

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales

María Luisa Rascón Gasca
Valeria Hernández Durán
Leticia Casanova Rodas
Humberto Alcántara Chabelas
Alejandra Sampetro Santos



Editores: Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales

María Luisa Rascón Gasca

Valeria Hernández Durán

Leticia Casanova Rodas

Humberto Alcántara Chabelas

Alejandra Sampedro Santos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

México, 2011

Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales

María Luisa Rascón Gasca, Valeria Hernández Durán, Leticia Casanova Rodas, Humberto Alcántara Chabelas, Alejandra Sampedro Santos

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, María Elena Medina-Mora

Validación interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra,

Validación externa

Martha Rosas Lurrabaquío, Cinthia Andia, Dante M. Alvear Galindo, Eduardo Madrigal de León, Corina Benjet

Aspectos éticos

Liliana Mondragrón

Producción Editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Psicoeducativa se diseñó con el apoyo de recursos para la igualdad entre mujeres y hombres. Anexo 10 del PEF-2010

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastorno Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2013 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Calzada México Xochimilco 201, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan,
México D.F. 14370

ISBN: 978-607-460-429-0

Edición 2013

Consulta en <http://www.inprf.org.mx/>

Citación

Rascón Gasca M. L., Hernández Durán V., Casanova Rodas L., Alcántara Chabelas H., Sampedro Santos A. Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, María Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastorno Mentales.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

I. Introducción

- 1.1 A qué necesidad responde el curso psicoeducativo
- 1.2 Objetivos del curso psicoeducativo
- 1.3 A quien va dirigido
- 1.4 Resumen del contenido del curso
- 1.5 Forma de trabajo del curso psicoeducativo

II. Curso Psicoeducativo

Módulos de clase :

- 1° Módulo : Introducción a las Enfermedades Mentales
- 2° Módulo : Reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad: El papel de la familia y del paciente
- 3° Módulo : Conociendo los Trastornos Depresivos, de Ansiedad y Alimenticios.
- 4° Módulo : Conociendo los Trastornos de Esquizofrenia, de Personalidad, de la Demencia y Problemas Relacionales
- 5° Módulo : Información sobre el tratamiento médico de las enfermedades mentales.
- 6° Módulo : El cuidado del paciente y del familiar cuidador
- 7° Módulo : Prevenir las recaídas y el apoyo en situación de crisis
- 8° Módulo : Creencias, mitos y discriminación hacia la enfermedad Mental
- 9° Módulo : La participación en las redes sociales y el cierre del curso

III. Anexos

Material (cursos). Por módulos.

Glosario

Bibliografía

Iconografía

Cuestionario de evaluación

Directorios

Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales

Introducción

La presente Guía Psicoeducativa está dirigida al personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales.

Esta guía será de utilidad para la capacitación y está diseñada para ser de fácil comprensión y aplicación, tiene un formato de curso psicoeducativo porque incluye la información temática clase por clase y el material de apoyo, lo mismo que el procedimiento para ser impartido.

1.1 A qué necesidad responde el curso psicoeducativo

La finalidad de este curso es brindar una herramienta para que el instructor (profesional de la salud) pueda informar y educar a los familiares y pacientes (usuarios del servicio) desde la perspectiva biopsicosocial, proporcionando los conocimientos y aspectos esenciales en torno a las enfermedades mentales, basado en el modelo psicoeducativo.

Los principios en los que se integra el curso psicoeducativo son:

- 1.- Un modelo colaborativo del equipo de salud mental, el cual
- 2.- Esté informado y capacitado, que apoye a la
- 3.- Integración de las familias al tratamiento, a
- 4.- Sembrar la semilla de la recuperación y la rehabilitación en el paciente; apoyando en
- 5.- Abatir la discriminación y promover la reinserción social del paciente y la familia.

La intervención psicoeducativa incluye la interacción entre la persona con enfermedad mental o usuario, sus familiares y amigos, con el proveedor de la información, que en este sentido será cualquier integrante del equipo de salud mental. En este curso se dará una interacción entre:



La psicoeducación enriquece y aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos. Participar en un grupo psicoeducativo ofrece muchas ventajas sin embargo, hay que tomar en cuenta algunas situaciones: los pacientes con enfermedad aguda suelen agravarse, se pueden exacerbar síntomas y pensamientos desorganizados y presentarse problemas en la atención, y en la concentración durante el curso. También debe tenerse cuidado el manejo del nivel de estrés de las personas enfermas y de sus familiares.

1.2 Objetivos del curso psicoeducativo

1. Adquirir información sobre los trastornos mentales,*
2. Promover la adherencia al tratamiento involucrando los aspectos médicos, psicológicos y sociales, con el fin de cumplir con la recomendación terapéutica prescrita.
3. Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las actitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida.
4. Reconocer los síntomas de alerta en caso de recaídas.
5. Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
6. Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad mental y la necesidad de afrontar asertivamente el estigma.
7. Promover estrategias de integración y formación de redes de apoyo social.

* *Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, demencia y problemas relacionales.*

1.3 A quién va dirigido

Se destina esta guía al profesional o paraprofesional que colabore en el equipo de salud mental de la unidad, quien será el instructor que brindará la educación a los familiares y a las personas adultas con: Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, demencia y problemas relacionales.

1.4 Resumen del contenido del curso

El curso está constituido por nueve módulos con duración de 180 minutos por sesión. Las temáticas tienen el propósito de generar cambios en los conocimientos, a su vez en las emociones, actitudes y conducir a un cambio en la calidad de vida, tanto del paciente como del familiar en el hogar.

En un breve recorrido por esta guía psicoeducativa, podemos decir que fue elaborada como un dispositivo que abarcara en primera instancia, un acercamiento a lo que hoy conocemos como enfermedad mental y al proceso de aceptación, por el que transitan tanto familiares como pacientes. Consecutivamente, se formularon tres módulos cuya finalidad es informar de manera puntual, los rasgos y las características generales de los diferentes trastornos mentales y tratamientos médicos, su relevancia y consecuencias. Una vez terminado este bloque esencialmente informativo, se da pie al abordaje sobre la importancia del cuidado tanto del paciente como del familiar, así como los significados y sentidos muchas veces de índole discriminatorio, en torno a la enfermedad. Para terminar, se propone conocer la importancia de la red social y otros organismos que facilitan y promueven la atención integral.

1.5 Forma de trabajo

Instructor (a) del curso

Cualquier integrante del equipo de salud mental (trabajador(a) social, psicóloga(o), enfermera(o), médico(a) general o psiquiatra) puede ser instructor. Se recomienda que sean personas con experiencia en el trato con los pacientes y sus familiares, y en el manejo de grupos, que sean empáticos, cordiales y sobre todo que estén interesados en impartir el curso. Es necesario que al menos sean dos los expositores por cada sesión y se roten o alternen en las funciones para cada clase.

Funciones

1. Guía de la sesión y ser expositor
2. Seguimiento del tiempo de clase
3. Control de la lista de asistencia por clase
4. Entrega de material (Si es posible reproducir, entregarlo al inicio de cada clase, sino pedir apoyo a familiares y organizar con anticipación).
5. Manejo de las dinámicas con el grupo
6. Manejo del equipo de proyección (si se cuenta con el equipo)
7. Responder a preguntas
8. Plan del descanso (café, galletas, etc.)
9. Apoyo y orientación a quien lo requiera (familiar o paciente)
10. Aplicación de evaluación (si se desea)

Duración del curso

El curso comprende 9 módulos consecutivos, una sesión por semana y con duración de 180 minutos, de manera que se tiene que programar para 2 meses y una semana, es conveniente planear las fechas de modo que no se atraviesen vacaciones de verano o fin de año, ni pasen más de dos semanas sin clases, la idea es impartir tres o cuatro cursos al año.

Horarios y registro del curso

Los horarios, las actividades relacionadas con los preparativos para cada sesión y el registro de asistencia deben definirse con antelación. El registro de cada familiar o persona enferma puede consistir en hoja de inscripción que contenga los datos personales del participante como son: nombre, edad, dirección, teléfono, correo electrónico (si se tiene), relación o parentesco con el familiar enfermo y diagnóstico si se tiene. Esto será muy útil para la red social de los participantes, como para las estadísticas de los alumnos que tomen el curso.

Número de participantes

El número de participantes no debe exceder de 25 personas, considerando familiares y/o pacientes, con el fin de facilitar la participación y la integración a las dinámicas.

