuum**
- **Ciclo vital y normalidad**
  - **Experiencias de la infancia → conformación individuo adulto**
  - **Influencia de los fenómenos sociales → cambios en la personalidad**
  - **Importancia decisiva del sustrato biológico**
  - **Influencia de la madurez personal en el ciclo vital**

## INTRODUCCIÓN

Cuando buscamos la definición de SALUD, nos encontramos con que SALUD es: "el estado normal de las funciones orgánicas e intelectuales". Parece así que "tener salud" es igual "estar normal", por tanto "no tener salud" o "estar enfermo" deberíamos considerarlo como "estar anormal".

¿Pero qué es "estar normal" a nivel psíquico y orgánico?. Y en el polo opuesto ¿qué sería "estar anormal" a nivel psíquico y orgánico?

Pensamos que los conceptos de "normal" y "anormal" así como los equiparables de "salud" y "enfermedad" sólo se pueden entender desde la consideración de un continuum en el ciclo vital del ser humano. Las formas de vivir las distintas fases de este ciclo vital se modifican en relación con las conductas y costumbres (estilos de vida) que tiene cada individuo; y las experiencias vividas en una fase afectan a las fases siguientes.

En este módulo vamos a crear un espacio de reflexión para poder profundizar en estos aspectos (normal/anormal; salud/enfermedad; enfermedad/enfermo; enfermo/tratamiento, y otros)

## Ciclo vital y normalidad

Para hablar de salud y de enfermedad, tenemos que empezar considerando el ciclo vital del individuo, ya que es a lo largo de este ciclo (y de cada una de sus fases), cuando se van a manifestar ambas condiciones. Así, no podremos hablar de salud ni de enfermedad sin tener en cuenta el continuum de la vida de la persona.

Desde hace tiempo se sabe el papel de los eventos psicológicos y de las experiencias de la infancia en la conformación del individuo adulto. Todos los sucesos que hayan acontecido en la vida del individuo mientras era niño, van conformando la personalidad y la manera de relacionarse con el entorno.

Esto no quiere decir que un acontecimiento concreto se va a manifestar como un problema concreto; no es una relación causa-efecto la que se da entre ambos fenómenos, sino que la influencia la va a ejercer la suma de todos los acontecimientos (cada uno con una importancia diferente), más las variables con las que éstos interactúan (familia, escuela, amigos, juegos, trabajos, viajes, etc.) y en relación con una persona concreta (con un genotipo, fenotipo, recursos yoicos, etc. determinados). Por lo tanto para hablar de ciclo vital y normalidad debemos de considerar el continuum de estas variables.

## Las experiencias de la infancia y su influencia en la conformación individuo adulto

Distintos autores, dividen en diversas fases la vida del individuo. Todos estarían de acuerdo en que podemos considerar, en orden cronológico: la etapa del bebé, la primera infancia, el período pre-escolar, el período escolar o de los años intermedios, la adolescencia temprana, media y tardía, y la edad adulta temprana, media y tardía (vejez). Entre todas estas etapas habría estados fronterizos de 4 ó 5 años de tal manera que también en la forma de entrar y estar en estas etapas hay diferencias individuales, no siendo hitos que se corresponden con edades concretas.

En los estudios longitudinales sobre el desarrollo humano y en estudios de seguimiento de más de 35 años, se ha puesto en evidencia una relación significativa entre una infancia feliz y la presencia de rasgos positivos en la edad mediana, que se manifiestan por capacidad de disfrute y trabajo, escasa psicopatología, y buenas relaciones interpersonales. Podemos pensar por tanto que situaciones adversas en la infancia van a tener un efecto contrario.

Sin embargo, el peso de estas situaciones adversas no va a ser determinante. Siempre hay posibilidad de cambio y se ha demostrado que se puede cambiar a lo largo de toda la vida y que las experiencias de la infancia temprana aunque tengan una poderosa influencia no determinan unívocamente la personalidad adulta.

Los estudios prospectivos a largo plazo señalan que los estilos adaptativos maduran a lo largo de los años, y la madurez (responsabilidad) depende más del desarrollo y cambios internos que de los cambios en el entorno interpersonal. Esto nos señala la importancia que tiene el trabajo hacia el cambio del individuo (en la escuela, desde los clubes de tiempo libre, desde los servicios comunitarios y sanitarios, etc.) en cualquiera de los distintos momentos de su vida e independientemente de sus experiencias previas (antecedentes).

## Influencia de los fenómenos sociales: cambios en la personalidad

El ser humano es social por naturaleza y son necesarios e imprescindibles una serie de mínimos ambientales y psicosociales para un desarrollo correcto. Los factores sociales incluyen a la familia o sistema de apoyo primario donde se cría o educa el individuo, a los acontecimientos o sucesos vitales que acontecen en la vida de éste, a las relaciones interpersonales que establece e incluyen también a los sistemas de salud, legales, educativos, profesionales, de vivienda, económicos, etc. Todos ellos influyen tanto en el desarrollo de la personalidad (normal o patológica) como en su cristalización o en sus modificaciones posteriores. La influencia y peso de los distintos acontecimientos psicosociales que hayan podido acontecer en la vida de una persona ayudan a explicar su personalidad (sobre todo las de sus primeros años de vida hasta la edad adulta) y son los que van a permitir o impedir su cambio futuro.

## Importancia decisiva del sustrato biológico

No hay que perder de vista (y los avances científicos cada vez nos lo recuerdan más) la importancia del sustrato biológico en la vida del individuo. Esto hace referencia a nuestra herencia biológica con el potencial y las limitaciones que ella implica.

Esto quiere decir que en la vida del ser humano en todas las variables de salud influye la predisposición genética individual, la cual se va a manifestar con mayor o menor peso. No obstante, de nuevo el peso de esta variable, salvo en contadas (estadísticamente hablando) enfermedades (hereditarias y/o genéticas) va a poder ser modulada por el individuo y sus acciones sobre sí mismo y sobre el entorno (por ejemplo: aunque existe una predisposición genética hacia el abuso de alcohol en hijos de padres alcohólicos, esto no quiere decir que todos los hijos de esos padres sean alcohólicos).

Por lo tanto, para entender al ser humano y para poder entender y trabajar sobre los avatares que le acontecen (enfermedades físicas, depresiones, uso de drogas, duelos, etc.) hay que considerar tanto a la persona biológico, como a la historia vital que la configura con una personalidad determinada, como a la red social en la que esta persona se mueve (sus grupos de referencia: familia, amigos, trabajo, etc.).

## Influencia de la madurez personal en el ciclo vital

La madurez posibilita crecer en la vida con capacidad o recursos personales para el juicio y la prudencia. La madurez en condiciones normales y saludables se adquiere de forma paulatina a lo largo de la vida y permite a la persona ser responsable de los actos y conductas realizadas. Así, una persona responsable es aquella que es capaz de responder de alguna cosa realizada o por alguna persona (incluido él mismo).

Cuanto mayor sea la madurez de una persona, más consciente será ésta de las consecuencias que tiene su estilo de vida y mayor capacidad tendrá de modificar sus conductas hacia estilos de vida saludables.

- **Concepto de Salud y Normalidad**

- **Normalidad como salud:**

- Normalidad es la ausencia de enfermedad

- **Normalidad como utopía:**

- Visión armónica y óptima. Ficción

- **Normalidad como media:**

- Lo normal es el término medio

- **Normalidad como proceso: relación con situaciones concretas y etapas de la vida**

## Concepto de Salud y Normalidad

En el pasado, se asumía que la salud era lo contrario de la enfermedad, por lo tanto, que la ausencia de sintomatología clínica podía equipararse a "normalidad" o "salud". Posteriormente y dada la inexactitud de esta definición, se han necesitado precisar cinco perspectivas de la normalidad. Todas estas perspectivas entre sí y juntas explicarían la normalidad aplicable a las ciencias de la salud, sociales y de la conducta. Así, se habla de: a) normalidad como salud; b) normalidad como utopía; c) normalidad como media; d) normalidad como proceso y e) normalidad en relación con situaciones concretas y etapas de la vida.

### Normalidad como salud

Si hablamos de la normalidad como salud, estaríamos hablando del enfoque tradicional médico-psiquiátrico de la salud y de la enfermedad. Se equipara la normalidad con salud y ésta con un fenómeno casi universal. Se asume que se está en la normalidad cuando no hay sintomatología manifiesta, es decir que es la ausencia de signos y síntomas lo que indica salud. En este contexto, la salud es un estado de funcionamiento razonable, más que óptimo.

## Normalidad como utopía

Hablar de la normalidad como utopía es hablar de la salud como un concepto ideal: el funcionamiento óptimo de la persona. Sería un estado inalcanzable, obviamente deseado, pero que no es más que una ficción. La sociedad actual exige funcionamientos de ficción en muchas áreas (trabajo, aspecto físico, sexualidad, conducta y expresividad emocional, etc.), y es esta utopía la que provoca, en muchas ocasiones estados de frustración y de minusvalía personal que se intentan paliar con el uso de distintas drogas y/o peticiones de tratamiento sanitario.

## Normalidad como media

Si hablamos de la normalidad como media, estamos haciendo referencia a un concepto estadístico que señala que normalidad es el funcionamiento medio de la población. En este contexto, los extremos (por arriba y por abajo de la media) se interpretan como desviaciones. Por tanto "anormal" sería tanto el que no llega a la media, como el que la sobrepasa.

## Normalidad como proceso: relación con situaciones concretas y etapas de la vida

Si hablamos de la normalidad como proceso, estamos haciendo referencia al resultado final de la interacción de distintos sistemas. En esta definición se subrayan los cambios a lo largo del tiempo en lugar de darse una visión transversal de la normalidad. Así, en esta definición es básico el concepto de temporalidad (a lo largo del tiempo). Es tan importante considerar cómo está la persona (qué le pasa), como qué le pasaba (cómo estaba).

A nuestro entender, la normalidad debe ser entendida en relación con situaciones concretas y etapas de la vida. Es decir que para hablar de normalidad (o anormalidad) debemos considerar el contexto y el momento personal de cada persona.

Como vemos, nunca se puede hacer una valoración personal o sobre una persona en base a un corte transversal en su historia, sino que como decíamos anteriormente, necesitaríamos una visión de su ciclo vital, de su sustrato biológico y antecedentes y de su entorno social, para entender los conceptos de salud y normalidad en esta persona.

Así, una persona estaría en camino hacia la normalidad en la salud en la medida en que empiece a introducir cambios positivos en sus actitudes y sus conductas.

- **Estilo de vida y salud**
  - Repercusión de los estilos de vida en la salud
  - Cambios en los comportamientos
  - Consecuencias positivas y negativas de las distintas conductas

## Estilo de vida y salud

Cuando hablamos de estilo de vida nos referimos a una serie de comportamientos que actúan sobre la salud, en los que la persona se expone deliberadamente y sobre los que existen mecanismos de control. Un estilo de vida saludable sería aquel que intenta evitar los comportamientos que actúan negativamente sobre la salud.

El estilo de vida comprende un grupo de factores que son los que tienen más influencia sobre la salud y que se pueden agrupar en:

- a) hábitos dietéticos e higiénicos
- b) sedentarismo y falta de ejercicio
- c) consumo de drogas: legales o institucionalizadas, ilegales o fármacos psicoactivos
- d) situaciones psíquicas que crean malestar crónico y que van a dar origen a problemas de salud (estrés, violencia, conducta sexual insana, maltrato, etc.)
- e) mala utilización de los cuidados médicos e incumplimiento de las instrucciones curativas y preventivas

## Repercusión de los estilos de vida en la salud

Del conjunto de los elementos que determinan el nivel de salud (medio ambiente, estilo de vida, biología humana y asistencia sanitaria), el estilo de vida ha sido considerado como el que produce un mayor impacto sobre la misma. Así, estudios realizados en países desarrollados han demostrado que al tabaquismo se le puede atribuir el 19% de la mortalidad de la población; a la dieta inadecuada, el 14%; al alcohol, el 5%; a la vida sedentaria, el 2%; a la violencia, homicidios y suicidios, el 2%, al uso ilícito de drogas, el 1%; a los agentes biológicos en relación con los comportamientos humanos (por ejemplo al VIH, a la sífilis, etc.) el 3%; siendo los hábitos personales los que producen el 70% de las enfermedades en individuos sanos.

## Cambios en los comportamientos

Como vemos, las variables en las que debemos hacer hincapié, a la hora de mejorar nuestra salud física y psíquica, son aquellas variables que van a conformar el estilo de vida. La mayor o menor complejidad de un estilo de vida se mide por el número de comportamientos que lo definen y por la mayor riqueza de transacciones que mantienen entre ellos y entre ellos y su entorno.

Los comportamientos están organizados según secuencias o cadenas más o menos complejas en las que unos pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros. Y de este modo, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas depende de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos (p. ej., los mensajes que recomiendan el uso del preservativo como método preventivo



de las enfermedades de transmisión sexual, son tanto más efectivos cuantas más secuencias de comportamientos se contemplen: la capacidad para adquirirlo, la capacidad para proponer su uso a la pareja, la asertividad para defenderse de los reproches por proponerlo, la habilidad para hacerlo sin interferir negativamente en el clima de excitación, la empatía y el sentido del humor para hacer frente a las dificultades, etc.) En este sentido, la identificación de la conducta principal de dicha cadena de comportamientos viene a ser una tarea crucial en la planificación para hacer más viables los cambios. Por conducta principal se entiende aquella que resulta más relevante, por mantener un mayor número de relaciones y transacciones con otras, y por estar más vinculada con los procesos mórbidos o de bienestar.

Debido a que la mayoría de los comportamientos de salud se desarrollan en escenarios interpersonales y afrontando problemas que surgen en la vida diaria, la comunicación interpersonal y la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones son componentes esenciales de los estilos de vida y por lo tanto deben ser objeto de actuación preferente de los profesionales de la salud.

Las intervenciones profesionales destinadas a modificar los estilos de vida nunca deben posibilitar la culpabilización de la víctima ("si no hubieras tomado drogas, no tendrías SIDA"), por tanto no han de limitarse a proporcionar sólo información y solicitar a los individuos que cambien sus comportamientos, sino que deben ofrecer los medios necesarios para posibilitar este cambio, así como ayudar a que los individuos desarrollen habilidades personales que les permitan efectuar los cambios conductuales necesarios.

### Consecuencias positivas y negativas de las distintas conductas

No podemos olvidar que la mayoría de las variables que conforman el estilo de vida, muchas veces están en relación con comportamientos que suponen una satisfacción inmediata y segura para la persona, y cuyos problemas se van a manifestar de manera sólo probable, y a largo plazo (fumar, beber, tener relaciones sexuales inseguras, utilizar otras drogas...).

Por tanto, vemos que estos comportamientos, cumplen todos aquellos requisitos que tienen los comportamientos más difíciles de cambiar: tienen consecuencias positivas seguras y a corto plazo y sus consecuencias negativas son sólo probables y a largo plazo. Todos los animales (entre los que nos incluimos), tendemos a repetir aquellas conductas que nos proporcionan placer inmediato, y a evitar aquellas que nos proporcionan displacer. Además, son las consecuencias inmediatas de la conducta las que van a determinar su repetición y/o extinción.

Por tanto, las intervenciones destinadas a cambiar estilos de vida deben:

- a) aumentar la conciencia sobre los riesgos de salud y los métodos eficaces para reducir los riesgos;
- b) incentivar para que los individuos deseen estar sanos;
- c) fomentar actitudes, creencias e intenciones positivas hacia las conductas saludables;
- d) proporcionar recursos, habilidades personales y entrenamiento para que el individuo tome decisiones informadas y de este modo facilitar la reducción de los riesgos y el cambio conductual;
- e) ofrecer alternativas a las conductas de riesgo que sean plausibles y satisfactorias;
- f) facilitar cambios en el entorno para que al individuo le resulte fácil actuar saludablemente;
- g) fomentar el respeto a las opciones individuales que asumen prácticas de riesgos individuales, es decir, prácticas de riesgo que no conllevan, a su vez, riesgo para los demás.

# Sesión 2<sup>a</sup>

La enfermedad y el enfermo.  
Enfermedades



# Objetivos

## Objetivo general:

- Reflexionar sobre los conceptos diferenciales de "la enfermedad", "el enfermo" y las distintas maneras de "enfermar" y "solicitar ayuda".

## Objetivos específicos:

- Aportar información sobre los factores que pueden modificar la historia natural de la enfermedad
- Incrementar los conocimientos sobre las enfermedades y las maneras de enfermar
- Promover la capacidad del individuo para potenciar sus propios recursos personales frente a la enfermedad

# Metodología Propuesta

## Discusión dirigida sobre "La enfermedad, estrategias de afrontamiento y maneras de pedir ayuda"

En esta dinámica se pide a dos voluntarios (una mujer y un hombre) que se apoyen sobre dos cartulinas (u hojas de papel grandes) y a otros compañeros del grupo que dibujen en ellas el contorno de sus cuerpos. Así, quedará en una cartulina el contorno del cuerpo de una mujer y en la otra el contorno del cuerpo de un hombre. Estas cartulinas se fijan a la pared y van a actuar a la manera de pizarras sobre las que se va a escribir el resto del ejercicio (es conveniente que estas cartulinas sean guardadas para el resto de las sesiones, ya que se pueden reutilizar).

A continuación, se pide a cada uno de los miembros del grupo, que escriba en un papel:

- a) 5 partes o sistemas o funciones del cuerpo diferentes
- b) 5 enfermedades, disfunciones o trastornos distintos que les pudieran acontecer
- c) 3 maneras distintas de reaccionar a nivel personal frente a una enfermedad
- d) 3 maneras diferentes de pedir ayuda frente a una enfermedad

Cuando han cumplimentado la tarea propuesta, 1 voluntario va a ir escribiendo sobre los contornos de la chica y el chico que estaban dibujados en las cartulinas y fijados en la pared, las partes del cuerpo, las enfermedades, las maneras de enfrentarse y las maneras de pedir ayuda que le van a ir diciendo en formato de ronda todos los integrantes del grupo que irán leyendo lo que habían escrito previamente.

La persona que escriba elegirá hacerlo sobre el contorno masculino o el femenino según le parezca, a excepción de alguna enfermedad o parte del cuerpo típicamente femenina o masculina (cáncer de pecho o de próstata, por ejemplo).

Cuando se llega a este momento de la dinámica aparecerían escritos en ambos carteles, una serie de: a) partes o sistemas o funciones del cuerpo diferentes; b) una serie de enfermedades, disfunciones o trastornos distintos; c) maneras distintas de enfrentarse a una enfermedad y d) maneras diferentes de pedir ayuda

La función del conductor será señalar diversas cuestiones:

- 1) que son infinitas las posibilidades de enfermar del ser humano, ya que aunque las enfermedades pueden ser limitadas, los enfermos (es decir, las personas que padecen esas enfermedades), las maneras de enfrentarse a ellas y las maneras de pedir ayuda, son ilimitadas. Dependiendo de la formación del conductor, se podrá profundizar más en estos aspectos.
- 2) que la gran mayoría de las enfermedades no tienen que ver con el sexo pudiendo afectar de la misma manera a hombres y a mujeres
- 3) que tampoco dependen del sexo las maneras de enfrentarse a una enfermedad ni las formas de pedir ayuda; por tanto, la actitud frente a las enfermedades debe ser la misma en los hombres y en las mujeres.
- 4) demostrar cómo, la interacción entre todos estos factores (enfermedad, enfermo, manera de reaccionar y de pedir ayuda), va a determinar evoluciones muy diferentes en todas las enfermedades.

Para esto va a ir escogiendo una parte del cuerpo u órgano o sistema señalado por las personas y escrito en la gráfica, y va a explicar cómo interaccionan con éste otros factores señalados o no señalados (por ejemplo peso, edad, alimentación, enfermedades previas, actitudes, conductas, etc.) para determinar un enfermar distinto.

Asimismo, puede escoger una enfermedad de entre las señaladas y explicar cómo va a ser diferente la evolución de la misma en función de la estrategia de afrontamiento escogida por la persona, recordando que las estrategias pasivas (llorar, deprimirse, resignarse, etc.) si bien son efectivas a corto plazo, van a ser contraproducentes a largo plazo y que las estrategias más adecuadas son las de corte activo (buscar información, luchar contra la enfermedad, pedir ayuda, apoyarse en sus familiares, compartir su dolor, etc.). Lo mismo se puede decir de la forma de pedir ayuda.

La experiencia del conductor le permitirá ir ejemplificando las interrelaciones que existen entre estas cuatro variables: enfermo, enfermedad, maneras de enfrentarse a la enfermedad, maneras de pedir ayuda, a través de lo dibujado y apoyándose en los conceptos teóricos del texto para poder orientar el trabajo grupal hacia los objetivos específicos de la sesión.

## Role playing: "Enfermo y enfermedad"

Para este role playing se va a trabajar también con voluntarios de entre los miembros del grupo. Se seleccionarán de entre éstos, aquellos con más recursos personales para llevar a cabo una dramatización.

Los personajes necesarios son fundamentalmente dos, aunque van a poder participar todos los miembros del grupo si se pide su ayuda.

Una persona va a tener el papel de "enfermo" y otra el papel de "la enfermedad". Ambos juntos (y en un aparte) tienen que planificar durante aproximadamente 5' qué es lo que van a representar (el guión de su representación). La consigna para ambos es que "la enfermedad" debe intentar incordiar al "enfermo" y que éste tiene que intentar que no lo haga, todo a través de verbalizaciones en forma de diálogo entre ambos.

Mientras tanto, el resto del grupo, tiene que planificar en esos mismos 5' cómo van a ayudar al "enfermo", si éste lo solicita. Esto no lo saben ni "el enfermo", ni "la enfermedad".

El conductor le dice al "enfermo" (sin que se entere "la enfermedad") que si lo cree necesario, puede recurrir a la persona que quiera del grupo para pedirle ayuda y ésta persona lo ayudará según lo que crea más conveniente. La persona a la que "el enfermo" pide ayuda, puede, a su vez, solicitar la ayuda de tantas personas como crea necesario (el concepto a transmitir en esta dinámica, es que cuando una persona -un enfermo- pide ayuda, por ejemplo a un médico, aunque él crea que está pidiendo sólo una medicación, en realidad el concepto de "ayuda" engloba mucho más que al médico al que se consulta: a un saber que tiene ese médico, a un equipo con el que trabaja ese médico, a una red de salud que incluye a esos profesionales, etc.).

Por otro lado, y aunque no lo dice en un primer momento, el conductor puede decirle a "la enfermedad" que sea más suave o más agresiva, o más dolorosa o más incapacitante, según sus intereses. Esto dependerá, por ejemplo, de que vea al "enfermo" con buenos recursos personales para hacer frente a "la enfermedad" y de que vea que pide ayuda correctamente.

Tras un tiempo prudencial de representación (en el que se hayan puesto en evidencia varias interacciones posibles entre los personajes), ésta se dará por finalizada y se realizará una reflexión en el grupo sobre lo representado. Así, el conductor preguntará ¿cómo se han sentido los personajes?, ¿cómo ha visto el grupo al "enfermo"?, ¿cómo ha visto a "la enfermedad"?, ¿cómo creen que se ha solicitado la ayuda?, ¿alguien hubiera querido ayudar de alguna manera especial?, etc.

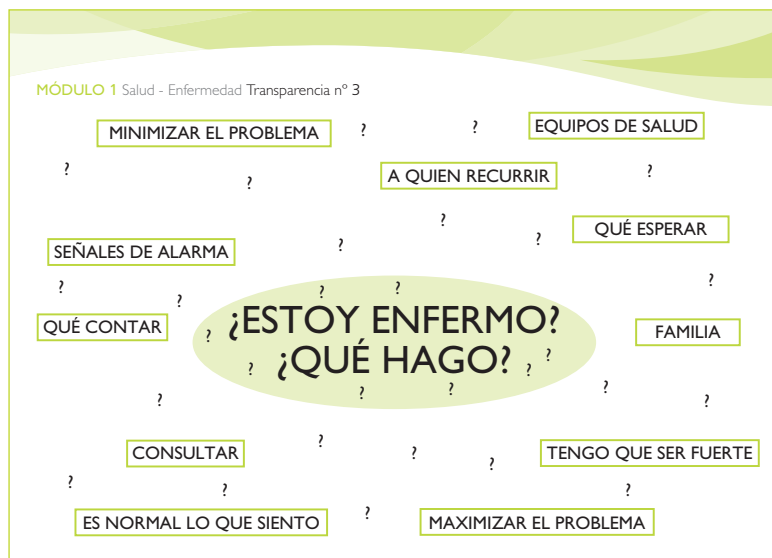
Para cerrar esta discusión, el conductor hará hincapié en la idea de que siempre debemos ser activos frente a la enfermedad (y probablemente así se ha representado) y siempre debemos solicitar ayuda en caso necesario (y probablemente también así se ha representado).

NOTA (1): Si lo ve necesario, el conductor podrá detener a "la enfermedad" con sus propios recursos. En este caso, detendrá el juego y explicará lo que estaba pasando (bien que el "enfermo" no tenía recursos, bien que estaba bloqueado, bien que no podía pedir ayuda, bien que la ayuda estaba mal dada, etc.).

NOTA (2): En toda la discusión dirigida posterior a la representación, el conductor se puede apoyar en la Transparencia N° 3 para relacionar los distintos conceptos.

Se propone aprovechar esta sesión N° 2 y la siguiente, N° 3, para trabajar aspectos en relación con la salud y la enfermedad mental, y sobre la sensibilización y concienciación frente a ésta; mientras que en la sesión N° 4, continuar con aspectos en relación con pedir ayuda y la importancia de la cumplimentación de los tratamientos y los seguimientos de salud.

### TRANSPARENCIA N° 3



# Contenidos Teóricos a Trabajar

- **Concepto de Enfermedad y maneras de enfermar**
  - La enfermedad y cómo enfermamos
  - Las bases científicas de las enfermedades y el arte de tratarlas
  - Diferencia entre signo, síntoma, síndrome, trastorno y enfermedad
  - Enfermo no es igual a Enfermedad
  - Formas diferentes de sentir y vivir la Enfermedad
  - Formas diferentes de expresar la Enfermedad
  - Formas diferentes de pedir y utilizar la ayuda

## La enfermedad y cómo enfermamos

El organismo humano, está compuesto por una estructura músculo-esquelética, por diversas mucosas y tejidos, vísceras y glándulas y por un paquete vascular y nervioso que lo irriga y regula. Todo ello configura diversos sistemas, diversas funciones y distintas interacciones e interrelaciones posibles. Cada una de éstas estructuras, vísceras, vasos, nervios, sistemas o funciones tienen requisitos y requerimientos diferentes para su funcionamiento correcto y también pueden alterarse o enfermar por motivos variados (por carencias, disfunciones, mal uso, genética, azar, epidemias, endemias, la propia vida y por otro sin fin de motivos).

## Las bases científicas de las enfermedades y el arte de tratarlas

Simplificando las cosas, las enfermedades pueden ser innatas (se nace con ellas) o adquiridas (se adquieren a lo largo de la vida). Las causas de las enfermedades pueden ser traumáticas, inflamatorias, disfunción de un órgano o sistema, degenerativas e infecciosas. Por ejemplo: Tras un golpe en una rodilla (trauma) podemos tener una herida abierta (expresión traumática), una hinchazón y enrojecimiento (expresión inflamatoria), se puede contaminar con una bacteria o con un parásito (infección) y en caso de mal cuidado, la lesión consecutiva de la rodilla podría producir un deterioro en la funcionalidad de la misma (expresión de disfunción del sistema) e incluso lesiones irreversibles (expresión degenerativa). Esta cadena de expresiones sintomáticas no tiene por qué presentarse en toda su extensión, pero puede hacerlo y en ocasiones, todos estos pasos suceden en relación con nuestra conducta.

Este ejemplo de la rodilla es aplicable a la gran mayoría de los órganos y sistemas de nuestro cuerpo.

Las enfermedades tienen una definición científica (que la explica) de cómo se van a presentar, debido a qué causas y con qué supuesto pronóstico; pero en ningún caso va a poder ser definido de forma unívoca de qué manera la enfermedad concreta se va a manifestar en una persona concreta, en un momento determinado de su vida, ni por qué en ese momento y en esa persona, ni cómo va a repercutir en el individuo, ni qué evolución exacta va a sufrir.



Decimos que no es posible una definición unívoca, porque todo esto está en relación también con el individuo (con su organismo y con su ciclo vital) y no sólo con la enfermedad científicamente definida.

En lo que respecta al ejercicio profesional, el estudio de la salud y de la enfermedad se basa en ciencias concretas (Epidemiología, Psicología, Psiquiatría, Bioquímica, Cirugía, Traumatología, Farmacología, Sociología, Enfermería, etc.). Pero su ejercicio (la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades) no es una ciencia, sino que es un arte. Quiere decir que para nuestro ejercicio debemos de considerar las bases científicas que marcan lo que debemos hacer con una enfermedad concreta pero adaptarlas a una persona concreta y a nuestra propia manera de intervenir. Éstos son conceptos que se deben transmitir a los clientes de los servicios de salud, en la medida que van a explicar fenómenos tales como por qué frente a la misma enfermedad, para dos personas distintas, se dan remedios diferentes o viceversa, por qué frente a distintas enfermedades, se da un mismo remedio.

### Diferencia entre signo, síntoma, síndrome, trastorno y enfermedad

Si bien estamos hablando de enfermedad como de un término opuesto a salud y que incluye a todo padecimiento, es necesario señalar y delimitar las diferencias que existen entre signo, síntoma, síndrome, trastorno y enfermedad, porque cada una de ellos tiene diferentes implicaciones (para el profesional y cliente) y todos son importantes.

Así, si hablamos de "signo" estamos hablando de datos (normales y patológicos) objetivos, medibles y cuantificables en el que todos los observadores tendrían un gran acuerdo (por ej.: grados de temperatura, cifras de tensión arterial, Nº de glóbulos rojos, recuento de linfocitos, cultivo de un virus, mancha pulmonar en una radiografía, etc.). Son los más fiables y los más fáciles de cuantificar, y los que intentemos utilizar siempre que se pueda.

Si hablamos de "síntoma", estamos hablando de molestias subjetivas que padece y manifiesta el paciente, para lo cual es imprescindible el relato de la persona y la comprensión del mismo por parte del profesional que le atiende.

Si hablamos de "síndrome", nos referimos a un conjunto de signos y/o síntomas que se presentan de forma conjunta y que se suelen traducir en una alteración anatómica o funcional de un órgano o sistema.

Cuando hablamos de "enfermedad", estamos refiriéndonos a una entidad en la que se puede delimitar su etiología y su pronóstico y tratamiento (p. ej.: hepatitis C, tuberculosis pulmonar, toxoplasmosis, sífilis, varicela, paperas).

El profesional se basa en los síntomas que el paciente relata y él recoge, en los signos que objetiva, y en las exploraciones complementarias que realiza para establecer el diagnóstico de enfermedad y poder así establecer el programa terapéutico.

Por último, si hablamos de "trastorno", aunque éste no es un término preciso, estamos hablando de una entidad de mayor categoría que un síndrome, similar a una enfermedad, pero a diferencia de ésta no podemos especificar claramente su etiología, ni su precisa expresión y evolución, ya que la influencia de las características individuales hacen que en cada persona pueda tener una expresión diferente. Es un término utilizado especialmente para describir las alteraciones mentales y del comportamiento (p. ej.: trastorno esquizofrénico, trastorno depresivo, trastorno por uso de sustancias, trastorno del humor, etc.).

El término de enfermedad es el que se utiliza genéricamente para referirse a todos estos estados y así lo utilizaremos en muchas ocasiones, aunque no hay que dejar de tener en cuenta estas diferenciaciones.

## Enfermo no es igual a Enfermedad

El concepto de "enfermo" no se debe confundir con el concepto de "enfermedad". El enfermo siempre es único, en un momento concreto de su vida y de su evolución, es una persona que tiene una enfermedad pero que él mismo, no es una enfermedad (tiene una diabetes, no es un diabético; tiene una esquizofrenia, no es un esquizofrénico; tiene una adicción a las drogas, no es un drogadicto). En la vida cotidiana tenemos muchos ejemplos de personas con una pierna rota de quienes no se dice "es un fracturado" y sin embargo sí se dice muchas veces "es un drogadicto", "es una anoréxica".

## Qué hacer frente a las enfermedades? Se puede actuar para no enfermar

Se ha trabajado en la sesión anterior que en todas las enfermedades hay muchas cosas que se pueden hacer para mitigar su expresión y mejorar su evolución; y en muchos casos, para evitar su aparición.

Así, ante una enfermedad debemos pensar inmediatamente en las estrategias de afrontamiento a la misma, es decir, qué conductas y acciones ponemos en marcha y si éstas son efectivas o no. Acciones adecuadas son aquellas que mitigan el sufrimiento y/o la enfermedad y favorecen la mejor evolución posible, mientras que acciones inadecuadas son aquellas que lo mantienen o lo aumentan.

Otra cuestión a tener en cuenta es si la propia persona puede solucionar el problema o necesita la ayuda de alguien. Generalmente el individuo no se basta a sí mismo para hacer frente a una enfermedad y a lo que ella supone. Tiene que saber que si existe una enfermedad, siempre va a necesitar ayuda especializada.

Por lo tanto, no sería correcto acudir solamente a amigos, familiares o conocidos, ni basarse en sus propias experiencias previas ni en la de otros (por similares que sean). Sólo un especialista va a saber qué le pasa y qué es lo que tiene que hacer.

## Formas diferentes de sentir y vivir la Enfermedad

Cada persona vivencia la enfermedad de una manera determinada que también está influenciada por su historia previa (su ciclo vital, su personalidad, su entorno, etc. -ver Sesión Nº 1-). Asimismo, también la manera de enfrentarse a las distintas enfermedades, es diferente en las distintas personas. Igualmente, es diferente la manera de expresarla y la manera de pedir ayuda.

Así, hay que considerar y transmitir a nuestros clientes cómo se manifiesta el padecimiento tanto a nivel orgánico como psicológico y cómo éste afecta a la integridad de la persona y a su vida.

## Formas diferentes de expresar la Enfermedad

Hay que tener en cuenta con qué patología y/o psicopatología expresa la persona su enfermedad (p. ej.: una depresión puede manifestarse con síntomas muy diversos: a nivel emocional con lloros, angustia, inhibición, irritabilidad, etc.; a nivel comportamental, con alteraciones de conducta, peleas, consumo de sustancias, etc.; a nivel somático, con cefaleas, astenia, alteraciones gastroentéricas, insomnio, defensas bajas, etc.; y a nivel cognitivo con enlentecimiento, pseudodemencia, olvidos, etc.). Así, un paciente puede manifestar muchos de estos síntomas y otro sólo uno, aunque los dos tengan la misma enfermedad y sufran lo mismo.

Así y como ya se ha dicho, aunque cada enfermedad tiene un perfil similar de presentación y unas características específicas y concretas (su causa, su forma de presentación, su evolución, etc.) que es lo que hace posible el conocimiento y el tratamiento de las mismas por los especialistas (por ejemplo, la tuberculosis siempre la produce el bacilo de Koch y se trata con fármacos antituberculosos); no hay personas iguales, por lo tanto, nunca las enfermedades se van a expresar en distintas personas de la misma manera. El dolor que puede producir una enfermedad, la afectación o la incapacidad que produzca e incluso el efecto de la medicación va a estar en relación con características de la propia persona que la sufre.