Lineamientos de participación

Pueden asistir los familiares cercanos o lejanos, responsables de la manutención y cuidado del paciente, también amigos y conocidos interesados en conocer y entender la enfermedad, así como las personas que tienen los trastornos antes mencionados, estables, es decir, en tratamiento. Se debe considerar la condición actual del paciente, la habilidad para concentrarse, así como el nivel de estrés emocional que los pacientes puedan sobrellevar, ya que debe tomarse en cuenta la posibilidad de la exacerbación de síntomas durante el curso, por lo cual será conveniente exhortar al paciente a retomarlo posteriormente.

Criterio para constancia de asistencia

Es importante enfatizar a los participantes que el criterio para obtener la constancia al finalizar el curso, dependerá del 80% de asistencia a las sesiones del curso.

El lugar de impartición el curso

Es recomendable un espacio cómodo, ventilado, con mesas y sillas, y que puedan colocarse formando un círculo. Se puede escoger un lugar fuera del centro de salud que favorezca la integración a la comunidad (Ejemplo: aula de escuela, dispensario-iglesia, centro recreativo, entre otros)

Reglas de funcionamiento del grupo

- **Compromiso:** Se adquiere el compromiso con todos y cada uno de los participantes de asistencia, reciprocidad y colaboración.
- **Confidencialidad:** Lo que se comente dentro del grupo es confidencial. Los asuntos privados que se expongan durante las sesiones no deben comentarse fuera del grupo. Esta regla es fundamental para la confianza de los usuarios y familiares durante el curso.
- **Respeto:** Al participante en turno, al tiempo de participación y a la puntualidad.
- **Retiro:** Cualquier persona, sea paciente o familiar, están en libertad de abandonar la sala durante la sesión, se sugiere comunicar al grupo la intención de irse (si en el grupo participan dos profesionales de la salud mental, uno de ellos puede salir con el paciente o familiar a brindarle apoyo).
- **Participación:** En cada sesión se solicitará su participación voluntaria, si algún integrante no desea participar se le respetará.
- **Asistencia:** Se recomienda explicar al grupo lo importante que es dar aviso si no es posible asistir a clase, así los profesores sabrán que los pacientes y/o familiares se encuentran bien y lo comunicarán a los demás integrantes.

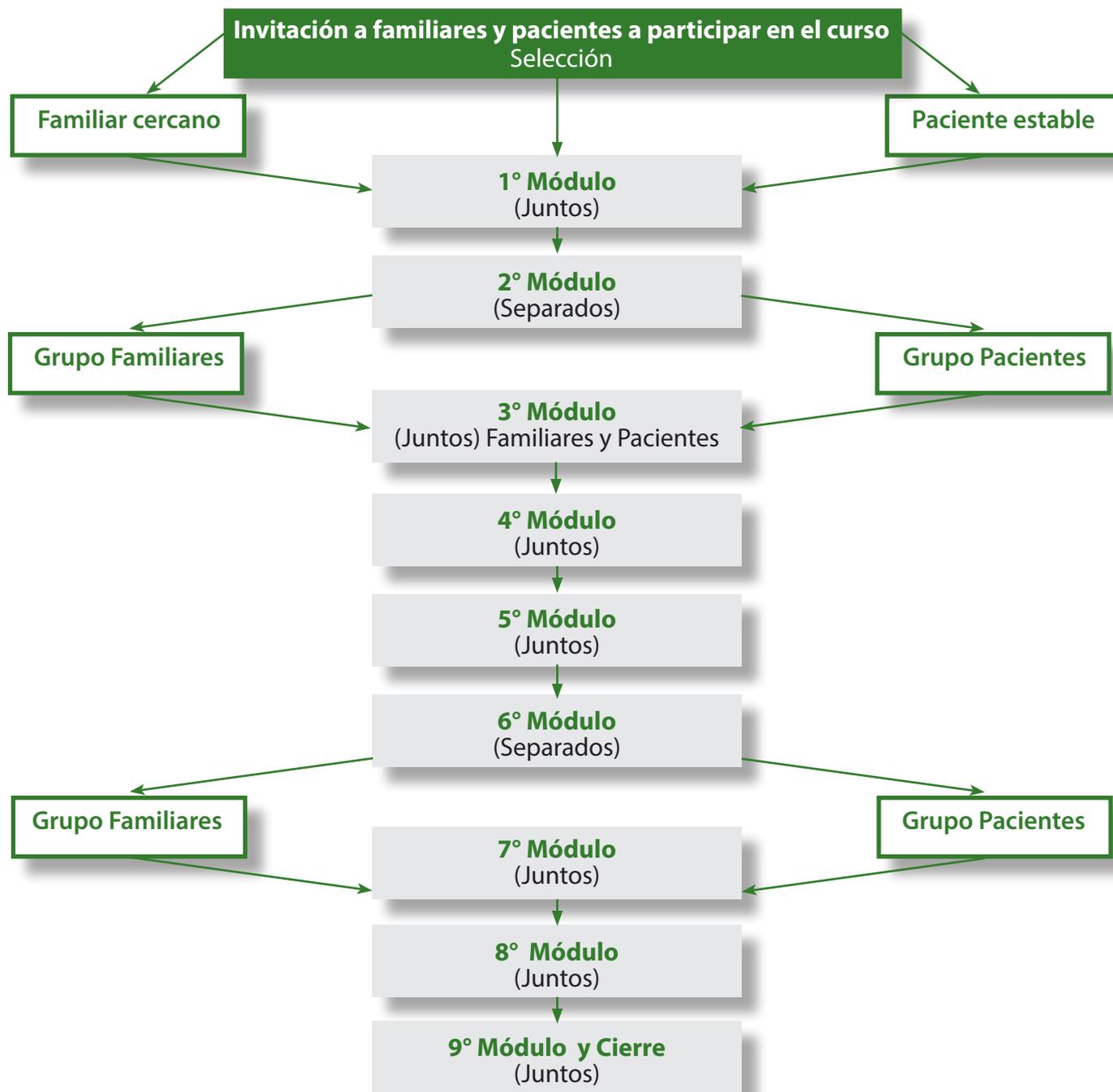
Organización de las clases

En cada clase es importante la preparación del tema, la organización del material, en particular, en el primer módulo es necesario destinar tiempo para la integración del grupo, mediante la presentación de cada uno (ver primer módulo), además de proporcionar gafete, o etiqueta, o personalizador con el nombre de pila de cada uno; también estar al pendiente si llegan personas que no estaban previamente inscritas y plantear la posibilidad de inclusión o anotarlos en la lista para el siguiente curso, se recomienda monitorear el tiempo para iniciar y terminar puntualmente.

Módulos para familiares y pacientes (juntos) N: 1°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° y 9°

Módulos para familiares y pacientes (separados) N: 2° y 6°

PROCESO DE LOS MÓDULOS



Iconografía y Símbolos:



Conferencia: Se refiere a que el instructor impartirá la clase a modo de conferencia, es decir, dando lectura del material señalado en cada Módulo.



Dinámica Grupal: Se refiere a que los integrantes del grupo participarán de manera ordenada y con tiempo. Se sugiere promediar el tiempo entre el número de alumnos con un máximo de 2 minutos para las clases de presentación grupal del 1º módulo.



Receso de 10 minutos.



Material reproducido para los alumnos en cada clase.

1° Módulo

Introducción a la enfermedad mental

Material para instructor

Objetivo general

1. Identificar las funciones que desarrollará como instructor del curso.
2. Integrar a los participantes al grupo.
3. Conocer los antecedentes de la enfermedad mental y su perspectiva.

Objetivos de aprendizaje

1. Identificar el contenido del módulo en cuanto a las características del curso psicoeducativo.
2. Identificar la prevalencia de las enfermedades mentales

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material
2. Dinámicas de presentación
3. Tarea

I.- Bienvenida y presentación de los integrantes (Conferencia)

Expresamos la Bienvenida y el gusto de estar reunidos para iniciar el Curso Psicoeducativo para familiares, personas con algún trastorno mental y conocidos.

Presentación de los instructores (Dinámica Grupal)

Los que serán instructores en el curso se presentarán proporcionando: Nombre y función en la UNEMES o el CISAME.

Presentación de los participantes (alumnos del curso)

El familiar se presentará con su nombre, el parentesco con el familiar enfermo, el tiempo de aparición de los síntomas, y las expectativas del curso, así mismo, las personas con la enfermedad. (Dinámica de presentación por pares de preferencia).