Es función del especialista reconocer y transmitir la importancia de esta idiosincrasia individual para aplicar el tratamiento para esa enfermedad en esa persona concreta.

### Formas diferentes de pedir y utilizar la ayuda

Además hay que considerar que los síntomas además de manifestarse, se relatan a otra/s persona/s con diversos fines. Hay personas que tienen facilidad para expresarse y otras que no la tienen, y a la vez, la mayoría no cuentan todo lo que les sucede.

A la hora de pedir ayuda aparece la variable de la persona a la que se pide la ayuda y la relación que con esta persona se establezca. Ambas van a ser importantes en el proceso de tratamiento.

En este sentido, y sin extendernos, hay que considerar tanto el primar la relación y la alianza para el tratamiento, como contener, asesorar, fomentar una comunicación clara bidireccional y establecer las bases para el abordaje clínico.

- **Historia natural de la enfermedad. ¿Cómo cambiar la historia natural de la enfermedad?**
- **Clasificación de las enfermedades. Enfermedades no infecciosas vs. infecciosas**

### Historia natural de la enfermedad. ¿Cómo cambiar la historia natural de la enfermedad?

La historia natural de una enfermedad hace referencia a su evolución. Esta historia natural incluye las causas de la enfermedad, la manera de presentarse y la evolución previsible sin tratamiento.

La historia natural de las enfermedades cambia cuando interacciona con ciertas actitudes y conductas. Un organismo tiene unos potenciales determinados para permanecer saludable o para enfermar o para la propia evolución de la enfermedad (tener una o más enfermedades en su vida) que se van a modificar en función de que existan o no determinados comportamientos y lo van a hacer en consonancia con dichos comportamientos. Así, cualquier comportamiento de hábitos de salud (como los que se irán viendo en estos módulos) incidirá en mejorar el pronóstico de las enfermedades.

### Clasificación de las enfermedades

La clasificación y delimitación (síntomas y signos que la definen) de una enfermedad tiene tres propósitos generales, así como muchas funciones específicas de tipo clínico, administrativo, legal y científico: Aportar un lenguaje común que permite que todos los profesionales de la salud puedan comunicarse entre sí; definir las características de la enfermedad y entender cómo difiere de otras enfermedades similares; y por último desarrollar la comprensión de las causas de las diversas enfermedades haciendo referencia a su etiología, excepto en aquellas cuya etiología o cuyo proceso fisiopatológico subyacente es desconocido.

Permite que clínicos de diversas escuelas y orientaciones teóricas utilicen las clasificaciones y puedan identificar las enfermedades.

Para nuestro interés vamos a diferenciar las enfermedades en: 1) enfermedades no infecciosas y 2) enfermedades infecciosas.

- 1) Entendemos por enfermedades no infecciosas aquellas en las cuáles no intervienen agentes vivos en su causa. Implicarían a todos los órganos y sistemas y por lo tanto a todas las especialidades médicas.
- 2) Entendemos por enfermedades infecciosas aquellas producidas por agentes vivos (bacterias, virus, etc.) siendo algunas de las características de estas infecciones: el conocimiento de la etiología (por lo tanto son de las pocas enfermedades frente a las cuales contamos con una terapéutica verdaderamente etiológica), que son las más frecuentes de todas las entidades que constituyen la patología médica aunque, afortunadamente la inmensa mayoría de ellas sean leves o casi subclínicas. Otra característica importante es que muchas son contagiosas, es decir, transmisibles, lo que originaba en la antigüedad las epidemias pavorosas (peste, cólera, tifus.....) gravadas con una enorme mortalidad y todavía hoy en día brotes más limitados o incluso epidemias extensas como las gripales, aunque su letalidad es mucho más reducida. Hoy en día ha surgido una nueva epidemia, representada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que suscita temores que recuerdan a las plagas de la Antigüedad. La prevención de riesgos, la vacunación y el descubrimiento de los antibióticos y otros agentes quimioterápicos son los que han conseguido ostensibles progresos terapéuticos. Por contra, la mala utilización de los mismos, está dando lugar a la aparición de organismos resistentes.

Atendiendo a los microorganismos patógenos (causantes de las enfermedades), podemos dividirlos en:

- a) Bacterias
- b) Hongos, protozoos, vermes y artrópodos
- c) Virus

Cuando un ser humano sufre una enfermedad infecciosa (cuando un microorganismo produce efectos nocivos) van a concurrir encadenadamente una serie de factores : a) reservorio y fuente de infección -hábitat naturales donde se hallan los gérmenes: la tierra, los animales, el agua, el mismo ser humano, etc.- ; b) propagación de la infección (bien dentro del propio organismo -por ejemplo, las inyecciones intravenosas sin tomar medidas higiénicas introducen estafilococos que viven en la piel en el torrente circulatorio, y estos son capaces de originar endocarditis y otras infecciones- o bien fuera de éste, existiendo en este caso una vía directa -contacto íntimo- y una vía indirecta -vía aérea, el agua, los alimentos, vehículos inanimados, instrumentos, animales, insectos, etc.-); c) penetración del microorganismo en el ser humano a través de las "puertas de entrada" -cada una de las cuáles tiene sus propios mecanismos defensivos-: piel y mucosas, vías respiratorias, tubo digestivo, orofaringe, vías genito-urinarias y vías parenterales; d) reacciones de inmunidad de la persona (por ejemplo la creación de anticuerpos); e) patogenia de la infección (síntomatología primaria y secundaria) y f) manifestaciones clínicas (por ejemplo la fiebre, sensación de postración, dolores de cabeza o de articulaciones, debilidad, etc.).

- El enfermo como agente activo o pasivo frente a la enfermedad
- ¿Qué debo hacer si enfermo?
- ¿Existen señales/avisos de que va a aparecer una enfermedad antes de que se manifieste?
- Enfermedades que se pueden evitar y cómo evitarlas. Riesgo de enfermar

### El enfermo como agente activo o pasivo frente a la enfermedad

En la mayoría de las enfermedades el paciente debe ser un agente activo, es decir que debe poner los medios a su alcance para favorecer el pronto diagnóstico y la mejor evolución posible. Así, debe:

- a) Comentar a su médico o profesional sanitario los síntomas que le aquejan, las conductas previas que han podido influir en su enfermedad y las dudas o preguntas que tiene sobre su padecimiento (no debemos olvidar que la sinceridad siempre ayuda al paciente y la ocultación de síntomas o conductas sólo le perjudica a él).
- b) Tras el diagnóstico y establecimiento de pautas de tratamiento (medicamentosas y no medicamentosas) éstas se debe cumplir estrictamente y en caso contrario informar de ello al profesional que le atiende para que éste pueda reevaluar el tratamiento y su adecuación. A cada enfermedad o grupo de enfermedades le corresponden una serie de hábitos de vida que se tienen que cumplir y que suelen ser imprescindibles para la recuperación correcta (por ejemplo guardar cama en una gripe o mantener limpia cualquier herida).

### ¿Qué debo hacer si enfermo?

El primer paso frente a una enfermedad sería darse cuenta de que se está enfermo, es decir, reconocer determinados síntomas como compatibles con una enfermedad y no negar su posibilidad. Esto implica la concienciación frente a un problema y ésta concienciación va a estar en relación con la motivación hacia el tratamiento, la cual, a su vez, va a influir en el pronóstico.

En segundo lugar se debe consultar con el profesional adecuado y valorar si, para eso, se necesita la ayuda de algún familiar o amigo cercano. En nuestro país, todos los ciudadanos tienen derecho a acudir al médico de Atención Primaria que es quien sabrá orientar el problema y coordinar las distintas intervenciones.

A partir de ahí, la persona debe ser agente activo en la enfermedad y formar un equipo de trabajo con los profesionales que le tratan ya que con ellos va a compartir el objetivo del tratamiento: la mejoría física y psicológica.

## ¿Existen señales/avisos de que va a aparecer una enfermedad antes de que se manifieste?

En muchas enfermedades no existen señales y/o avisos de que ésta va a aparecer o puede hacerlo, antes de que se manifieste. Pero a la vez, casi todas van a progresar desde muy pocos síntomas hasta muchos síntomas.

Esto nos lleva a dos cuestiones: a) que una persona puede ser portadora de una enfermedad aún sin manifestar síntomas, con lo cual se está ya produciendo un daño (por ejemplo el daño hepático por consumo de alcohol) y b) que una vez de manifestarse los primeros síntomas es muy importante el pronto tratamiento para evitar y/o mitigar su progresión.

## Enfermedades que se pueden evitar y cómo evitarlas. Riesgo de enfermar

Hay que pensar que toda persona es susceptible de enfermar. No sirve pensar "A mí no me va a pasar" o que determinada enfermedad es sufrida por determinados grupos de personas.

Así, aunque muchas veces no se puede evitar una enfermedad, sí se puede prevenir el riesgo de padecerla a través de diversas medidas, actitudes y conductas preventivas. Estas irán, por ejemplo, desde las vacunas hasta una alimentación correcta, sólo por citar dos cuestiones en relación con el profesional y el cliente.



# Sesión 3<sup>a</sup>

Trastornos Mentales  
y del Comportamiento





# Objetivos

## Objetivo general:

- Promover la Salud Mental como sustento de la calidad de vida del individuo.

## Objetivos específicos:

- Aportar información sobre los diversos niveles que influyen en la Salud Mental
- Incidir en la concepción de los trastornos mentales como otras enfermedades más y potenciar un afrontamiento a éstos similar al del resto de las enfermedades
- Incrementar los conocimientos adecuados sobre los trastornos mentales y su tratamiento
- Sensibilizar sobre la importancia de la Salud Mental como parte imprescindible para la salud general del individuo

# Metodología Propuesta

## Discusión dirigida y reflexión sobre "Los trastornos mentales y nuestra visión de los mismos"

En esta dinámica se pueden utilizar las hojas de papel grandes o cartulinas que se dibujaron y completaron con enfermedades en la sesión N° 2 y que se pegaron en la pared actuando como pizarras.

Probablemente, entre las enfermedades citadas por los participantes, se hayan citado diversos trastornos mentales. Una primera reflexión, es que (seguramente) se han dicho muy pocos si lo comparamos con el resto de las enfermedades, o se hayan citado de forma genérica y poco específica. Incluso puede ser que en el panel realizado en la Sesión N° 1 sobre "Dudas, Preguntas o Comentarios en torno a la salud y la enfermedad", sea evidente que hay muy pocas preguntas, dudas o comentarios con respecto a los trastornos mentales. Se puede recoger esta realidad con el mismo objetivo que tiene esta dinámica en esta sesión, y trabajar desde allí.

En caso de que las personas no hayan dicho ningún trastorno mental o hayan citado muy pocos como para trabajar con ellos, el conductor puede optar por repetir el ejercicio, con nuevas hojas de papel que se utilizarán como pizarras. En ellas, nuevamente, se dibuja el contorno de una persona y se pide a las personas que, en forma de ronda (o en forma de Tormenta de ideas), vayan diciendo:

- a) 5 trastornos mentales distintos que conocen
- b) 3 maneras distintas de actuar a nivel personal frente a un trastorno mental
- c) 3 maneras diferentes de pedir ayuda frente a un trastorno mental

El conductor del grupo o un voluntario va a ir escribiendo sobre el contorno de la persona dibujada en la cartulina y fijada en la pared, cada uno de los trastornos mentales que le van diciendo, las maneras de actuar y las maneras de pedir ayuda.

Una vez escritas las aportaciones de cada persona del grupo (o si se está trabajando sobre las cartulinas creadas en la Sesión N° 2) aparecerían escritos en el dibujo de la persona, una serie de: a) trastornos mentales distintos; b) maneras distintas de actuar frente a un trastorno mental y c) maneras diferentes de pedir ayuda

La función del conductor será señalar diversas cuestiones:

- 1) que hay una tendencia, bien a maximizar y exagerar, bien a minimizar los trastornos mentales, evidenciándose estas cuestiones en la inclusión de una serie de problemas que no son trastornos mentales (estar en paro, peleas con los padres, estar a disgusto en el trabajo, estar deprimido el lunes o a la vuelta de las vacaciones, etc.) o en la aportación de muy pocos trastornos mentales cuando se pide que cada persona aporte 5 diferentes. Frente a esta tendencia, habría que objetivar qué son y qué no son trastornos mentales y fomentar una visión objetiva de los mismos, de cara al tratamiento. Dependiendo de la formación del conductor, se podrá profundizar más en estos aspectos.
- 2) Puede darse una tendencia a la aparición de estereotipos que no se corresponden con la realidad (estar loco, ser tarado, ser una histérica, etc.) y que deben ser aclarados. También dependiendo de la formación del conductor, se podrá profundizar más en estos aspectos.

- 3) Con toda probabilidad existe un escaso y distorsionado conocimiento sobre los trastornos mentales y la forma de actuar ante ellos, así como ante la forma de pedir ayuda. Aprovechando el material producido por las personas, el conductor va a ir reflexionando (y haciendo reflexionar) sobre estas cuestiones, llevando al grupo a la idea global de que los trastornos mentales son enfermedades como otras, que tienen los mismos requisitos de tratamiento y frente a los cuáles es necesario pedir ayuda.
- 4) Si se ha utilizado el mismo dibujo que en la Sesión N° 2, se puede relacionar la Salud Mental con la Salud General (en función de los contenidos ya trabajados) y la importancia del cuidado de la Salud Mental como parte de la Salud General.

La experiencia del conductor le permitirá ir ejemplificando las interrelaciones que existen entre estas variables: trastornos mentales, maneras de actuar frente a éstos, y maneras de pedir ayuda, a través de lo expresado por el grupo y apoyándose en los conceptos teóricos del texto para poder orientar el trabajo grupal hacia los objetivos específicos de la sesión.

## Discusión dirigida: "Caso clínico"

A partir de la dinámica anterior, el conductor puede pedir al grupo que plantee el caso de una enfermedad mental concreta y generar una discusión dirigida entre los miembros incorporando todos los conceptos que se tratan en los Contenidos teóricos de esta sesión. Puede utilizar, a la vez, el material de apoyo.

El sentido de esta dinámica no sería resolver el caso concreto sino llevarlo a la generalización (lo que es necesario hacer en todos los trastornos mentales y en las demás enfermedades) y a los aspectos pragmáticos de aportar al grupo sensibilización, claves e instrumentos para poder entender, aceptar y actuar frente a los trastornos mentales propios y de su entorno.

Esta dinámica se podría continuar, ampliar o sustituir (por ejemplo si presentan un caso clínico no válido, insuficiente o directamente no lo presentan) por la siguiente dinámica aportada por el conductor. Se podría entender como "casos clínicos" que aporta el propio conductor

## Viñetas situacionales: "Casos clínicos"

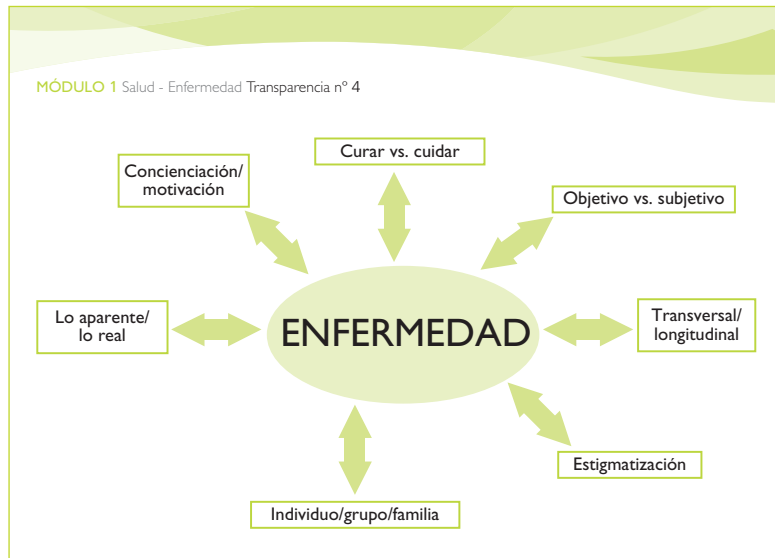
- 1) Situación de una persona que no consulta porque piensa que consultar con un psiquiatra o un Centro de Salud Mental es claramente aceptar que está loco.
- 2) Situación en la cual todos los miembros del entorno de una persona (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) le dicen que está mal, que le pasa algo y él no quiere verlo.
- 3) Una enfermedad mental que lleva a un consumo dañino de sustancias, o el caso contrario, un consumo repetido de sustancias que lleva a un trastorno mental específico. Este caso puede aprovecharse para introducir los contenidos referentes a Patología dual.

En las dos últimas dinámicas grupales propuestas (la discusión dirigida: "Caso clínico" y las Viñetas situacionales) se debe promover una discusión dirigida en torno a los conceptos generales de: aceptación vs. no aceptación de un trastorno; compartir vs. no compartir; consultar vs. no consultar con un profesional; cumplimentar correctamente el tratamiento y el seguimiento.

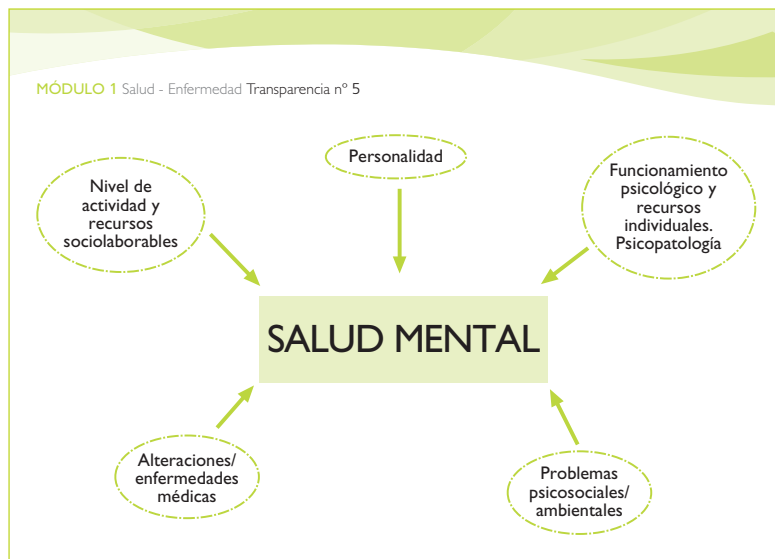
Todas las dinámicas grupales de esta sesión deben ser continuadas y en ocasiones complementadas con las de la sesión siguiente, en la medida en que la siguiente sesión va a versar sobre el tratamiento de las distintas enfermedades y los seguimientos de salud.

Para todas estas dinámicas grupales y toda esta sesión se pueden utilizar como apoyo las transparencias N° 4, 5 y 6.

### TRANSPARENCIA N° 4



### TRANSPARENCIA N° 5



## TRANSPARENCIA N° 6



## Brainstorming y Subgrupos: “Patología dual: Lo que hay que saber sobre la enfermedad”

Esta dinámica está dirigida a pensar en toda aquella información que es necesario saber para poder hacer frente a la enfermedad. Se hace una pequeña introducción sobre lo que significa la patología dual y a partir de ella, se trabaja con el grupo. La información que se facilita al grupo se presenta en la transparencia N° 7.

La patología dual se define de forma genérica por la coexistencia de un doble diagnóstico; un diagnóstico por el uso de sustancias tóxicas y un trastorno psiquiátrico asociado.

A partir de esta información básica se le pide al grupo que haga una tormenta de ideas sobre las preguntas que deberían hacer a los profesionales de la Salud Mental (médico psiquiatra, psicólogo) para estar bien informados sobre lo que significa la enfermedad y el diagnóstico. Se recomienda no realizar, para no mezclar conceptos, ninguna pregunta relacionada con los posibles tratamientos.

Una vez finalizada la tormenta de ideas, se pide al grupo que se reúna en subgrupos de 3-4 personas y que redacten al menos 3 preguntas posibles. Se reparte entre el grupo la ficha N° 1, en la cual podrán escribir las consultas que tengan que hacer al profesional. Se recogerán las preguntas de todas las personas en una pizarra. Todas las preguntas serán válidas y no se descartará ninguna. El conductor animará a todos los miembros del grupo a hacer preguntas. No obstante, evitará entrar en cuestiones personales, aportando información válida para todos los casos. Asimismo controlará que el grupo no se convierta en una sesión de terapia.

### TRANSPARENCIA N° 7

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 7

PATOLOGÍA DUAL

- La patología dual se define de forma genérica por la coexistencia de un doble diagnóstico: un diagnóstico por el uso de sustancias y un trastorno psiquiátrico asociado.
- Tienen patología dual las personas que tienen estos dos diagnósticos.
- El trastorno por consumo de sustancias significa el abuso o la dependencia de alcohol u otras drogas, como el hachis, la cocaína, las anfetaminas o speed, la heroína, etc.
- La patología psiquiátrica se refiere a tener un diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno bipolar, de trastorno depresivo, de trastorno de ansiedad, etc.
- El diagnóstico de patología dual es complicado, porque algunas veces los síntomas de la abstinencia o de las intoxicaciones de las distintas sustancias se pueden confundir con los síntomas de la enfermedad psiquiátrica.
- Algunas personas tienen alucinaciones, ideas de ser perseguidos, desorientaciones, etc., como consecuencia del consumo de drogas.
- Cuando se tiene un diagnóstico de patología dual estos síntomas son producto de la enfermedad mental y no del consumo de sustancias, aunque éste los aumenta. Ahí radica la diferencia.
- Esta diferencia es importante a la hora de afrontar y cumplir un tratamiento.

### FICHA N° 1

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 1

PREGUNTAS AL MÉDICO O AL PSICÓLOGO SOBRE LA DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

## Subgrupos: “Lo que hay que saber sobre el tratamiento”

Una vez definida la enfermedad se propone realizar una serie de ejercicios con la finalidad de tratar algunas cuestiones relativas al tratamiento de la patología dual. Esta dinámica consta de tres partes que deberían llevarse a cabo secuencialmente.

**Primera parte:** El tratamiento de la patología dual requiere del tratamiento del trastorno psiquiátrico y el tratamiento del consumo de sustancias. El conductor va a pedir al grupo que reflexione sobre la definición y los contenidos de ambos tratamientos, para lo cual se reparte la ficha N° 2. Esta ficha se va a trabajar en grupos de 3-4 personas. En ella aparecen dos columnas, una para el tratamiento psiquiátrico y otra para el tratamiento de la dependencia del alcohol u otras drogas. En el lugar dejado al efecto para ello, cada subgrupo deberá escribir en qué consiste cada uno de los tratamientos, que implica hacerlos, qué normas establece cada uno, cómo es su seguimiento, etc.

### FICHA N° 2

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 2

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Una vez cumplimentada la ficha con un tiempo de trabajo grupal de unos 10 minutos aproximadamente, un portavoz de cada subgrupo pone las ideas en común y se escriben en la pizarra las cuestiones más relevantes. Se abre un debate sobre cada uno de los tratamientos en el que el conductor procura aclarar la información errónea, los mitos y reforzar la información correcta.

**Segunda parte:** El conductor pregunta al grupo si considera que el tratamiento de ambas patologías es compatible, de tal manera que propicie la reflexión sobre las posibilidades de compaginar este tratamiento complejo. Así mismo se les anima a que piensen en las cuestiones por las que creen que los tratamientos de ambas patologías tienen dificultades para complementarse. Se reparte la ficha N° 3, para trabajar durante otros 10 minutos, en subgrupos de 3-4 personas. Es importante que no se repitan los mismos subgrupos en los diferentes ejercicios y que las personas del grupo se mezclen entre ellas. Se debe animar al grupo a trabajar con personas diferentes de las del ejercicio anterior, valorando la diversidad de opiniones.



FICHA Nº 3

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha nº 3

SIMILITUDES EN EL TRATAMIENTO DE CADA PROBLEMA	DIFICULTADES PARA COMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO DE AMBOS PROBLEMAS
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Una vez realizada esta parte del ejercicio, un portavoz de cada subgrupo pone en común las reflexiones realizadas. El conductor apunta las cuestiones más relevantes en la pizarra. Es el momento de señalar la importancia de que el tratamiento de ambas patologías esté coordinado, y hacer hincapié en que el buen tratamiento es el que trata a la persona en su globalidad, a pesar de que en momentos diferentes se pueda necesitar el uso de técnicas más propias de cada una de las patologías.

**Tercera parte:** En esta parte se va a resaltar la necesidad que existe, en algunos momentos, de hacer un mayor hincapié en un tratamiento sobre otro. Se va a trabajar en formato de ronda y utilizando como apoyo la transparencia Nº 8. En ella se presentan distintas intervenciones específicas que van a ser más necesarias en un momento o en otro. Se pide al grupo que indique el momento en el que pueden ser necesarios. El conductor va dinamizando la puesta en común, aportando la información correcta necesaria.

TRANSPARENCIA Nº 8

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia nº 8

¿EN QUÉ MOMENTO ES NECESARIO UN TRATAMIENTO?

¿En qué momento son necesarios los siguientes tratamientos específicos de drogodependencias?

1. Tratamiento de mantenimiento con Metadona
2. Programas de desintoxicación
3. Pisos de acogida
4. Comunidad Terapéutica
5. Pisos de reinserción social y laboral
6. Otros

¿En qué momento, son necesarios los siguientes tratamientos específicos para el tratamiento de la enfermedad mental?

1. Unidades de Psiquiatría de los Hospitales
2. Hospitales psiquiátricos
3. Centros de Día

# Contenidos Teóricos a Trabajar

- Los pilares de la Salud Mental
- Causas de los Trastornos mentales
- Definición de los Trastornos mentales y del comportamiento

## Los pilares de la Salud Mental

La salud mental de las personas implica la valoración de varios ejes o dimensiones de esa persona, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de su vida. Todas van a ser necesarias para sustentar y mantener la salud del individuo. Así cuando hablamos de trastornos mentales clínicos y otros problemas o padecimientos psíquicos que pueden ser objeto de atención especializada debemos considerar diversas áreas para valorar la salud mental del individuo.

La primera área a considerar tiene en cuenta los problemas mentales o enfermedades mentales concretas que pueden aparecer y por las que se solicita atención clínica. Entre éstos están los trastornos adaptativos, las somatizaciones, las alteraciones de la conducta, de las emociones, la ansiedad, las alteraciones del contacto con la realidad o psicosis, las alteraciones producidas por el uso de sustancias y las alteraciones mentales orgánicas, entre otras.

La segunda área a considerar es la personalidad. Cada individuo tiene una personalidad (una manera de ser y funcionar en la vida) y esta personalidad se sitúa también en un continuum que va desde la normalidad a la patología. Cuando existe un trastorno de la personalidad la salud mental y las enfermedades mentales se expresan de distinta manera y en relación con la correspondiente personalidad. Desde un catarro o un estreñimiento hasta la ansiedad y desde una neoplasia hasta una depresión mayor o una esquizofrenia van a tener una expresividad clínica diferente en relación con la personalidad y las capacidades cognitivas.

La tercera área a tener en cuenta es si existe una o varias enfermedades médicas que puedan estar influyendo en la alteración mental o incluso en la propia personalidad.

En cuarto lugar, y en la medida que vivimos en una comunidad que implica a la familia, los amigos, al propio pueblo o ciudad, a las características sociales y políticas del medio; habrá que valorar también la posible existencia de problemas psicosociales y ambientales que pueden estar influyendo en la enfermedad o incluso que sean su causa o causantes de la cronificación del problema.

Por último, para entender lo que ocurre y como se expresa el problema, es necesario valorar el nivel y situación de la actividad global que existe y que incluye a la educación, la socialización, la situación laboral, etc.

Para valorar el estado de salud de un individuo debemos ver y atender todas y cada una de las cinco áreas referidas. Para considerar que existe un problema en alguna de ellas deben darse una serie de requisitos o criterios diagnósticos (en relación con el número de síntomas; la intensidad de los mismos; el nivel de displacer o discapacidad que produce, etc.).

## Causas de los Trastornos mentales

Resumiendo, el ser humano se sustenta en aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La alteración en cualquiera de estos tres niveles podría producir trastornos mentales, por lo que es prácticamente imposible hablar de una única causa para un determinado trastorno mental, y así se habla de predisposiciones, etiologías multifactoriales, personas vulnerables, etc.

## Definición de los Trastornos mentales y del comportamiento

En el DSM-IV-TR cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la reacción ante la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado de la norma (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Aunque, por necesidad, los trastornos se han definido de una manera tan diferenciada como ha sido posible, se producen continuas controversias sobre las relaciones entre muchas de las categorías diagnósticas y la posibilidad de que se presenten varias conjuntamente. Es útil adoptar un enfoque jerárquico, pragmático y multidisciplinar que dé prioridad a una gradación escalonada de los problemas en lugar de a los diagnósticos aislados.

Al igual que con otras enfermedades debe quedar claro que los objetos de la clasificación vienen constituidos por las enfermedades que presentan las personas, no por las personas en sí mismas. Además, esto no implica que todas las personas con un trastorno mental determinado sean similares; sino que por el contrario, difieren en muchos rasgos importantes que afectarán tanto a los síntomas que se presentan como al tratamiento y al pronóstico.

- **Diferencias y similitudes con las enfermedades no mentales**
- **Diferencias entre Trastorno mental y locura**
- **Tipo de Trastornos mentales**

## Diferencias y similitudes con las enfermedades no mentales

Como norma general hay que considerar las enfermedades mentales y no mentales como similares, es decir que requieren un estudio, un diagnóstico y plan de tratamiento y un seguimiento. Por lo tanto, la primera actitud ante una enfermedad mental será, como frente a cualquier otra enfermedad, consultar al médico de Atención Primaria o equivalente, que es quien va a valorar el problema y la derivación oportuna a otro servicio especializado. En Medicina, cada especialidad se hará cargo del estudio y tratamiento correspondiente a un grupo de enfermedades y la especialidad de Psiquiatría se hará cargo de las enfermedades mentales.

Las diferencias entre las enfermedades mentales y las no mentales harán referencia a la causa que las produce, a la inexistencia en muchas ocasiones de signos objetivables al exterior (por ejemplo la depresión no se ve pero se siente), y a la necesidad de aplicar intervenciones a distintos niveles (individual, grupal, familiar, biológico, psicológico, social, etc.), porque el individuo que sufre una enfermedad vive en un grupo (amigos, familia, etc.) y este grupo está inserto en una sociedad.

## Diferencias entre Trastorno mental y locura

La locura no se corresponde con ninguna terminología de la salud ni de la enfermedad. Es un término vulgar, peyorativo y sin un significado preciso. El trastorno mental, por el contrario, hace referencia a una serie de enfermedades o padecimientos que puede sufrir el ser humano por diversos motivos en diferentes momentos de su vida y que en la mayoría de las ocasiones nada tienen que ver con su cordura.

## Tipo de Trastornos mentales

Existen trastornos de inicio en la infancia, en la niñez o en la adolescencia, algunos de los cuáles ceden con el paso de los años y otros que por contra van a marcar el nivel de salud y funcionamiento adulto. En todos los casos será necesario un diagnóstico médico y un tratamiento preciso siempre con la participación de la familia.

Los trastornos mentales abarcan patologías que están producidas bien por causas orgánicas (normalmente no infecciosas), bien por el uso de sustancias, bien por causas psíquicas.

Entre las que tienen una causalidad definida de tipo orgánico (aunque ésta no sea conocida en alguna fase de la enfermedad) estarían el delirium, la demencia, los trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos y los trastornos mentales debidos a enfermedad médica. En estos casos se trata la causa que produce el trastorno y, en muchas ocasiones, éste puede ser reversible. Siempre es necesario hacer diagnósticos diferenciales (valoración médica especializada precisa) y evitar el tránsito hacia trastornos mentales orgánicos graves e irreversibles (p. ej.: la ausencia de vitaminas del complejo B en la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff).

Entre las alteraciones derivadas del uso de sustancias, estarían las intoxicaciones, abusos, dependencias, síndromes de abstinencia, amnesias u otras alteraciones mentales asociadas a cada una de las diferentes sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cafeína, cocaína, anfetaminas, opiáceos, alucinógenos, psicofármacos, etc.).

Dentro de las llamadas enfermedades funcionales, en las que sabemos que se presentan alteraciones (signos y síntomas) pero no existe una lesión anatómica concreta (es decir, aunque podamos plantear diversas hipótesis etiológicas no se puede concretar con exactitud una única causalidad), estarían:

- 1) La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En éstos, existe una desconexión con la realidad y síntomas delirantes, alucinatorios y de importante gravedad. Es imprescindible en la mayoría de los casos la valoración psiquiátrica y la utilización de psicofármacos para su abordaje terapéutico. Se benefician también de las intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares, etc. y requieren de recursos en la comunidad para su tratamiento (p. ej. Hospitales de día, Centros de día, Clubs terapéuticos, etc.).
- 2) Trastornos del estado de ánimo. Existe una afectación del humor que puede ir desde la depresión hasta la manía; desde lo menos grave a lo muy grave; desde lo agudo a lo crónico; y desde los episodios únicos a la enfermedad recidivante. La mayoría de los trastornos incluidos en este grupo se benefician, y en algunos casos se curan, con la utilización de psicofármacos, siendo necesario el seguimiento de la respuesta a los mismos. Se benefician también de las intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares, etc.

- 3) Trastornos de ansiedad. En éstos la ansiedad se experimenta directamente o bien existen conductas de evitación a causa de la ansiedad. Están incluidos en este grupo el trastorno de angustia, la agorafobia, todas las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno por estrés agudo y otros trastornos de ansiedad (debido a enfermedad médica, por el uso de sustancias, etc.). En la mayoría de estos trastornos los psicofármacos y la psicoterapia son de gran ayuda.
- 4) Trastornos somatomorfos. Sus síntomas sugieren la presencia de una enfermedad médica, aunque no pueden ser explicados por ninguna enfermedad conocida. Incluyen las somatizaciones, el trastorno de conversión, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno por dolor. En estos casos el tratamiento pretende dotar de expresividad emocional al síntoma físico, requiriendo de intervenciones especializadas por el riesgo de descompensaciones psicosomáticas graves.
- 5) Trastornos facticios. Se caracterizan por la simulación de síntomas físicos o psicológicos intentando que estos no se descubran pero no son intencionados conscientemente, sino por las necesidades psicológicas y emocionales internas. Así, se diferencian de la simulación (que no se consideraría un trastorno mental) porque quienes los padecen no intentan conseguir ganancias materiales legales, laborales, etc. En estos casos el tratamiento pretende dotar de expresividad emocional al síntoma fáctico, requiriendo de intervenciones especializadas.
- 6) Trastornos disociativos. En éstos se alteran las funciones integradoras de la identidad, la memoria o la conciencia. Incluyen el trastorno de identidad disociativo (trastorno de la personalidad múltiple), el trastorno de despersonalización y las amnesias y las fugas disociativas. En estos casos, el tratamiento se apoya especialmente en las intervenciones psicoterapéuticas especializadas.
- 7) Trastornos de las funciones fisiológicas. Incluyen: los trastornos sexuales y de la identidad sexual, los trastornos de la conducta alimentaria, y los trastornos del sueño. En la medida en que afectan a las funciones fisiológicas y en la mayoría de los casos aparecen alteraciones físicas, podríamos aplicar los tratamientos comentados en los trastornos somatomorfos (ver arriba). Hay que intentar evitar la cronificación y la conversión en un trastorno mental más grave con tratamientos específicos.
- 8) Trastornos de la conducta y del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En éstos aparece una recurrencia de la conducta disfuncional, que es dañina para la persona o para los demás. Incluye el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía, etc. Estas alteraciones no deben ser expresión de otro trastorno subyacente (p. ej.: piromanía en una esquizofrenia o cleptomanía en un trastorno de la conducta alimentaria).
- 9) Trastornos adaptativos. Sería una reacción clínicamente significativa frente a un estrés psicosocial identificable. No se diagnostica si los síntomas alcanzan la gravedad de otro trastorno específico o constituyen una reacción proporcional en intensidad y tiempo al acontecimiento estresante. Hay que intentar evitar la cronificación con un tratamiento específico.
- 10) Trastornos de la personalidad. Estos trastornos se reúnen en grupos basados en características conductuales comunes. Representarían las personalidades llamadas "difíciles", "complicadas", "raras", "peligrosas", "retraídas", "histriónicas", "suspicious", etc. Para considerarse trastorno de personalidad debe cumplir una serie de características: a) el funcionamiento de la persona representa un patrón de perturbación persistente presente en diversos aspectos de la vida de la persona y no en un momento y/o una circunstancia puntual; b) para distinguirlo de un rasgo de personalidad debe existir la certeza de que la conducta produce malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, etc. y c) las alteraciones deben aparecer al inicio de la edad adulta y generalmente han sido aparentes en la adolescencia. El tratamiento de estas alteraciones requieren de intervenciones especializadas a largo plazo.

Existen otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, aunque no se consideran trastornos mentales en sí mismas (p. ej.: problemas relacionales con los ciclos vitales, duelos, problemas laborales, problemas relacionados con la negligencia, etc.).

En el tratamiento de todos los trastornos referidos, la información, el apoyo, el cuidado, la psicopedagogía de la salud y otras alternativas terapéuticas, siempre deben estar presentes, y bajo la supervisión de los profesionales de la salud.

- **Patología Dual**
  - **Factores etiopatogénicos, principios del tratamiento y recomendaciones terapéuticas generales**
  - **Estrategias diagnósticas en Patología dual**
  - **Manifestaciones clínicas y tratamiento de la patología dual**
    - Urgencias
    - Trastornos psicóticos
    - Trastornos del estado de ánimo
    - Trastornos de ansiedad
    - Trastornos de personalidad

## Patología dual

Cuando se habla de patología dual, se hace referencia a la coexistencia de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con otros trastornos psiquiátricos. Las consecuencias de esta coexistencia de trastornos se caracterizan por un mayor número de ingresos hospitalarios, de frecuentación de los servicios de urgencias, de inestabilidad familiar y marginación social, de presencia de conducta violenta o criminal, y de ideación o conducta suicida, y menor adherencia a los tratamientos, peor respuesta a los mismos y mayores dificultades de acceso a la red asistencial.

Aunque muchos de los cambios observados a nivel conductual, afectivo y cognitivo son el resultado del consumo de sustancias y se resuelven cuando los pacientes adictos son desintoxicados y permanecen libres de sustancias, en algunos casos persisten signos y síntomas sugerentes de un trastorno psiquiátrico asociado después de conseguir la abstinencia.

Si bien la mayor parte de los estudios disponibles señalan que el abordaje de ambos trastornos en un mismo Servicio es la indicación óptima en los casos de patología dual, suele suceder que los pacientes con un trastorno mental primario y un trastorno por uso, abuso o dependencias de sustancias secundario son vistos en la red de Salud Mental, mientras que los pacientes usuarios de drogas suelen ser vistos en los Servicios de atención a las toxicomanías. Muchas veces son los mismos profesionales los que mantienen la dicotomía en el abordaje de estos pacientes aduciendo falta de formación para atender ambos trastornos.



## Factores etiopatogénicos, principios del tratamiento y recomendaciones terapéuticas generales:

Existen problemas metodológicos para descifrar las relaciones de causalidad entre ambos trastornos. En los diferentes estudios hay una tendencia a inferir relaciones de causalidad no avaladas por los datos en que se basan, encontrando un complejo conjunto de relaciones entre varios patrones de consumo de sustancias y la presencia de otros trastornos psiquiátricos.

Las posibles relaciones etiológicas se establecen del siguiente modo:

- Trastorno psiquiátrico primario con trastorno por consumo de sustancias secundario
- Trastorno psiquiátrico y trastorno por consumo de sustancias coexistentes, con origen común
- Trastorno psiquiátrico y trastorno por consumo de sustancias coexistentes, con origen independiente
- Trastorno por consumo de sustancias primario con trastorno psiquiátrico secundario

Sin embargo, hay múltiples interacciones entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias. Desde una intoxicación por estimulantes que simula una psicosis hasta la depresión post-consumo, el abanico de posibilidades es muy amplio.

Se puede, no obstante, en función de una serie de principios del diagnóstico y tratamiento, establecer algunas recomendaciones terapéuticas generales que recogen los diferentes documentos de consenso existentes en la actualidad y que se resumen a continuación:

- 1) Estabilización de los síntomas agudos, tanto psiquiátricos como de consumo de sustancias. Algunos pueden exigir hospitalización (p.ej. ideación suicida). Los síntomas agudos por abuso/dependencia de sustancias exigen un tratamiento de desintoxicación.
- 2) Observar al paciente abstinentes durante un período de 3 a 6 semanas de duración antes de realizar el diagnóstico psiquiátrico. Es imprescindible la abstinencia de sustancias para realizar un diagnóstico diferencial.
- 3) Necesidad de tratar ambos trastornos de forma específica a partir de un abordaje integral orientado a los síntomas. Se pueden utilizar mecanismos de presión externa para el tratamiento (familia, trabajo, judicial, etc.).
- 4) Ni la psicoterapia ni el tratamiento psiquiátrico de forma aislada se consideran tratamiento eficaz. La patología dual exige la participación de un tratamiento interdisciplinar.
- 5) Es necesario un abordaje flexible en lo que al consumo de sustancias se refiere, aunque es necesario limitar el uso de sustancias de cara al tratamiento. La abstinencia debe constituir un objetivo aunque no debe ser inmediato. Es más importante la alianza para el tratamiento que es la que va a determinar, en muchos casos el cumplimiento terapéutico.
- 6) Se requiere un tratamiento intenso. A nivel ambulatorio la literatura señala una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, o diaria en régimen de hospital de día. Puede ser necesaria la hospitalización.
- 7) El tratamiento para ambos trastornos los debe realizar un equipo coordinado, que trabaje tanto a nivel psicofarmacológico como conductual, y con la misma filosofía de tratamiento.
- 8) En estos pacientes las recaídas son más frecuentes por lo que es necesario que el tratamiento implique estrategias específicas de prevención de recaídas y técnicas que mejoren la adherencia a los tratamientos.
- 9) Considerar los mecanismos de transferencia y contratransferencia. En la medida en que estos pacientes suelen estructurar relaciones de transferencia muy dependientes, muchas veces generan contratransferencias que dan lugar a formación reactiva y a una tolerancia y flexibilidad excesiva que no favorecen el tratamiento.

- 10) Estimular la asistencia a los grupos de terapia. Es necesario establecer grupos de tratamiento para pacientes con patología dual que permitan el reconocimiento, la aceptación y el trabajo de ambos tipos de trastornos.

Objetivos iniciales en el tratamiento son: hacer un diagnóstico correcto, conseguir la implicación del paciente y de la familia, llegar al establecimiento de acuerdos con el paciente para alcanzar la abstinencia y comprender la dificultad para mantenerla. Se puede decir que las decisiones terapéuticas, desde un punto de vista jerárquico y escalonado, deben ser:

- a) Tratar las complicaciones con riesgo vital:
  - En primer lugar debe realizarse el tratamiento del riesgo vital asociado a la intoxicación aguda (p.ej.: sobredosis) o de la abstinencia (p.ej.: delirium tremens).
  - En segundo lugar, debe evaluarse el riesgo de suicidio y/o agresividad debido a las manifestaciones clínicas
- b) Decidir si el paciente debe ser ingresado o puede realizarse un tratamiento ambulatorio:
  - Es importante garantizar, en la medida de lo posible, la abstinencia, puesto que muchas veces las manifestaciones clínicas remiten en ausencia de consumo de sustancias. Esta posibilidad va a determinar en general, la necesidad de ingreso o la pertinencia de un tratamiento ambulatorio.
  - Esta decisión debe ser individualizada. En general la hospitalización o el ingreso en otro tipo de recursos está indicado: si existen problemas médicos o psiquiátricos mayores asociados (p.ej: depresión con ideación suicida), en caso de abstinencia grave, presente o anticipada (particularmente de depresores del SNC); si existen múltiples intentos previos de tratamiento ambulatorio fracasados; en caso de ausencia de soporte familiar y social adecuado; en caso de alto grado de cronicidad y adicción grave con politoxicomanía (está documentado que son eficaces los programas ambulatorios en hospital de día para abusadores de alcohol leves o moderados y abusadores de cocaína; sin embargo es necesario el diseño y puesta en marcha de programas ambulatorios específicos).
- c) Intentar conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de sustancias. Debe implementarse un tratamiento específico con este objetivo. Dicho tratamiento debe incluir el trabajo psicoterapéutico que posibilite el cambio conductual y la prevención de las recaídas.
- d) Si existe enfermedad psiquiátrica mayor, debe intentar instaurarse el tratamiento psicofarmacológico lo antes posible.
- e) Si existe evidencia de que el trastorno psiquiátrico es secundario y se obtiene la remisión clínica, se puede a corto o medio plazo y progresivamente suprimir la medicación y observar si reaparecen los síntomas psiquiátricos. En caso de que el trastorno psiquiátrico sea primario, deben seguirse las recomendaciones para los trastornos mentales. A veces la historia clínica permite hacer esta diferenciación, otras, la recurrencia de los síntomas en situaciones comprobadas de abstinencia permiten establecer el diagnóstico de trastorno psiquiátrico secundario.

### Estrategias diagnósticas en Patología dual:

Para hacer un diagnóstico clínico correcto es esencial la historia clínica. Es importante seguir una serie de pasos para realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno psiquiátrico no inducido por sustancias y otro inducido.

El primer paso, detectada la situación de patología dual es establecer el tipo de relación temporal entre la psicopatología y el consumo de sustancias. Si no hay pruebas de consumo de sustancias o de abstinencia, el diagnóstico se orienta al trastorno psiquiátrico independiente.



Si la persona presenta algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias, investigar si los síntomas psiquiátricos pueden deberse a intoxicación o abstinencia (p. ej: en el caso de consumo de alucinógenos, tanto el consumo, como la intoxicación como la abstinencia pueden cursar con síntomas psicóticos. Ideas depresivas pueden aparecer en consumidores de alcohol durante la intoxicación o la abstinencia). Hay que valorar si los síntomas presentados son coexistentes con los que se esperan de la intoxicación o la abstinencia de sustancias.

El segundo paso, implica determinar si los síntomas que se presentan son los "normales" de la situación del consumo (los que se presentan normalmente en la intoxicación o la abstinencia) o son más graves. Si son más graves, se puede pensar en síndrome inducido o en trastorno comórbido o independiente.

El tercer paso, permite diferenciar si se trata de trastorno inducido o independiente, para lo cual es esencial establecer la cronología de los trastornos y la presencia de determinados factores que se asocian con los trastornos independientes. Es necesario intentar establecer en qué momento de la vida era posible establecer un diagnóstico psiquiátrico y/o por uso/abuso/dependencia de sustancias. Los trastornos inducidos aparecen en el curso de la intoxicación o la abstinencia, mientras que los independientes aparecen antes de la dependencia o en momentos en los que la persona está abstinentemente o estabilizada en su consumo.

Algunos datos de la historia clínica pueden sugerir la independencia del trastorno. Datos que hacen referencia a un trastorno psiquiátrico primario serían: comienzo del trastorno psiquiátrico antes del consumo de la sustancia; problemas distintos a los que muestran los sujetos con abuso/dependencia de sustancias (mayor intensidad, tipo de problema, etc.); continuación del trastorno tras 4 semanas de abstinencia (tiempo en el cual se han eliminado casi todas las sustancias del organismo, aunque para efectuar un diagnóstico definitivo puede hacer falta más tiempo de abstinencia); antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico y fracaso terapéutico previo (tanto en lo que respecta a la conducta de consumo, como a los síntomas psiquiátricos).

Algunos datos que hacen referencia a un trastorno inducido por consumo de sustancias, serían: respuesta inicial al tratamiento farmacológico seguida de importantes efectos secundarios y la retirada del fármaco y la no reagudización de los síntomas.

Se han diseñado distintas entrevistas diagnósticas específicas para personas con patología dual, que fundamentalmente hacen hincapié en la diferenciación entre trastorno inducido y trastorno primario. En la práctica los instrumentos diagnósticos suelen ser entrevistas estructuradas adaptadas para los criterios de las diferentes clasificaciones (DSM-CIE), pero tienen escasa aplicabilidad fuera de la investigación.

La mayor parte de los autores sostiene que el mejor instrumento diagnóstico es la historia clínica.

Así, para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias hay que valorar fundamentalmente tolerancia, abstinencia y pérdida de control (consumir más cantidad de lo previsto), además muchas veces un consumo de pequeñas cantidades tiene un efecto importante desencadenando el deseo de consumo (craving). Este deseo puede desencadenarse también en relación con estímulos ambientales o personales condicionados.

Otros indicadores del trastorno por consumo de sustancias son las consecuencias negativas derivadas del mismo, tanto biológicas, como psicosociales. Es difícil muchas veces llegar a este diagnóstico en ausencia de cooperación por parte del paciente, por eso es indispensable la colaboración del mismo y de la familia en el proceso. En la medida que la búsqueda de tratamiento se ha iniciado por una serie de complicaciones (médicas, psicológicas, sociales, judiciales, etc.) el trabajo con el paciente y la familia destinado a intentar delimitar el tipo de trastorno que se padece puede incrementar la colaboración de éstos.

## Manifestaciones clínicas y tratamiento de la patología dual:

### Urgencias

En los pacientes con diagnóstico dual, pueden presentarse todas las situaciones de urgencia psiquiátrica y todas las situaciones de urgencia por consumo de sustancias, por lo que hablar de "urgencias en patología dual" no sería correcto desde un punto de vista estricto.

En lo que se refiere a la patología psiquiátrica, las urgencias pueden estar relacionadas con el trastorno mental, con efectos secundarios de los tratamientos o con momentos vitales difíciles para la persona. Además estas urgencias pueden ser objetivas o subjetivas.

En materia de drogodependencias, se consideran situaciones de urgencia las intoxicaciones agudas graves, algunos síndromes de abstinencia, complicaciones psicóticas agudas (cuadros confusionales agudos o alucinatorios) y crisis de ansiedad asociadas al consumo. Son frecuentes también consultas urgentes por situaciones que no lo son en realidad, pero que angustian a la familia (demandas de tratamiento de síndromes de abstinencia no objetivables, desintoxicación, medicación, etc.).

Es evidente, por tanto, que el tipo de urgencias que se pueden producir en pacientes con diagnóstico dual tiene una gran diversidad.

Siempre debe ser el médico el que valore la situación de urgencia y ante sospecha de patología orgánica, se exige valoración hospitalaria. No hay que olvidar que los signos y síntomas de trastorno mental pueden ser debidos a causas orgánicas, neurológicas o tóxicas y como algunos documentos de consenso señalan, el mayor error potencial en la urgencia psiquiátrica es pasar por alto una posible causa orgánica del trastorno psíquico.

No es nuestro objetivo señalar todas las situaciones de urgencia posibles, sino señalar algunas cuestiones que es importante tener en cuenta.

Una es contemplar siempre la posibilidad de auto o heteroagresividad. Siempre deben tomarse en consideración amenazas de suicidio o de agresión.

En la medida en que los signos y síntomas del trastorno mental pueden ser debidos a problemas orgánicos, es esencial la valoración médica adecuada.

Por otro lado, es importante reconocer situaciones de urgencia no reales pero que lo son para el paciente o para la familia, sin exagerar las posibilidades de recursos de que se dispone y sin ceder a las manipulaciones, pero respetando el sufrimiento subjetivo de uno u otra.

Se debe clarificar tipo de sustancia consumida, dosis, vía de administración, horas transcurridas desde el último consumo y automedicación con psicofármacos. Hay que valorar también el abuso de alcohol. Es esencial tener información fehaciente por parte del paciente por lo que debe señalársele la importancia de que la información sea correcta. Hay que tener en cuenta, también, que muchas veces es imposible llegar a conclusiones diagnósticas en la situación de urgencia, por lo que es indispensable la valoración médica y psiquiátrica adecuada.

Hay dos situaciones clásicas de urgencia que vamos a comentar brevemente: las tentativas de suicidio y las crisis de agitación.

- **Tentativa de suicidio:**

La valoración del riesgo suicida es una tarea difícil, pero muy importante como situación de urgencia, pues se puede prevenir. Si bien no existen predictores que permitan evaluar el riesgo, los factores señalados en la SAD Persons Scale de Patterson y cols (1983) son: a) sexo masculino; b) edad <19 años y >45; c) depresión; d) intentos de suicidio previos; e) abuso/dependencia de alcohol u otras drogas; f) trastornos cognitivos; g) bajo apoyo social; h) plan organizado de suicidio; i) ausencia de pareja estable; j) enfermedad somática. En esta escala, cada ítem positivo recibe un punto y las puntuaciones obtenidas sugieren la conducta que se debe seguir:

0-2: alta domiciliaria con seguimiento ambulatorio

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerando el ingreso

5-6: hospitalización si no hay control familiar adecuado

7-10: hospitalización por el elevado riesgo de suicidio

- **Crisis de agitación:**

Ante cualquier crisis de agitación, deberán tenerse en cuenta actuaciones generales imprescindibles:

En primer lugar, atender a la autoprotección dejando para las personas experimentadas las tareas de contención; no tener en la sala de entrevista objetos que puedan utilizarse como armas; dicha sala debe tener una alarma y no debe estar en un lugar aislado; puede ser necesario desarrollar la entrevista de valoración en presencia de personal entrenado en procedimientos de contención; no debe ser posible cerrar la sala desde dentro, y la persona encargada de la valoración tiene que tener la posibilidad de salir por la puerta si lo necesita.

Hay que informar al paciente de que no se tolerará la violencia, recurriendo a la contención si fuera necesario, pero siempre ofreciendo tranquilidad, diálogo y medicación. La necesidad de contención mecánica siempre debe ser decidida por el psiquiatra que valora la urgencia.

En caso de ser necesaria la contención no hay que olvidar que en los pacientes intoxicados debe preverse la posibilidad del vómito y prevenir la aspiración.

Durante el episodio de agitación psicomotriz es imposible determinar si es un caso de patología dual, pues muchas veces una intoxicación aguda sin dependencia genera la crisis de agitación en un paciente psiquiátrico. Contenida la agitación psicomotriz es cuando se procede a la valoración etiológica. Como en las situaciones personales conflictivas, las crisis de agitación pueden ser causadas por enfermedades médicas, procesos neurológicos o traumatismos que va a ser necesario valorar.

En los sujetos adictos a sustancias debe sospecharse causa médica de la agitación cuando el comienzo ha sido brusco, se trata de un primer episodio, existe algún signo o síntoma neurológico o existen manifestaciones clínicas de delirium.

En caso de delirium es preceptiva la valoración médica por otros especialistas.

Hay que señalar que los cuadros psicóticos agudos inducidos por alucinógenos, drogas de diseño, anfetaminas y cocaína suelen ceder a las pocas horas o días, sin necesidad de tratamiento o utilizando benzodiacepinas para reducir la ansiedad. A veces se hace necesario el uso de un neuroléptico junto con las benzodiacepinas. En todo caso el médico de urgencias valorará la indicación de la medicación adecuada.

## Trastornos psicóticos

La mayoría de los autores sostiene que el tratamiento de los síntomas psicóticos debe iniciarse aún sin saber si se trata de una intoxicación/abstinencia con síntomas productivos, una psicosis inducida o un trastorno psicótico independiente en un paciente con un trastorno por uso de sustancias. Si bien las manifestaciones clínicas y el tratamiento son bastante parecidos en ambos casos, el pronóstico es más favorable en el primer caso.

- **Trastornos psicóticos inducidos:**

De acuerdo con los criterios DSM-IV-TR, las sustancias que provocan la aparición de síntomas se clasifican en:

- a) sustancias cuya abstinencia puede provocar alteraciones perceptivas: alcohol, sedantes, ansiolíticos e hipnóticos y otras desconocidas
- b) sustancias cuya intoxicación cursa con alteraciones perceptivas: alucinógenos, anfetaminas y similares, cannabis, cocaína, fenciclidina y similares, opiáceos, otras desconocidas
- c) sustancias que pueden inducir psicosis: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y similares, cannabis, cocaína, fenciclidina y similares, inhalantes, opiáceos, sedantes, ansiolíticos e hipnóticos y otras desconocidas

La diferenciación clave para distinguir entre síntomas psicóticos por intoxicación/abstinencia y psicosis inducida por sustancias es el "juicio de realidad", o sea, la percepción del paciente de que sus síntomas se deben a la sustancia y no son representación de una realidad externa. Cuando los síntomas aparecen sin juicio de realidad, el diagnóstico será de trastorno psicótico inducido por sustancias. Este trastorno puede presentar ideas delirantes o alucinaciones y así se codificará.

El diagnóstico diferencial requiere tres ítems cuya confirmación si bien parece sencilla, no suele serlo, ya que el policonsumo y ciertas drogas recreativas suponen una dificultad para la determinación en orina y en muchos casos, los síntomas psicóticos continúan una vez eliminada la sustancia. Estos tres ítems, son:

- a) haber consumido la sustancia
- b) los síntomas psicóticos son más graves de los que cabría esperar en una intoxicación o abstinencia no complicadas
- c) indicios de que la sustancia es la causa fisiológica directa de los síntomas psicóticos.

Todas las sustancias de abuso pueden inducir psicosis. Así, el **alcohol**, puede producir cuadros psicóticos tanto en la intoxicación como en la abstinencia, siendo en ésta más frecuentes. Suelen producirse especialmente alucinaciones auditivas (aunque pueden ser también visuales o táctiles) pudiendo darse también ideas delirantes paranoides.

En la psicosis inducida por consumo de **cannabis** aparecen ideas delirantes de tipo autorreferencial, fenómenos de despersonalización, desrealización, elevada ansiedad, posibles alucinaciones visuales y auditivas y trastornos de conducta.

No es frecuente el trastorno psicótico inducido por **opiáceos**, encontrándose sin embargo la aparición de síntomas psicóticos en la abstinencia terapéutica en pacientes psicóticos no detectados previamente.

Con respecto al consumo de **alucinógenos**, se han descrito reacciones delirantes y psicóticas crónicas en personalidades vulnerables. Cursan con cambios perceptivos, desrealización despersonalización, sinestias, ansiedad.

Estimulantes como la **cocaína**, las **anfetaminas** y el **éxtasis (MDMA)** suelen producir síntomas psicóticos tanto en las intoxicaciones agudas (que suelen revertir de forma rápida cuando se elimina la sustancia) como en las psicosis inducidas (síntomas que suelen durar semanas o meses). En el segundo caso los síntomas remedan las manifestaciones agudas de las esquizofrenias paranoides con ideas delirantes de persecución y alucinaciones relacionadas con la idea delirante.

Con la cocaína suelen producirse alucinaciones táctiles (formicación), conductas estereotipadas, agresivas y labilidad emocional. Con las anfetaminas y el MDMA se producen síntomas positivos pero también es relevante la sintomatología negativa y afectiva. El consumo conjunto de alcohol y cocaína incrementa la aparición de síntomas psicóticos, agitación y agresividad. Estas psicosis inducidas aparecen a las dos semanas del último consumo debido a los fenómenos de sensibilización y neurotoxicidad sobre las neuronas dopaminérgicas y serotoninérgicas.

La **ketamina** y la **fenciclidina (PCP)** remedan los síntomas positivos, negativos y cognitivos que habitualmente aparecen en la esquizofrenia. En dosis altas de PCP se observan cuadros de agresividad e impulsividad que suelen estar relacionados con la personalidad premórbida. El síndrome de abstinencia de la ketamina se caracteriza por una disminución de la capacidad de atención y el recuerdo, irritabilidad y vigilancia aumentada.

Los **ansiolíticos**, **sedantes** e **hipnóticos** pueden producir en su abuso crónico trastornos neuropsicológicos como déficit de memoria, concentración, coordinación motora, y rapidez de ejecución. Los síntomas de la intoxicación, abstinencia y el delirium por abstinencia son semejantes a los que se observan con el alcohol. En la abstinencia a dosis elevadas pueden aparecer síntomas psicóticos.

La intoxicación por **inhalantes** produce agresividad, conducta antisocial y alteración conductual. Puede durar hasta dos horas y las secuelas psicológicas incluyen déficit en la capacidad de juicio y razonamiento, violencia y síntomas psicóticos.

Ya hemos señalado que la gran mayoría de los autores están de acuerdo en que ante la presencia de estos síntomas, hay que comenzar el tratamiento con antipsicóticos aún antes de haber diagnosticado si se trata de una psicosis inducida o de un trastorno psicótico en un paciente que consume sustancias.

Siempre la intoxicación o abstinencia de sustancias con síntomas psicóticos debe ser tratada de forma urgente, siendo el médico el que valorará los fármacos de elección y el tratamiento.

- **Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias:**

El riesgo de presentar un trastorno por consumo de sustancias en los pacientes con esquizofrenia es 4,6 veces mayor que en la población general (3,6 veces para el alcohol, 5 para el cannabis, 6,5 para los opiáceos y 13 para la cocaína). Las sustancias más consumidas son la nicotina (70-90%), el alcohol, y el cannabis.

Los factores asociados con el uso de sustancias son los mismos para estos pacientes que para la población general: varón, joven, desempleado, bajo nivel educativo, historia de personalidad antisocial, trastornos de conducta y problemas familiares.

Las hipótesis más sólidas con respecto a la comorbilidad desde el punto de vista neurobiológico son dos: la automedicación y el consumo de sustancias como factor predisponente para la aparición de psicosis.

El consumo de alucinógenos y psicoestimulantes como factores predisponentes de la psicosis está cada vez más documentado aunque el efecto del consumo de cannabis está sujeto a una amplia controversia (Arsenault y cols, 2002; McKay y Tennat, 2000; Van Os y cols, 2002; Zammit y cols, 2002).

Evidentemente el consumo de sustancias dificulta la relación y el tratamiento del paciente con esquizofrenia, existiendo una menor adherencia, menor tasa de remisión, peores resultados, mayores conflictos familiares, mayor necesidad de ayudas de bienestar social y mayor frecuencia de atención en los servicios de urgencias. El peor funcionamiento cognitivo durante la intoxicación y el aumento de la impulsividad parecen estar en

la base de un aumento de los accidentes, agresiones y enfermedades que se observan en los pacientes consumidores con esquizofrenia, de aquellos que no la padecen. Además, se produce una interacción entre las distintas sustancias que se usan con fines recreativos y la medicación antipsicótica, potenciándose los efectos secundarios de éstas, lo que favorece su abandono.

En el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia con trastorno por consumo de sustancias, se deben seguir los principios generales del tratamiento de los pacientes con patología dual descritos previamente. Es importante ser flexibles en los objetivos con respecto a la abstinencia de sustancias, buscando la alianza para el tratamiento y la cumplimentación, haciendo hincapié en el abandono de las sustancias que desestabilizan al paciente y pueden ser causa de exacerbaciones clínicas o abandonos del tratamiento psicofarmacológico.

Si bien las intervenciones psicológicas específicas para pacientes con patología dual son todavía escasas, es efectivo trabajar a nivel psicológico con los balances decisionales que profundizan en la relación costes/beneficios. Todo consumo en el que se produzca exacerbación de los síntomas psicóticos debería ser trabajado en la línea de la prevención de recaídas, evidenciando el impacto del uso de la sustancia. En general, las intervenciones psicológicas deberán incluir como objetivo la creación y mantenimiento de una alianza terapéutica, refuerzo de la adherencia al tratamiento, la prevención de las recaídas, la educación para la salud personal y familiar, el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de conflictos y el establecimiento y mantenimiento de un estilo de vida saludable. Como ya se ha señalado, y en la medida en que ambos trastornos son interdependientes el tratamiento debe ser llevado a cabo por el mismo equipo, no siendo eficaces tratamientos secuenciales diferenciales.

Elementos esenciales de un programa de terapia integrado son la continuidad de cuidados, el tratamiento de la adicción (incluyendo farmacoterapia especializada), la psicoterapia que tenga en cuenta la comorbilidad, vivienda segura con supervisión y rehabilitación ocupacional y laboral. El objetivo será la retención y participación en el tratamiento, el menor consumo de alcohol y otras sustancias de abuso, alojamientos más estables y mayores niveles de funcionamiento y calidad de vida.

## Trastornos del estado de ánimo

Son varios los estudios que señalan que la asociación de los trastornos del estado de ánimo con los trastornos por consumo de sustancias es la patología dual más frecuente. En la medida en que los trastornos del estado de ánimo pueden ser independientes o inducidos por el abuso/dependencia de sustancias, es posible diagnosticar cualquiera de los trastornos afectivos incluidos en las distintas clasificaciones psiquiátricas.

El diagnóstico diferencial entre el trastorno del estado de ánimo inducido e independiente del consumo de sustancias es difícil y requiere una evaluación diagnóstica cuidadosa siendo esencial considerar el inicio temporal y el desarrollo de los síntomas psiquiátricos, su curso en períodos de abstinencia, el tipo de sustancia, la dosis, los hallazgos clínicos, etc.

La probabilidad de un trastorno psiquiátrico independiente aumenta cuando el paciente tiene antecedentes de síntomas psiquiátricos previos al inicio del consumo de sustancias o no relacionados con éstas; los síntomas continúan después de la abstinencia (4-6 semanas); los síntomas son poco habituales o exagerados para lo que cabría esperar dado el tipo de sustancia; no se está bajo intoxicación o síndrome de abstinencia y el inicio de los síntomas es previo a los 45 años.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los síntomas aislados como el insomnio, la disforia o la irritabilidad no constituyen un trastorno del estado de ánimo. Además, cuando existen síntomas afectivos, hay que intentar discriminar si son inducidos por sustancias o independientes, tendiendo los trastornos inducidos a ceder con la abstinencia, mientras que el independiente persiste y necesita tratamiento con antidepresivos.

Algunos autores señalan que es preferible considerar los trastornos del estado de ánimo como independientes si se mantienen las manifestaciones afectivas marcadas más allá del período de desintoxicación.



- **Trastornos depresivos:**

El diagnóstico adecuado es importante porque la depresión asociada a un trastorno por consumo de sustancias va a influir en la retención en el tratamiento, en la adherencia al mismo, en el pronóstico y en la recaída en el consumo.

Es ampliamente reconocida la necesidad de hacer un tratamiento conjunto e integrado de ambos trastornos, tratamientos que pueden ser psicológicos y farmacológicos, considerándose de primera elección el tratamiento con antidepresivos.

El tratamiento va a pasar por una fase inicial (aguda) y una fase de mantenimiento para prevenir la recaída en ambos trastornos.

La primera fase siempre va a ser intentar lograr la abstinencia de la sustancia de abuso y la estabilización y mejoría de los síntomas depresivos. Una vez confirmado el trastorno dual, el médico organizará el tratamiento. Así, si es preciso, se llevará cabo una desintoxicación (hospitalaria o ambulatoria, según las condiciones del paciente y su entorno) e idealmente, se iniciará el tratamiento antidepresivo cuando se confirme que la depresión no es inducida, después de esperar entre 2-4 semanas de abstinencia. Muchas veces en la práctica clínica esta situación ideal de espera en abstinencia no se produce y será el clínico el que deberá determinar el comienzo del tratamiento psicofarmacológico. Se recomienda seguir los criterios del Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias.

La segunda fase, dirigida a mantener la abstinencia y la remisión de los síntomas depresivos residuales supone trabajar específicamente la prevención de las recaídas desde el punto de vista psicológico, como en todo trastorno por consumo de sustancias; y mantener la adherencia al tratamiento y mejorar los aspectos conductuales, cognitivos y de funcionamiento social como en todo trastorno depresivo.

- **Trastorno bipolar:**

El abuso/dependencia de sustancias es muy frecuente en los pacientes con un trastorno bipolar. Estas personas deben recibir tanto tratamiento psicofarmacológico como psicosocial y es importante que sean atendidos en programas integrados donde los profesionales tengan experiencia con ambos aspectos.

Las recomendaciones terapéuticas generales son similares a las establecidas en las distintas fases de los trastornos bipolares sin uso/abuso/dependencia de sustancias, aunque con alguna peculiaridad relacionada con el consumo, en la medida que los pacientes con trastorno bipolar suelen tener más episodios mixtos, presentan una menor adherencia al tratamiento y un inicio más temprano de la sintomatología afectiva, y pueden responder mejor a medicaciones anticonvulsivantes que al litio. De hecho parece que la existencia de un trastorno por consumo de sustancias constituye un predictor de pobre respuesta al litio.

El principal problema en el diagnóstico diferencial entre las adicciones y los trastornos bipolares, sobre todo en las fases iniciales, consiste en el enmascaramiento de los síntomas afectivos, en especial los más sutiles (disforia, irritabilidad, hiperactividad), porque algunas sustancias pueden provocar alteraciones emocionales y conductuales en sujetos que no padecen un trastorno afectivo.

## Trastornos de ansiedad

Es muy frecuente la comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias. Para realizar un diagnóstico adecuado el DSM-IV-TR indica la necesidad de un tiempo de abstinencia de 4 semanas, aunque hay que tener en cuenta que si la sustancia de abuso es de vida media larga (como la metadona) este tiempo debe ser mayor. Por eso, y por la dificultad clínica que supone este aspecto es necesario realizar una historia clínica completa, valorando antecedentes familiares y personales de trastornos de ansiedad que indicarían la existencia de una ansiedad primaria. El DSM-IV-TR describe 12 trastornos de ansiedad y 10 trastornos de ansiedad inducidos por sustancias. Cualquiera de estos trastornos puede presentarse.

Nuevamente se impone la importancia del diagnóstico diferencial en la medida que los trastornos de ansiedad pueden contribuir al mantenimiento y recaída del consumo de sustancias, encontrándose en el alcohol, por ejemplo, el establecimiento de un círculo vicioso en el que la ansiedad lleva a beber, la ingesta crónica y la abstinencia generan ansiedad y esto favorece nuevamente el consumo.

La existencia de un consumo de sustancias en un paciente con trastorno de ansiedad empeora el pronóstico.

Se propone que las fobias generalmente son primarias y el abuso/dependencia de sustancias secundario, mientras que la ansiedad generalizada suele ser inducida por el consumo de sustancias. Por eso se insiste en que frente a pacientes con trastornos de ansiedad se deben detectar factores de riesgo para el consumo de sustancias, como son rasgos antisociales e historia familiar de alcoholismo o dependencia de otras sustancias.

En los pacientes que consumen alcohol, estimulantes como la cocaína, las anfetaminas y el MDMA o cannabis, es frecuente el trastorno de angustia. Los síntomas que caracterizan al trastorno de angustia son crisis de angustia recidivantes o inesperadas que generan preocupación por sus consecuencias o por la posibilidad de sufrir una nueva crisis. En ocasiones pueden aparecer síntomas de despersonalización y desrealización.