30 minutos en total y retome el curso de la sesión.

II.- Objetivos del curso

El curso persigue los siguientes objetivos:

1. Que el participante adquiera información y conocimientos sobre los trastornos mentales*
2. Mejorar la 'adherencia al tratamiento' con el fin de cumplir con el régimen terapéutico prescrito (toma de medicamentos, citas clínicas, controles terapéuticos, etc.).
3. Reconocer los síntomas de alerta en caso de recaídas.
4. Elaborar estrategias realistas de enfrentamiento a situaciones de crisis.
5. Reconocer la importancia del autocuidado y desarrollar las aptitudes necesarias para procurar una mejor calidad de vida.
6. Comprender las creencias y los prejuicios ante la enfermedad mental y encontrar la mejor manera de enfrentar el estigma.
7. Promover estrategias de formación de redes de apoyo social.

* Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad, demencia y problemas relacionales.

III- Informar las características del curso



Duración

El curso tendrá una permanencia de 9 módulos consecutivos, una vez por semana y con duración de 3 horas por sesión, de manera que tendrá una extensión de 2 meses y una semana.

Reglas del grupo

- **Compromiso:** Se adquiere el compromiso con todos y cada uno de los que participan de asistencia, reciprocidad y colaboración.
- **Confidencialidad:** Lo que se comente dentro del grupo es confidencial. Los asuntos privados que se expongan durante las sesiones no deben comentarse fuera del grupo, esta regla es fundamental para la confianza de los usuarios y familiares durante el curso.
- **Respeto:** Al participante en turno, al tiempo de participación y a la puntualidad.
- **Retiro:** Cualquier persona sea paciente o familiar puede retirarse de la sala durante una sesión en caso de que no desee hacerlo, se sugiere comunicar al grupo que se va (si en el grupo participan dos profesionales de la salud mental, uno de ellos puede salir con el paciente o familiar a brindarle apoyo).
- **Participación:** En cada sesión se solicitará, si algún integrante no desea participar se le respetará.
- **Asistencia:** Se recomienda explicar al grupo lo importante que es dar aviso si no pueden asistir a clase a los profesores para saber que se encuentran bien y compartirlo con los demás integrantes.

Criterio para constancia de asistencia

Existe el criterio para poder otorgar la constancia de asistencia al curso, que dependerá de al menos el 80% de asistencia a las sesiones.

El lugar en donde se impartirá el curso

Es recomendable un espacio cómodo con sillas y mesas en donde se puedan sentar alrededor formando un círculo, se puede escoger un lugar fuera del centro de salud que favorezca la integración a la comunidad (Ejemplo: escuelas, dispensarios-iglesias, centros recreativos, etc.).

Tiempo de descanso en la clase:

Se sugiere que se invite a los familiares y participantes a la organización del café y compartan lo que deseen tomar en el descanso. (Agua, café, galletas, fruta, etc.). En cada clase.

1.- Perspectiva de la enfermedad mental



Introducción

La Organización Mundial de la Salud en su informe emitido en el 2001 reporta que más de 450 millones de personas en todo el mundo padecen en algún momento de su vida algún tipo de perturbación mental y neurológica, con inclusión de las relacionadas con el abuso de sustancias, lo que hace de los trastornos mentales una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Se estima que a nivel mundial

del 1% al 2% de la población padece esquizofrenia. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

Se ha estimado que en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD (totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones). En el 2000 ese porcentaje había aumentado al 12% y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Por lo general, los trastornos frecuentemente responsables de discapacidades importantes son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Caraveo y cols., en 1996, encontró un 0.7% de prevalencia en esquizofrenia en la población urbana adulta.

El Sistema Nacional de Salud SNS (2000) reportó la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes con una prevalencia de 0.8% de morbilidad hospitalaria. Se muestra una mayor incidencia en las edades de 15 a 44 años mostrando una tendencia a disminuir paulatinamente. En los hombres se observa mayor incidencia de los 15 a los 44 años mientras que en las mujeres es de los 25 a 44 años. La mortalidad debido a estos trastornos es del 0.9% (Frenk, 1999). Actualmente se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México (www.ssa.gob.mx).

Sabemos que en la mayoría de las enfermedades mentales:

- No existe pronóstico seguro.
- La mejoría es factible.
- Los síntomas varían para cada una de ellas.
- Entre el 20% y el 25% se restablecen después un brote agudo.
- Entre el 20% y 25% necesitan cuidados hospitalarios.
- 50% puede vivir con alguna disminución en sus capacidades.

Los síntomas psiquiátricos son frecuentes entre la población general, dichos síntomas afectan a más de la mitad de los adultos en algún momento de su vida. Los trastornos mentales ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, entre las diez enfermedades discapacitantes, cuatro son por trastornos mentales (Frenk, 1999). Los trastornos mentales afectan el modo de pensamiento y comportamiento de una persona, alterando su humor, sus sentimientos y su capacidad de relacionarse.

Se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento (Pai y Kapur 1982; Fadden y cols; 1987; Winefield y Harvey 1994) citado en OMS. 2001.

En el 2006, la esquizofrenia ocupó el décimo lugar como enfermedad discapacitante. (Frenk J, Gonzales-Pier y cols; 2006).

En los últimos años, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales se ha ocupado de integrar los elementos necesarios para lograr la evolución positiva de la enfermedad con el menor número de recaídas. En la década de los años 80, los modelos de estudio sufrieron algunos cambios que permitieron

pasar de los enfoques reduccionistas, es decir, sólo el enfoque biológico, psicológico, familiar u otro, a modelos integrales Bio-Psico-Sociales que comprenden una serie de posibilidades de estudio y de carácter terapéutico, con dos condiciones básicas: Primero, que los recursos terapéuticos se integren en programas coordinados y planteados a mediano y largo plazo; segundo, que se integre a la familia como una unidad básica de salud incorporada a dichos programas. De la misma manera se ha pretendido mejorar el nivel de funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y su apego al tratamiento aunado a la participación familiar.

Para cumplir estos objetivos en los servicios de las UNEMES, CISAME del Sistema de Salud Mental de la Secretaría de Salud (SS), se articula la participación del paciente y de su familia con un equipo interdisciplinario de profesionistas, favorecido con las redes de apoyo social.

Los principios del Modelo Colaborativo del equipo de salud mental son: Compartir la información, capacitar a las familias, amigos y a las personas con la enfermedad, integrarles al tratamiento, sembrar la semilla de la recuperación en un trabajo conjunto que permita aminorar la discriminación y el estigma que pesan sobre las enfermedades mentales.



A continuación podemos ver las tres dimensiones Biológica-Psicológica-Social, en el contenido de los módulos del presente curso, colocaremos la fecha de cada reunión.



Tabla1.- La Tridimensión de la enfermedad mental:

N° de Módulo y Temática	Contenido
1. Introducción a la enfermedad mental Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida y presentación de integrantes. Objetivo del curso y contenido temático. Perspectiva de la enfermedad mental.
Dimensión: Psicológica-Social 2. Reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad. Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Entendiendo a la persona enferma y a la familia ¿Cuáles son las reacciones emocionales en el proceso de la aceptación de la enfermedad? La importancia de la familia y la evaluación de los recursos
Dimensión: Biológica 3. Conociendo los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios Prevalencias, causalidad, sintomatología, herencia y genética.
Dimensión: Biológica 4. Conociendo los trastornos de esquizofrenia, de personalidad, demencia, y problemas relacionales Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos de esquizofrenia, de personalidad, demencia, y problemas relacionales. Prevalencias, causalidad, sintomatología, herencia y genética.
Dimensión: Biológica-Psicológica-Social 5. El cerebro, el tratamiento médico y psicosocial. Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al funcionamiento cerebral y su estabilidad. Las etapas del tratamiento médico. Los efectos secundarios de los medicamentos por trastorno. Los tipos de intervenciones psicosociales Recuperación y reinserción.
Dimensión: Psicológica-Social 6. El cuidado del paciente y del familiar Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado del paciente y del cuidador familiar. La importancia de cuidar de sí mismo.
Dimensión: Psicológica-Social 7. Las recaídas y el apoyo en situación de crisis Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de recaídas y el apoyo de la familia Atención a situaciones de crisis
Dimensión: Psicológica-Social 8. Creencias, mitos y discriminación hacia la enfermedad mental Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias, mitos, discriminación ¿Cómo afrontar la discriminación y la conciencia cívica de la discapacidad? Derechos de las personas con trastorno mental
Dimensión: Social 9. La participación en las redes sociales y cierre del curso Fecha: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de redes de intercambio social y los bancos de tiempo. Integración de directorio o red social nacional e internacional. Cierre del curso

Antes de terminar la clase del módulo inicial, mencione que habrá clases en que se les pedirá la realización de tareas.

Para el próximo módulo 2° Sesión, será necesario pedirles que escriban cómo se sienten respecto a la experiencia con la enfermedad y traer el escrito a la próxima clase, ya que será material para trabajar en clase .

2° Módulo

Reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad

Material para instructor

Objetivo General

1. Identificar las reacciones emocionales en el proceso de aceptación de la enfermedad por parte de la persona enferma y de su familiar.

Objetivo de aprendizaje

1. Reconocer la importancia del proceso de aceptación de la persona enferma y del familiar cuidador.
2. Admitir la nueva condición de vida, cómo poder afrontarla y sobrellevarla hacia una mejor calidad de vida.

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase.
2. Participación en dinámica, los familiares y personas con la enfermedad.

Nota: En esta sesión se debe separar al grupo, formando dos grupos, por un lado los pacientes y por otro los familiares, con el propósito de que cada uno exprese sus sentimientos, por lo cual serán necesarios dos instructores.

El material es similar para ambos grupos.

Introducción



La respuesta natural ante saber que se tiene o que un ser querido tiene una enfermedad, es de dolor, algunos podemos creer que es producto de la mala suerte o que es un castigo, sin embargo lo sentimos como una pérdida de diferentes expectativas.

I. Entendiendo a la persona enferma y su condición de vida©

En primer lugar, consideramos necesario enfatizar que una persona con una enfermedad mental es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado. Joan Riehl-Sisca (1980) define el rol del enfermo como “la posición que asume una persona cuando se siente enferma”.

La forma en que un individuo percibe su salud o su enfermedad es un fenómeno complejo y particular respecto a cómo éste(a) reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones (por ejemplo, emocional, racional y física). Así, cada persona vive y vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias.

En segundo lugar, queremos compartir y recomendar al familiar y a la persona en tratamiento que considere:

“LA ENFERMEDAD (ya sea depresión, esquizofrenia, u otra), será una CONDICIÓN EN SU VIDA, con la que hay que APRENDER A VIVIR, SIN QUE LE ENFERME”. Foucault M, 2005

Ejemplo: Una persona que contrae la diabetes, tendrá esa condición el resto de su vida y paralelamente considerará el tratamiento y los cuidados que beneficien su salud.

En este orden de ideas, Sanz Ortiz (1990) expresa: “Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en partes, ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos, como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira y depresión; necesidades como sentimientos de culpa, de perdón, de tranquilidad; y demandas sociales como consideración y no abandono.” (¿Qué es un enfermo?, en Farreras-Rozman; 2000).

De acuerdo con lo mencionado, podemos hablar de una experiencia de enfermedad, como un proceso en donde intervienen diferentes cambios o modificaciones de un estado previo. Dicha experiencia se puede clasificar en un proceso en cinco etapas:

- Fase I, en la que se experimenta el síntoma o malestar.
- Fase II, en la que se asume el papel de enfermo.
- Fase III, en la que se toma contacto con el personal de salud.
- Fase IV, en la que el enfermo asume el tratamiento médico y las opciones terapéuticas.
- Fase V, en la que tiene lugar la aceptación de la condición de enfermedad si ésta es crónica, seguida de la recuperación.

En general, las «personas con una enfermedad» actúan de una forma especial frente a su estado; la sociología médica la llama la conducta de enfermedad a tal modificación actitudinal.

La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones, hace uso del sistema sanitario o la alternativa médica. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena.

El proceso de aceptación de la enfermedad mental:

Nota al instructor: Si es posible presentar al grupo el esquema 1 amplificado en papel o dibujado y describirlo de acuerdo con el texto.

La Dra. Kubler-Ross (1969) advierte que en el proceso de aceptación de la enfermedad existen etapas por las que transitan, tanto el enfermo como el familiar. Los pasajes de una a otra, no necesariamente se dan de manera lineal y progresiva, lo que quiere decir que quizá en un primer momento la primera etapa que aparezca sea distinta al orden señalado a continuación.

Proceso

1) Negación y aislamiento: La negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial: “no podemos mirar al sol todo el tiempo”.

2) Ira: La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los ¿por qué? Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean, esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo, todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

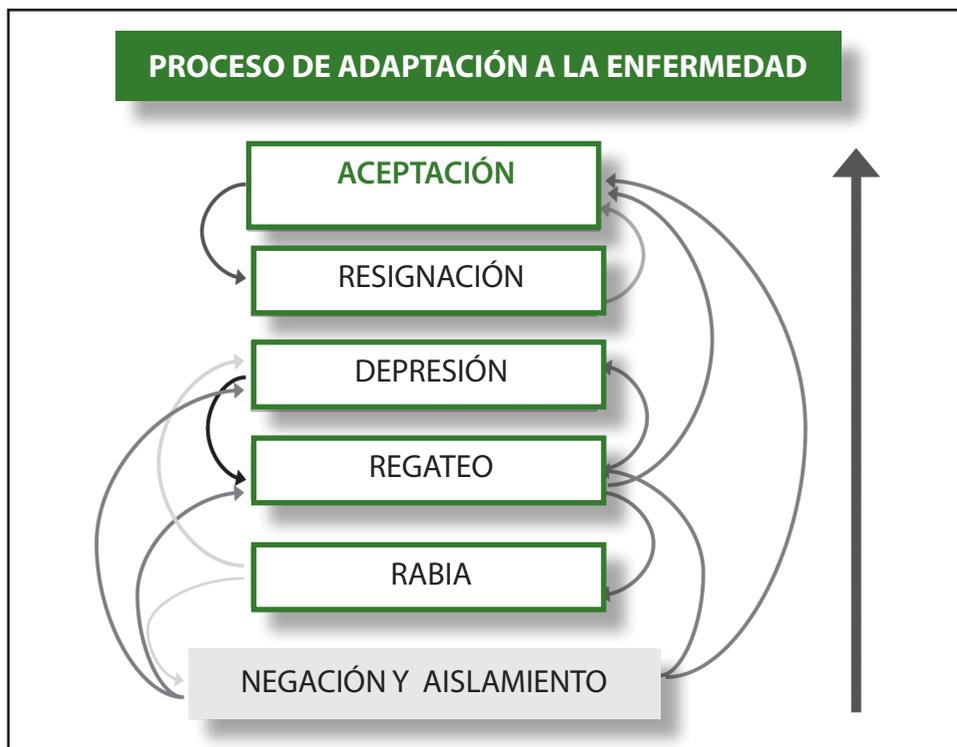
3) Pacto o Regateo: Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para superar la vivencia traumática, dicho acuerdo no necesariamente significa arreglo y aceptación, más bien es un proceso de negociaciones continuas que van íntimamente relacionadas con el regateo en el cual se desatan diversas tensiones ya sean a nivel individual, con las personas que les rodean o en ambas partes.

4) Depresión: Cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporal y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: Esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor desorientación en los padres es la discrepancia entre sus deseos, sus expectativas y la realidad.

5) Aceptación: Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, o coraje por la pérdida de expectativas del hijo o del ser querido y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: En un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va afrontando, generando sentimientos más afables como la esperanza que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor, promueve el deseo de que todo el dolor experimentado tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

Debe considerarse la posibilidad de que, para algunas personas, la aceptación de la enfermedad, conlleve situaciones que le hagan regresar a etapas anteriores, y posteriormente ubicarse de nuevo en la aceptación, ya que todo depende del proceso singular de cada persona. A la par, es trascendental recalcar que el tiempo de cada etapa es variable, está determinado por la información recibida, por la búsqueda de opciones de tratamiento, por el cuidado y aplicación del mismo, por las creencias, por la apertura y aceptación de que es una enfermedad que afecta a un órgano del cuerpo y que se puede tener una recuperación y una vida digna con esta condición de vida.