El consumo crónico o de grandes cantidades de alcohol y la abstinencia pueden confundirse con un trastorno de angustia, ya que los síntomas pueden ser muy similares. También la abstinencia de benzodiazepinas puede producir crisis de angustia, así como la abstinencia de otras sustancias. El consumo de cocaína puede inducir la aparición de crisis de angustia y el efecto secundario más frecuente entre los consumidores de cannabis es la aparición de síntomas de ansiedad.

Es importante que el paciente sepa que tanto el curso del trastorno de angustia como el pronóstico empeoran con el abuso de sustancias.

El objetivo fundamental del tratamiento es el control de las crisis tanto a nivel farmacológico como conductual, explicando al paciente que los síntomas que padece no implican riesgo vital y que son reacciones fisiológicas exageradas. Hay que enseñarle que en la medida que los miedos son enfrentados sin evitarlos, los síntomas se hacen menos intensos y alarmantes. Es importante trabajar la prevención de las recaídas y técnicas de hiperventilación controlada.

En la **agorafobia**, el paciente puede consumir las sustancias para mitigar sus síntomas, desarrollando una adicción que dificulta el tratamiento. Las conductas evitativas alteran la vida sociofamiliar y pueden impedir la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo. Sin embargo los síntomas suelen mejorar con la abstinencia de sustancias y el tratamiento farmacológico, explicando al paciente el tiempo de latencia que existe entre el comienzo de la abstinencia y el comienzo de la mejoría. La psicoterapia es el tratamiento de elección y puede verse beneficiada por la utilización de ISRS.

En las **fobias específicas** y cuando la persona no puede evitar el estímulo fóbico, puede utilizar sustancias para mitigar sus síntomas, desarrollando una adicción. El pronóstico depende de la necesidad del paciente de interactuar con el objeto fóbico y del grado de dependencia que haya desarrollado. Es necesario explicar al paciente los mecanismos que generan la ansiedad fóbica y las crisis de angustia. El tratamiento de elección es la psicoterapia.

El consumo de sustancias en la **fobia social** es bastante común. Alcohol, benzodiazepinas u otras sustancias depresoras del SNC son utilizadas en un intento de controlar los síntomas. Los síntomas de la fobia social no se solapan con la intoxicación ni con la abstinencia, por lo que el diagnóstico diferencial no es complicado, exigiéndose el tratamiento de ambos trastornos como en todos los trastornos de ansiedad. La combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapia grupal se ha mostrado efectiva en distintos grupos de pacientes, aunque en un primer momento se presenten resistencias para participar en este tipo de abordaje.

También es frecuente el abuso de alcohol y otras sustancias en el trastorno obsesivo-compulsivo. Tampoco aquí el diagnóstico diferencial es complicado, al no haber solapamiento de síntomas con el trastorno por consumo de sustancias, y hay que tener en cuenta que los consumos compulsivos y repetitivos pueden



producir intoxicaciones graves con situaciones de urgencia médica. La comorbilidad empeora el pronóstico. Es importante, además, explicar al paciente la necesidad de esperar, con las dosis óptimas, para la mejoría de los síntomas. La combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia ha mostrado resultados alentadores.

La presencia de un **trastorno por estrés post-traumático** aumenta la posibilidad de abuso de sustancias y en los consumidores de sustancias también se incrementa el riesgo de aparición de este trastorno, por las situaciones violentas y/o graves a las que se exponen muchas veces los usuarios de drogas; de hecho existen estudios que han señalado que entre las mujeres consumidoras es frecuente la existencia de antecedentes de agresiones físicas o sexuales y la presencia de síntomas relacionados con estos episodios.

Las sustancias estimulantes empeoran los síntomas mientras que las depresoras los mitigan, aunque en la abstinencia de éstas se verían incrementados.

La comorbilidad también en estos trastornos empeora el pronóstico, dificulta el manejo del trastorno psiquiátrico y disminuye la adherencia al tratamiento. El consumo de sustancias expone a la persona a nuevas situaciones traumáticas, existiendo un importante riesgo de suicidio.

El tratamiento de elección es una combinación de psicofármacos y psicoterapia, siempre eligiendo fármacos con escaso potencial de abuso como los ISRS y trabajando la prevención de las recaídas en función de los determinantes específicos de la conducta.

En los **trastornos de ansiedad generalizada** es frecuente encontrar consumo de alcohol u otras sustancias, por sus posibles efectos ansiolíticos, sin embargo el consumo continuado de éstas induce síntomas de ansiedad y trastornos del sueño.

El consumo de estimulantes y la abstinencia de sustancias depresoras del SNC pueden producir síntomas que remedan un trastorno de ansiedad generalizada, por lo que es esencial, de cara al diagnóstico diferencial descartar la existencia de consumo o la situación de abstinencia.

Claramente la comorbilidad con la adicción dificulta el manejo de estos trastornos y empeora el pronóstico, en la medida en que la abstinencia de sustancias va a producir un incremento de la ansiedad generalizada que va a llevar a nuevos consumos, aumentando las posibilidades de intoxicación grave, complicaciones médicas y muerte.

Como fármacos habitualmente se emplean las benzodiazepinas, sin embargo en los pacientes con diagnóstico dual son de preferencia los ISRS debido al potencial de abuso de las primeras. El craving también debe ser abordado y la psicoterapia individual también es eficaz.

Si el **trastorno de ansiedad es inducido por sustancias**, en la medida en que cesa el consumo, los síntomas disminuyen.

Como el alcohol y las drogas pueden inducir o potenciar los síntomas de ansiedad, la recomendación inicial fundamental es la abstinencia de sustancias, siendo necesario a veces realizar una desintoxicación reglada y permanecer al menos 4 semanas sin consumo alguno. Como hemos señalado previamente, es importante la utilización de fármacos de bajo potencial de abuso (como los ISRS), en la medida en que estos pacientes tienden a utilizar de manera inadecuada la medicación, por lo que las benzodiazepinas deberían ser utilizadas con mucha precaución. Distintos autores recomiendan programas integrados, en los que además del tratamiento psicofarmacológico se realicen tratamientos psicológicos encaminados a aprender estrategias de afrontamiento de los síntomas de ansiedad y que hagan hincapié en la prevención de las recaídas, reservando la medicación para la ansiedad persistente o para los trastornos primarios. En las situaciones de urgencia debe tranquilizarse al sujeto y explicarle la naturaleza transitoria de sus síntomas, pudiendo utilizarse benzodiazepinas para el control de la sintomatología en ese momento.

## Trastornos de personalidad

El DSM-IV-TR reconoce 11 tipos de trastorno de personalidad diferentes que clasifica en el eje II, en un apartado distinto del de las entidades clínicas (eje I) y que reúne en tres grupos distintos:

- 1) Grupo A: Caracterizado por conductas excéntricas y peculiares. Incluye en este grupo los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- 2) Grupo B: Caracterizado por síntomas dramáticos, emocionales y erráticos. Incluye en este grupo los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- 3) Grupo C: Caracterizado por ansiedad y miedo. Incluye en este grupo los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo y el trastorno de la personalidad no especificado.

La asociación más frecuente entre los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de personalidad, se dan con los trastornos del grupo B, especialmente con el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad.

Como en los otros trastornos psiquiátricos, existe una dificultad importante en el diagnóstico diferencial ya que son posibles diversas relaciones de causalidad entre ambos trastornos. Nuevamente lo más importante va a ser diferenciar entre los trastornos de personalidad primarios y los trastornos de personalidad inducidos.

Existe un consenso entre los diferentes autores en señalar que la presencia de un trastorno de la personalidad comórbido con un trastorno por consumo de sustancias constituye un marcador de mal pronóstico, asociándose con mayor tasa de consumos, mayor número de tentativas de suicidio, mayor accidentabilidad y mayor problemática legal. Asimismo, la presencia de un trastorno de personalidad dificulta el tratamiento en la medida en que estos pacientes generan contratransferencias negativas al aceptar mal cualquier tipo de normativa y autoridad incluida la del terapeuta. Presentan también una deficiente adherencia a los tratamientos con altas tasas de abandono, recaídas y reingresos.

El tipo de trastorno de personalidad que se padezca es el que va a determinar el tipo de tratamiento. Cuando se abordan ambos trastornos a la vez, y si bien al cese del consumo algunos rasgos se mitigarán, otros –como la impulsividad o la baja tolerancia a la frustración– permanecerán en el tiempo, constituyendo un factor de riesgo importante para las recaídas.

El abordaje psicoterapéutico es el de elección, presentando los psicofármacos una eficacia limitada y no existiendo un tratamiento farmacológico específico, si bien se utilizan diferentes fármacos para síntomas concretos. Así, algunos estudios parecen demostrar la eficacia de los antipsicóticos atípicos para manejar las alteraciones de la impulsividad característica de los trastornos antisocial, límite y narcisista de la personalidad. Por otro lado, los ISRS han demostrado ser eficaces en la reducción de la agresividad de tipo impulsivo. Por el contrario, la respuesta a las benzodiazepinas en estos pacientes suele ser limitada e incluso algunas (como el alprazolam) parece producir un aumento de las conductas agresivas en pacientes con trastornos límite y antisocial de la personalidad.

En los casos de comorbilidad es esencial controlar el consumo de sustancias, por lo que está indicado un tratamiento con agonistas o antagonistas. Una dificultad añadida aparece en los casos de consumo de sustancias estimulantes para las que no hay aceptados para su tratamiento ni agonistas (que generan graves efectos secundarios) ni antagonistas.

Es prioritario el tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias frente al trastorno de la personalidad pero hay que ser realistas y tener en cuenta que el abandono del consumo de manera total pocas veces se consigue. Por eso, las técnicas más efectivas son los programas de reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas centrados en la disminución de los riesgos y en el desarrollo y valoración de los factores psicosociales que favorezcan la abstinencia (individuales, familiares y grupales).

- **Trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias:**

El tratamiento de estos pacientes presenta importantes dificultades porque no suele existir motivación alguna para realizarlo (de hecho, muchas veces, acuden bajo coacción externa) y porque continúa el consumo de sustancias durante el mismo.

Es indispensable controlar el consumo para iniciar un tratamiento psicoterapéutico, tratamiento que tendrá en cuenta distintos niveles de trabajo en relación con la actitud y las conductas del paciente:

En un primer momento, lo importante para la persona es la obtención de beneficios a corto plazo y la evitación de castigos, centrándose el paciente en él mismo y no importándole la realidad del otro. En este nivel, son útiles los balances decisionales con el análisis de las ventajas y las desventajas de las distintas conductas. La idea es que se plasme incluso gráficamente la cantidad de desventajas que tiene la conducta concreta y que él, en el día a día, no ve.

En un segundo momento, el paciente reconoce las consecuencias de su conducta y tiene mayor comprensión de su efecto sobre los demás. De manera gradual se aceptan las consecuencias a largo plazo. Para trabajar en este nivel es útil hacer una proyección a futuro de las ventajas y desventajas de la conducta a corto y a la largo plazo, y trabajar el aprendizaje de habilidades sociales que le permitan no involucrarse en conductas desadaptativas y peligrosas.

En un tercer momento, el paciente demuestra respeto a las reglas y a los compromisos con los demás. Es indispensable trabajar en la prevención de las recaídas. No hay que olvidar que el trastorno de personalidad es un patrón cognitivo y comportamental que se mantiene en el tiempo y que muchas veces, es la base que sustenta el consumo.

- **Trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias:**

La característica fundamental de estos pacientes es la presencia de un funcionamiento inadecuado de la regulación emocional, responsable de reacciones dramáticas intensas y actos impulsivos exagerados. Presentan escasa o nula tolerancia a la frustración, incapacidad para aprender de errores previos y grandes dificultades para establecer relaciones interpersonales. Son pacientes que presentan todo tipo de distorsiones cognitivas y en particular un "pensamiento dicotómico" en el que abundan las generalizaciones (todo-nada; siempre-nunca; bueno-malo; etc.). El trabajo con ellos se debe dirigir a aumentar la tolerancia a la frustración y disminuir la necesidad de refuerzo inmediato; enseñar habilidades de relación y comunicación que les permitan establecer relaciones con personas adecuadas en su entorno social y expresar sus estados emocionales negativos de forma medida.

- **Otros trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias:**

Generalmente los pacientes con trastornos de la personalidad cuando demandan tratamiento por el consumo de sustancias, se acercan al tratamiento coaccionados por la presión externa, que puede ser familiar, laboral o también judicial. Con escasa o nula motivación interna para un tratamiento psicológico es difícil obtener buenos resultados, por lo que el tratamiento con este tipo de pacientes tiene que tener objetivos muy claros y pragmáticos.

- **Trastornos del Grupo A:** Presentan adherencia al tratamiento muy escasa. Es indicado trabajar con técnicas psicoeducativas que incidan en la reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas.
- **Trastornos del Grupo B:** Además de lo señalado en los apartados específicos sobre el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad, con los restantes trastornos de este grupo, el tratamiento debe encaminarse a aumentar el principio de realidad, corrigiendo la visión grandiosa de sí mismo, reduciendo la importancia destinada a la evaluación por parte de los demás y la falta de empatía.

- **Trastornos del Grupo C:** Es importante trabajar con objetivos manejables reforzando pequeños cambios y modificaciones en la línea de reducir los riesgos asociados al consumo de drogas, de cara a incidir en la creencia en la propia capacidad para cumplir los objetivos propuestos.

- **Consideraciones para el tratamiento de los Trastornos mentales. Curar y cuidar.**
- **Diagnóstico diferencial y diagnóstico precoz: pródromos de la enfermedad mental**
- **Actitud del entorno de la persona con un trastorno mental**

## Consideraciones para el tratamiento de los trastornos mentales. Curar y cuidar

En el abordaje de casi todas las enfermedades (ver sesión N° 4 sobre Tratamientos) y especialmente de los trastornos mentales hay que realizar una reflexión sobre una serie de conceptos:

- **Mente vs. cuerpo:** No sirve una comprensión cartesiana separada de la mente y el cuerpo. Debemos considerar a la persona como una unidad indivisible en perpetua interrelación e interinfluencia. Los aspectos biológicos modifican el estado de ánimo, pero también una alteración psíquica confirmada modifica aspectos biológicos. Lo mismo podemos decir de los aspectos biológicos y de los aspectos psicológicos, para la comprensión global de un trastorno debemos considerarlos como una unidad. Este concepto servirá para reflexionar y trabajar sobre la globalidad del ser humano y su cuidado, como una totalidad.
- **Momento transversal vs. proceso longitudinal:** Como ya se ha comentado, si bien un trastorno se presenta en un momento concreto (episodio, corte transversal), siempre debemos considerar el proceso longitudinal (historia y seguimiento) en el que éste está inmerso. Nunca una fotografía explica la vida de una persona ni su padecimiento. Este concepto servirá para reflexionar sobre lo que aparece en el momento de la consulta, sobre lo que pasó antes y sobre la importancia del seguimiento.
- **Individuo vs. grupo:** Todo ser humano nace y vive en grupos. Por lo tanto la comprensión del individuo debe ser realizada desde la observación de los grupos que lo rodean y con los que éste interactúa. Este concepto servirá para trabajar en torno a los grupos de pertenencia de la persona, a la importancia que tiene el grupo de pares a la hora de realizar o cambiar distintas conductas y a la importancia de la familia.
- **Relación profesional objetiva vs. subjetiva:** La objetividad de los síntomas físicos de una enfermedad médica se convierten en subjetividad en los síntomas psíquicos, siendo necesaria, en la mayoría de las ocasiones, información por parte de la persona de los síntomas que presenta, que son de difícil objetivación. Desde aquí, que todo lo que sea primar la relación terapéutica profesional/cliente va a redundar en un mejor conocimiento del problema. Esto servirá para incidir en la relación profesional-cliente, tanto para el tratamiento como para el seguimiento correcto de la salud.
- **Curar vs. cuidar:** Aunque sea necesario pensar que el objetivo del tratamiento es la curación del trastorno, muchas veces esto no es posible, siendo por el contrario siempre posible cuidar y casi siempre mejorar el estado de malestar. Expectativas irreales por parte del profesional o del cliente van a suponer una sensación de fracaso terapéutico en ambos que ensombrecerá el pronóstico y la evolución. De aquí la importancia del establecimiento de contratos terapéuticos en los que se especifiquen objetivos y metas del tratamiento (ya que en distintos momentos o personas éstas pueden cambiar) o el consentimiento informado en los casos necesarios.

- **Lo manifiesto vs. lo latente:** En la clínica hay que tener en cuenta tanto la morbilidad manifiesta como la comorbilidad latente. Es decir, detrás de toda comunicación entre un clínico y su cliente existe información implícita, que no se dice y que sin embargo, está presente. Este fenómeno le ocurre tanto al profesional como al cliente y tiene su origen en motivaciones conscientes e inconscientes. La experiencia del clínico va a facilitar la lectura de los diversos niveles implicados.

Con respecto a la patología mental, se pueden señalar tres posturas entre los profesionales, que indicarían los errores prototípicos en cuanto a su concepción y a su tratamiento, y a la manera correcta de entenderla

Así, se puede hablar de una "postura radical" frente al trastorno mental, que implicaría la utilización estricta de un modelo para el entendimiento de éste (biológico, psicológico o social) que excluye el opuesto, así como la utilización de un único recurso (sea éste correcto o no).

Por otro lado, se podría hablar de una "postura moderada", que incluiría la comprensión de diversos modelos pero la utilización sólo del propio y la derivación para tratamiento por otro profesional, en otro modelo.

En contraposición con estos planteamientos, estaría una "postura amplia" que supondría un modelo integrado y un abordaje unificado del caso. Esta postura permitiría la comprensión del trastorno mental desde distintas dimensiones y la utilización para su tratamiento de diversos modelos, pudiendo incluir uno o más profesionales en coordinación.

Nunca hay que esperar a que fracase un recurso para considerar otro, sino quien se debe intentar prever esta posibilidad desde el inicio de una relación terapéutica y se debe hablar de ella con los pacientes. Por ejemplo; al iniciar una psicoterapia es necesario incluir en el encuadre la posibilidad de utilización de psicofármacos en caso de considerarse necesario, y a la vez, empezando un tratamiento psicofarmacológico se debe apuntar la posibilidad de una psicoterapia si estuviera indicada.

## Diagnóstico diferencial y diagnóstico precoz: pródromos de la enfermedad mental

Un error clínico frecuente es pensar que los síntomas psicopatológicos, y particularmente los psicóticos, son cuestión de "todo o nada", es decir, que están claramente ausentes o presentes. Esto no es así. Cuando se han examinado los diferentes grados de expresividad de los delirios y las alucinaciones se ha encontrado que éstos existen en un continuo de intensidad tanto en población normal como en pacientes psicóticos y no psicóticos (Johns y Van Os, 2001). Por ejemplo, un delirio puede mostrarse en una persona como una creencia idiosincrásica, en otra como un delirio sin ninguna repercusión afectiva ni de conducta y en otra como una psicosis franca que requiere tratamiento. Además es frecuente que la expresividad del síntoma cambie en una misma persona a lo largo del tiempo o en función de la fase de la enfermedad. La naturaleza dimensional y continua es especialmente evidente para los síntomas negativos y los trastornos formales del pensamiento, ya que están presentes con diferente grado de intensidad en la esquizofrenia, otras psicosis, trastornos mentales no psicóticos y población general.

Un problema especialmente difícil es el diagnóstico diferencial del tipo de psicosis en un primer episodio de la enfermedad, siendo las dificultades el diagnóstico diferencial de un cuadro psicótico de tipo esquizofrénico de otro no esquizofrénico y de los síndromes subclínicos (estadios prodrómicos). Se sabe que en los primeros episodios psicóticos existe una gran confusión diagnóstica y que sólo tras varios años de evolución (entre 3 y 5) el trastorno se pone en evidencia de manera clara.



## La detección del pródromo en las psicosis:

Se sabe que una fase prodrómica en la esquizofrenia puede durar varios años y que en ella se manifiestan una serie de síntomas a menudo inespecíficos. El desarrollo lento y gradual de una variedad de signos y síntomas puede hacer patente en poco tiempo los síntomas negativos, que se presentan sobre todo como características prodrómicas. Después se desarrollan los síntomas negativos. Sin embargo, la dificultad a la hora de especificar cuáles se debe considerar síntomas prodrómicos de las psicosis, hizo que la APA omitiera los síntomas prodrómicos en sus nosologías.

Recientemente se ha comenzado a hablar y a investigar acerca de lo que se denomina "riesgo ultra alto" (UHR) para el desarrollo de psicosis. Este concepto fue desarrollado en la Clínica de Evaluación de las Crisis y Valoración Personal (PACE) de Melbourne (Phillips et al., 2000). Los criterios denominados de "riesgo ultra alto" son:

- Síntomas psicóticos atenuados (SPA): ideas de referencia, ideación mágica, trastorno de la percepción, ideación paranoide y pensamiento y discurso extraños, que representan un cambio del estado mental, en contraposición a los criterios correspondientes a trastorno de la personalidad esquizotípico del DSM-IV
- Síntomas psicóticos limitados breves e intermitentes (BLIPS): delirios, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento presentes durante al menos una semana y remisión espontánea.
- Factores de riesgo estado y rasgo: familiares de primer grado de pacientes psicóticos o con trastorno esquizotípico de la personalidad que han mostrado un descenso significativo del funcionamiento psicosocial y ocupacional.

Estos criterios, se basan principalmente en la sintomatología, y se aplican actualmente de manera bastante generalizada para la detección temprana y para la investigación, la forma de aplicarlos difiere bastante de un Centro a otro y se emplean distintas escalas para valorar a los pacientes.

Otra aproximación de la detección temprana de la esquizofrenia, es la ofrecida por el concepto de "síntoma básico" (Huber y Gross, 1989). Los síntomas básicos son trastornos sutiles que experimenta la persona, subclínicos, relacionados con el estrés, la tolerancia, el afecto, el pensamiento, el habla, la percepción y la acción motora.

En un estudio destinado a identificar un posible subgrupo de síntomas básicos con mayor capacidad de predicción se encontró que un conjunto de "trastornos cognitivos" que agrupaba nueve síntomas básicos y de la atención altamente específicos (incapacidad para dividir la atención, interferencia de pensamiento, presión de pensamiento, bloqueos de pensamiento, trastornos de la comprensión oral, trastornos de la expresión oral, trastornos del pensamiento abstracto -concretismo-, ideas de referencia inestables -centrismo del sujeto-, captación de la atención por detalles del campo visual), eran los que tenían mejor capacidad de predicción.

Los resultados de los estudios de detección y/o intervención tempranas con los síntomas UHR han revelado un elevado índice de transiciones a psicosis (36,9%) en un plazo de 12 meses cuando el paciente no recibía ningún tratamiento especial. Así, estos criterios y especialmente los criterios SPA (síntomas psicóticos atenuados) que concurren con más frecuencia, parecen indicar un riesgo inminente de psicosis.

## Funcionamiento cognitivo y vulnerabilidad a la psicosis

Según el modelo de vulnerabilidad-estrés, una determinada proporción de individuos vulnerables desarrollan una psicosis esquizofrénica manifiesta cuando son expuestos a factores estresantes adicionales, mientras que el resto de ellos o bien son asintomáticos o bien sólo muestran manifestaciones subclínicas (Parnas, 1999). Esta vulnerabilidad del SNC está presente en individuos que, con frecuencia, muestran algo muy parecido a síntomas leves de esquizofrenia, tales como deslices cognitivos, anhedonia, ambivalencia y aversión interpersonal. Este estado de vulnerabilidad más una serie de factores ambientales y procesos de maduración podrían desencadenar la psicosis esquizofrénica pero también existe la posibilidad de entrar en un proceso de "esquizotipia compensada" (Salokangas, 2005).

Distintos estudios han señalado que funciones cognitivas como la atención, la memoria y la función ejecutiva están deterioradas en los pacientes esquizofrénicos en comparación con controles sanos, hallándose que los defectos cognitivos preceden en muchos años al desarrollo de la psicosis. Los pacientes UHR de los que hemos hablado previamente también presentarían a nivel cognitivo una sintomatología marcada por valores más bajos de CI que los controles sanos y déficit en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas.

Estudios realizados en nuestro entorno sobre una muestra de primeros brotes psicóticos (N= 436) (Gutiérrez et al., 2002) encontraron que el tiempo medio de presencia de síntomas psicóticos sin tratamiento fue de 9,2 meses. Los síntomas prodrómicos más frecuentes fueron ideación extraña o pensamiento mágico (72,8%), experiencias perceptivas inhabituales (67,9%) y conducta peculiar (66,8%). Más de la mitad de los sujetos refirieron síntomas prodrómicos como aislamiento social (64,1%); deterioro en las actividades cotidianas (64,3%) y afectividad embotada o inapropiada (51,1%).

Si bien son muchos los estudios que señalan las ventajas de reducir, en la medida de lo posible, el tiempo de demora entre el inicio de los síntomas prodrómicos y el momento de inicio del tratamiento antipsicótico, el diagnóstico diferencial se complica cuando coexiste junto al trastorno psiquiátrico un trastorno por abuso o dependencia de sustancias, como ya hemos comentado. En estos casos es esencial el trabajo orientado a la abstinencia del consumo de sustancias. Es un hallazgo bien establecido la influencia que tiene el consumo de cannabis y de estimulantes en la recaída después de un primer episodio psicótico.

Asimismo, está ampliamente aceptado que el estado inicial de la psicosis establece las bases de las trayectorias de la enfermedad a largo plazo, de las discapacidades sociales y de la psicopatología comórbida. Los primeros 5 años tras el establecimiento de la psicosis han sido considerados como un período crítico durante el cual se produce la mayor parte del deterioro y en el que se preconfigura el curso evolutivo a largo plazo, siendo la variable que predice mejor la evolución, la duración de los síntomas positivos en los dos primeros años de enfermedad (Harrison et al., 2001).

## La intervención en las fases iniciales de la enfermedad mental

La decisión de promover la intervención temprana en el curso de la enfermedad psicótica es un tema muy debatido actualmente. Hay muchos estudios internacionales que parecen poner en evidencia que este tipo de intervención es prometedora. No obstante, también hay un debate abierto acerca de la utilidad de estas intervenciones para la salud pública, especialmente en lo que concierne a la posibilidad de “falsos positivos” (es decir, individuos que presenten un riesgo alto pero que no hagan transición a psicosis) y la exposición innecesaria a la angustia que saberse en riesgo de psicosis puede provocar. Sin embargo, es importante señalar que el paradigma UHR se centra en los individuos con alta carga de angustia que buscan ayuda y que muestran síntomas psicóticos iniciales inespecíficos y para quienes no existe todavía un protocolo de tratamiento.

Los distintos estudios de investigación realizados, han puesto en evidencia cuáles son las estrategias de intervención más efectivas. Existen una serie de recomendaciones establecidas en las guías NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2002).

Se sabe que los tratamientos farmacológicos no son la estrategia prioritaria en esta fase, recomendándose mantener inicialmente un período de observación sin fármacos para posteriormente y si es indicado, utilizar antipsicóticos atípicos a dosis bajas no encontrándose ventajas en la prescripción de dosis altas. Además, no hay acuerdo acerca del tiempo en el que hay que mantener la medicación después de un primer episodio (algunos autores hablan de 1-2 años)

Con respecto a la intervención psicológica, estudios que trabajan en reducir la angustia como la terapia cognitivo-conductual, han puesto de manifiesto resultados alentadores tanto en reducir el número de transiciones a psicosis como en reducir la angustia provocada por los síntomas psicóticos leves. Su trabajo se centra en los síntomas positivos y en el significado que tienen para el individuo. Como objetivo principal tienen la reducción de la angustia y la discapacidad asociada a ellos, reducir el trastorno emocional (ansiedad, depresión) asociado y ayudar a que el paciente llegue a su propia formulación de las dificultades que padece, lo que puede reducir el riesgo de recaídas.

## Actitud del entorno de la persona con un trastorno mental

La actitud del entorno de la persona con un trastorno mental no debe diferir de cualquier otra enfermedad; es decir, debe incluir abordaje médico, seguimiento y cumplimiento de las prescripciones e indicaciones y considerar al paciente como un sujeto activo, competente, responsable de su conducta, cuya opinión debe ser respetada y cuyo padecimiento debe ser confidencial. Suele haber más laxitud para hablar de lo que tienen los demás que la que se tendría para hablar de los propios problemas y enfermedades. Esto se maximiza si se habla de problemas mentales.

Lo referido en el apartado anterior (falta de sensibilización frente a los trastornos mentales, estigmatización, falta de concienciación en algunos casos, etc.) hace que la familia sea, en muchas ocasiones, un integrante imprescindible de muchas de las intervenciones necesarias.

Es importante ser conscientes de que el primer episodio psicótico de un adolescente o paciente joven puede llevar consigo un "período crítico" de alto riesgo de recaída o declive psicosocial. El reconocimiento y la intervención activa en la fase más temprana posible de la psicosis puede contribuir a la remisión temprana de los síntomas, el retraso de la recaída, la prevención del suicidio y del deterioro psicosocial. En este período es esencial el apoyo a las familias y las técnicas educativas que hagan hincapié en técnicas de resolución de problemas. No tener en cuenta a la familia supone perder la oportunidad de crear una red de protección alrededor del paciente. Sin embargo, muchas intervenciones con familias han sido vividas por éstas como una "culpabilización" en cierta medida de la situación del hijo o de la recaída, sintiendo que se los convierte en "chivos expiatorios".

Es esencial acercarse a los padres de los pacientes con primer episodio psicótico (haya o no coexistencia con un trastorno por consumo de sustancias, pero en este caso, aún más) considerándolos aliados en la lucha contra una enfermedad mental potencialmente grave pero que puede ser tratada y entender que interacciones familiares que son disfuncionales (como las especificadas en el concepto de "emoción expresada", por ejemplo) pueden ser características de un proceso de adaptación a la psicosis.

El reconocimiento del proceso de duelo y el apoyo a las familias para superarlo debe preceder a cualquier intento psicoeducativo, es decir, de educación y enseñanza de técnicas para resolver problemas (Lindzen, 2005).





# Sesión 4<sup>a</sup>

Tratamientos para las distintas enfermedades.

Seguimientos de salud



# Objetivos

## Objetivo general:

- Transmitir la consideración de que el tratamiento implica un conjunto de conceptos y estrategias diferentes que son imprescindibles para la curación y/o alivio de las enfermedades, mejorando la adhesión al tratamiento a través tanto del análisis de los factores implicados en ésta y de la relación con los sistemas de referencia; como del desarrollo de diferentes estrategias de adherencia; con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y de aumentar su responsabilidad en la forma de cuidarse.

## Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos acerca de que una intervención en salud incluye siempre diagnósticos diferenciales, tratamientos diferenciales y respuesta a los mismos, seguimiento y evolución, y señalar cómo todo ello influye en el pronóstico
- Señalar que en cada relación terapéutica intervienen el paciente, el especialista, el equipo tratante, la familia y el contexto social
- Lograr el máximo provecho de los tratamientos disponibles aumentando el cumplimiento de los consejos de salud y de las prescripciones pautadas para cada régimen de tratamiento.
- Aportar información acerca de que el seguimiento de salud implica la correcta utilización de la red de salud y de los recursos sanitarios comunitarios

# Metodología Propuesta

## Discusión dirigida: “Cómo pedir ayudas de salud”

Se retoma en esta sesión el trabajo realizado en las dinámicas grupales propuestas para la sesión anterior.

Se vuelve a trabajar con los materiales realizados y los paneles escritos por las personas en la sesión anterior, y en la medida en que esta sesión trata sobre el tratamiento de las distintas enfermedades y los seguimientos de salud se propone trabajar con diferentes aspectos en relación con pedir ayuda y la importancia de la cumplimentación de los tratamientos y los seguimientos de salud.

## Balance decisional sobre las consecuencias de la conducta: “Automedicación vs. cumplimentación correcta del tratamiento”

Este balance decisional puede realizarse planteando una situación general (por ejemplo, cualquier posibilidad de automedicación) o bien concretarla (por ejemplo, toma de antibióticos en dosis o tiempo incorrectos).

El balance decisional puede hacerse en positivo o en negativo (ventajas y desventajas de una conducta correcta o incorrecta). En esta sesión se proponen dos ejercicios a modo de ejemplo: a) “automedicación con antibióticos” y b) “cumplimentación correcta del tratamiento”

En este ejercicio, el conductor del grupo, analizará el patrón de respuesta que han dado las personas y trabajará desde allí, los conceptos de refuerzo, castigo, corto plazo, largo plazo, ventajas y desventajas.

Se pueden utilizar las transparencias 9a y 9b como material de apoyo o dibujar la matriz de decisiones que se desea en una pizarra o incluso en unas cartulinas pegadas en la pared. Lo importante es que las personas vayan diciendo, ya sea en ronda, ya sea ad libitum, aquellas ventajas y desventajas a corto y a largo plazo que tiene cualquiera de las situaciones elegidas.

También pueden realizarse los dos balances decisionales propuestos, y se observará que el perfil de la matriz de decisiones que sale es exactamente el inverso: la automedicación tiene ventajas a corto plazo pero no a largo plazo, y tiene desventajas a largo plazo, pero no a corto plazo. A la inversa, la cumplimentación correcta del tratamiento, tiene desventajas a corto plazo y no a largo plazo, mientras que las ventajas no van a darse a corto plazo, sino a largo plazo.

Este patrón inverso de matriz de decisiones, explica las conductas. Cuando las desventajas de una conducta son a corto plazo, esa conducta tiende a ser evitada, mientras que cuando las ventajas de una conducta son a corto plazo, esa conducta tiende a ser realizada y repetida en el futuro. Esa es la razón de que la gente se automedique (ya que comporta ventajas a corto plazo) y no cumplimente correctamente los tratamientos (porque muchas veces la cumplimentación supone desventajas a corto plazo).

**TRANSPARENCIA N° 9A**

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 9A  
 BALANCE DECISIONAL: "AUTOMEDICACIÓN CON ANTIBIOTICOS"

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
CORTO PLAZO		
LARGO PLAZO		

**TRANSPARENCIA N° 9B**

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 9B  
 BALANCE DECISIONAL: "CUMPLIMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO"

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
CORTO PLAZO		
LARGO PLAZO		

## Toma de decisiones y consecuencias: “Requisitos para poder valorar el resultado de un tratamiento”

En este ejercicio el objetivo es que los miembros del grupo vayan tomando conciencia de que, para poder valorar el resultado de un tratamiento, es necesario cumplir con una serie de requisitos que, si no se cumplen, o se cumplen incorrectamente, van a invalidar el resultado de dicha valoración.

Asimismo, las personas van a reflexionar sobre las consecuencias positivas y negativas que tienen cada una de las decisiones que se tomen.

El conductor grupal va a utilizar como apoyo para esta dinámica, en primer lugar la transparencia 10a y, para generar las conclusiones, la transparencia 10b. Con este apoyo va a llevar a los miembros del grupo a reflexionar sobre las posibles consecuencias positivas y negativas que tiene cada uno de los pasos que la persona tiene que dar para, desde que se da cuenta de que tiene un problema y acude a un profesional, poder valorar los resultados de un tratamiento. Para ello, va a ir haciendo surgir una discusión dirigida entre el grupo en cada uno de los puntos que implican una toma de decisiones. Así, trabajarán las diferencias entre considerar el problema o no hacerlo, entre acudir a un profesional o decidir no acudir, las diferencias importantes entre cumplimentar bien, regular y mal un tratamiento, entre hacer o no un seguimiento a largo plazo y entre atender o no otras enfermedades concomitantes que puedan existir y/o interferir en el desarrollo y pronóstico de la enfermedad por la que se consulta.