Algo que es conveniente revisar internamente, si se sienten ofendidos aunque sientan que avanzan en el proceso de aceptación, revisar sus expectativas y acomodarlas nuevamente, si ¿crees que tu ser querido debe actuar como tú quieres? Van a sufrir mucho, descárgate de aquellas expectativas y no te impongas más.



Esquema: 1

Retomando clase

Sugerencias al instructor:

- Lo más importante es comprender que son emociones normales y no deberían ser ocultadas, ni reprimidas o negadas.
- Expresar las emociones ayudará a que el familiar y el paciente se abran a la oportunidad de otorgarse apoyo mutuo.
- Deshacer silencios de tensión...permite alivio



(Dinámica Grupal). **Pregunte a los familiares ¿En qué etapa se encuentran y cómo se siente? Retome, la Tarea solicitada en la primera clase para la 2° Sesión.**



II. Entendiendo la importancia de la familia

Debido a que la enfermedad mental es parte de la condición de vida de un individuo y éste es parte de una familia, resulta necesario pensar simultáneamente acerca de la interacción entre el individuo y su entorno familiar. Anderson C, en 1986, mencionó tres puntos importantes por los que el estudio de la familia, en particular en la esquizofrenia, es relevante:

- **Primero.** Porque se provoca un impacto en todos los miembros de la familia.
- **Segundo.** Porque la familia no recibe asistencia, ni apoyo y sus miembros no podrán ayudar a su paciente de manera efectiva, siendo frecuente observar el surgimiento de conflictos conyugales entre los padres, depresión, conducta inadecuada entre los hermanos, y síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia.
- **Tercero.** Porque la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con el enfermo.

Estas características se suelen pasar por alto con excesiva frecuencia. Estudios como los de Cabrero (1993), ponen de manifiesto el costo o tensión que origina la estigmatización, los temores a conductas impredecibles, la pérdida de vínculos sociales, el descuido de necesidades y la sobreocupación del familiar que atiende al paciente, las consecuencias económicas si el paciente era el jefe de familia, y plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: La sobrecarga y la desesperanza por parte de los integrantes de la familia.

La familia juega un papel determinante; sin embargo, es fácil olvidar que ésta suele encontrarse tan necesitada de ayuda y de escucha como su enfermo o usuario. Además es importante tomar en cuenta que las familias, de por sí arrastran sus propios problemas y conflictos los cuales simplemente se complican por la nueva crisis que supone una enfermedad grave.

El estudio del impacto en la vida familiar, tanto en los cuidadores como en los usuarios se ha observado en diversos aspectos como la restricción en sus actividades sociales (Platt y cols, 1980), la reducción de sus vínculos sociales (Anderson, 1984), y el aislamiento en sus hogares con pocos contactos sociales (MacCarthy, 1988).

Así que la forma externa o interna en que la familia experimenta el control de la enfermedad, incidirá sobre la interpretación que le den al padecimiento, su comportamiento frente a él y su capacidad para brindar cuidados al enfermo (Rolland, 1994). Cuando alguien siente que el control se localiza de manera interna, es decir que el individuo y su familia conciben que ellos puedan llevar el control mediante el tratamiento la enfermedad, podrán entonces dominarla y no permitirán que sea ésta la que los controle. Por otra parte, si el individuo y su familia sienten o piensan que el control se encuentra en otro u otros (Dios, los médicos o el azar), les resultará más difícil aceptar la enfermedad y hacerse cargo de ella.

Sería necesario evaluar las creencias que tienen la familia y el paciente acerca de la enfermedad, así como aquellas ideas que de una u otra manera pueden influir sobre el curso de la misma. Las creencias involucran vergüenza, culpa o rechazo, y muchas veces bloquean el proceso familiar de aceptación. Por otra parte, desde las políticas nacionales hasta la psicología popular se mantiene una tendencia a la internacionalización y localización de los problemas en el individuo o la familia. Estos valores interactúan con el sistema de creencias familiares y producen la sensación de que la pérdida de un miembro, como consecuencia de una enfermedad, constituye un signo de debilidad y falta de carácter para luchar, por lo que esto llega a transformarse en una sensación de derrota y vergüenza (Velazco ML y Sinibaldi J; 2001).

Evaluación de los recursos de la familia

Las expectativas y la forma de reaccionar ante los sentimientos dolor de cada quien, ya sea el paciente o los familiares darán la diferencia, entre tener elementos o recursos para afrontar y sobrellevar la nueva condición de vida.

La adaptación familiar a la enfermedad mental puede seguir uno de dos cursos (Koch, 1985):

1) Cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones, la adaptación familiar es eficaz y continúa funcionando efectivamente aun cuando sea de forma diferente.

2) La adaptación ineficaz ocurre cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional. La flexibilidad en roles como en reglas debe considerarse como el recurso que contribuye a que la familia resista el impacto desorganizante del estrés que ocasiona el padecimiento.

“Mientras más funcional sea una familia, contará con más recursos para manejar la enfermedad mental. En cuanto a los recursos de la misma, habrá que valorar una serie de aspectos como la capacidad de autonomía de los diferentes miembros, la existencia o no de límites de funcionamiento claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos de manera clara y directa, así como si existe un sistema abierto que permita la entrada y salida de información al igual que la creación de relaciones nuevas y, finalmente, su habilidad para resolver problemas y conflictos.

Las demandas que la enfermedad mental exige a la familia, así como la gravedad de la misma se encuentran inversamente relacionadas con el grado de adaptación familiar al padecimiento (Sholevar y Perkel; 1990). La poca adaptación familiar por lo general se relaciona con la aparición de “otros” estresores dentro del sistema (Koch, 1985), los cuales quizá se presenten como un niño con problemas escolares, un individuo con depresión, desesperanza o ideación suicida (Guthrie, 1996), o bien con conflictos en la pareja marital (Rolland, 1994).

Las familias con mayor información, un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad; por otra parte, aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en la pobreza o que son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. Así que la actitud de la familia y del paciente resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas (Velazco ML y cols; 2001).



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares ¿De acuerdo con la etapa en que se encuentran, que cree que puede hacer para apoyar o apoyarse?**

3° Módulo

Conociendo los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios.

Material para instructor

Objetivo General

1. Conocer los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios.

Objetivo de aprendizaje

1. Identificar la prevalencia, causalidad sintomatología, herencia y genética de cada trastorno mental

Actividades de aprendizaje

3. Lectura del material en clase
4. Participación en dinámica, los familiares y personas con la enfermedad.

Introducción



Los trastornos abordados en este tercer módulo, se dividen en tres bloques, el primero, está constituido por los trastornos depresivos también llamados trastornos de humor o desórdenes del estado de ánimo. Éstos se encuentran entre los trastornos más frecuentemente observados, tanto en la práctica psiquiátrica, como en la medicina general. Conoceremos los Trastornos depresivos, distímico y bipolar, tres tipos de depresión, en el que varían el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas.

Por otra parte, y seguido de los trastornos depresivos se abordarán los trastornos de ansiedad, sus distintas clasificaciones y en torno a ellas, la sintomatología y los tratamientos son variables dependiendo del diagnóstico clínico.

I. DEPRESIÓN



Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

“Un trastorno del estado de ánimo al que en épocas pasadas se prestaba muy poca atención, en años recientes se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable. La depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo y amenaza con ser de las principales enfermedades, en las siguientes dos décadas.

Sin embargo, las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud (SS) refieren que de 12 a 20% de la población de 18 a 65 años de edad -más de 10 millones de individuos- están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida. La misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad.

Uno de los estudios que realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) para seis regiones a nivel nacional, en el año 2000, dio a conocer cuáles son los porcentajes de la población de 18 a 65 años de edad, que vive en áreas urbanas, y que presentan algún trastorno psiquiátrico. El estudio arrojó

que por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron de ansiedad 14.3%, los trastornos afectivos 9.1%, en donde los hombres presentaron prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1% alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1%) alguna vez, y Fobia Social 4.7% alguna vez. De los trastornos afectivos, los que se ubicaron con más porcentajes fueron, episodio depresivo mayor, alguna vez (3.3%), episodio depresivo menor, alguna vez (1.5%), manía (bipolar I) alguna vez (1.3%), hipomanía (bipolar II) alguna vez (2.0%) (Medina-Mora ME y cols; 2003).