Es importante que los miembros del grupo reflexionen sobre cada uno de estos temas y que sean capaces de verbalizar sus opiniones al respecto. El conductor, en esta primera parte, no va a tener una participación activa, sino que se va a limitar a hacer preguntas y a moderar la discusión dirigida.

Una vez que se han valorado todos los pasos, la toma de decisiones implicada en cada uno de ellos y sus consecuencias el conductor irá reflexionando con los miembros del grupo y con ayuda de la transparencia 8b, sobre la importancia de decir "sí" en cada uno de esos pasos, porque si es "no" cualquiera de ellos, va a ser imposible valorar el resultado final del tratamiento.

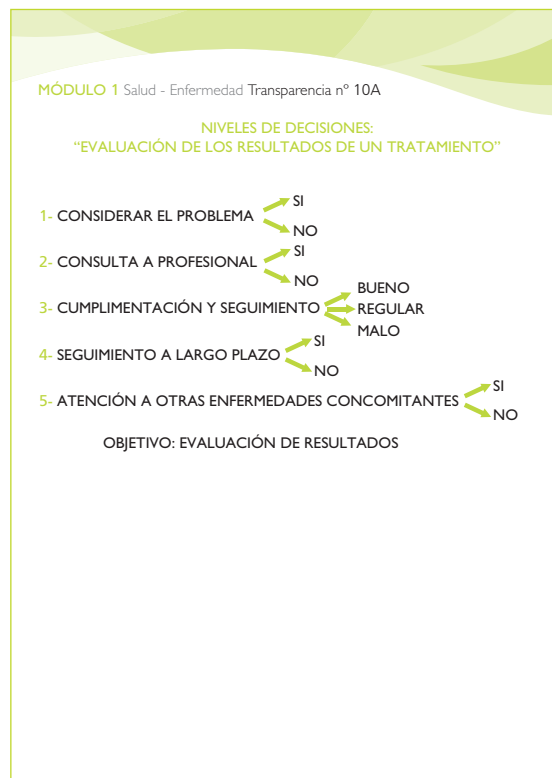
Así y siguiendo la transparencia, se va a plantear la posibilidad de decidir no consultar a un profesional en un primer momento, y entonces habrá que ver qué va pasando con ese problema y/o enfermedad, y se planteará también que si se sigue sin consultar, a pesar de los problemas, entonces no se va a poder valorar el resultado del tratamiento, sencillamente porque éste no existe.

También se va a reflexionar en el grupo sobre la necesidad de cumplimentación correcta de los tratamientos, y cómo una cumplimentación regular es igual a una mala cumplimentación.

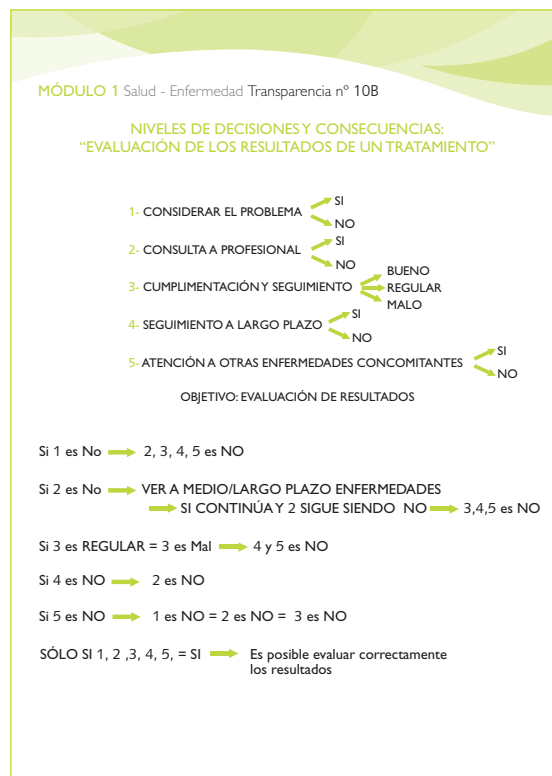
Otro tema importante es plantear que si no se tienen en cuenta otras enfermedades concomitantes, es hacer mal las cosas desde el principio, y fallan los primeros pasos de la concienciación.

Así, la conclusión de este ejercicio es que sólo se va a poder valorar el resultado de un tratamiento si y sólo si en todos los pasos que supone el continuo "considerar el problema" - "evaluación del resultado del tratamiento", la persona contesta "sí", y al revés, si se ha dicho que "no" en alguno de los pasos, la evaluación final no se va a poder hacer.

### TRANSPARENCIA N° 10A



### TRANSPARENCIA N° 10B





Estas dinámicas se pueden realizar e integrar en una Discusión Dirigida que repase un concepto esencial de cara al tratamiento y a sus resultados: la necesidad de la cumplimentación de todo el proceso “consulta – finalización del tratamiento” para poder evaluar los resultados de éste.

## Ronda; Subgrupos y discusión dirigida: “¿Qué información tenemos cuando sabemos algo?”

La siguiente dinámica pretende resaltar la importancia que tiene el estar bien informado, el no tener miedo a hacer preguntas y el dirigirlas, fundamentalmente, a los profesionales. Se sabe que facilitar únicamente información no cambia la actitud ante el tratamiento y ante los síntomas de las enfermedades, pero es un primer paso necesario, de cara a reforzar la adherencia a los tratamientos.

Informar sobre la enfermedad que se tiene, sobre el tratamiento que se está tomando, sobre el Servicio que lo prescribe, etc., es tarea de los profesionales; sin embargo, el paciente ha de expresar que recibe esta información y que la comprende.

La dinámica se divide en dos partes:

### Parte I: “El Rumor”

En esta primera parte, se propone resaltar la importancia de no dejarse llevar por los rumores, por lo que dice “la gente”, por lo que le pasa a “un conocido”, etc. Se pretende que la persona se dé cuenta, mediante un juego muy conocido, de cómo la información se va transformando y cómo se trasmite a través de los rumores. El rumor es uno de los principales obstáculos de la comunicación.

Se propone jugar con el grupo al “teléfono estropeado”. Se le pide a una persona del grupo que diga algo al oído a otra, de forma rápida. Así empieza la cadena y la segunda persona tiene que decir a una tercera lo que ha oído y la tercera a una cuarta y así sucesivamente. Ninguna puede pedir que se repita, ni puede preguntar nada relacionado con lo que cree haber oído. Generalmente, la información que llega hasta la última persona, no tiene mucho que ver con lo que la primera persona ha querido decir. Esto es debido a que cada uno entendemos la información en función de nuestras experiencias y vivencias, de nuestra manera de entender y sentir el mundo.

En el caso de la información que se pasa de una persona a otra, relativa a una enfermedad y a un tratamiento, ocurre lo mismo. La información, transmitida de esta forma, no es una información fiable y en todo caso, debe ser siempre contrastada por un profesional experto en la cuestión.

Se aprovecha la oportunidad para comentar entre todos las experiencias que se hayan vivido en este sentido, es decir, para recoger un listado de “burradas” o “falsedades” que, con respecto, a una enfermedad concreta, hayan escuchado. Por ejemplo, “si tomas medicación para el VIH, no te puedes quedar embarazada”.

### Parte II: “Lo que hay que saber”

Esta segunda parte de la dinámica está dirigida a pensar en aquella información que es necesario pedir a los diferentes profesionales que van a atender a la persona en el transcurso de un tratamiento.

Los profesionales con los cuales entra en relación una persona en tratamiento, son el personal médico, de enfermería, de farmacia y el psicólogo o psiquiatra. Estas personas suelen estar coordinadas y deberían de transmitir la misma información al paciente, pero es importante que la persona se responsabilice y se muestre activa a la hora de recabar información.

En esta dinámica se va a pedir al grupo que elija una enfermedad física, como la tuberculosis, el VIH-Sida, la Hepatitis C, etc., y reflexione sobre aquellas cuestiones que se deberían saber y preguntar a los profesionales relacionados con su tratamiento. Puede suceder que no todas las personas del grupo tengan la misma enfermedad o el mismo tratamiento; sin embargo, el ejercicio tendrá la misma utilidad, ya que su objetivo fundamental será el de estimular y reforzar el hecho de preguntar, solucionar dudas, acercar el paciente al sanitario y establecer una relación entre ambos.

Se trabaja en formato de ronda, y el conductor va ir apuntando en la pizarra, o en unas cartulinas fijadas en la pared a modo de pizarra, las preguntas que las distintas personas le vayan haciendo.

Hay que pensar en una cartulina para las preguntas que hay que dirigir al médico, otra para el enfermero, otra para el psicólogo o psiquiatra y otra para una ONG hipotética a la que se puede consultar.

El conductor estimulará la producción de preguntas dinamizando la ronda, poniendo ejemplos y ayudando a que los miembros del grupo piensen en las dudas que han tenido o tienen en situaciones similares a la descrita.

Posteriormente se reparte al grupo la ficha N° 4. En ella se recoge un listado de preguntas importantes a tener en cuenta cuando se inicia un tratamiento, dirigidas a diferentes profesionales.

El conductor lee con el grupo las distintas preguntas, las relaciona con las que ellos mismos han planteado y clarifica o responde a cuestiones sobre las mismas.

La ficha se reparte como un material para llevarse a casa y se recuerda al grupo, que la mayoría de las preguntas van a servir para cualquier enfermedad.

El objetivo de esta dinámica, es ayudar a la persona en la relación con los distintos profesionales que le van a atender y con la enfermedad, a través de la búsqueda de información pertinente, del reconocimiento de la especificidad de las diferentes personas que participan en su tratamiento y de las limitaciones propias y posibilidades de mejora.

FICHA N° 4

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 4

¿QUÉ PREGUNTAR A LOS SANITARIOS?

Preguntas al médico	Preguntas al enfermero	Preguntas al psicólogo/Psiquiatra	Pregunta al farmacéutico	Preguntas en la ONG
¿Cómo actúa la enfermedad?	¿Qué pastillas hay que tomar?	¿Cómo trabajar la motivación para mantenerme en tratamiento?	¿Qué coste tiene el tratamiento, cada medicamento?	¿Tienen dietista?
¿Cómo hay que actuar frente a la enfermedad?	¿Cuántas de cada medicamento?	¿Qué consecuencias puede tener la medicación en el estado de ánimo?	¿Está incluido en la Seguridad Social?	¿Qué horario de atención tienen?
¿Qué evolución puede tener la enfermedad?	¿Cuántas veces al día?	¿Cómo se distinguen los efectos de la medicación en el estado de ánimo, de otros casos?	¿Hay ayudas para sub-vencionarlo?	¿Hay que pedir cita previa?
¿Son eficaces los tratamientos actuales para mi enfermedad?	¿A qué horas? ¿Por qué?	¿Cómo aceptar la enfermedad?	¿Qué restricciones tiene la medicación con las comidas?	¿Tienen grupos de autoayuda?
¿Qué es la medicación que tengo que tomar?	¿En qué condiciones alimenticias cada uno de ellos? ¿Por qué?	¿Cómo aceptar el tratamiento?	¿Dónde hay que guardar la medicación, a qué temperatura, etc.?	¿Tienen grupos de información general?
¿Por qué la tengo que tomar?	¿Qué hacer si se me olvida una dosis?	¿Cómo adaptar la medicación a la vida cotidiana y a lo no cotidiano?	¿Es agradable su sabor o desagradable?	¿Tienen grupos informativos sobre temas específicos relacionados con la enfermedad?
¿Cómo hay que tomarla?	¿Saben cómo afecta la medicación a otros pacientes?	¿Cómo comparar la enfermedad con la familia?	¿Tiene caducidad temprana?	¿Hay Servicio de asesoría y counselling?
¿Qué efectos secundarios tiene esta medicación?	¿Qué hago si vomito después de tomar la medicación?	¿Cómo tratar la enfermedad en el trabajo?	¿Es indicada para niños?	¿Cómo les va a otras personas con la medicación?
¿Afecta al embarazo?	¿Qué hacer durante vacaciones?	¿Cómo aceptar los efectos secundarios?	¿Qué interacciones tiene con el embarazo?	¿Qué trucos emplean para que no se les olvide las dosis?
¿Se olvida alguna dosis, cuando se puede volver a tomar la medicación y cuánto hay que esperar?	¿Qué hacer si hay que viajar para trabajar y salir fuera de la ciudad?	¿Cómo compaginar la medicación con otras preocupaciones de la vida?	¿Qué horario tiene la farmacia?	¿Qué efectos secundarios aprecian?
¿Cómo interactúa con otros medicamentos?	¿Qué hacer si no se lleva la medicación encima y no se puede tomar?	¿Cómo organizar un seguimiento de la enfermedad?	¿Se puede adaptar la recogida de medicación al horario laboral?	¿Cómo se manejan los efectos secundarios?
¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?	¿Cuál es el horario de consultas y análisis?	¿Se organizan grupos de apoyo y asesoramiento para afectados?	¿Hay respuestas diferentes en los tratamientos entre hombres y mujeres?	¿Cómo se puede aportar la experiencia personal a los demás?
¿Qué hacer si me siento mal alguno de los fármacos?	¿Se puede llamar por teléfono si hay alguna duda?	¿Se organizan grupos de encuentro y asesoramiento para familiares?	¿Hacen visitas durante hospitalizaciones?	
¿Qué tratamientos o situaciones hay para los efectos secundarios?	¿Se puede acudir a consulta sin cita previa en caso de urgencia?	¿Se trabaja en el refuerzo y en la motivación hacia la toma de la medicación?	¿Tienen información sobre terapias alternativas?	
¿Cuál es el horario de consultas?	¿Qué tratamientos y respuestas hay a los efectos secundarios?	¿Es el tratamiento individual o en grupo?	¿Tienen asesoría jurídica y legal?	
¿Se pueden compaginar las consultas con la vida laboral?		¿Qué técnica psicoterapéutica se emplea?	¿Se pueden hacer consultas o preguntas por Internet?	
		¿Qué orientación psicológica se emplea en el tratamiento psicológico?	¿Tienen página Web con información permanente?	

## Subgrupos, análisis de casos y ejercicio conductual: “Prepararse para un régimen de tratamiento”

La siguiente dinámica se propone con el objetivo de ayudar a la persona a prepararse para un régimen de tratamiento, que va a exigirle introducir cambios en su estilo de vida, y una importante capacidad de adaptación a la nueva situación.

La dinámica consta de tres partes.

### Primera parte

El conductor del grupo propone realizar una simulación de lo que puede ser un tratamiento, de forma que, antes de iniciar un régimen complicado en cuanto a las dosis, horarios, pautas, etc., la persona pueda reconocer cuáles son sus límites y las dificultades con las que se va a encontrar.

El conductor del grupo pide que se organicen subgrupos de cuatro personas, para que entre ellas diseñen un régimen de tratamiento. Se estimulará al grupo para que sea creativo y para que invente una enfermedad, el tipo de medicación, las dosis, los horarios, etc.

En el caso de que al grupo no se le ocurra ningún ejemplo, el conductor facilitará un caso para trabajar. Este consistiría en un problema óseo que necesita una medicación diaria, con cuatro pastillas diferentes. Una pastilla (“la roja”) habrá que tomarla justo 10 minutos antes de las comidas. Otra pastilla (“la amarilla”) se tomará cada 12 horas, después de haber ingerido algo de alimento. Otra pastilla (“la blanca”) tendrá que ingerirla, disuelta en agua, una hora y media antes de comer y la cuarta (“la verde”), se tomará en el desayuno, comida y cena, tres veces al día. Cada 21 días, la persona se hará los controles oportunos y se dosificarán las cantidades de cada pastilla, en función de los resultados obtenidos.

Se pedirá al grupo que organice este régimen de tratamiento, u otro que se hayan inventado, dentro de una rutina diaria que elijan, por ejemplo, la de un camionero, un trabajador de la construcción, un profesor de universidad, etc. Para realizar este trabajo se les facilita la ficha N° 5a “Adaptación de un régimen de tratamiento a una rutina cotidiana y extraordinaria”. Esta ficha contiene una serie de casillas donde se tienen que rellenar la hora, la actividad, la medicación, el número de comprimidos o mililitros, las restricciones con la comida y otras.

Se pedirá al grupo que piense en aquellas situaciones que puedan modificar la rutina y en aquellos cambios que se puedan producir durante los fines de semana. Posteriormente se hará una recogida grupal de lo trabajado en la ficha y se entregará a cada una de las personas del grupo una copia de la ficha N° 5b “Reflexiones para la ficha N° 5”, con información básica sobre la adaptación del régimen de tratamiento a la rutina diaria y extraordinaria.

### Segunda parte

La segunda parte de esta dinámica consiste en reflexionar sobre la complejidad de la adaptación a un tratamiento complejo, a largo medio plazo, a nuestra vida diaria. El conductor del grupo repartirá una copia de la ficha N° 6 “Prepararse para un nuevo régimen de tratamiento”, a cada subgrupo. Esta ficha tiene una serie de preguntas, que deben ser discutidas en los subgrupos.

Se les pide que piensen en las respuestas y para ello se les deja 15 minutos para trabajar. Posteriormente se ponen en común todas las respuestas fomentando la discusión y la participación del grupo en su conjunto.

### Tercera parte

Una vez realizada esta tarea, se sugiere al grupo que practique con el ejemplo que se haya trabajado. Se les pide asignen a cada pastilla una golosina diferente: a "la roja", un chicle, a "la amarilla", un caramelo, a "la blanca", zumo de naranja en polvos y a "la verde", un regaliz. La tarea consiste en probar durante una semana a seguir el régimen marcado, para ver si se puede llevar la rutina, ver cuáles son las dificultades que uno encuentra, comprobar la creatividad que uno tiene para adaptarse al tratamiento y comprobar cómo uno se adhiere al mismo.

Para finalizar, se sugiere que si hay una persona en el grupo que tiene que iniciar un tratamiento, que utilice el ejemplo de los caramelos a modo de experimento, es decir, que antes de comenzar con el tratamiento farmacológico que le hayan prescrito, que compre caramelos y ponga a prueba su capacidad de adhesión con ellos. Descubrirá las dificultades que encuentra y podrá anticipar las respuestas. Cuando realmente empiece con el tratamiento, habrá dado pasos importantes.

En muchas ocasiones, es muy importante que la persona sepa que no debe empezar a tomar medicación, si antes no tiene claro a qué se compromete. Si no cree que va a poder cumplir con el tratamiento es mejor que no empiece a tomarlo. Es importante no empezar una terapia hasta que no se esté preparado, ya que son oportunidades que también se pierden de cara al futuro.

#### FICHA Nº 5A

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha nº 5A

ADAPTACIÓN DE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO A UNA RUTINA COTIDIANA Y EXTRAORDINARIA

Entre semana:

Hora	Actividad	Medicación	Número de comprimidos o cápsulas o mililitros	¿Con comida, sin comida o sin restricciones de comida?	Otras restricciones
6,30 am					
7,30 am					
8,00 am					
10,30 am					
12,30 pm					
6,00 pm					
7,30 pm					
10,30 pm					

Esta tabla la puedes repetir todos los días hasta que te acostumbres a la rutina, en el caso de que tu rutina varíe cada día.

¿Qué situaciones pueden modificar la rutina?

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

FICHA N° 5B

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 5B  
 ADAPTACIÓN DE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO  
 A UNA RUTINA COTIDIANA Y EXTRAORDINARIA

Ejemplo: Fines de semana

Hora	Actividad	Medicación	Número de comprimidos o cápsulas o mililitros	¿Con comida, sin comida o sin restricciones de comida?	Otras restricciones
6,30 am					
7,30 am					
8,00 am					
10,30 am					
12,30 pm					
6,00 pm					
7,30 pm					
10,30 pm					
12,00 pm					
3,00 am					

FICHA N° 6

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 6

PREPARARSE PARA UN NUEVO RÉGIMEN DE TRATAMIENTO

¿Qué dificultad puede encontrar este caso por el hecho de tomar cuatro pastillas diferentes?

.....

¿Qué dificultades puede haber con tantos cambios de horario?

.....

¿En qué momentos del día puede tener más problemas nuestro protagonista?  
 ¿Qué soluciones aportarías?

.....

¿En qué situaciones puede tener más problemas? ¿Qué soluciones aportarías?

.....

¿Con cuál de todas las pastillas puede tener menor adhesión?

.....

¿Qué recomendaciones le harías?

.....

## Matriz de decisiones: “Balance de riesgos y beneficios”

La dinámica que se presenta es una herramienta ampliamente utilizada en psicología y educación, para definir la motivación hacia una conducta por parte de una persona. El balance que se haga de las ventajas y desventajas, o de los riesgos y beneficios, con respecto a una conducta o actitud concreta, determinará el que ésta se realice con mayor o menor éxito. Cuantas más ventajas tenga una conducta para una persona, tendrá más probabilidades de repetirla. Cuantos más riesgos tenga la conducta, menos probabilidades de que la persona esté motivada para mantenerla.

Esta dinámica consiste en valorar los riesgos y los beneficios de un tratamiento, así como en realizar una proyección de la valoración en el futuro, de forma personalizada. La dinámica consta de dos partes: en la primera se hace un balance de los riesgos y beneficios del tratamiento, en el momento actual, y en la segunda parte, se valoran las ventajas y desventajas del tratamiento a largo plazo.

### Primera parte:

Cada una de las personas del grupo tiene que pensar en el tratamiento que está realizando y en la enfermedad que tiene y que le ha llevado al mismo. Se reparte a cada persona del grupo una copia de la ficha N° 7 en la cual se presenta una tabla dividida en cuatro casillas, una para cada una de las siguientes situaciones: riesgos de realizar el tratamiento, riesgos de no realizarlo, beneficios de realizar tratamiento, beneficios de no realizarlo. Cada persona tiene que rellenar la tabla de manera individual.

Una vez rellenada la tabla, hay que puntuar del 1 al 4, cada uno de los riesgos y los beneficios que se han apuntado, en función de la importancia que tengan para la persona, siendo el 1 “ninguna”, el 2 “alguna”, el 3 “bastante” y el 4 “mucho” importancia.

Una vez realizado el ejercicio, se presenta la transparencia N° 11, con los cuatro resultados posibles al ejercicio: 1) El cuadrante de riesgos de realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta; 2) El cuadrante de riesgos de no realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta; 3) El cuadrante de beneficios de realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta; 4) El cuadrante de beneficios de no realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta. Se podrá facilitar una fotocopia de esta transparencia a todas las personas del grupo que lo soliciten.

Esta dinámica es importante para analizar si hay alguna situación específica de la persona, que esté impidiendo o dificultando realizar el tratamiento prescrito, con el objetivo de buscarle respuestas. Es importante que si hay dudas o informaciones erróneas, se detecten en este ejercicio y se les dé respuestas objetivas y veraces.

### Segunda parte:

Esta dinámica se repetirá, pero pensando en los riesgos y beneficios del tratamiento en un futuro próximo (un año) y en un futuro lejano (tres años). El conductor pide a cada uno de los miembros del grupo que piense en los riesgos y beneficios que pueda tener el tratamiento dentro de un año. Una vez completada esta parte, se le pide nuevamente a cada persona que piense cómo van a evolucionar estos riesgos y beneficios en tres años.

Se presenta al grupo la ficha N° 7 como modelo y se les pide que coloreen de verde la casilla que consideran ventaja y de rojo la casilla que considera desventaja.

Asimismo, se pide a las personas del grupo que comenten cómo ven la evolución de sus tratamientos y se recoge de manera gráfica, en una pizarra, las evoluciones más significativas, sin evitar las más optimistas y las más pesimistas.

El objetivo de esta dinámica es ayudar a madurar y pensar sobre la motivación para el tratamiento que tiene la persona, sobre la concepción y significado que tiene del mismo, de cara a permitirle la revisión de sus opiniones y creencias, de forma que sean más objetivas y veraces.

Es un ejercicio de imaginación sobre cómo puede evolucionar la situación que se está viviendo para debatir las posibles proyecciones de la situación de cara al futuro.

FICHA N° 7

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 7  
**BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO ACTUAL**

	RIESGOS	BENEFICIOS
Realizar el tratamiento	1.	3.
No realizar el tratamiento	2.	4.

Puntuaciones:  
 Cuadrante 1: .....  
 Cuadrante 2: .....  
 Cuadrante 3: .....  
 Cuadrante 4: .....

**BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO, EN EL FUTURO**

Dentro de un año:

	RIESGOS	BENEFICIOS
Realizar el tratamiento	1.	3.
No realizar el tratamiento	2.	4.

Dentro de tres años:

	RIESGOS	BENEFICIOS
Realizar el tratamiento	1.	3.
No realizar el tratamiento	2.	4.

TRANSPARENCIA N° 11

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 11  
**INTERPRETACIÓN DEL BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO**

**1) El cuadrante de riesgos de realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta**

- En estas situaciones, la adherencia al tratamiento puede estar en riesgo de no cumplirse al 100%.
- A veces, la experiencia personal con tratamientos anteriores ha sido mala, con consecuencias negativas físicas y/o psicológicas.
- Puede también que alguien cercano ha tenido mala experiencia con el tratamiento y la persona se encuentra influenciada por ello.
- Otras veces, es consecuencia del poco entusiasmo del médico a la hora de explicar o proponer el tratamiento. Algunos profesionales no confían en que el paciente vaya a ser un buen cumplidor y se lo transmite, reduciendo incluso más la motivación de la persona.

**2) El cuadrante de riesgos de no realizar el tratamiento es el que tiene la puntuación más alta**

- Estas personas pueden tener una buena adherencia al tratamiento.
- El no realizar tratamiento, supone un riesgo para ellas y lo relacionan con la enfermedad.
- El estar en tratamiento y bajo control médico y psicológico les da tranquilidad y se sienten más protegidos respecto a la evolución de su enfermedad.

**3) El cuadrante de beneficios de realizar un tratamiento es el que tiene la puntuación más alta**

- Estas personas suelen tener buena adherencia al tratamiento, y suelen justificarla con un buen nivel de información sobre la enfermedad y el tratamiento. La lectura que realizan sobre el tema, la hacen de forma no agresiva y con naturalidad.
- Creer en el tratamiento y tienen respuestas y alternativas para afrontar los efectos secundarios del mismo.
- No tomar el medicamento lo relacionan con estar enfermo y tomar el tratamiento lo relacionan con la salud.

**4) El cuadrante de beneficios de no realizar un tratamiento es el que tiene la puntuación más alta**

- Estas personas entienden que es más sano no tomar la química que implica el tratamiento.
- El no realizar el tratamiento lo relacionan con evitar los efectos secundarios y/o con no tener que acudir a consultas médicas.
- Son personas que piensan que cuántas menos complicaciones y menos medidas terapéuticas, menos preocupaciones y menos pensamientos negativos respecto a su enfermedad, van a tener.

## Cuestionario: “¿Cuál es mi adherencia al tratamiento?”

La adherencia al tratamiento es un concepto importante de cara a valorar la efectividad de un tratamiento y además es un concepto cuantificable ya que puede ser constatada. Es decir, se puede determinar si hay o no hay adherencia a un tratamiento en función de si se cumplen o no las pautas terapéuticas indicadas por el personal médico, de enfermería, farmacéutico o psicológico.

En esta dinámica el conductor pedirá al grupo que rellene de forma individual un cuestionario sobre adherencia, a través del cual podrá determinar el grado de adherencia que tiene cada persona. Las respuestas al cuestionario serán privadas, a menos que alguna persona quiera hacer alguna pregunta o comentario al respecto.

Se reparte la ficha N° 8 y se deja un tiempo de 10 minutos, máximo, para contestarla. Una vez contestada, se hará una interpretación, sobre diferentes grados de adhesión al tratamiento, por parte del conductor. Para ello, dispondrá de la transparencia N° 12, como soporte.

Esta dinámica será introductoria de la siguiente, a través de la que se van a analizar las situaciones que ponen en riesgo o dificultan la adherencia al tratamiento.

### TRANSPARENCIA N° 12

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 12

GRADOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

**GRADO ALTO**

- Se cumplen los compromisos del tratamiento en un 90-100%.
- Si crees que con ayuda puedes mejorar tu grado de adhesión, busca apoyos entre tu familia, tus amigos, etc., y habla con un profesional sanitario especialista en el tema, o con alguien de la ONGs de apoyo quienes sabrán cómo otras personas han solucionado ciertas cuestiones

**GRADO MEDIO**

- Se cumplen los compromisos del tratamiento en un 60-90%.
- Busca apoyos para mejorar tu grado de adhesión, entre tu familia, tus amigos, etc.
- Coméntale al personal sanitario los fallos que has tenido.
- Pide consejo y opinión en las ONGs de ayuda a los afectados.

**GRADO BAJO**

- Se cumplen los compromisos del tratamiento menos de un 60%.
- Piensa por qué tu grado de adhesión ha sido tan bajo y si tienes otros problemas que te están afectando, por ejemplo, consumo de drogas, vida desorganizada, estrés en el trabajo, problemas de pareja o convivencia familiar, etc., tienes que buscarles solución.
- Busca apoyos para mejorar tu grado de adhesión entre tu familia, tus amigos, etc.
- Coméntale al personal sanitario los fallos que has tenido y replántate el tratamiento y las condiciones del mismo.
- Pide consejo y opinión en las ONGs de ayuda a los afectados.



## FICHA Nº 8

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha nº 8

**CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

¿En los últimos tres meses, siempre has tomado la medicación?

Sí

No, entre 1 y 2 ocasiones

No, entre 3 y 5 ocasiones

No, en más de 6 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

¿En los últimos tres meses, has tomado siempre la cantidad de pastillas indicada?

Sí

No, entre 1 ocasión y 5

No, entre 5 y 10 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

No, en más de 15 ocasiones

¿Las has tomado siempre en las horas indicadas?

Sí

No, entre 1 ocasión y 5

No, entre 5 y 10 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

No, en más de 15 ocasiones

¿Siempre has tomado la medicación durante la última semana?

Sí

No, entre 1 y 2 ocasiones

No, entre 3 y 5 ocasiones

No, en más de 6 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

¿Has tomado siempre la cantidad de pastillas indicada durante la última semana?

Sí

No, entre 1 ocasión y 5

No, entre 5 y 10 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

No, en más de 15 ocasiones

¿Las has tomado siempre en las horas indicadas durante la última semana?

Sí

No, entre 1 ocasión y 5

No, entre 5 y 10 ocasiones

No, en más de 10 ocasiones

No, en más de 15 ocasiones

¿Has acudido a las consultas médicas?

Sí

Algunas veces se me olvida y me dan otra cita

Casi siempre se me olvida y voy tarde

No acudo más que cuando me veo muy mal

¿Te has hecho análisis con la regularidad solicitada por el médico?

Sí

Algunas veces se me olvida y me dan otra cita

Casi siempre se me olvida y voy tarde

No acudo más que cuando me veo muy mal

¿Has acudido a las consultas psicológicas?

Sí

Algunas veces se me olvida y me dan otra cita

Casi siempre se me olvida y voy tarde

No acudo más que cuando me veo muy mal

¿Comentas con el médico las veces que no sigues las pautas de la medicación en la cantidad o en la dosis?

Sí

Algunas veces se me olvida o no me atrevo

Casi siempre se me olvida o no me atrevo

No lo comento nunca

## Subgrupos y discusión dirigida: “Situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico”

Es frecuente que las personas que siguen tratamientos complejos y a largo plazo, olviden, en alguna ocasión, la toma de una dosis, o se atrasen en el horario de la misma, etc. Saltarse una dosis, de forma ocasional, no tiene tanta gravedad, si se comenta y se valora con el sanitario correspondiente, a la mayor brevedad posible.

Cuando el incumplimiento es más frecuente es cuando tiene consecuencias más importantes y cuando se pueden generar resistencias, es decir, cuando la prescripción médica se incumple semanalmente y de forma sistemática, es cuando hay que replantearse el tratamiento y su eficacia. A algunas personas les puede interesar interrumpir el tratamiento y comenzararlo cuando se encuentren preparadas para seguirlo. Otras personas deberán buscar alternativas a las situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico.

Esta dinámica tiene como objetivo permitir y facilitar el trabajo con aquellas situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico.

Consta de dos partes:

### Primera parte:

En esta primera parte de la dinámica, se propone la identificación de aquellas situaciones que tienen alguna posibilidad de poner en riesgo el cumplimiento estricto de los tratamientos. Estas situaciones de riesgo son personales, es decir, las situaciones que son de riesgo para el cumplimiento terapéutico para una persona, no tienen que serlo para otra. Cada persona tiene sus propias situaciones de riesgo, ya que tienen que ver con el estilo de vida de cada uno, con las características personales, familiares, sociales, etc.

En un primer momento se trabaja con todo el grupo en conjunto.

Se pide a cada una de las personas del grupo, que piense al menos en cinco situaciones que le harían perder el control que ejerce sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Se recuerda a los miembros del grupo, que los compromisos se adquieren en cuatro niveles diferentes, tal y como se ha señalado en el ejercicio anterior: dosis pautaada, horario establecido, restricciones alimentarias, y control y seguimiento por parte de los sanitarios.

Una vez identificadas las cinco situaciones de riesgo, se pide a los miembros del grupo que se agrupen con otras tres personas y que reúnan las situaciones que ha pensado cada una de ellas. El conductor deja un tiempo para explicarlas (10 a 15'), de forma que todas las personas del subgrupo, conozcan estas situaciones y comprendan el porqué han sido elegidas por cada uno.

A continuación, se repartirá a cada subgrupo, una copia de la ficha N° 9. En esta ficha se presenta un cuadro con seis categorías que permiten clasificar las situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento del tratamiento. Las categorías que aparecen en cada ficha son las siguientes:

- Situaciones sociales, económicas, educativas
- Situaciones relacionadas con la persona
- Situaciones relacionadas con la enfermedad
- Situaciones relacionadas con el régimen terapéutico
- Situaciones relacionadas con el equipo asistencial y sistema sanitario
- Situaciones relacionadas con el estilo de vida de la persona

En un primer momento, los miembros de cada subgrupo tendrán que clasificar las situaciones que han reunido en su grupo en función de las categorías propuestas. Posteriormente se pondrá en común el trabajo de cada subgrupo y se valorarán las diferentes situaciones que entre todos los subgrupos se puedan recoger.

El conductor del grupo liderará la discusión dirigida que completa la dinámica apoyándose en los contenidos teóricos a trabajar y en la transparencia N° 13. Ésta podrá ser fotocopiada y repartida entre los miembros del grupo, como material complementario al trabajo personal realizado.

## Segunda parte:

La ficha N° 9, anteriormente realizada, va a servir como soporte o base de la segunda parte de esta dinámica. Se reparte una copia de la ficha N° 10 a cada subgrupo. La tarea consiste en que coloquen en la columna de la izquierda de la ficha, todas las situaciones de riesgo que se han señalado en la ficha N° 6. En la columna de la derecha se escribirán las alternativas o respuestas que contrarresten el riesgo que supone la situación señalada en la columna de la izquierda.

Para realizar este ejercicio, se mantienen los grupos de cuatro personas con los que se había trabajado el ejercicio anterior. Este es un ejercicio de creatividad, en el cual cualquier idea sirve y será respetada por todos los miembros del grupo. Es importante estimular al grupo para que haga sugerencias, para que señale lo obvio o para que se atreva a decir "cosas absurdas".