La alerta es generalizada, advierten los especialistas, por el estilo de vida de un sistema globalizado en el que imperan el estrés, las dificultades económicas, el desempleo, la violencia, entre otros fenómenos sociales. Todos ellos necesariamente afectan y atentan contra la unidad de las familias. De manera particular están en riesgo sus miembros más vulnerables: los niños, muchos de los cuales llegarán a la edad adulta también afectados por la depresión y la consecuente disminución de sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales.

Mientras, en el año 2000 la depresión se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de enfermedades causantes de discapacidad, después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/sida, la OMS, calcula que en 2020 ocupará el segundo sitio, sólo detrás de las enfermedades isquémicas cardiacas (OMS, 2001).



a) TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero esta es una idea equivocada, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

Clasificación del Trastorno Depresivo

No todos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave, dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Síntomas Generales del Trastorno Depresivo

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Testimonio de una madre:

“Mi hijo se me perdió 5 veces en un año; la última vez se me perdió 2 meses y medio, llegó irreconocible, estaba muy delgado, llegó un domingo, todo vomitaba, le dieron vitaminas, pero ¡ay! señorita, desde que él se me perdió la primera vez, yo lloraba todo el día, ni atendía a mi hija, no sabía si había comida, como yo ni comía porque no podía tragar nada, vomitaba todo, hasta la fecha no puedo comer grasas, ni tantita leche o crema porque me viene el dolor, el doctor dice que tengo gastritis nerviosa, llegué a pesar 30 kilos, estaba en los puros huesos... no quería hablar con nadie, no quería salir porque sentía que la gente me iba a hacer daño o que se iban a burlar de mi, de mi dolor”

“Toda la vida he vivido angustiada, con depresión, desde que me casé, y bueno para acabarla de amolar desde hace 10 años con lo de mi hijo, yo no tengo fuerzas para seguir adelante, sólo espero que la muerte me recoja, hice de toda mi familia un caos... desde hace 5 años, para tratar de olvidar tantos problemas me tomo mis cervecitas, mis cubitas o mis aperitivos, pero ya me dijo el doctor que ya tengo problemas con el alcohol, que vaya a AA, pero yo no creo que sea necesario”.

“Yo vendía ropa, pero dejé todo para ayudar a mi hijo, a veces creo que él y yo deberíamos irnos de la casa a morirnos juntos y así dejar de hacerles tanto daño a los demás que viven en casa, deberíamos quitarnos la vida él y yo, yo ya lo he intentado tres veces, ya no aguanto tanto sufrimiento, creo que yo soy la que está mal, muchas veces he sentido lo que siente mi hijo, cuando me casé sentía que le mandaba mensajes a mi marido para que regresara, cuando él llegaba yo creía que le podía leer y controlar sus pensamientos... también he sentido olores extraños, como a caño, mis hijos dicen que no huele a nada, ¡hasta he llegado a oír voces!



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los participantes, su experiencia respecto al trastorno depresivo. (Uno o dos participantes). 5 minutos**



b) TRASTORNO DISTÍMICO

El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sí interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona.

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor.

Causas del Trastorno Distímico

El trastorno distímico es un tipo relativamente común de depresión. Se estima que alrededor de 3% de las personas tienen distimia. La distimia puede comenzar en la niñez o en la vida adulta. Las causas no se conocen, pero se sabe que como en la mayoría de los tipos de depresión, ésta es más común en las mujeres. Puede estar relacionada con cambios en el cerebro que involucran una sustancia química llamada serotonina. La serotonina ayuda al cerebro a manejar las emociones y a hacer juicios. Los problemas relacionados con la personalidad, problemas médicos y el estrés de la vida cotidiana también pueden jugar un papel importante.

Síntomas del Trastorno Distímico

Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son:

- sentimientos de incompetencia
- pérdida generalizada de interés o placer
- aislamiento social
- sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad

En adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

(Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- IV (2002))



c) TRASTORNO BIPOLAR

La enfermedad bipolar, también conocida como maníaco-depresiva, se debe a una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo que da lugar a episodios de manía (euforia, hiperactividad, trastornos del sueño y del apetito), que se alternan con fases de depresión que pueden prolongarse durante varios meses. Precisamente se llama enfermedad “bipolar” porque el ánimo oscila desde el polo de la manía hasta el polo de la depresión.

Durante los periodos sintomáticos algunos pacientes pueden sufrir además delirios y alucinaciones que hacen necesaria su hospitalización.

Aunque por el momento no se conocen métodos para su total curación, sí existen tratamientos que permiten a los pacientes mantener una buena calidad de vida. No hay que olvidar que el paciente bipolar que sigue un tratamiento adecuado pasa un gran parte del tiempo asintomático, pudiendo llevar una vida similar a la de cualquier persona sin la enfermedad.

“El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica crónica y severa que se manifiesta con episodios recurrentes de depresión y manía (bipolar I) o de depresión e hipomanía (bipolar II). Este desorden psiquiátrico es progresivo y conlleva una alta morbilidad y mortalidad. Aproximadamente entre el 25 y el 50% de los pacientes bipolares tienen un intento de suicidio durante su vida.

La depresión y la manía son los polos opuestos que limitan una línea continua a lo largo de la cual se dan los diferentes grados del estado afectivo. Los padecimientos en los que solamente se manifiestan síntomas de tipo depresivo se denominan unipolares, mientras que los que presentan tanto síntomas depresivos, como maníacos se denominan bipolares. Por lo tanto, se consideran como trastornos bipolares a los cuadros de patología afectiva en los que las manifestaciones fluctúan de manera intermitente, desde el extremo depresivo al maníaco.

- La prevalencia de trastorno bipolar en adultos es de 1 a 3% de la población mundial.
- En México, los episodios maníacos se presentan en el 1.4% de las mujeres y 2.5% en los hombres.
- La prevalencia de cualquier desorden afectivo es de 11.8% en mujeres y 7.1% en hombres.
- Del grupo de adultos deprimidos, entre 5 y 15% presentan trastorno bipolar.
- No existe diferencia significativa de prevalencia entre razas, localización geográfica u otras variables socioeconómicas. (Glaxo Smith Kline México, 2006). (Heinze y cols; en prensa)

Síntomas del trastorno bipolar

En la fase de manía pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas: irritabilidad, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, labia, aumento de la sociabilidad, aumento del impulso sexual, gastos excesivos e inapropiados, conducta desordenada, planes irrealizables, ideas delirantes o alucinaciones, desmesurada, sobrevaloración de sí mismo (aires de grandeza), cambios emocionales rápidos e imprevisibles o un optimismo exagerado que lleva a tener conductas arriesgadas, sin tener en cuenta las consecuencias.

Los síntomas de la fase depresiva suelen coincidir con los de una depresión normal: falta de ilusión, sensación de tristeza o vacío, baja autoestima, dificultad para realizar las tareas habituales, enlentecimiento, falta de concentración, deseo de morir, molestias físicas, ansiedad, insomnio o exceso de sueño, pérdida o exceso de apetito, inhibición social o ideas de culpa o ruina.

Detección de síntomas bipolares

Determinados signos y síntomas pueden indicarnos que se acerca una crisis. Es lo que se conoce como "pródromos", y saber identificarlos puede evitar una recaída. Los familiares tienen un papel crucial en reconocer estos síntomas para comunicárselos al psiquiatra y poner soluciones antes de que la crisis se desencadene.

Pródromos de depresión: El paciente puede perder el apetito, aparecen alteraciones del sueño (duerme mucho o, por el contrario, muy poco); está más aislado que de costumbre, muestra pérdida de interés, está inquieto o preocupado, bebe demasiado alcohol o consume drogas...

Pródromos de manía: No quiere tomar la medicación, está muy irritable o excitado, hace gastos excesivos e inhabituales, duerme poco, puede mostrar un entusiasmo desbordado por proyectos o ideas que aparecen de manera repentina, toma más alcohol o abusa de drogas, se muestra impaciente, intolerante, habla mucho, presenta cambios del estado de ánimo sin razón concreta. También es frecuente que aparezcan cambios de carácter: Personas generalmente tímidas o introvertidas se muestran bromistas, habladoras y exageradamente extrovertidas. (www.azprensa.com, 2007).



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los participantes, su experiencia respecto al trastorno bipolar. (Uno o dos participantes). 5 minutos**



En esta segunda parte de la clase revisaremos los trastornos de ansiedad.