Para finalizar se realiza el ejercicio en la otra dirección. Se reparte a cada subgrupo una copia de la ficha N° 11, en la cual aparece un listado de respuestas y alternativas al riesgo de ciertas situaciones y se le pide al grupo que señale para qué situación podría ser utilizada esa respuesta.

El grupo, de esta forma, sabrá que ha de enfrentarse a lo novedoso, a lo diferente, a lo complejo, a lo estresante, de manera creativa y con recursos y alternativas.

TRANSPARENCIA N° 13

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 13

SITUACIONES QUE PONEN EN RIESGO EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

**1. Sociales, económicas y educativas**

- Negar la enfermedad o su gravedad
- No entender el tratamiento
- No entender las indicaciones
- La familia niega la enfermedad
- La familia no acepta la enfermedad y evita sus señales y síntomas
- Tener problemas laborales importantes que ocupan todo el tiempo
- Tener problemas familiares importantes
- No tener apoyo económico, ni recursos para coger autobuses, ir a los centros sanitarios, etc.
- No disponer de domicilio fijo

**4. Relacionadas con el régimen terapéutico**

- Tratamiento muy complejo
- Gran interferencia en los hábitos, en el horario de trabajo, o en la vida social
- Aparición de efectos adversos que interfieren en la vida diaria y generan importantes complicaciones
- Aparición de las alteraciones morfológicas.

**2. Relacionadas con la persona**

- Conflicto de intereses con otras actividades propias de personas jóvenes, etc.
- Desconocer la red sanitaria, sus posibilidades
- Sentir vergüenza por la enfermedad y ocultarla
- Altos niveles de ansiedad y estrés
- Tener desesperanza y falta de motivación y/o síntomas de depresión
- El consumo de alcohol y otras drogas
- Poca confianza en la medicación
- Poca confianza en el equipo médico y sanitario

**5. Relacionadas con el equipo sanitario y las relaciones con el mismo**

- Falta de confianza en el equipo médico
- Cambios continuos dentro del equipo médico, con mensajes contradictorios
- Poca accesibilidad a los centros de tratamiento
- Poca flexibilidad en los horarios de los profesionales sanitarios
- No saber con quién dejar a los hijos para ir al médico
- Dificultad para entender la información que se recibe por parte del equipo médico
- Dificultad para tomar decisiones, de manera conjunta, con el equipo médico, relativa a la medicación y a su adaptabilidad
- Contradicciones entre médicos, farmacéuticos, psicólogos, personal de enfermería, psicólogos, psiquiatras, etc.
- Contradicciones entre los equipos de atención primaria, servicios sociales y ONGs

**3. Relacionadas con la enfermedad o patología y sus características**

- No tener síntomas de enfermedad
- Tener síntomas de enfermedad
- Recalda en la gravedad de la enfermedad
- Aparición de complicaciones importantes
- Percepción pesimista de la enfermedad por parte del personal sanitario
- Leer una noticia no científica o el comentario de un conocido, sobre la ineficacia del tratamiento que se está tomando

**6. Relacionadas con el estilo de vida de la persona**

- Viajar
- Comer a diferentes horas cada día
- Trabajar a turnos
- Restricciones alimenticias
- Comer en restaurantes

FICHA N° 9

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 9

SITUACIONES QUE PONEN EN RIESGO EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Sociales, económicas y educativas	Relacionadas con la persona	Relacionadas con la enfermedad
Relacionadas con el régimen terapéutico	Relacionadas con el equipo asistencial y sistema sanitario	Relacionadas con el estilo de vida de la persona

FICHA Nº 10

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha nº 10  
 ¿QUÉ ALTERNATIVA O RESPUESTA TENGO PARA CADA SITUACIÓN QUE PONGA EN RIESGO EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO?

Situaciones de riesgo	Alternativas

FICHA Nº 11

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha nº 11  
 ALTERNATIVAS A LAS SITUACIONES QUE PONEN EN RIESGO EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Situaciones de riesgo	Alternativas
	Pegar la información en la puerta del frigorífico
	Llevar un reloj digital, reloj con alarma o avisador
	Hablar con un amigo para que recuerde la medicación
	Pedir información a un médico
	Preguntar al médico si hay una combinación de pastillas más sencilla
	Dejar el tratamiento para otra ocasión, en la que haya más motivación
	Hacer una tabla diaria hasta acostumbrarse a la rutina
	Apuntar en una libreta cada dosis que se toma
	Cada día, separar cada dosis en diferentes cajitas, y así comprobar si se han tomado
	Dejar dosis de más en la oficina, en el coche, en casa de los padres o del novio o novia, de amigo o amiga
	Pedir ayuda a amigos y amigas, a la familia, etc., para que recuerden las dosis
	Acercarse a una ONG a pedir ideas. Tienen tiempo para hablar y para ayudar a buscar respuestas
	Apuntar en un calendario que esté en un lugar visible, como la cocina, las próximas citas con el farmacéutico o para controles médicos o psiquiátricos
	Plastificar y llevar, en un bolsillo, un balance de riesgos y beneficios del cumplimiento del tratamiento, para utilizarlo cuando se pierda la motivación
	Llevar unas galletas o algo de comida o dejar algo de comida en la oficina o en el coche
	Señalar las contradicciones entre los equipos de atención primaria, servicios sociales y ONGs
	Cambiar de médico y pedir el traslado de expediente a otro servicio
	Cambiar de trabajo
	Hablar con la familia y explicarles la enfermedad y el tratamiento
	Pedir al médico que hable con la familia y les explique la enfermedad y el tratamiento
	Hablar con alguna ONG y pedirles ayuda. Solicitar una consulta para los familiares
	Pedir una cita al psicólogo y/o psiquiatra
	Dejar durante el tratamiento, el consumo de alcohol y otras drogas
	Plantearse el abandono definitivo del consumo de alcohol y otras drogas
	Realizar un curso sobre dietética
	Solicitar una ayuda económica a la Trabajadora social
	Solicitar una ayuda para acceder a una vivienda a la Trabajadora social
	Pedirle al médico que hable más claro y sencillo
	Ir a las consultas en compañía de algún familiar que pueda entender las indicaciones y la información que se reciba
	Llevar una libreta, en la que se pueda ir apuntando todas las dudas que surjan entre una consulta y otra
	Llevar al médico todas las dudas que se tenga apuntadas
	Contrastar con los profesionales o con las ONGs, la información recibida a través de amigos y periódicos

## Cuestionario y discusión dirigida: “¿Está fracasando mi tratamiento?”

El objetivo de esta dinámica es reconocer las posibles causas del fracaso terapéutico y las alternativas a las mismas.

Para ello, se pide a cada persona del grupo que valore de forma individual si su tratamiento está fracasando o no y en caso afirmativo, que adivine el por qué de este fracaso. Para hacer este ejercicio, se reparte a cada persona una copia de la ficha N° 12, en la cual aparecen las posibles causas del fracaso de un tratamiento. Se pedirá a cada persona que las valore, contestando a las preguntas que componen la ficha. Esta parte de la dinámica será de carácter privado y a menos que alguien quiera comentar o hacer alguna pregunta, se pasará a la siguiente cuestión.

Posteriormente el conductor del grupo, abrirá un debate con todo el grupo, sobre las diferentes causas del fracaso de un tratamiento y sobre las alternativas a las mismas. Para preparar este debate, se harán subgrupos de cuatro personas, que trabajarán con la ficha N° 13. Ésta permitirá reflexionar sobre cómo actuar ante el fracaso terapéutico, para prevenirlo. La transparencia N° 14 dará al conductor algunas claves para dirigir la discusión propuesta entre todos los miembros del grupo.

Es importante insistir ante el grupo, que las causas que se detecten de fracaso terapéutico, habrá que comunicárselas al personal médico o de enfermería y consultar con los mismos las respuestas más adecuadas a cada caso.

Si se consigue lograr una tolerancia máxima al tratamiento médico, se favorecerá la adherencia al tratamiento y se reducirán en lo posible las resistencias al mismo.

### FICHA N° 12

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 12

¿ESTÁ FRACASANDO MI TRATAMIENTO?

PREGUNTA	SI	NO
El tratamiento que recibo no responde ante mi enfermedad		
No estoy cumpliendo el tratamiento que me ha sido recetado		
Tiene efectos tóxicos que me están perjudicando		
Mi cuerpo no tolera el tratamiento		
Mi historia de tratamiento (fracaso anterior, complicaciones previas, etc.) impide que el tratamiento actual tenga éxito		
Las opciones disponibles no son opciones eficaces para mí		
Existe una resistencia al tratamiento		
Existen efectos secundarios		
Mi tratamiento actual no es compatible con el consumo de otras sustancias (recetadas o no recetadas, medicamentos o drogas)		
Mi grado de adhesión al tratamiento es pequeño		
El costo del tratamiento es demasiado elevado y no me lo puedo permitir		

FICHA N° 13

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Ficha n° 13  
ALTERNATIVAS AL FRACASO TERAPÉUTICO

Causas del fracaso terapéutico	Alternativas
Fracaso	
No cumplimiento	
Efectos tóxicos	
Intolerancia	
Historia previa tratamiento	
Las opciones disponibles	
La posible resistencia cruzada	
Efectos colaterales	
Interacciones posibles con otras sustancias	
Grado de adhesión al tratamiento	
Costo del tratamiento	

TRANSPARENCIA N° 14

MÓDULO 1 Salud - Enfermedad Transparencia n° 14  
ALTERNATIVAS AL FRACASO TERAPÉUTICO

CAUSAS DEL FRACASO TERAPÉUTICO	ALTERNATIVAS
FRACASO DE LA TERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar otra alternativa similar</li> <li>• Medicina alternativa</li> </ul>
NO CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tener miedo de admitirlo ante el personal sanitario</li> <li>• Pedir apoyo a familiares y amigos</li> <li>• Informar al médico</li> <li>• Ser sincero con uno mismo</li> </ul>
EFFECTOS TÓXICOS, SECUNDARIOS, ADVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al médico y responder ante éstos</li> <li>• Nunca dejar de tomar la medicación</li> <li>• No minimizar ni maximizar éstos efectos</li> <li>• Pedir información exacta al farmacéutico sobre los efectos</li> <li>• Estar perfectamente informado por los profesionales implicados</li> </ul>
INTOLERANCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer que hay medicamentos que no toleran todas las personas</li> <li>• Buscar comidas que mejoren la tolerancia</li> <li>• Buscar actividades que mejoren la tolerancia</li> <li>• Pedir información al médico para que dé alternativas para que se pueda tomar la medicación.</li> </ul>
HISTORIA CLÍNICA PREVIA DE FRACASO DEL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar errores y fracasos</li> <li>• Informar al médico de que anteriormente hubo un fracaso</li> <li>• Buscar nuevas condiciones físicas, psicológicas, sociales, etc. para tomar el tratamiento.</li> </ul>
LAS OPCIONES DISPONIBLES NO SON VALIDAS O NO TIENEN RESPUESTA ADECUADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acudir a la medicina alternativa</li> <li>• Realizar autocuidados personales</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Solicitar atención psicológica, social, etc.</li> </ul>
RESISTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar otros medicamentos</li> <li>• Esperar a que aparezcan en el mercado nuevos medicamentos</li> <li>• Apuntarse a nuevos ensayos clínicos con medicación en fase de experimentación.</li> </ul>
INTERACCIONES POSIBLES CON OTRAS SUSTANCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber si esa medicación tiene interacciones con otras sustancias, por ej; con el alcohol</li> <li>• Solicitar apoyo psicológico</li> <li>• Hablar con una ONG o una asociación de afectados para recibir asesoramiento y apoyo</li> <li>• Informarse sobre medicación alternativa, bien fundamentada y bajo conocimiento médico</li> </ul>
BAJO GRADO DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar el tratamiento en grado medio y alto</li> <li>• Solicitar ayuda psicológica</li> <li>• Solicitar ayuda entre pares, es decir, de otras personas que estén recibiendo el mismo tratamiento, ya que las indicaciones del médico son las que no se cumplen</li> </ul>
COSTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar activismo político</li> <li>• Solicitar ayudas económicas en los Servicios Sociales de base.</li> <li>• Pedir información en las ONGs y en las asociaciones de afectados, sobre ayudas que ellos mismos tramiten y sobre otras</li> </ul>

# Contenidos Teóricos a Trabajar

- El tratamiento de una enfermedad o de un trastorno
- Factores que intervienen en la relación profesional y en la respuesta al tratamiento
- Seguimientos de salud. La red sanitaria y comunitaria

## El tratamiento de una enfermedad o de un trastorno

Por tratamiento se entiende un conjunto de medios de toda clase (farmacológicos, higiénicos, psicoterapéuticos, quirúrgicos, etc.) que se ponen en práctica para la curación y/o alivio de las enfermedades.

En la medida en que entendemos la enfermedad como un constructo científico en el que intervienen los criterios diagnósticos, los diagnósticos diferenciales, las etiologías, etc., debemos de entender el tratamiento de la misma también desde la utilización de un método terapéutico (arte de cura) científico; aún sabiendo que hay otros factores (mágicos, religiosos, culturales, etc.) que también pueden influir en la enfermedad y en su evolución y que no serán tratados en este módulo.

## Factores que intervienen en la relación profesional y en la respuesta al tratamiento

Existen distintos factores que intervienen en la relación profesional-cliente y en la respuesta al tratamiento que se obtenga. Entre ellos, no se puede dejar de considerar las variables en relación con:

- a) **el paciente**, su personalidad, el tipo de enfermedad que padezca, la concienciación que tenga sobre la misma y las experiencias previas de enfermedad y de tratamiento que haya tenido
- b) **la familia**, que va a tener una importancia especial en los cuadros difíciles (cuadros crónicos, cuadros psicóticos que no tengan conciencia de enfermedad, cuadros que produzcan dependencia, etc.). Con ella, siempre hay que trabajar el rechazo frente a la enfermedad y las expectativas mágicas de curación, siendo muchas veces necesaria una redefinición de la demanda → terapia familiar
- c) **el equipo tratante**, cuya accesibilidad, funcionamiento interno, relación con el paciente y su familia y relación con otros equipos tratantes de salud van a influenciar el pronóstico de una persona concreta
- d) **el especialista**, considerando la relación que establece con el paciente, su actitud frente a él, las prescripciones terapéuticas que haga, la información que dé y administración del caso que lleve
- e) **el contexto social**, su manera de reaccionar y actuar frente a la persona enferma.

## Seguimientos de salud. La red sanitaria y comunitaria

Los factores socio-económicos y políticos afectan al estado de una nación y a las prestaciones de sus sistemas sanitarios.

La OMS propone una atención de calidad para todas las personas y dicta que los Estados deben promocionar la Salud de sus miembros, entendiendo como tal un estado de bienestar físico, mental y social completo, para lo cual propone estudios de necesidades, de recursos y de programas a desarrollar, que, evidentemente, van a estar en relación con los recursos financieros del Estado y su red pública de salud (no es lo mismo el concepto de Salud en el Tercer Mundo que en el Primero, y hablar de red pública de salud es impensable en muchos países).

En nuestro medio, disponemos de una red de salud que nos permite acercarnos a los modelos de salud propuestos por las Organizaciones de salud a nivel mundial. Hoy en día, en España, existe una asistencia universal y gratuita que permite un seguimiento de salud individualizado, que incluye la posibilidad de una asistencia global en distintos niveles sanitarios. La red de salud pública en nuestro país, se estructura en torno a la Atención Primaria (médicos de familia, de cabecera, rurales, de empresa, etc.) y va a ser la encargada de tratar a la persona y, en caso de necesidad, derivarla a los distintos niveles especializados (intrahospitalarios, extrahospitalarios, estructuras intermedias) y a los distintos profesionales implicados en ellos (distintos especialistas o especialidades), en los distintos momentos de su ciclo vital (salud-enfermedad).

Cada uno de estos niveles (el de atención primaria y el de atención especializada) disponen de sus propios Programas específicos para distintas enfermedades y en ellos participan diferentes profesionales según las necesidades: auxiliares de clínica, enfermeros, monitores ocupacionales, psicólogos, analistas, biólogos, fisioterapeutas, médicos, administrativos, trabajadores sociales, pedagogos, etc. Los profesionales deben mantener una coordinación e interrelación entre ellos, siendo recomendable que haya un profesional encargado de la administración del caso ("case management").

Hoy en día, la Atención Primaria es la que debe canalizar inicialmente las distintas intervenciones que se realicen con una persona. Posteriormente, los distintos niveles asistenciales propondrán diferentes planes de tratamiento.

En la Atención Primaria se realizará la historia clínica detallada de la persona en la que queda constancia de todos los avatares (enfermedades, vacunaciones, tratamientos, respuesta a los mismos, etc.) que ha sufrido la persona en su vida y que le han llevado a consultar. Estas historias se completan con las realizadas en los Servicios Especializados que se hayan o se estén utilizando.

Existe, a nivel comunitario, un sistema profano de salud, en el que pueden intervenir personas que no son profesionales de la salud, y que incluye a diferentes organizaciones comunitarias, como ONGs, asociaciones diversas, grupos de autoayuda, clubes, etc. Estos sistemas, útiles y necesarios a nivel comunitario, no integran sin embargo, la red pública de salud. Es decir, que para tener acceso correcto a un seguimiento de salud desde los sistemas de la salud pública, hay que ponerse en contacto (en el primer momento de la demanda) con la Atención Primaria y/o los Servicios Públicos de Salud.

Para que haya una correcta administración del caso concreto, es necesario intentar mantener y respetar este orden en las consultas y/o derivaciones, que si bien a corto plazo puede resultar displacentero (por tiempos de espera, de dedicación, etc.), a largo plazo es más efectivo de cara a la resolución del problema y es la mejor manera de beneficiarse de la globalidad de la red pública de salud.

Estas consideraciones son especialmente importantes para los enfermos crónicos (o con potencialidad crónica) ya que durante una gran parte de su vida van a necesitar de estos servicios.

Es más fácil iniciar un tratamiento que mantenerlo, aunque en una enfermedad es tan importante el inicio de la terapéutica como la continuidad de la misma. En la mayoría de las ocasiones, ante los síntomas agudos de una enfermedad, se recurre con facilidad, con prisa e incluso con agobio a solicitar tratamiento (pensando que cuanto antes y más especializado mejor), y sin embargo luego no se mantiene la preocupación y ni siquiera la atención a las pautas de seguimiento del tratamiento.



La razón para este comportamiento ya la hemos comentado y reside en la dificultad que tienen los seres humanos en mantener pautas de conducta a largo plazo que no son reforzadas. Todo animal (y entre ellos, evidentemente, los seres humanos) realiza y tiende a repetir las conductas que son reforzadas a corto plazo (bien positivamente, con un premio; bien negativamente, evitando un castigo), es decir, repite aquellas conductas en las que ve un resultado positivo e inmediato; evita las conductas que son seguidas por un castigo y tiende a abandonar las conductas que no tienen consecuencias positivas. Teniendo en cuenta esta realidad, es fácil pensar que la persona va a ser consecuente con los tratamientos (que incluyen toma de medicación, visitas terapéuticas, etc.) de una enfermedad aguda que produce un displacer claro e inmediato, y que tenderá a abandonar los tratamientos de las enfermedades crónicas (enfermedades que, por definición, son a largo plazo y no tienen muchas veces sintomatología visible, como son las hepatitis B y C, el Sida, la diabetes, el trastorno esquizofrénico, etc.). De aquí también se deriva el que en las enfermedades crónicas haya un riesgo de tratamientos compulsivos (inicio de diferentes tratamientos en distintos niveles y con distintos profesionales, pero continuidad de ninguno, porque la dificultad está, precisamente, en el mantenimiento de la conducta de salud a largo plazo).

Sin embargo, debemos pensar que en las enfermedades crónicas, el mantenimiento del tratamiento mejora, en todos los casos, la evolución y minimiza los efectos de la cronicación, pudiendo evitar la aparición de complicaciones. Quiere decir, que aunque en ocasiones los síntomas no sean visibles, siempre existen y es necesario cuidarlos.

Por otro lado, lo que personalmente puede parecer un déficit para la persona que consulta (recorrir una vez más a un médico o a un profesional que ya conoce a toda la familia y que sabe por qué situaciones se han pasado, etc.) es, en realidad, un beneficio, ya que supone un enriquecimiento para la historia clínica de la persona y una ayuda para poder organizar una intervención que contemple el continuum salud-enfermedad, ya que son las intervenciones globales, que tienen en cuenta el ayer y el mañana, además del hoy, las que van a estar correlacionadas positivamente con la mejoría del individuo.

- **Tipos de tratamientos que existen**
- **Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos: Enfermedades infecciosas y trastornos mentales**
- **Tratamiento farmacológico individualizado. Instrucciones, efectos terapéuticos, efectos adversos, efectos tóxicos. Retirada y supresión de un tratamiento**
- **Tratamientos no farmacológicos (estilos de vida; ayuda/apoyo/consejo; terapias ocupacionales; terapias pedagógicas; psicoterapias, etc.)**

## Tipos de tratamientos que existen

Frente a las enfermedades existen distintos tipos de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos. Son los profesionales de la salud los encargados de prescribir y/o proponer la realización de un determinado tipo de tratamiento y de los distintos seguimientos de salud. Los tratamientos farmacológicos siempre tienen que ser indicados por un médico, mientras que los no farmacológicos podrán serlo por otros profesionales cualificados.

## Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos: Enfermedades infecciosas y trastornos mentales

Los tratamientos farmacológicos son aquellos que emplean fármacos. Los fármacos son sustancias químicas (naturales o no) que producen modificaciones en el organismo. Cada grupo de fármacos pretende dar respuesta a otros tantos grupos de patologías (por ejemplo, antipiréticos para la fiebre, antiinflamatorios para las inflamaciones, antidepresivos para las depresiones, etc.).

Los tratamientos no farmacológicos son aquellos que no emplean sustancias químicas.

Teniendo en cuenta que la amplitud de las enfermedades y de sus tratamientos excede los objetivos de este módulo, se va a hacer hincapié especialmente en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y en el tratamiento de los trastornos mentales. Esta elección viene determinada por la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en la población usuaria de drogas.

Para el tratamiento de las enfermedades infecciosas (recordando la clasificación que se hizo en la Sesión Nº 2 y siguiendo el mismo guión para la aplicación de las medidas terapéuticas) se pueden utilizar las siguientes medidas:

- a) combatir los agentes infecciosos según el tipo de germen causante: antibióticos para las bacterias, antifúngicos para los hongos, antivíricos para los virus, etc. Estos tratamientos son específicos, especializados y es de extrema importancia su cumplimiento (ver adherencia al tratamiento, más adelante);
- b) medidas profilácticas como la vacunación y la quimioprofilaxis (que se tratarán en la siguiente sesión);
- c) administración de sustancias biológicas con propiedades antiinfecciosas como las gammaglobulinas (que actuarían aumentando las defensas);
- d) terapéutica sintomática (las normas higiénicas, las medidas dietéticas, el tratamiento de la deshidratación -sueros-, de la fiebre -antipiréticos-, de la inflamación -antiinflamatorios-, etc.);
- e) medidas físicas como la limpieza y el drenaje de heridas o focos infecciosos.

Para el tratamiento de los trastornos mentales también se van a utilizar fármacos (psicofármacos) y terapias no farmacológicas. Los psicofármacos tienen efectos sobre el psiquismo: sobre los correlatos mentales superiores (pensamientos, afectos, conductas, etc.) y sobre los correlatos neurobiológicos (sistema nervioso, endocrino, circulatorio, etc.). No producen cambios en la personalidad per se, pero pueden ayudar a conseguirlos tanto a través de la mejoría del trastorno como a través de posibilitar la aplicación de otras técnicas de tratamiento.

Entre los grupos de psicofármacos más conocidos está el grupo de los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos; el grupo de los fármacos que actúan sobre el humor (antidepresivos, antimaníacos, eutimizantes) y el grupo de los fármacos que actúan en los trastornos de tipo psicótico (bloqueadores dopaminérgicos, neurolépticos atípicos, etc.).

Para todos los fármacos la automedicación representa un peligro importante (ver automedicación más adelante), pero los psicofármacos, (especialmente los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos) tienen además un peligro añadido: el abuso y la dependencia. Al cruzar los psicofármacos la barrera hematoencefálica, tienen un efecto a nivel cerebral, y va a ser este efecto positivo reforzante a nivel cerebral el que va a determinar la repetición de la ingesta.

En esta conducta repetida de administración, está la raíz de la tolerancia (la disminución del efecto a la dosis previa y como consecuencia la necesidad de tomar más sustancia para obtener el mismo efecto) y de la abstinencia (la aparición de síntomas desagradables cuando cesa el efecto de la sustancia). Bien sea para repetir los efectos positivos o para paliar los efectos negativos de su falta, la toma repetida sin control médico de determinados fármacos, como las benzodiazepinas, va a llevar a la tolerancia y dependencia de las mismas, además de producir su ineffectividad clínica.

## Tratamiento farmacológico individualizado. Instrucciones, efectos terapéuticos, efectos adversos, efectos tóxicos. Retirada y supresión de un tratamiento

En los tratamientos farmacológicos hay que considerar tanto los efectos terapéuticos de los fármacos, como sus efectos adversos y efectos tóxicos.

Algunos fármacos requieren una serie de días continuados e ininterrumpidos de uso para comenzar a hacer efecto (como los antidepresivos) o para producir un efecto completo (como los neurolépticos) y otros requieren controles (de la sangre, de la tensión, de la temperatura) durante su administración para evitar los efectos tóxicos y las complicaciones graves (como las sales de litio y los barbitúricos). Además, en la mayoría de los fármacos las dosis de inicio y de seguimiento o retirada son diferentes (algunos fármacos requieren un decremento paulatino hasta su eliminación, pudiendo producir graves problemas en caso de supresión brusca del tratamiento -como las benzodicepinas-). De ahí otro de los peligros de la automedicación.

Es el médico que prescribe el fármaco y el equipo terapéutico que interviene en el tratamiento, los que a través de las instrucciones específicas para cada fármaco y para cada persona, van a evitar los efectos tóxicos y a posibilitar los mayores efectos terapéuticos, con los menores efectos adversos. En este sentido, cualquier duda con respecto al tratamiento debe ser referida a dichos profesionales.

## Tratamientos no farmacológicos (estilos de vida; ayuda/apoyo/consejo; terapias ocupacionales; terapias pedagógicas; psicoterapias, etc.)

Son aquellos tratamientos que no emplean sustancias químicas o fármacos para sus fines terapéuticos. Existen tratamientos no farmacológicos para todas las enfermedades y propuestas desde diversos campos del saber. No obstante, hay enfermedades como los trastornos mentales, en los que tratamientos no farmacológicos son, además de los farmacológicos, muchas veces indispensables.

Se puede hacer una división entre tratamientos terapéuticos y psicoterapéuticos, considerando entre los primeros, aquellos que tienen que ver con el consejo, el apoyo, la educación sobre los estilos de vida, las terapias ocupacionales, etc. y entre los psicoterapéuticos a aquellos encaminados a promover cambios a nivel psicológico en pensamientos, actitudes y conductas. Las llamadas psicoterapias (entre las cuáles también hay diversas especialidades) van a hacer hincapié en el cambio de la estructura psíquica de la persona.

En el caso de los tratamientos no farmacológicos, también son profesionales de la salud los encargados de su indicación, y los psicoterapeutas formados en psicoterapia, los encargados de su realización. También en este caso existe un equivalente a la automedicación farmacológica (en la forma de consulta compulsiva a paraprofesionales de todo tipo -curanderos, videntes, astrólogos, etc.-) y efectos adversos por la mala utilización y/o administración del tratamiento ya que no es lícito pensar que porque en los tratamientos no farmacológicos la herramienta principal es la palabra, ésta no entraña riesgos. Parafraseando a Laín Entralgo se puede decir que es la palabra un bisturí muy afilado.

Por eso es importante la opinión del profesional (terapeuta o psicoterapeuta), porque es el único que (como el médico con los fármacos) va a ser capaz de prever las consecuencias a medio y largo plazo de las indicaciones.

- **Adherencia al tratamiento**
  - **El concepto de adherencia al tratamiento**
  - **Grado de adherencia al tratamiento**
  - **Evaluación de la adherencia al tratamiento**
  - **Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos:**
    - **Sociales, económicos y educativos**
    - **La persona**
    - **El estilo de vida de la persona**
    - **La enfermedad o patología y sus características**
    - **El régimen de tratamiento**
    - **La relación con el equipo sanitario**

Cuando se habla de enfermedades, los tratamientos deben ser coordinados y complementarios, siendo escasas las enfermedades que no requieren o se pueden beneficiar de un fármaco y escasas las enfermedades que se curan y/o mejoran sólo con un tratamiento farmacológico.

Lo mismo se puede decir sobre los tratamientos no farmacológicos, ya que son escasas las enfermedades que no se benefician de un apoyo no farmacológico, pero también escasas las que se curan sólo con una psicoterapia.

Cuando se habla de cumplimentación del tratamiento o de "adherencia" al mismo, se hace referencia tanto a la farmacología como a los tratamientos no farmacológicos. La cumplimentación tiene que ver con la manera de asumir el enfermo su enfermedad y de ser (como ya se ha señalado) un sujeto activo trabajando por su recuperación.

Cuando no se cumple con la toma de la medicación, se corren los mismos riesgos que con la automedicación (ver más adelante), y que van a depender de cuál sea el grupo de fármacos que están implicados en la no-cumplimentación. Si no se cumple con la utilización de un analgésico, es la persona la que va a tener más dolor, por lo cual, en general, en este grupo de fármacos el problema de suele dar por abuso más que por abandono de los mismos. Sin embargo, cuando la no cumplimentación afecta a antibióticos y/o a antivíricos, el problema no es tan inmediato como lo es la aparición del dolor. Los problemas más importantes son la inefectividad del tratamiento y la formación de resistencias a los fármacos comúnmente utilizados (lo que dificultará el tratamiento o la cura posterior de esa enfermedad).

Cuando no se cumple con las prescripciones de un tratamiento no farmacológico, el problema más importante es la inefectividad del tratamiento, la cual va a estar directamente relacionada con la sensación de frustración tanto por parte del profesional (favoreciendo síntomas de burn-out) como del cliente (para quien esta frustración va a ser un síntoma de fracaso personal en la tarea emprendida).

Por lo tanto, un concepto fundamental a trabajar con los pacientes es la adherencia a los tratamientos que emprendan, analizando los factores que dificultan la cumplimentación de cualquier tipo de tratamiento, ya que en ellos está la clave que permitirá entender lo que sucede.

A la hora de garantizar la adhesión hay que considerar tres momentos, el de elección del tratamiento, el de inicio y el del control y la adherencia está relacionada con la capacidad del paciente para implicarse correctamente en estos tres tiempos, en los cuales se consolidan los objetivos terapéuticos y el compromiso de cumplimiento riguroso.

La elección del tratamiento es un momento importante, en el que es necesario evaluar si se dan en el paciente las condiciones que posibiliten su mantenimiento a medio y largo plazo (ver más adelante "Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos").

El momento del inicio debe de ser escogido y seleccionado de acuerdo a criterios de idoneidad. Es importante plantearse el inicio del tratamiento cuando la persona disponga de la energía, del tiempo y del momento adecuado para dedicarse a los cambios y condiciones que se exigen. Por ejemplo si se va a iniciar un tratamiento que requiere condiciones y exigencias complejas para lograr su eficacia, cuando se está muy estresado con el trabajo y no se le puede dedicar el tiempo que merece, es más probable que el tratamiento fracase.

Con respecto al inicio; en las primeras semanas, la adaptación del tratamiento a la rutina diaria se debe de convertir en lo prioritario.

Por su parte el control del tratamiento, si la elección ha sido adecuada y el paciente está preparado, se irá consiguiendo con la ayuda de los profesionales y el esfuerzo de los pacientes.

La relación del paciente con la enfermedad va a pasar por diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la capacidad para superar las barreras o dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

La adhesión se complica en los tratamientos de larga duración, en los que tienen tratamientos complicados, en los que se presentan efectos adversos derivados del tratamiento y en los que requieren muchas exigencias.

La adhesión puede causar pesadumbre, ya que probablemente exija cambios en la rutina diaria, que requieren de mucho tiempo para encajarlos, para ajustarlos y para poder mantenerlos dentro de la vida cotidiana. También es preciso prever estos cambios en lo no cotidiano, es decir, en ocasiones excepcionales, como las celebraciones, las fiestas, las vacaciones, etc.

La adherencia al tratamiento puede ser adecuada e inadecuada. Es adecuada cuando se siguen las prescripciones terapéuticas: se toma la medicación en la dosis señalada, en la pauta marcada, se acude a las citas médicas, a las consultas psicológicas, a las de enfermería y farmacia, etc. Es inadecuada cuando no se siguen las pautas señaladas.

También puede ser a corto y a largo plazo. Cuando existe dificultad para seguir una pauta médica a corto plazo siguiendo estrictamente las pautas acordadas, también habrá complicaciones a largo plazo. Cuando el tratamiento requiere largos periodos de actuación o cuando el tratamiento es crónico, es cuando hay que tener más cuidado con las situaciones que ponen en riesgo el mantenimiento de la terapia propuesta. Tomar medicamentos de por vida, teniendo que asistir regularmente al médico, cuidando y controlando los síntomas que aparezcan, etc., es un trabajo comprometido y responsable.

Tanto el logro de una adherencia adecuada como de una adherencia a largo plazo va a ser el resultado de una serie de variables que están influyendo a lo largo de todo el proceso y que tienen que ver con la persona, su contexto social, el tratamiento y el equipo sanitario.

La adherencia óptima requiere la planificación de intervenciones específicas, analizando las características de cada persona, de su contexto social y las capacidades del equipo socio-sanitario, a través de un abordaje multidisciplinar, biopsicosocial e integral.

La adhesión al tratamiento no hace referencia únicamente al tratamiento farmacológico, aunque así se entienda comúnmente, sino que tiene que ver con un concepto más amplio que esta en relación con la manera de aceptar la enfermedad, con el grado de conciencia de enfermedad que se tiene, con la confianza depositada en el tratamiento, etc. Por lo tanto, está relacionada con el control de la enfermedad, con el acudir a las consultas médicas y psicoterapéuticas, con el realizar los análisis pertinentes, con el control de los síntomas secundarios, etc. Además, cualquier aspecto personal o social del paciente, como el estado de su vivienda, el apoyo social con el que cuente, posibles problemas de alcoholismo, etc., pueden estar influyendo a la hora de adherirse adecuadamente al tratamiento, y es importante que el equipo sanitario tenga toda la información necesaria para una correcta evaluación del mismo.

La adhesión al tratamiento va a estar influyendo directamente sobre la respuesta de los tratamientos, sobre la respuesta clínica de la enfermedad y sobre la mortalidad.

Si los tratamientos no están teniendo la respuesta esperada, porque no son administrados de manera adecuada, habrá que plantearse la continuidad del tratamiento, es decir, habrá que valorar la posibilidad de interrumpirlo o suspenderlo.

Por un lado, habrá que tener en cuenta que, en estos casos, los tratamientos no están siendo eficaces para la persona, pudiendo hacer ésta una resistencia a la medicación, lo que fortalece la enfermedad y limita la posibilidad de utilización del mismo tratamiento en otro momento más idóneo o con más garantías de cumplimiento.