II. TRASTORNOS DE ANSIEDAD



La ansiedad es una parte normal de las emociones humanas. Quizás hayan sentido ansiedad al encontrarse con un problema en el trabajo o antes de presentar un examen. Pero los trastornos de ansiedad son diferentes a estos sentimientos, interfieren con la habilidad de la persona de llevar una vida normal, y causan un sentimiento de temor, preocupación y pérdida de control constantes que no parecen tener ninguna causa concreta.

Pueden tener un episodio de ansiedad y pensar, "simplemente necesito sobrellevarlo mejor." Quizás sientan que: "simplemente es mi forma de ser." Es importante recordar que los trastornos de ansiedad son algo más y son condiciones médicas que pueden ser tratadas (Cliveland Clinic; 2008).

a) Clasificación

A continuación mostraremos la clasificación propuesta en el DSM-IV:

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección. La crisis de angustia o trastorno de pánico se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. El trastorno de angustia con y sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

b) Causas de los Trastornos de Ansiedad

Como con otras enfermedades, por ejemplo la diabetes, los trastornos de ansiedad pueden ser causados por desequilibrios químicos. Hay estudios que han demostrado que el estrés severo y de larga duración puede cambiar el equilibrio químico del cerebro que controla el humor. Los estudios también han demostrado que los trastornos de ansiedad son hereditarios, lo que quiere decir que en los miembros de la familia hay predisposición – o tendencia biológica – a tener trastornos de ansiedad (Cliveland Clinic; 2008).

c) Síntomas generales de los Trastornos de ansiedad

- Síntomas Cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas Respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas Genitourinarios: Micciones (orinar) frecuentes, enuresis (incontinencia urinaria), eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas Neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas Neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.



Dinámica Grupal) **Pregunte a los participantes, su experiencia respecto al trastorno de ansiedad. (Uno o dos participantes). 5 minutos**

Nota: Si en el grupo no hay familiares o pacientes con trastorno alimenticio se puede continuar con más participaciones respecto a trastornos anteriores y no leer la parte III.



III. TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Introducción

Un trastorno en la alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica del 2002, señaló una prevalencia de anorexia nervosa nula, una prevalencia bulímica nervosa alguna vez en la vida de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres, en población de 18 a 65 años de edad (Medina-Mora ME y cols; 2003).

La persona que padece algún trastorno en su alimentación, basa en la comida -un particular significado de acuerdo con diversos factores psicológicos y evolutivos- en todos los pensamientos y actos que forman parte de su cotidianidad, se siente hiperdependiente de esa idea, con lo cual el alimento se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo para la persona que tiene el trastorno.

Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar o amigo, entre otras.

Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, se acompañan de un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad partir de la nominación de la enfermedad.

Las encuestas en la población estudiantil (nivel secundaria, preparatoria y técnico) del Distrito Federal de 1997, 2000 y 2003, permitieron comparar el aumento del trastorno, observándose en la edad promedio de 14.5 años, el reporte de tres o más conductas alimentarias de riesgo, en hombres 1.3% en (1997) y 3.8% en el (2003), en mujeres 3.4% y 9.6% (respectivamente). Al analizar el tipo de conducta en los varones, la preocupación por engordar mostró un aumento importante de 5.4% en (1997) a 11.5% en el (2003), el uso de métodos purgativos aumentó significativamente de 1.3% en (1997) a 6.1% en (2003), el de método restrictivos de 10.5% en (2000) a 11.9% en (2003), en atracones 2.6% en (1997) a 6.5% en (2003). En las mujeres los datos mostraron que la preocupación por engordar se duplicó de 15.3% en (1997) a 29.8% en el (2003), el uso de métodos purgativos aumentó de 1.9% en (1997) a 8.0% en (2003), la práctica de atracones de 3.3% en (1997) a 5.9% en 2003, mientras que el método restrictivo se mantuvo estable.

En conclusión, los adolescentes más afectados fueron los varones en edades entre 12 a 13 años y las mujeres de 18 a 19 años, grupos en los que más se observaron los mayores cambios a lo largo del período de estudio (Unikel SC y cols; 2006).

b) Consideraciones sobre las causas del Trastorno Alimenticio

No es posible mencionar un único factor como causa de la aparición de un trastorno de la alimentación, pues las psicopatologías alimentarias son provocadas por múltiples factores, lo que significa que existe una combinación de causas individuales, familiares y socioculturales que desempeñan un papel importante en el **desarrollo** de cualquier trastorno de la alimentación existente en la actualidad, así como también en el **mantenimiento** del mismo. Además, los factores en sí no deben ser considerados como causales definidos y diferentes, sino como agentes que pueden hacer a una persona más vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio.

Los trastornos alimentarios no afectan únicamente la manera de comer; en realidad, se desarrollan como resultado de **problemas** en la **percepción** y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven cíclicos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la **desnutrición** y semi-inanición agravan los problemas subyacentes y llevan a que el problema se vuelva crónico.

c) Sintomatología

- Pavor a aumentar de peso o engordar.
- Sentimiento de gordura (la imagen corporal puede tomar percepciones delirantes en general o con respecto a algunas partes en particular).
- Alteración del esquema corporal (dismorfofobia).
- Desagrado ante el propio cuerpo.
- Aumentada percepción de defectos físicos como la celulitis.
- Preocupación constante y obsesiva por la comida. (La mayoría de las conversaciones con el paciente se refieren al peso, la comida, las calorías, etc.)
- Dificultad en reconocer los **signos** de hambre y saciedad.
- Desconocimiento del sentimiento de fatiga o cansancio a pesar de la inanición.

- Incapacidad de reconocer o aceptar los **riesgos** que implica su conducta alimenticia, a pesar de contar con información al respecto (o desinterés en cuanto a lo que pueda llegar a acontecer).
- Preferencia por los alimentos “lights”
- Empleo de “hierbas adelgazantes” y/o píldoras de dieta.
- Sentimientos de **culpabilidad** tras consumir alimentos.
- Consumo de anabólicos.
- Adicción a **las drogas**. (**La drogadicción** se presenta en algunas pacientes anoréxicas.)
- Creciente introversión y retraimiento social. Tendencia al aislamiento de la familia y de las amistades.
- Poca espontaneidad social.
- Restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.
- Necesidad de controlar el entorno.
- Pensamiento inflexible.
- Dificultad para la concentración, en algunos casos.
- Hiperactividad, caracterizada por la práctica de la actividad física de manera obsesiva y excesiva. El **individuo** anoréxico ejecuta la mayor cantidad de movimientos posibles para realizar un mayor gasto calórico. Así, camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales, sube escaleras, corre, va al gimnasio (en ocasiones que hasta 5 ó 6 horas por día) o practica **deportes**, generalmente a modo de obligación y de manera compulsiva.
- Alteración del sueño, debido al hecho puntual de que al estar despierto el anoréxico puede realizar un mayor gasto calórico, o al insomnio que puede sentir.

4°Módulo:

Conociendo los trastornos de esquizofrenia, de personalidad, demencia, y problemas relacionales.

Material para instructor

Objetivo General

1. Conocer los trastornos esquizofrenia, de personalidad, demencia y problemas relacionales.

Objetivo de aprendizaje

2. Identificar la prevalencia, causalidad, sintomatología, herencia y genética de cada trastorno mental.

Actividades de aprendizaje

5. Lectura del material en clase.

6. Participación en dinámica, los familiares y personas con la enfermedad.



Introducción

En esta clase revisaremos el trastorno de la esquizofrenia, de la personalidad y de la demencia. Se conocerán sus prevalencias, causalidad, sintomatología, herencia y genética.

También hablaremos de que los problemas relacionales no se circunscriben propiamente como trastornos, que están ligados a factores sociales, económicos y culturales que en ocasiones derivan en la creación de condiciones propicias para el desarrollo de alguna enfermedad mental, por este motivo, creemos que es de suma importancia tener información básica para conocer y generar estrategias pertinentes para afrontar dichas problemáticas.



V. ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno (enfermedad) mental que afecta a una de cada 100 personas en el mundo y que se manifiesta por una gran cantidad de síntomas que van desde ideas o conductas extrañas hasta el atentar contra la integridad del propio enfermo o de quienes lo rodean, en los casos más severos.