Por otro lado, y desde una perspectiva de Salud Pública, la relación coste/efectividad no es razonable, es decir, se produce un gasto innecesario. Si los tratamientos son muy caros y estos no se cumplen, se vuelven doblemente caros. Los recursos necesarios por año para tratar determinadas patologías son muy elevados, por lo que una adherencia al mismo puede rentabilizar en mayor medida sus costes.

Se sabe que la adherencia a los tratamientos, por ejemplo, para tratar la gripe, es inadecuada en un porcentaje alto de pacientes y esto impide alcanzar la efectividad clínica. En el caso de las personas con VIH positivo, este número asciende a entre un 20% y un 50%. La falta de adherencia es la principal causa del fracaso terapéutico.

## Grado de adherencia al tratamiento

Los grados de adherencia al tratamiento tienen que ver con el cumplimiento de los compromisos adquiridos durante el mismo. Los compromisos son los relativos a:

- **La cantidad de fármaco:** es importante que no se pierda ninguna dosis y que se mantenga la cantidad de fármaco en sangre, de forma que haga su efecto y actúe en el organismo de forma continua. Si la dosis correcta no se toma, el organismo puede hacer una resistencia a dicho fármaco y reducir así el potencial de acción. Algunos estudios indican que saltarse regularmente una o dos dosis, es suficiente para que el tratamiento no tenga el éxito esperado.
- **El horario de toma del fármaco:** Algunos fármacos tienen un periodo de flexibilidad de una hora para su toma, durante la cual mantienen su efectividad y se continúan tomando con toda seguridad. Otros tienen dicho periodo más amplio. Otros, es importante tomarlos a la hora exacta.
- **Las pautas dietéticas:** son aquellas que facilitan la absorción del fármaco en la cantidad necesaria para que actúe eficazmente.
- **La regularidad en los controles médicos, recogida de fármaco, consultas psiquiátricas, etc.:** ésta permitirá que se ajuste y adapte la medicación a sus necesidades, de forma que los efectos secundarios de la misma se reduzcan y se mejore la adhesión al tratamiento.



Se puede hacer una valoración del grado de cumplimiento en función de distintos criterios. Esta valoración es importante de cara a plantear un continuum de adherencia en el que la persona pueda sentirse en camino hacia un adecuado cumplimiento terapéutico. No obstante es importante recordar los contenidos trabajados en la Sesión 4ª, y los "Requisitos para poder valorar el resultado de un tratamiento", ya que en cuestiones de cumplimiento terapéutico, una adherencia regular es igual a una mala adherencia.

Así, y teniendo en cuenta esta señalización, se podría hacer una gradación para trabajar con los pacientes estrategias más adecuadas de adherencia a los tratamientos.

### GRADO ALTO

- Se cumplen los compromisos del tratamiento en un 90-100%, es decir, de cada 100 veces, se cumple estrictamente el tratamiento, como mínimo 90 veces
- Si se piensa que con ayuda se puede mejorar el grado de adhesión, es necesario buscar apoyos entre la familia, los amigos, etc., y hablar con un profesional sanitario especialista en el tema, o con alguien de las ONGs de apoyo quienes sabrán cómo otras personas han solucionado ciertas cuestiones

### GRADO MEDIO

- Se cumplen los compromisos del tratamiento en un 60-90%, es decir, de cada 100 veces, se cumple estrictamente el tratamiento, como mínimo 60 veces y como máximo 90 veces.
- Es necesario buscar apoyos entre la familia, los amigos, etc. para mejorar el grado de adhesión.
- Es necesario comentar con el personal sanitario los fallos cometidos.
- Es conveniente pedir consejo y opinión en las ONGs de ayuda a los afectados.

### GRADO BAJO

- Se cumplen los compromisos del tratamiento menos de un 60%, es decir, de cada 100 veces, se cumple estrictamente el tratamiento, como máximo 60 veces
- Es indispensable pensar por qué el grado de adhesión ha sido tan bajo y si existen otros problemas que están afectando, por ejemplo, consumo de drogas, vida desorganizada, estrés en el trabajo, problemas de pareja o convivencia familiar, etc., porque va a ser necesario buscarles solución
- Es importante buscar apoyos para mejorar el grado de adhesión y hablar con el personal sanitario los fallos cometidos para replantearse el tratamiento y las condiciones del mismo
- Es útil pedir consejo y opinión en las ONGs de ayuda a los afectados

## Evaluación de la adherencia al tratamiento

La evaluación de la adherencia se puede realizar a través de diferentes métodos, algunos más precisos que otros. Los más utilizados son la autoevaluación del paciente, el recuento de comprimidos, las revisiones de farmacia, los niveles plasmáticos del fármaco, la respuesta al tratamiento y dispositivos electrónicos.

La autoevaluación del paciente como técnica, debe estar basada en la confianza y en la sinceridad para que sea efectiva, y el profesional tendrá que evaluar tanto la práctica clínica del paciente con su medicación, como los conocimientos que éste tiene sobre su enfermedad. Los dos indicadores serán importantes para reconocer el cumplimiento terapéutico y para determinar la dirección sobre la que hay que intervenir. La evaluación de la adherencia tiene que ser continua y tienen que estar todos los profesionales implicados.

El recuento de comprimidos es indicativo y significativo, tanto si sobran como si faltan. Las revisiones de farmacia sólo son posibles para aquellos medicamentos que se retiran de la farmacia o de los hospitales, para aquellos que se recogen de manera regular de las enfermerías de los centros de salud, etc.

La concentración de fármacos en sangre es una prueba común que se suele realizar en los controles periódicos que se realizan de la enfermedad y suele estar relacionada con la respuesta al tratamiento. Es decir, si hay niveles plasmáticos adecuados, suele haber una buena respuesta al tratamiento, lo cual hace referencia a estar consiguiendo los objetivos propuestos.

Los dispositivos electrónicos, como relojes, etc., indican la toma de la medicación pero no si se cumplen otras pautas del tratamiento como las condiciones o restricciones del horario, las asociadas a un cierto régimen alimentario, etc.

## Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos

Son diferentes factores los que influyen en el seguimiento adecuado de los consejos y prescripciones relativas al tratamiento de una enfermedad. Es la combinación de éstos los que explican la adherencia al tratamiento de una persona. No se puede reducir la explicación a decir que hay personas cumplidoras y personas no cumplidoras, ni se puede decir que son los centros los responsables del cumplimiento, o que la adherencia depende exclusivamente de las características de la enfermedad, etc.

Los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos son sociales, económicos, educativos, personales, asociados al estilo de vida, relativos a la enfermedad y a sus características, al régimen terapéutico, al equipo sanitario y a la relación con el mismo. A continuación se presentan algunas estrategias de actuación ante estos agentes.

### Factores sociales, económicos y educativos

A la hora de recibir un tratamiento complejo que exija su mantenimiento a largo plazo, el paciente va a requerir una estabilidad personal y emocional que le permita hacerle frente. Esta estabilidad va a estar directamente relacionada con el apoyo social y/o familiar que tenga y con los recursos económicos y sociales disponibles.

Las personas que disponen de un contexto familiar estructurado, con un estilo de vida organizado y con un entorno que respeta valores como el de la vida, la salud, la solidaridad, etc., van a ver facilitada su adhesión al tratamiento.

Cuando una persona tiene las necesidades básicas cubiertas y cuenta con recursos económicos y sociales, tiene más disponibilidad intelectual y emocional para hacerse cargo de la responsabilidad que exige el tratamiento que tiene que cumplir.

El nivel educativo influye en la medida en la que facilita la comprensión de enfermedad, de sus síntomas y de las indicaciones terapéuticas a seguir. Un nivel educativo medio va a influir en una mejor relación con el equipo sociosanitario.

### Factores personales

La persona es la protagonista principal de la adherencia y en todo caso, la más interesada en que el tratamiento sea eficaz. La persona, junto con el profesional de la salud, toma todas las decisiones importantes relativas al tratamiento. Cuando se participa en tratamientos experimentales o con efectos secundarios adversos, se debe firmar un "consentimiento informado", que consiste en la firma de un documento en el que el paciente da su consentimiento para ser tratado con una medicación específica o de una manera determinada, una vez conocidas las consecuencias de la misma.

El paciente debe mostrar una actitud activa y participativa respecto al tratamiento y a la curación de su enfermedad o dolencia, siendo el responsable de mantenerse informado, de hacer las preguntas pertinentes al profesional, de cumplir las pautas, las prescripciones del equipo médico, psicológico, etc.



La edad, el sexo, la raza, y los factores sociales, económicos y educativos que hemos señalado previamente, son algunos de los agentes que influyen en la adherencia al tratamiento.

Las personas más jóvenes pueden encontrar más problemas para adaptar el régimen de tratamiento a su rutina diaria y al estilo de vida de fiesta y diversión que mantienen los fines de semana. El cumplimiento de horarios estrictos, de regímenes alimentarios específicos se puede complicar durante los fines de semana, si se sale de fiesta y se modifica la rutina diaria.

Algunas personas implican a sus familiares en la adherencia al tratamiento, pidiéndoles que pregunten lo que quieran saber abiertamente, sobre si han tomado la medicación, si han ido a consulta, si han realizado análisis de control, etc. Esta participación de la familia es una ayuda importante, ya que puede servir para recordar las responsabilidades que implica el tratamiento. Cuando se convive con otras personas, esta ventaja también se logra. Cuando se vive solo y se busca este apoyo externo, se puede recurrir a los avisos por teléfono, etc.

La ansiedad, el estrés, la depresión restan motivación para mantener a largo plazo los compromisos adquiridos. Cuando una persona no se siente bien, física o psicológicamente, dedica esfuerzo y energía emocional e intelectual a este malestar, en detrimento del que exige la enfermedad y su tratamiento. Una vez controlados los síntomas de la ansiedad, el estrés y la depresión, a través de la intervención psicológica o psiquiátrica, puede resultar más fácil la adherencia al tratamiento. A su vez, las personas que previamente han abandonado un tratamiento o no lo han cumplido, tienen riesgo de volver a tener problemas.

El consumo de alcohol y otras drogas reduce la capacidad de control y la toma de decisiones sobre las responsabilidades, incluso sobre las cotidianas. Cuando una persona es adicta al alcohol o a otras drogas, esta situación se complica, ya que en los momentos de consumo activo, va a ser difícil que mantenga las normas y los límites que exigen los tratamientos. Una persona que ha consumido drogas durante largos periodos de tiempo, puede que haya perdido la capacidad de autocontrol y que tenga dificultades para el control de los impulsos. Será necesario trabajar estas cuestiones con ella antes de iniciar un tratamiento que requiera la asunción de pautas y condiciones estrictas.

Otras personas mantienen ante la medicación y el equipo sociosanitario, unas actitudes y creencias que les impide el seguimiento riguroso de la prescripción terapéutica. Cuando una persona no confía en el tratamiento o en los sanitarios, por principios ideológicos por ejemplo, va a poner en duda y en cuestión cualquier indicación. En el caso en el que se quiera iniciar un tratamiento, va a ser importante que se trabajen primero estos pensamientos y actitudes.

Va a ser de gran ayuda tener capacidad de comprender y reconocer la realidad en la que la persona se encuentra inmersa, ya que ésta le influye a la hora de tomar decisiones adecuadas y de actuar en consecuencia con ellas.

## Factores asociados al estilo de vida

Hay factores relacionados con el estilo de vida de las personas que dificultan la adherencia al tratamiento y que son ampliamente reconocidos por la mayoría de las personas que se han visto implicadas, en esta situación, en alguna ocasión.

Por ejemplo, personas que viajan mucho tienen que tomar medidas específicas, teniendo que encajar su estilo de vida con la toma de la medicación, con los controles sanitarios, con los horarios de la medicación, de la farmacia, etc. Estas personas exigen un seguimiento más cercano, ya que tienen que realizar importantes esfuerzos de adaptación a un nuevo estilo de vida.

También las personas que están a turnos en sus puestos de trabajo, se encuentran con el problema de encajar diferentes horarios, en unas condiciones de vida fijadas por el tratamiento. Las personas que no comen en casa, por ejemplo deben preocuparse por las restricciones en las comidas, los límites en los horarios, etc.

Las normas del tratamiento se tienen que ajustar a las circunstancias diarias de cada persona.

## Factores asociados a la enfermedad y sus características

Es importante que la persona esté informada sobre la enfermedad que padece, sobre sus características, sus síntomas, su evolución, etc. La gravedad de la misma y las consecuencias de no seguir adecuadamente el tratamiento serán las motivaciones principales para la adhesión a la prescripción terapéutica. Cuanta más información se reciba sobre la enfermedad, más se aumenta la atención y el cuidado que requiere la misma.

Muchas enfermedades tienen un periodo largo sin la aparición de ningún síntoma. Por ejemplo, tras la infección por el VIH generalmente hay un periodo que puede llegar a 10 años, sin que se presenten síntomas.

El que la enfermedad sea sintomática o no es un factor que incide en la motivación para mantener las pautas y prescripciones terapéuticas. Si no se presentan síntomas, la persona puede perder motivación para mantener un tratamiento, a largo plazo.

La percepción de la enfermedad por parte de los médicos, enfermeros y personal sanitario en general, es de gran influencia. El optimismo de los médicos se transmite a los pacientes e influye en la motivación hacia el tratamiento y en la esperanza que se deposite en el mismo, haciendo que los pacientes sean mejores cumplidores.

## Factores asociados al régimen terapéutico

El régimen terapéutico ha de ser personalizado, es decir, específico para cada persona. Cada tratamiento estará formado por una serie de indicaciones específicas, como son el tipo de fármaco o de acción terapéutica, el número de tomas o de acciones, el horario, el régimen alimentario, etc. Los estudios demuestran que cuánto más complejo es el tratamiento, menor adherencia se produce, ya que la interferencia en los hábitos de vida de las personas, en su horario de trabajo o en su vida social, será mayor.

Los principales problemas del régimen terapéutico en relación con la adherencia son: el número de dosis al día, los efectos adversos, el número de pastillas en cada dosis, el horario de las tomas y las necesidades de tomar la medicación en ayunas.

Es importante que, en caso de que se pueda, se realice un esfuerzo de adaptación del régimen terapéutico a las preferencias y necesidades del paciente. En el caso de que no se pueda será el paciente el que adapte su estilo de vida al del régimen terapéutico.

El régimen terapéutico tiene que tener en cuenta que cada paciente es diferente y que cada persona mantiene una actitud distinta frente a la vida y a la enfermedad. A la hora de establecer el régimen terapéutico, el profesional tiene que tener toda la información relativa al paciente ya que dicho régimen tendrá que ser realista y factible para esa persona. El trabajo de enfermería será el de intentar conseguir que el tratamiento se integre en la vida cotidiana, minimizando el esfuerzo para conseguirlo.

Cuando aparecen efectos adversos se produce una reducción de la motivación hacia el tratamiento, especialmente ante alteraciones que provoquen cambios visibles en el cuerpo. Estas señales pueden aumentar la estigmatización hacia la persona. Por ejemplo, algunas personas con infección por el VIH y con lipodistrofia como consecuencia de la medicación, prefieren abandonar el tratamiento antes de ver su rostro o su cuerpo muy cambiado.

## Factores asociados a la relación con el equipo sanitario

Para conseguir una adherencia adecuada, el primero que tiene que estar convencido de la importancia de seguir las pautas e indicaciones es el equipo sanitario, ya que van a ser los encargados de transmitir motivación hacia la adherencia. Los profesionales tienen que trabajar coordinados y formar un equipo interdisciplinar compuesto por médicos, farmacéuticos, psicólogos, personal de enfermería, psiquiatras, etc. Estos, a su vez, deberán mantener una buena coordinación con los equipos de Atención Primaria, los Servicios Sociales y las ONGs.

El profesional tiene que demostrar un nivel de capacitación alto y estar informado y al día respecto a la enfermedad que está tratando. Deberá evitar juicios morales y paternalistas respecto a la actitud del paciente y al estilo de vida del mismo, limitándose a informar y asesorar sobre actitudes de salud y preventivas relacionadas con la enfermedad.

La relación entre el equipo sanitario y la persona enferma debe de estar basada en la confianza, para ello es importante que el médico sea el mismo a lo largo del tiempo, es decir, que haya cierta continuidad en la atención sanitaria, ya que ésta es necesaria para crear lazos de confianza.

Los tratamientos tienen que ser accesibles, es decir, se tendrá que poder llegar a ellos de manera cómoda, se podrá solicitar una cita cuando se necesite, se podrá consultar las dudas que se tengan, se ajustarán a las responsabilidades de trabajo del paciente intentando que afecten lo menos posible a su vida laboral, etc.

El tiempo del que disponga el equipo terapéutico es un problema, en muchas ocasiones, de gestión y político. Los equipos que transmiten una información detallada y realista van a facilitar la toma de decisiones y van a contribuir a aumentar la adherencia. Esta parte del trabajo de los profesionales requiere disponibilidad, dedicación de tiempo y energía. Además, los equipos que cuentan con la posibilidad de hacer counselling y otras técnicas de apoyo y orientación van a reforzar el cumplimiento de las prescripciones relativas al tratamiento.

- **Sistemas relacionados con la adherencia a los tratamientos**
  - El personal médico
  - El personal farmacéutico
  - El personal de enfermería
  - El psiquiatra o el psicólogo
  - El voluntariado de las ONGs de afectados
- **Estrategias para mejorar la adherencia en distintos momentos de los tratamientos**
  - El diagnóstico
  - La prescripción de tratamiento
  - El mantenimiento de los logros alcanzados

## Sistemas relacionados con la adherencia a los tratamientos

Las intervenciones que combinan componentes cognitivos, conductuales, afectivos, etc., mejoran la adhesión al tratamiento. Se ha señalado previamente que los equipos de intervención tienen que ser multidisciplinarios, pudiendo abarcar diferentes métodos para una atención integral.

Si bien el fármaco será recetado por el médico, éste no está solo en el abordaje del paciente, por lo que va a ser un factor más, entre otros, que facilitará o dificultará la adherencia al tratamiento. Así, los sistemas que influyen en la adhesión al tratamiento van a ser el personal médico, el personal farmacéutico, el personal de enfermería, el psicólogo y psiquiatra, y el personal voluntario de las ONGs.

## El personal médico

El médico es el responsable de la valoración clínica y por tanto de la decisión sobre el tratamiento correcto. Es quien receta el/los fármaco/s, quien decide las dosis adecuadas y quien organiza la toma de las mismas. Además es quien valorará en función de distintos criterios, la adherencia del paciente al tratamiento prescrito y quien deberá decidir si lo mantiene, lo cambia o lo suspende en caso de no cumplimentación correcta, de ineffectividad del mismo, de efectos secundarios adversos importantes o de cualquier situación que valore necesaria.

Su opinión es siempre fundamental, y utilizará las valoraciones del equipo multidisciplinar en la toma de decisiones.

## El personal farmacéutico

El farmacéutico es el responsable de la dispensa del tratamiento y está preparado para responder a las necesidades del paciente respecto a la información sobre los efectos de la medicación, para prever los riesgos derivados de la toma de medicación, para detectar los efectos adversos de la medicación y los problemas derivados de la dosis, etc., y para resolver problemas relacionados con la medicación. Además el farmacéutico mantiene un contacto continuado, formal y estructurado con el personal médico y de enfermería. Su trabajo lo realiza en equipo con otros profesionales sanitarios, participando activamente en el tratamiento y en los resultados clínicos del mismo.

Los pacientes con poca adhesión son los que más necesitan un contacto estrecho y directo, ya que les hará falta más apoyo y mayor seguimiento. Esta atención especial también es importante al inicio de la terapia, ya que es el momento en el que se realizan más preguntas, etc.

El farmacéutico debe registrar la dispensa de la medicación de forma que se realice un seguimiento de la misma y se pueda evaluar la adherencia al tratamiento. El farmacéutico tiene la obligación de facilitar la identificación del medicamento, la identificación de la dosis y el horario de la toma, así como de advertir de las resistencias a los tratamientos y de sus resultados, de los efectos adversos, de las interacciones, etc. Por ello, es necesario que el personal de farmacia se especialice en técnicas de comunicación y de entrevista clínica.

El objetivo final de la intervención del farmacéutico es el uso correcto de los medicamentos y su adecuado cumplimiento, para maximizar sus efectos en la salud y servir de soporte al equipo sanitario.

## El personal de enfermería

El personal de enfermería está preparado para detectar necesidades a nivel integral. Decidirá junto con el médico y el paciente, la idoneidad de iniciar el tratamiento. Durante el tratamiento, el personal de enfermería deberá mantener una relación fluida con el médico y comentar con él las dificultades que vaya encontrando.

Va a estar disponible para responder a las dudas que la persona tenga sobre el tratamiento, para buscar soluciones a las dificultades y, junto al paciente, va a planificar la adherencia, adaptando el tratamiento a las necesidades, al estilo de vida, a los hábitos diarios, etc., haciendo un trabajo de programación y sistematización del régimen terapéutico. Será importante que deje escritos los compromisos a los que se llegue con el paciente y hacer un seguimiento de los mismos, comprobando que se han entendido las explicaciones y que se han ido resolviendo las dudas. El personal de enfermería será de los primeros en detectar a una persona que no cumple adecuadamente el tratamiento.

Son las personas de contacto que tiene el paciente ante irregularidades durante el tratamiento o ante cualquier tipo de incidencia, ya que han sido las personas encargadas de adiestrar al paciente ante posibles efectos adversos. Por ello es importante que entre el enfermero/ a y el paciente exista una relación de confianza, accesible, confidencial y flexible. Estas condiciones van a facilitar la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente. En definitiva, el personal de enfermería deberá combinar sus conocimientos científicos con sus habilidades de comunicación y de relación, manteniendo como norma básica el respeto a la intimidad en cualquier consulta de salud. Algunas enfermedades están estigmatizadas y en estos casos, no juzgar e intentar comprender la situación del enfermo, es básico.

## El psiquiatra o el psicólogo

El objetivo del profesional de la salud mental es el adecuado ajuste de la persona al proceso de enfermedad. En ocasiones, aparecen cuadros de ansiedad y de depresión, que necesitan tratamiento, a veces farmacológico. En algunos casos, su intervención es importante para el diagnóstico de patología psiquiátrica asociada. Es un agente preparado para detectar una persona que vaya a tener dificultades para cumplir las prescripciones y las normas, es decir para detectar a los "incumplidores".

El psicólogo y el psiquiatra cumplen su función tanto al inicio como durante el tratamiento, y también cuando se lleva mucho tiempo en el mismo. Está documentado que la intervención psicológica mejora el manejo de los efectos adversos del tratamiento y la calidad de vida del paciente.

En ocasiones, el entorno familiar y social, también requieren de la ayuda y el apoyo profesional. En estos casos, la intervención familiar mejora mucho la adherencia. La familia puede participar recordando la medicación, las consultas con los médicos, las citas con los enfermeros o con farmacéuticos, etc.

Asimismo, el paciente podrá comentar con el psicólogo la necesidad de participar de grupos de autoayuda, de acudir a una ONG de afectados, etc.

## El voluntariado de las ONGs de afectados

El ser voluntario en las Asociaciones de afectados tiene que ver con una forma de actuar, de ver la vida y de enfrentarse a la realidad. Son personas comprometidas con la sociedad y con los cambios sociales. El voluntario tiene que estar bien informado y formado en las funciones que realiza, ya que tiene que trabajar junto a los profesionales sanitarios, educadores, etc., de las ONGs.

Hay usuarios que necesitan oír a un voluntario para "creer" lo que el médico les ha dicho, por lo que los que trabajan en educación y en consejo sobre los tratamientos se convierten en protagonistas importantes en el objetivo de conseguir la adherencia a los tratamientos.

También es importante el "voluntario afectado", es decir, aquel que recibe o ha recibido tratamiento por una enfermedad concreta o por la misma enfermedad que tiene la persona que acude a la ONG. Hay personas que prefieren hablar con otras que hayan tenido el mismo régimen terapéutico que ellos y esa intervención les hace volver a retomar un tratamiento o a adherirse con mayor grado de implicación. Un voluntario puede hacer que una persona con bajo grado de adhesión se replantee y se repiense su actitud ante un tratamiento. Pero también puede ocurrir lo contrario, es decir, que un voluntario que no cree en el tratamiento transmita esta actitud negativa a la persona que le pide la consulta.

La intervención del voluntario tiene que ser desde la experiencia, la formación y desde el trabajo comunitario entre iguales. Las palabras que utilizan los voluntarios de una ONG son sencillas, sin los tecnicismos utilizados en otros contextos, que consiguen que la información no siempre llegue a los pacientes por su dificultad para ser comprendida. El voluntario es un mediador y facilitador de la relación médico-paciente, ayudando a preparar la siguiente consulta y a preguntar al médico de forma valiente por los efectos secundarios y otros miedos respecto a la medicación.

También se sabe que los voluntarios son personas fundamentales para conseguir los objetivos de las entidades sin ánimo de lucro. Estas personas deben estar supervisadas y bien cuidadas y atendidas en las necesidades de formación que tengan. Las entidades en las que trabajan deben ofrecerles formación y asesoramiento cuando lo necesiten.

## Estrategias para mejorar la adherencia en distintos momentos de los tratamientos

Para mejorar la adherencia, es importante identificar las fases del tratamiento, los objetivos en cada una de estas fases, sus características y peculiaridades. La finalidad es la de establecer estrategias específicas de intervención para cada una de ellas.

### El diagnóstico

A la hora de realizar un diagnóstico, los profesionales deberán tener en cuenta las impresiones y opiniones de los pacientes, para lo cual deberán mantener una actitud de escucha activa. Las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad y sus síntomas, y sus condiciones personales y sociales, van a enriquecer el diagnóstico y el tratamiento. El personal sanitario deberá informarse no sólo de las dolencias y los síntomas visibles, sino del estilo de vida de los pacientes, antes de adentrarse en la prescripción de un tratamiento.

Si el objetivo de esta etapa es que el paciente acepte el diagnóstico, el profesional sanitario deberá recoger toda la información completa para que el paciente se sienta reconocido. Si el paciente percibe que el personal sanitario reconoce la situación en su totalidad, la intervención médica será más efectiva.

Es importante que el paciente se sienta bien acogido desde esta primera etapa, para lo que habrá que cuidar las condiciones y el ambiente en el que se producen los primeros encuentros de evaluación y diagnóstico. La sala deberá ser confortable, sin ruidos y el trato deberá ser amable, respetuoso, no crítico, íntimo y confidencial.

Si fuera necesario para completar el diagnóstico, se deberá recurrir a la coordinación entre diferentes Servicios. Si la valoración va a ser integral, ésta deberá incluir un diagnóstico social, familiar, laboral, judicial, relativo al consumo de alcohol y otras drogas, etc. Si se inicia un tratamiento complejo sin tener estas cuestiones en cuenta, se puede producir un fracaso del mismo y fracasar la adherencia.

No siempre es fácil aceptar el diagnóstico, ya que algunas patologías pueden ser asintomáticas, por ejemplo la infección por el VIH en sus primeras etapas. En estos casos, la aceptación del diagnóstico se complica, ya que la persona tiene que admitir una enfermedad que no tiene ni señales ni molestias que la hagan visible. El personal sanitario tendrá que ser capaz de explicar y hacer entender esta circunstancia, de cara a garantizar la adherencia al tratamiento.

### La prescripción del tratamiento

La intervención empieza antes de la toma del fármaco. El paciente debe estar informado sobre su enfermedad, sus características, sobre los fármacos que va a tomar y bajo qué condiciones. El trabajo de prevención frente al incumplimiento del tratamiento y a la falta de adherencia, hay que iniciarlo antes de poner en marcha el proceso. El paciente junto con el personal sanitario deberá valorar los factores de riesgo y las alternativas que permitan garantizar la adhesión al método.

El objetivo de esta fase es tomar la decisión de iniciar el tratamiento con un nivel de motivación alto para poder llevarlo a cabo y mantenerlo y con recursos necesarios para superar las barreras o dificultades que aparezcan.



El apoyo y la ayuda en esta etapa van a ser fundamentales ofrecidas a través de la educación sanitaria, la comunicación asertiva y el apoyo psicosocial. El paciente tiene que sentir que el éxito consiste en el trabajo en equipo y que él también forma parte del mismo. Niveles altos y buenos de coordinación entre los equipos de Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales y ONGs van a servir como modelo de relación efectiva y asertiva.

El decidir iniciar un tratamiento precisa que la persona se informe sobre el mismo y sobre sus características, se comprometa a realizarlo y adopte todas las medidas necesarias para mantenerse en los compromisos adquiridos.

Es importante que la persona identifique los posibles factores de riesgo asociados a la adherencia y las alternativas a los mismos, para lo cual tendrá que pensar en lo que supone el tratamiento para su situación personal, social, laboral y familiar.

El diagnóstico psicológico y de patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo, trastorno mental, etc.) también va a influir en la adherencia, interfiriendo de manera negativa si no se toman las medidas oportunas para neutralizar sus efectos.

La persona tendrá que tener claros los objetivos del tratamiento, la dosis que va a recibir, los efectos adversos que puede acarrear y, en algunos casos, estar informada sobre otras alternativas al tratamiento. Es más aconsejable dar esta información de forma individual, ya que facilitará la posibilidad de realizar preguntas íntimas y comprometidas para la persona.

El compromiso hacia el tratamiento es la decisión de mantener las prescripciones, es decir, de tomar el fármaco en las condiciones marcadas por el médico, con la realización de controles de seguimiento y otras medidas decididas por el personal sanitario. El compromiso puede pasar por momentos de dudas y de debilidad, sobre todo cuando los tratamientos son largos y complejos. El personal sanitario deberá, cada cierto tiempo, revisarlo y exigir su aprobación. Las situaciones que pueden poner en riesgo el compromiso adquirido son el cansancio, la aparición de efectos secundarios, la habituación al síntoma, la percepción de mejoría, etc.

El compromiso suele ir precedido por la adaptación del tratamiento a la vida cotidiana y a lo excepcional. Los medicamentos, la dosis, las pautas, las citas con los profesionales, los horarios de consultas telefónicas, etc., se deben de adaptar al estilo de vida y a las situaciones excepcionales en la vida cotidiana. Es importante no empezar el tratamiento hasta que estas circunstancias no estén aclaradas.

La familia y los amigos pueden tener un papel importante, a la hora de aceptar y de comprometerse con un tratamiento, ya que van a servir de apoyo y soporte en los momentos más difíciles y en los que pongan en crisis la adherencia. Los familiares y amigos que vayan a participar en el seguimiento del tratamiento, deben estar bien informados sobre el tratamiento, sobre la participación que se les pide, etc., aclarando desde el principio la obligación de respetar la confidencialidad sobre ciertos datos relativos al tratamiento que únicamente el personal sanitario puede facilitar al paciente. Será sólo a través del paciente cómo los familiares y amigos, se podrán informar de los resultados de las analíticas, de los controles sanitarios, de las conversaciones con el médico o con el psicólogo, etc.

## El mantenimiento de los logros alcanzados

El mantenimiento en la decisión tomada de realizar un tratamiento es un momento muy importante para la eficacia del mismo. Su objetivo es la evaluación continua y progresiva de la adherencia, con la finalidad de ir estimando los problemas que vayan surgiendo y encontrando soluciones.

Es importante que el equipo sanitario se mantenga accesible tanto física como emocionalmente. La accesibilidad física se puede lograr a través de un contacto telefónico ágil y rápido o de las consultas en los Centros de Salud, etc. La accesibilidad emocional hace referencia al mantenimiento de una relación cercana y cómplice, habiendo superado los primeros momentos de la negociación. El equipo sanitario y el paciente

han tenido que construir juntos una relación terapéutica, que les va a acompañar durante el seguimiento. Esta relación se mantendrá dinámica y se irá mejorando con el paso del tiempo y la vivencia de experiencias nuevas.

El objetivo no sólo es alcanzar la adherencia al tratamiento, sino mantenerla en el tiempo. El cambio hay que mantenerlo y es en este momento del cambio, cuando se puede producir una recaída o vuelta atrás.

Una vez cometido un fallo respecto a las prescripciones terapéuticas, la persona puede sentir sensación de fracaso, desmotivación ante los compromisos, falta de confianza en sus posibilidades, falta de confianza en los resultados que vaya a obtener, etc. Las consecuencias por fallar ante la norma autoimpuesta de hacer adecuadamente un tratamiento, pueden ser desastrosas, si no pueden ser analizadas y compartidas con profesionales que sepan encauzar la situación, que las sepan analizar y darles respuestas.

Es importante que ante un fallo, éste se pueda valorar y comentar, ya que el mantenerlo oculto puede conducir a otro. Es importante que la persona sepa identificar y corregir las limitaciones a la adherencia, sepa anticipar las situaciones que la pueden poner en riesgo y tenga alternativas ante las mismas.

- **Automedicación**
- **La utilización racional de medicamentos**

## Automedicación

Una actitud muy frecuente ante la pérdida de la salud es la automedicación, bien mediante remedios tradicionales o, más frecuentemente, mediante medicamentos conocidos y/o utilizados previamente por el paciente o sus familiares.

Se puede incluir en el término automedicación no sólo a la auto-prescripción de medicamentos, sino también a la alteración de la posología en cantidad, frecuencia de toma, duración del tratamiento, etc.

Los estudios demuestran que esto es un peligro potencial para la salud. Entre los principales riesgos asociados a la automedicación, están las interacciones de fármacos no controladas, la aparición de resistencias tanto con la toma incorrecta de antibióticos como de antiviricos, la utilización de medicamentos caducados, etc.

Se podrían plantear una serie de preceptos en caso de automedicarse que toda persona debe saber: a) la automedicación aumenta el riesgo inherente a los medicamentos; b) toda automedicación debe ser de corta duración y se debe informar al médico de la toma de medicamentos por propia iniciativa; c) está prohibida para los recién nacidos, las embarazadas y los lactantes, teniendo muchos riesgos en los ancianos; d) la automedicación implica adaptarse rigurosamente a las instrucciones del prospecto y no se debe añadir a un tratamiento ya prescrito; e) una medicación eficaz en una persona, puede no serlo en otra o, incluso, resultar peligrosa; f) los medicamentos tienden a caducar con el tiempo, se convierten en inefectivos y pueden aparecer efectos tóxicos; g) el alcohol altera el efecto de algunos medicamentos.

Al referirnos a automedicación incluimos también a prescripción familiar (la administración de medicamentos a los hijos o a los ancianos sin control médico). Algunos estudios señalan que un 50% de los familiares realizan esta conducta. Si ya la automedicación es peligrosa, en este caso lo es doblemente: primero porque el niño y el anciano son más débiles con respecto a la acción de determinados fármacos y segundo, en el caso del niño, porque éste incorpora modelos de aprendizaje de la automedicación, conducta que continuará en su edad adulta.



En relación con esto, estaría el concepto de "farmacias familiares", entendiendo por tales el almacenamiento de medicamentos en casa. Si bien un botiquín de urgencia puede servir para paliar problemas menores de salud y puede ser recomendable, botiquines muy amplios son las principales fuentes de automedicación y prescripción familiares.

## La utilización racional de medicamentos

Para mejorar la utilización de los medicamentos en la población en general, es imprescindible el cambio de los conocimientos, de las actitudes y de las conductas en el propio consumidor. Para formar a la población en este campo, se deben contemplar, entre otras, las siguientes actuaciones:

- a) lograr una concienciación pública sobre los peligros que para la salud constituye el mal uso y abuso de medicamentos, lo que implica aportar una información clara y objetiva de los medicamentos en general, que incluye efectos positivos y negativos (adversos), formas de administración, interacciones, formas de almacenamiento, etc.
- b) crear una actitud crítica hacia los medicamentos cuando éstos son entendidos como una solución universal a los problemas de la salud, y
- c) alertar a la población frente a la oferta de fármacos milagrosos o sin contraindicaciones ni efectos adversos, sencillamente, porque estos fármacos no existen.

# Sesión 5<sup>a</sup>

| Inmunoprofilaxis y prevención



# Objetivos

## Objetivo general:

- Reflexionar sobre la importancia de la prevención de las enfermedades, con especial hincapié en las infecciones y en los trastornos mentales

## Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos de las personas en referencia a la prevención en general
- Aumentar los conocimientos de las personas con respecto a la prevención de las enfermedades infecciosas
- Incrementar los conocimientos de las personas en relación con la prevención de los trastornos mentales

# Metodología Propuesta

Esta sesión va a tener un objetivo añadido a los señalados anteriormente, pero igual de importante: servir de repaso y finalización al Módulo completo. Por lo tanto, la metodología que se propone para trabajar recoge estas cuestiones, aprovechando productos realizados por las personas en sesiones anteriores, además de incluir una dinámica grupal específica para el tema genérico de la sesión.

## Repaso del panel creado en el Brainstorming de la 1ª sesión “Dudas, preguntas o comentarios en torno a la Salud y la Enfermedad” que sirve de nuevo repaso a todo el módulo

El conductor debería recordar en voz alta y con el grupo los aspectos claves tratados en las sesiones anteriores y que van respondiendo a las dudas y cuestiones que se plantearon en la primera sesión, de manera que quede cerrado definitivamente el panel abierto.

Es importante reforzar a los participantes señalando que tanto las dudas como las respuestas las han ido generando ellos mismos a través del trabajo en las distintas sesiones.

Se les señalará que a esta actitud de plantear preguntas y buscar respuestas (reflexionar sobre un tema, ser sujeto activo frente a un problema) es a lo que se ha llamado en la 1ª sesión madurez/responsabilidad.

## Brainstorming y Discusión Dirigida: ¿Para qué sirven las vacunas?. Prevención

Se realiza el brainstorming con todo el grupo, bien en forma de ronda, bien estimulando la participación ad libitum de los presentes. La consigna es que digan qué vacunas tienen, cuándo se las han dado y por qué.

El conductor (o un voluntario) va a ir apuntando en la pizarra o en cartulinas pegadas a la pared a la manera de una pizarra, todo lo que las personas le van a ir diciendo. Probablemente en la pizarra quede claro que la mayoría de las vacunas se las han dado en la niñez y que no saben muy bien por qué ni para qué.

Se aprovechará este momento para ir aclarando conceptos e ideas que puedan estar confusos sobre las vacunas y la inmunización, y para llevar a las personas al concepto de "cadena de la prevención". Este concepto tiene en cuenta la importancia de considerar a la prevención como un continuum, responsabilidad tanto de la comunidad, como de los profesionales sanitarios, como de la propia persona.

Se va a hacer hincapié en que una parte de la cadena de la prevención ya se ha hecho (en el colegio, cuando la persona no tenía todavía capacidad de decisión), y ésa es prácticamente la única que las personas habrán señalado en el Brainstorming.

El conductor les debe hacer reflexionar sobre qué pasa en la edad adulta que, si bien es posible tomar decisiones y se es más conscientes de la importancia de la salud, esa cadena preventiva es abandonada.

Se trataría de volver al concepto de "responsabilidad" de la propia persona ante la salud general. Se puede recordar el trabajo realizado en la primera sesión con "¿Qué puedo hacer yo frente a las enfermedades?" y retomar las conclusiones generadas, que demostraron que en todas las enfermedades son muchas las cosas que la persona puede hacer para paliar sus efectos y mejorar su salud.

Llevar a los miembros del grupo al concepto de "actitud activa" de la persona ante su salud y a la relación entre la propia conducta y la comunicación con el entorno.

## Preguntas y finalización del Módulo

Todos los módulos deben cerrarse con un espacio de reflexión entre los asistentes sobre los temas tratados, la propia participación y sensación en el grupo y el aprendizaje recibido.

Es importante dejar que las personas verbalicen estas cuestiones y que se cree un clima propicio para: a) invitarles a participar en los siguientes módulos y b) pasar el cuestionario de auto-evaluación.

# Contenidos Teóricos a Trabajar

- **Tipos de prevención. Beneficios de la prevención**
  - Prevención primaria
  - Prevención secundaria
  - Prevención terciaria
- ¿Qué enfermedades se pueden prevenir?

## Tipos de prevención. Beneficios de la prevención

En la actualidad hay un acuerdo profesional en señalar la importancia de la promoción y prevención de la salud, tanto como la del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Clásicamente se han dividido las actuaciones de prevención en tres niveles (aunque como veremos todas ellas configuran una continuidad y hoy en día, en algunas áreas, esta división no se mantiene. En este Curso la distinción va a ser mantenida con fines pedagógicos): a) evitar la aparición de enfermedades, b) limitar y/o resolver la sintomatología que expresa la enfermedad lo antes posible y c) limitar y/o resolver las lesiones residuales y el potencial de cronicidad de la enfermedad.

La responsabilidad de la prevención recae en la comunidad, en los profesionales sanitarios, en el equipo terapéutico y en el cliente y su contexto.

### Prevención primaria

Corresponde a evitar la aparición del trastorno, esto es disminuir su incidencia (número de casos nuevos). Es el nivel de prevención más importante y el que mayores beneficios tiene a medio y largo plazo (incluso se puede hacer desaparecer diversas enfermedades gracias a la aplicación de una efectiva política de prevención). Se puede intervenir a este nivel de distintas formas: eliminando los agentes causales, reduciendo los factores de riesgo, impidiendo que la enfermedad se transmita, educando para la salud, desarrollando y utilizando los Servicios Sociales y comunitarios en pacientes de alto riesgo (indigentes, viudos, adolescentes no escolarizados, etc.), interviniendo en crisis posteriores a estrés, creando programas de atención pre y perinatal, creando leyes sobre adopción, abuso, custodia, etc., o a través de la reorganización institucional continuada y la implicación de los usuarios de los servicios como copartícipes de la prevención y promoción de su salud.

Podemos considerar que las políticas e intervenciones en reducción de los riesgos asociados al uso de drogas, tienen una faceta de prevención primaria, en tanto en cuanto evitan muchas veces la aparición de otras enfermedades asociadas al abuso y la dependencia de sustancias, evitando así la comorbilidad.

## Prevención secundaria

Corresponde a la identificación precoz y tratamiento inmediato de un trastorno, esto es disminuir su prevalencia (el número de casos que existen). Se puede intervenir a este nivel de distintas formas: interviniendo en crisis (dotando al paciente de instrumentos y recursos necesarios para solucionar la crisis actual y facilitarle el afrontamiento posterior en situaciones similares), educando para la salud, interviniendo de forma temprana con personas con problemas (niños, ancianos, personas con enfermedades y/o trastornos mentales susceptibles de complicarse etc.) y facilitando el acceso a la atención, con criterios de salud pública, a todos los usuarios.

## Prevención terciaria

Corresponde a reducir la prevalencia de los defectos y de las discapacidades residuales provocadas por un trastorno. La actuación a este nivel permite conseguir el mejor nivel de funcionamiento posible del individuo una vez aparecida la enfermedad o el trastorno. También en este nivel resulta de vital importancia el correcto cumplimiento del tratamiento y mantener una correcta interrelación con el equipo tratante. Tanto un correcto tratamiento como la correcta rehabilitación de una enfermedad pueden evitar la aparición de una nueva enfermedad o complicación.

De esta forma, también en la prevención se puede decir que existe un continuum a considerar y en el que se puede actuar.

## ¿Qué enfermedades se pueden prevenir?

Si consideramos que los hábitos personales producen el 70% de las enfermedades, que existe la posibilidad de realizar profilaxis en muchas enfermedades infecciosas, que existe la posibilidad de educar para la salud a la población, y que se conoce (y se ha señalado en este Módulo) la influencia de las conductas de las personas en la evolución de sus padecimientos; se puede decir con toda seguridad que la mayor parte de las enfermedades se pueden prevenir.

En esta sección se especificarán algunas cuestiones preventivas en torno a las enfermedades infecciosas y a los trastornos mentales.

Desde una concepción de los grupos como un sistema, actuar sobre un individuo es actuar sobre la familia y viceversa, actuar sobre la familia es hacerlo sobre el individuo. De la misma manera, al actuar sobre el individuo se actúa sobre su grupo de pares y al actuar sobre un grupo concreto se actúa sobre los individuos que lo componen. También, actuar sobre los profesionales que prestan servicios es actuar sobre los clientes que los utilizan, y viceversa, actuar sobre los clientes es actuar sobre los profesionales con los que éstos se relacionan.

Se puede decir por tanto, que la prevención supone una relación dialéctica entre los grupos y que existe una "prevención multiplicativa" que hay que potenciar a nivel comunitario.



- **Inmunizaciones**
  - **Inmunidad pasiva**
  - **Inmunidad activa**
  - **Vacunas sistemáticas**
  - **Vacunas no sistemáticas**
  - **Efectos secundarios y complicaciones de las vacunas**
  - **Quimioprofilaxis**
  - **Contraindicaciones para la inmunización**

Como se ha señalado, para prevenir las enfermedades contagiosas se debe romper la cadena epidemiológica, ya sea actuando sobre la fuente de infección (con métodos como la esterilización), sobre el mecanismo de transmisión (con medidas generales de saneamiento) o sobre el individuo sano susceptible de enfermar, aumentando su resistencia natural a la infección, mediante la inmunización.

La inmunidad frente a los agentes infecciosos se puede adquirir de forma pasiva o de forma activa.

## Inmunidad pasiva

### Antitoxinas

Son sueros (extraídos de especies diferentes a la humana) que confieren inmunidad pasiva antitóxica. Por ello, son útiles en enfermedades como la difteria y el tétanos.

### Inmunoglobulinas

Las inmunoglobulinas séricas son el vehículo de los anticuerpos y, por esta razón, su administración, si es realizada antes del contagio o en los primeros días de incubación de la correspondiente enfermedad infecciosa, puede prevenirla o modificar favorablemente su curso clínico.

## Inmunidad activa

Se adquiere mediante la vacunación. Es el método más rentable y eficaz para prevenir las enfermedades infecciosas. Las vacunas han contribuido grandemente a conseguir notables mejoras en los niveles de salud, en la esperanza de vida y en el bienestar de los pueblos.

Para conseguir tales resultados, es imprescindible que la vacunación, correctamente aplicada, llegue a todas las capas de la población.

Las vacunas son preparados antigénicos que, al ser administrados a un individuo susceptible a la correspondiente enfermedad, le inducen a una inmunidad activa (adquirida) frente a ella.

Las vacunas, tanto víricas como bacterianas, se clasifican en dos grandes grupos:

- Las obtenidas a través de gérmenes vivos atenuados
- Las obtenidas a través de gérmenes muertos o inactivados

La vacuna ideal es aquella que, poseyendo el mayor grado de eficacia posible, no causa efectos secundarios, no es cara y es de fácil administración, y la eficacia de una vacuna se define por su capacidad inmunizante, que, por lo general, es muy elevada.

Al administrar una vacuna de gérmenes vivos atenuados aparece una inmunidad humoral y celular intensa y duradera, semejante a la producida por la infección natural. Por ello, la respuesta inmune es un poco tardía, existiendo un período de latencia entre su administración y la aparición de inmunidad.

La administración de dosis de recuerdo con este tipo de vacunas está indicada en aquellos casos en que la difusión natural del germen es escasa. Las vacunas del sarampión, de la rubeola, de la parotiditis, de la poliomielitis (tipo Sabin) y de la varicela, son vacunas formadas con virus vivos atenuados.

Las vacunas compuestas por gérmenes muertos o inactivados son algo menos eficaces que las anteriores. La inmunidad que producen es sólo de tipo humoral y, por tanto, de menor intensidad y duración. Pertenecen a este grupo algunas vacunas víricas o bacterianas formadas por gérmenes totales como la vacuna de la gripe, la de la tosferina, y la del cólera.

## Vacunas sistemáticas

Son las que deben administrarse a todos los niños, salvo situaciones especiales (contraindicaciones).

- Vacuna contra la Difteria, el Tétanos y la Tosferina
- Antipoliomielitis
- Sarupa (triple vírica; sarampión, rubéola y parotiditis)
- Antitetánica
- Antihepatitis B

## Vacuna antitetánica

El tétanos, aunque es una enfermedad de baja incidencia en los países desarrollados, sigue siendo un importante problema de salud pública, debido a su mortalidad y al coste del tratamiento de la misma.

La necesidad de la revacunación rutinaria de la población adulta se ve justificada por la disminución de los títulos de anticuerpos que se produce con el paso de los años.

Deben vacunarse en la edad adulta todos aquellos que se encuentren expuestos al agente causal (empleados de mataderos, veterinarios, agricultores, ganaderos,...) y aquellos que, por alteraciones en su salud, se ven más predispuestos a padecer la enfermedad (diabéticos, insulín dependientes, adictos a drogas por vía parenteral, etc.).

Para el caso de personas que hayan sufrido heridas, están establecidas unas pautas de vacunación sobre las que le orientarán (y probablemente dispondrán de calendarios e información escrita) los profesionales encargados de su salud.

## Vacuna antiHepatitis B

Los objetivos de la aplicación de esta vacuna para la Hepatitis B son prevenir la enfermedad y, si es posible, erradicarla.

Los efectos de la vacuna se mantienen en el tiempo dependiendo de los títulos de anticuerpos obtenidos tras la vacunación completa. Tomando como base tales títulos, se obtienen las pautas de revacunación frente a la hepatitis B. Tanto sobre los títulos como sobre las pautas de revacunación orientarán a la persona los profesionales encargados de su salud, ya que, evidentemente, será el profesional de la salud el encargado de controlar esta cuestión.

Hay que tener en cuenta que:

- El virus de la hepatitis B es 100 veces más contagioso que el VIH (virus del SIDA)
- El riesgo de infección por este virus en el personal sanitario es 10 veces mayor que el de la población general

Para que estas vacunas sistemáticas se administren de forma correcta, es necesario hacerlo siguiendo un "calendario vacunal". En general, cada Comunidad Autónoma basándose en las guías de sus servicios de epidemiología, ha creado su propio calendario vacunal, existiendo un consenso sobre ese calendario entre buena parte de ellas.

Existe un "calendario de vacunaciones fuera de norma" para aquellos casos en que no se haya producido la vacunación del individuo en el momento adecuado, o sea, que no se haya cumplido el calendario vacunal. Las vacunas a aplicar y los momentos en que han de ser administradas las distintas dosis, dependerán de la edad que tenga en ese momento el individuo.

## Vacunas no sistemáticas

Se consideran así a las que, por razones de su menor eficacia, por la escasa incidencia de la enfermedad o por otra razón, no es preciso incluirlas en un plan general de vacunaciones.

## Vacuna Antigripal

La gripe es una enfermedad epidémica con una gran difusión. La dificultad para su control se debe principalmente a la gran capacidad de mutación del virus causal. La vacuna protege sólo al 70-80% de los vacunados y confiere una inmunidad muy efímera. Esta circunstancia, junto con la escasa incidencia de la gripe en las épocas interpandémicas, hacen que la vacunación antigripal no se recomiende rutinariamente a toda la población.

Las indicaciones de la vacuna antigripal son:

- **Grupos de riesgo elevado:**
  - Niños y adultos con enfermedades cardiovasculares y/o pulmonares crónicas que hayan requerido controles clínicos frecuentes u hospitalizaciones en el año anterior
  - Residentes en clínicas o centros de pacientes crónicos
- **Grupos de riesgo moderado:**
  - Adultos sanos mayores de 65 años
  - Niños y adultos con metabopatías (incluida la diabetes mellitus), disfunción renal, anemia severa, inmunosupresión y asma bronquial
  - Personal sanitario y familiares en contacto con pacientes de alto riesgo

- **Otros grupos:**

- Incluyen los trabajadores de servicios públicos que no tienen un riesgo superior a la población, pero que, con su inmunización, se evitan posibles colapsos de estos colectivos durante epidemias severas

Es necesario recordar (y ya se ha señalado en el epígrafe "Automedicación") los riesgos que supone una vacunación no controlada, o administrada ineficientemente. Para que la persona esté correctamente inmunizada es fundamental completar las dosis de vacunación y de recuerdo establecidas.

## Efectos secundarios y complicaciones de las vacunas

Las vacunaciones pueden ocasionar trastornos secundarios, habitualmente leves y de escasa trascendencia clínica, aunque ocasionalmente tienen mayor importancia, constituyendo verdaderas complicaciones. Por esta razón, y como frente a cualquier cuestión relacionada con la salud, la importancia del asesoramiento técnico es fundamental. Son los profesionales de la salud conociendo la historia de la persona concreta, los encargados de decidir cuándo, cómo y quién debe vacunarse de qué.

## Quimioprofilaxis

La administración de antibióticos o de quimioterápicos para prevenir la aparición de enfermedades infecciosas se puede efectuar para evitar un riesgo grave frente a un microorganismo determinado, o para evitar infecciones diversas por la llegada de microorganismos a una zona estéril del organismo como consecuencia, generalmente, de un acto quirúrgico (terapéutica de cobertura).

La inocuidad deriva de que el antibiótico sea poco tóxico y de corto espectro y no conduzca a la selección de cepas resistentes o multiresistentes. El empleo abusivo de antibióticos, específicamente con fines profilácticos, conduce a un aumento creciente del número de cepas resistentes, de importancia tanto para el individuo como para la comunidad, lo que constituye la razón más importante para contraindicar la quimioprofilaxis sistemática.

## Contraindicaciones para la inmunización

Se hace necesario contraponer, muy cuidadosamente, los efectos adversos que puede producir la inmunización en un individuo, frente a los beneficios que representa la prevención de la correspondiente enfermedad, tanto para el individuo a inmunizar, como para la comunidad a la que pertenece, y, así, evitar lo que aún hoy en día sigue erróneamente sucediendo, y que es el retraso en el momento de aplicación de algunas vacunas debido a falsos motivos de contraindicación.

Las verdaderas contraindicaciones para la inmunización, consensuadas entre la OMS y los responsables de inmunización de los países de la Región Europea, son para enfermedades agudas con fiebre o trastornos generales considerados clínicamente importantes por el médico.

Resumiendo, podemos decir que la meta final de la inmunización es la erradicación de las enfermedades transmisibles. Para ello, se debe mantener una inmunización oportuna, incluyendo la inmunoprofilaxis activa y pasiva, y establecer pautas adecuadas de actuación en recién nacidos, niños, adolescentes y adultos.

Por lo tanto, es fundamental que el beneficio de la inmunización llegue a todas las capas de la población, especialmente a aquellas que pueden contraer enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación (generalmente son las capas menos favorecidas las menos motivadas para ello).

Para que esto se lleve a efecto es necesario desarrollar un programa que recoja las vacunaciones convenientes para la población, siendo precisa una correcta información epidemiológica, la existencia de suficientes recursos humanos y materiales, un calendario de vacunaciones adecuado a la población a la que va dirigida esa vacunación, y una serie de indicaciones precisas para las vacunaciones no sistemáticas.

Igualmente, debe existir un registro uniforme y efectivo de las vacunaciones aplicadas (un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo), para poder valorar la eficacia de dicho programa y para que la recaptación de los abandonos (personas que han interrumpido su pauta de vacunación) se realice de forma eficaz.

El ideal (al que, poco a poco, nos vamos acercando), en cuanto a las vacunas, es:

- a) que puedan ser administradas en dosis única (o que requieran un mínimo número de dosis),
- b) que sean administradas por vía oral, y
- c) que puedan ser realizadas múltiples inmunizaciones en una sola vacuna (vacunas combinadas).

Actualmente, los objetivos de la OMS en materia de vacunaciones son:

- Ampliación del programa de inmunizaciones a aquellos países en los que actualmente no se lleva
- Desarrollo de un programa específico de investigación y progreso de las vacunas

- **Prevención de los Trastornos mentales**
- **Salud Mental y hábitos de vida: sueño, comidas, actitudes, costumbres**
- **Relajación y manejo del estrés**
- **Actuación ante los Trastornos del estado de ánimo: pensamientos acelerados o enlentecidos**
- **Actuación ante la pérdida del control de la realidad**

## Prevención de los Trastornos mentales

Las enfermedades mentales, especialmente las crónicas, son un grave problema clínico que aumenta la morbilidad de otras enfermedades y la mortalidad, disminuyendo la expectativa de vida entre las personas que las padecen. Son, a la vez, un grave problema social, económico y de Salud Pública. Producen un coste elevado directo e indirecto elevado (directo en el coste de las medicaciones, hospitalizaciones, etc. e indirecto por la disminución de la productividad) y un gran sufrimiento para los afectados, las familias y la sociedad.

Por todo esto es importante la prevención, intentando que la incidencia de los trastornos mentales disminuya (actuando sobre los grupos de riesgo, como son las familias desestructuradas, las personas viviendo por debajo de la línea de pobreza, los adolescentes no-escolarizados, los inmigrantes, los usuarios de drogas, etc. y actuando para evitar la comorbilidad); que en caso de presentarse, éstos se resuelvan lo antes posible y con los menores daños posibles (a nivel individual y del entorno), y actuando en la rehabilitación de los daños ya ocasionados (mitigando la cronificación).

## Salud Mental y hábitos de vida: sueño, comidas, actitudes, costumbres

En todas las enfermedades, pero quizás especialmente en los trastornos mentales, se deben seguir hábitos de vida saludables. Hábitos de vida hacen referencia a aquellas conductas de nuestra vida cotidiana que son casi automáticas, es decir que se llevan a cabo sin una reflexión consciente sobre las mismas. Al no existir esta reflexión consciente, muchas veces se funciona más por "costumbre" que meditadamente.

Entre estos hábitos de vida están el sueño, las comidas, la higiene, el ejercicio físico, etc.

Con respecto al sueño, es importante cuidar los horarios de vigilia y sueño, acostándose y levantándose a la misma hora. Por otro lado, no hay que ingerir sustancias estimulantes o realizar ejercicios físicos antes de acostarse, ya que ambos deterioran la calidad del sueño.

En lo que respecta a las comidas, es importante aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas y disminuir el consumo de grasas y alimentos que no nutran (bollería, chocolates, chuches, etc.). Se deben realizar, al menos, tres comidas diarias y beber, por lo menos, un litro de agua al día.

Una higiene adecuada, que incluye una ducha diaria, el lavado de los dientes después de las comidas, el lavado de las manos antes de las comidas y antes de realizar contactos íntimos con el cuerpo (contactos sexuales, conductas de inyección de drogas, etc.), es parte fundamental de los estilos de vida saludables.

Asimismo, el deporte, los paseos y aficiones como la lectura, el cine o la música contribuyen también a mejorar los hábitos de vida y a llevar, consecuentemente una vida saludable.

## Relajación y manejo del estrés

El estrés puede ser causante o precipitante de un trastorno mental o del agravamiento de uno ya existente. Es importante tener en cuenta que el estrés es un fenómeno subjetivo, es decir, que no se puede considerar determinados sucesos como estresantes por sí mismos, sino que siempre hay que valorar cuán de estresante es un acontecimiento concreto para una persona concreta en un momento concreto.

Ante cualquier acontecimiento valorado como estresante por la persona, es importante priorizar la realización de actividades relajantes y los pensamiento positivos.

Hay que ordenar las tareas y pautar objetivos alcanzables (muchas veces es necesario subdividir un problema grande en varios más pequeños de fácil solución).

En un segundo momento es necesario intentar identificar cuáles son las situaciones que producen estrés y buscar estrategias adecuadas de afrontamiento, teniendo en cuenta que las estrategias pasivas (evitativas) son buenas a corto plazo porque reducen la ansiedad, pero ineficaces a largo plazo, con la consiguiente reagudización de la ansiedad; mientras que las estrategias de afrontamiento activas si bien suponen esfuerzos a corto plazo (porque suponen enfrentar un problema que se prefiere evitar), son mejores a largo plazo ya que ayudan a resolver los conflictos.

En todos los momentos y frente a situaciones estresantes es importante considerar la realización de técnicas de relajación, de respiración, el compartir el problema con allegados, el poder escribir los propios sentimientos y/o actuaciones, etc., es decir, todas aquellas actividades que supongan reflexionar sobre el problema y exteriorizarlo y que se han trabajado a lo largo de este Módulo.

## Actuación ante los Trastornos del estado de ánimo: pensamientos acelerados o enlentecidos

Tanto estar muy triste como estar muy contento (en su connotación patológica), pueden ser índices de un trastorno del estado de ánimo. En la medida en que se considera una enfermedad endógena (con importantes componentes internos), todas las técnicas de apoyo deben ser acompañadas, y en ocasiones precedidas, de un tratamiento psicofarmacológico pautado por un profesional cualificado (ver sesiones N° 3 y N°4).

## Actuación ante la pérdida del control de la realidad

Toda afectación de la consciencia, de la orientación (temporal y espacial; autopsíquica y alopsíquica), de la atención o todo trastorno del curso y del contenido del pensamiento (incluyendo las alteraciones del habla, las alucinaciones y los delirios) requieren atención especializada previa a cualquier otro tratamiento terapéutico (ver sesiones N° 3 y N°4).

# Evaluación

## Post-test/Evaluación

Este cuestionario de autoevaluación para las personas que han acudido al Módulo (para posibilitar la realización de una evaluación de resultados) consta de diez preguntas con posibilidad de respuesta "Verdadero" o "Falso", que versan sobre los temas trabajados en éste. Hacer una evaluación de este tipo, es una opción que tienen los conductores y que les servirá para ir recogiendo datos sobre los grupos realizados y sobre el aprendizaje de los asistentes (para lo cual van a necesitar pasar el mismo cuestionario antes de comenzar a trabajar en el Módulo, el día de la primera sesión y el último día al finalizar el módulo), o simplemente para demostrarles a las personas que pueden responder a cuestiones que antes no sabían. Entonces puede elegir entre pasarles las diez preguntas, o escoger las primeras 3 a 5, en función de la capacidad mostrada por el grupo durante las distintas sesiones y contestarlas conjuntamente el día de la última sesión.

Es importante que esta auto-evaluación sirva de refuerzo, nunca de castigo, por lo que si el conductor opina que las personas no tienen el nivel intelectual necesario para responder al cuestionario, es mejor que no la utilice y realice simplemente una evaluación menos sistemática o exhaustiva.

Asimismo, se incluye una pequeña escala de satisfacción con el Módulo realizado (para posibilitar la realización de una evaluación de implementación), que puede ser contestada por todas las personas, ya que es el "control de calidad" del Módulo. Al conductor le va a ayudar a modificar aquellas cosas que puedan no ser acertadas y que son susceptibles de mejora, y a las personas les servirá para reflexionar sobre lo vivido y para dar su opinión sobre ello.





a) Cuestionario sobre "Conocimientos adquiridos" para la evaluación de resultados del Módulo I

- 1) El estilo de vida que yo tenga (las conductas que realice, como me alimente, el cuidado que tenga con mi cuerpo, etc.) influye en mi salud  V  F
- 2) Yo puedo hacer muchas cosas para mejorar el pronóstico de prácticamente todas las enfermedades  V  F
- 3) Todos los enfermos son iguales, y por tanto lo que sirve para uno, sirve para otro  V  F
- 4) En todas las enfermedades es necesario consultar con un profesional y pedir ayuda especializada  V  F
- 5) Una persona con un trastorno mental es alguien que no tiene curación  V  F
- 6) La salud mental tiene mucho que ver con la salud física y viceversa, muchas veces la salud física tiene que ver con la salud mental. Mente y cuerpo forman una unidad y hay que considerarla en su totalidad  V  F
- 7) Sólo puedo decir que el resultado final de un tratamiento es exitoso, si lo evaluó después de estar en contacto permanente con la red sanitaria, y cumplir con todas las prescripciones que me han hecho  V  F
- 8) Tanto el no cumplir con el tratamiento, como automedicarme, me pueden crear serios problemas de salud  V  F
- 9) No se puede hacer nada para prevenir las enfermedades  V  F
- 10) En todas las enfermedades, pero especialmente en los trastornos mentales son muy importantes los hábitos de vida saludables (sueño, comidas, higiene ejercicio físico, etc.)  V  F

## Corrección del Cuestionario de "Conocimientos adquiridos" para la evaluación de resultados del Módulo I

- 1) El estilo de vida que yo tenga (las conductas que realice, como me alimente, el cuidado que tenga con mi cuerpo, etc.) influye en mi salud .....V
- 2) Yo puedo hacer muchas cosas para mejorar el pronóstico de prácticamente todas las enfermedades.....V
- 3) Todos los enfermos son iguales, y por tanto lo que sirve para uno, sirve para otro .....F
- 4) En todas las enfermedades es necesario consultar con un profesional y pedir ayuda especializada.....V
- 5) Una persona con un trastorno mental es alguien que no tiene curación .....F
- 6) La salud mental tiene mucho que ver con la salud física y viceversa, muchas veces la salud física tiene que ver con la salud mental. Mente y cuerpo forman una unidad y hay que considerarla en su totalidad .....V
- 7) Sólo puedo decir que el resultado final de un tratamiento es exitoso, si lo evaluo después de estar en contacto permanente con la red sanitaria, cumplir con todas las prescripciones que me han hecho. ....V
- 8) Tanto el no cumplir con el tratamiento, como automedicarme, me pueden crear serios problemas de salud .....V
- 9) No se puede hacer nada para prevenir las enfermedades. ....F
- 10) En todas las enfermedades, pero especialmente en los trastornos mentales son muy importantes los hábitos de vida saludables (sueño, comidas, higiene ejercicio físico, etc.) .....V



## b) Cuestionario para la evaluación de implementación del Módulo I

Responde a las siguientes cuestiones, según tu opinión:

	NADA	UN POCO	MUCHO
Valora si ha sido éste tu momento personal idóneo para hacer este Módulo			
Valora el interés que han tenido para ti los temas tratados			
Valora la adecuación del local para este tipo de actividad			
Valora si las personas que han dirigido este Módulo han demostrado un claro conocimiento de los temas tratados			
Valora si el modo utilizado para explicar los temas te ha parecido adecuado			
Valora si las personas que han dirigido el Módulo han sido accesibles para el grupo			
Valora si te has sentido integrado/a con el resto de las personas que han formado el grupo			
Valora en qué medida el Módulo te sirve para realizar cambios hacia conductas de salud			
Valora tu nivel de satisfacción general con el Módulo			
Valora en qué medida consideras interesante que se realicen habitualmente este tipo de Módulos en los centros de atención a las drogodependencias			



# Anexos

## Fichas

1. Ficha N° 1: Preguntas al médico o al psicólogo sobre la definición de la enfermedad
2. Ficha N° 2: Tratamiento psiquiátrico y Tratamiento del consumo de drogas
3. Ficha N° 3: ¿Son compatibles ambos tratamientos? Similitudes y diferencias
4. Ficha N° 4: ¿Qué preguntar a los sanitarios?
5. Ficha N° 5a: Adaptación de un régimen de tratamiento a una rutina cotidiana y extraordinaria
6. Ficha N° 5b: Reflexiones para la Ficha N° 5
7. Ficha N° 6: Prepararse para un nuevo régimen de tratamiento.
8. Ficha N° 7: Balance de riesgos y beneficios del tratamiento.
9. Ficha N° 8: Cuestionario sobre adherencia al tratamiento.
10. Ficha N° 9: Situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico
11. Ficha N° 10: ¿Qué alternativas o respuesta tengo para cada situación que ponga en riesgo el cumplimiento terapéutico?
12. Ficha N° 11: Alternativas a las situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico
13. Ficha N° 12: ¿Está fracasando mi tratamiento?
14. Ficha N° 13. Alternativas al fracaso terapéutico



## Bibliografía

- Arsenault, L. et al. (2002). Cannabis use in adolescent and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325, 1212-1213.
- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Consenso de la SEP sobre Patología Dual, 2004
- Farreras, P. y Rozman, C. (1988). *Medicina Interna. Vol I y II (2ª edición)*. Barcelona: Doyma.
- Gutiérrez, M. et al. (2005). El tratamiento farmacológico en las fases iniciales de las psicosis. En JL Vazquez Barquero, B. Crespo y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*, pag 84-91.
- Hales, R.E.; Yudofsky S.C. y Talbott, J.A. (2000). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Harrison, G. et al. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-17.
- Lindzen, DH (2005). Intervención familiar y social en las fases tempranas de las psicosis. En JL Vazquez Barquero, B. Crespo y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*, pag 100-5.
- Macías, B.E. y Arocha J.L. (1996). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas: ICEPSS.
- McKay, DR.; y Tennant, CC. (2000). Is the grass greener? The link between cannabis and psychosis. *Medicine Journal of Australia*, 172, 284-286
- Organización Mundial de la Salud (1995). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Parnas, J. (1999). From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, Suppl 395, 20-9
- Phillips, LJ, Yung, AR y McGorry PD: (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (Suppl). 164-9.
- Salokangas, RKR (2005). Funcionamiento cognitivo y vulnerabilidad a las psicosis. En JL Vazquez Barquero, B. Crespo y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*, pag 73-79.



- San, L. y Casas, M. (Coord.) (2002). Recomendaciones terapéuticas en Patología Dual. San, L. y Casas, M. (2004) Patología dual. Monografías en Psiquiatría, Año XVI, N° 4.
- Schultze-Lutter, F.; Klosterkötter, J., y Ruhrman, S. (2005). Factores de predicción psicopatológicos del desarrollo de la psicosis. En: Las Fases Iniciales de las Enfermedades Mentales. Psicosis., págs.: 40-45. Barcelona: Masson.
- Van Os, J.; Bak, M.; Hanssen, M.; Bijl, RV.; de Graaf, R. y Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: A longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156, 319-327.
- Zammit, S.; Allebeck, P.; Andreasson, S.; Lundberg, I. y Lewis, G. (2002). Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1199-1201

# Transparencias

1. Transparencia N° 1. ¿Qué puedo hacer yo ante una enfermedad o un problema de salud?
2. Transparencia N° 2. El individuo como sujeto activo frente a las variables que le rodean
3. Transparencia N° 3. ¿Estoy enfermo? ¿Qué hago?
4. Transparencia N° 4. Enfermedad
5. Transparencia N° 5. Salud Mental
6. Transparencia N° 6. Salud General vs Salud Mental
7. Transparencia N° 7. Patología dual
8. Transparencia N° 8. ¿Qué tratamiento? ¿En qué momento?
9. Transparencia N° 9a. Balance Decisional: Automedicación con antibióticos.
10. Transparencia N° 9b. Balance Decisional: Cumplimentación del tratamiento.
11. Transparencia N° 10a. Niveles de decisiones: Evaluación de los resultados de un tratamiento.
12. Transparencia N° 10b. Niveles de decisiones y consecuencias: Evaluación de los resultados de un tratamiento.
13. Transparencia N° 11. Interpretación del Balance de riesgos y beneficios del tratamiento
14. Transparencia N° 12. Grados de adherencia al tratamiento
15. Transparencia N° 13. Situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento terapéutico
16. Transparencia N° 14. Alternativas al fracaso terapéutico