Se considera como un trastorno o enfermedad porque su origen o causa proviene del organismo humano y no de fuerzas sobrenaturales como espíritus, demonios, embrujamientos, hechizos o drogas especiales. Es mental porque se afectan las funciones propias de la mente, como la capacidad para razonar, sentir, tener deseos de hacer cosas y experimentar emociones. Estas funciones dependen de que el cerebro coordine correctamente algunas actividades químicas o eléctricas, pero en la enfermedad se ejecutan de manera inapropiada, lo que produce los síntomas del trastorno.

a) Causas de la esquizofrenia

En este momento de la evolución del conocimiento de los trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento se considera que la causa es multifactorial, aunque el principal factor participante es la herencia. El paciente hereda de sus padres uno o varios genes que lo predisponen a padecer la enfermedad. Estos genes se activan ante el estrés y producen alteraciones en el desarrollo del cerebro durante el crecimiento, pero las consecuencias suelen ser detectadas hasta la adolescencia.

Las diferentes regiones del cerebro utilizan sustancias químicas para comunicarse entre sí, una de ellas es la dopamina. Uno de los sistemas de comunicación más afectados en la enfermedad es éste, el de la dopamina, pero no es el único, aquellos que usan serotonina, ácido glutámico y muchos otros también se ven afectados. Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento intentan corregir algunas fallas.

b) Síntomas de la esquizofrenia:

Síntomas positivos: Se le llama positivos porque implican un aumento en el espectro de su comportamiento, se distorsionan las funciones normales, reflejadas por comportamientos extraños que en ocasiones se manifiestan y en otras ocasiones no.

- Trastornos en la lógica del pensamiento (incoherencia en su lenguaje)
- Ideas delirantes, son ideas extrañas, no se puede convencer al paciente que son irreales, por ejemplo: ideas de grandeza, se sienten poderosos, ricos, guapos, fuertes, cuando en realidad no lo son.
- Ideas de persecución, se sienten perseguidos: Por la policía, el FBI, la CIA, los extraterrestres.
- Ideas de referencia, sienten que las personas en la calle, en la radio o la TV hablan de ellos. Tienen transmisión del pensamiento, la creencia de que se pueden comunicar por medio de telepatía con determinadas personas o alguien le envía mensajes a su cabeza.
- Alucinaciones, las más comunes son las auditivas donde el paciente escucha un voz que le habla sin que nadie esté presente o varias voces que hablan de él frecuentemente, lo insultan o le dan órdenes, en otras ocasiones solamente escucha ruidos, sirenas, helicópteros, etc.
- Las alucinaciones visuales son menos frecuentes, el paciente tiene "apariciones", ve personas o personajes como fantasmas o seres fantásticos. También percibir olores que nadie más percibe (alucinaciones olfatorias) o tener sensaciones corporales inexplicables, por ejemplo un varón puede sentir como se mueve un feto en su vientre.



Síntomas negativos: Así se le llama a la ausencia de la conducta "normal". Capacidades con las que contaba o se esperaba que tuviera a esa edad:

- Aplanamiento afectivo, dificultad para expresar sus emociones con gestos.
- Retraimiento emocional, se aleja de los demás, le es difícil relacionarse con otros. (Ortega H, y cols., 2001).



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares. Su experiencia respecto al trastorno llamado esquizofrenia en su ser querido. (Uno o dos participantes). 5 minutos**



VI. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percepción, de relación y de pensamiento sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta.

Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias).

El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto. Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores (DSM-IV, p.p. 646).



a) Causas de los trastornos de personalidad

Las personas con trastornos de personalidad tienen dificultades para manejar el estrés y los problemas diarios y a menudo tienen relaciones interpersonales tormentosas con los demás. Estas condiciones varían de leves a severas y tienden a ser difíciles de tratar. La causa exacta de los trastornos de personalidad se desconoce, sin embargo, se cree que muchos factores genéticos y ambientales juegan un papel en su desarrollo (MedlinePlus: Enciclopedia Médica; 2008).

b) Clasificación de los trastornos de personalidad

Actualmente, los profesionales en salud mental clasifican estos trastornos en los siguientes subtipos:

El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso, relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El trastorno de la personalidad no especificado es una categoría disponible para dos casos:

1) El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad.

2) El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (por ejemplo, el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad) (DSM-IV, p.p. 645).

Nota: la sintomatología varía de acuerdo con la clasificación aquí mencionada.



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares. Su experiencia respecto al trastorno de personalidad en su ser querido. (Uno o dos participantes). 5 minutos. Receso 10 min.**



VII. DEMENCIA

El término demencia describe un grupo de síntomas causados por alteraciones de las funciones cerebrales. La enfermedad de Alzheimer es uno de los muchos tipos conocidos de demencia. Algunos de los síntomas de demencia son el preguntar repetidamente lo mismo, perderse en lugares conocidos, no poder seguir instrucciones, desorientarse en el tiempo, con las personas y los lugares y descuidar la seguridad, la higiene y la nutrición propia. Las personas con demencia van perdiendo sus habilidades a diferentes ritmos.

Muchas condiciones causan la demencia, algunas pueden revertirse y otras no. Además, muchas otras condiciones clínicas pueden ocasionar síntomas parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer, sin que este sea el caso. Algunas de estas condiciones pueden ser tratadas. Las condiciones que se pueden revertir pueden estar ocasionadas por fiebre elevada, deshidratación, déficit vitamínico y mala alimentación, reacciones adversas a medicamentos, problemas de la glándula tiroidea o un leve trauma en la cabeza. Estos padecimientos pueden ser graves y deben ser tratados por un médico lo antes posible.

A veces, las personas mayores presentan problemas emocionales que se pueden confundir con la demencia. La tristeza, la soledad, la preocupación o el aburrimiento suelen ser más comunes en las personas mayores que están al borde de la jubilación o que deben hacer frente a la muerte del cónyuge, de un familiar o de un amigo. La adaptación a estos cambios hace que algunas personas se sientan confundidas u olvidadas. Los problemas emocionales pueden ser aliviados con el apoyo de los amigos y la familia o mediante la ayuda profesional de un médico o consejero.

Existen estudios que demuestran que la demencia en los pacientes geriátricos es un trastorno frecuente, "uno de los estudios llevado a cabo en México con 226 pacientes geriátricos señala que la prevalencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años de edad o mayores; 1.2 % en el sexo masculino y 2.3 % en el femenino ($p < 0.015$); en la Unidad de Medicina Familiar 27 fue de 7 %; en la 29, de 0 %; en la 30, de 1.78 %; en la 32, de 5.2 %; las cuatro pertenecientes a Ciudad Guadalupe, Nuevo León, México. Se encontró deterioro cognitivo leve en 30.5 % de la población.

En conclusión, la prevalencia de demencia aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer. El médico familiar debe identificar la enfermedad y no ignorar o subdiagnosticar este padecimiento para brindar una atención integral al adulto mayor en las unidades de primer contacto, mejorando la calidad asistencial en este grupo de edad."

a) Causa de la demencia

La demencia es causada por la destrucción de las células cerebrales. Una lesión en la cabeza, derrame, tumor cerebral o alguna enfermedad que dañe las células cerebrales. Algunas personas tienen antecedentes familiares de demencia.

Las dos formas más comunes de demencia en las personas mayores son la enfermedad del Alzheimer y la demencia por infartos múltiples (a veces conocida como demencia vascular). Estos tipos de demencia son irreversibles, o sea, no tienen cura.

b) Síntomas comunes de demencia

La demencia causa muchos problemas para la persona que la tiene y para la familia de la persona, muchos de los problemas se deben a la pérdida de la memoria. Enseguida se anotan algunas características comunes de demencia. No todo mundo que tiene demencia tendrá todas estas señas.

- Pérdida reciente de la memoria. A todos nos sucede que se nos olvidan las cosas por un rato y luego

nos acordamos de ellas. La gente con demencia con frecuencia se olvida de las cosas, pero nunca las recuerda. Se le puede hacer la misma pregunta una y otra vez, y cada vez olvida que ya la contestó. Ni siquiera recuerda que ya le han hecho esa pregunta.

- Dificultad para realizar tareas que les son familiares. Las personas con demencia pueden preparar una comida, pero se les olvida servirla. Inclusive se les puede olvidar que la prepararon.
- Problemas con el lenguaje. Las personas que tienen demencia pueden olvidar palabras simples o usar palabras equivocadas. Esto hace que sea difícil entender qué es lo que quieren.
- Desorientación en cuanto a tiempo y espacio. Las personas que tienen demencia pueden perderse en la misma calle donde viven. Se les puede olvidar cómo llegaron a cierto lugar y cómo regresar a su casa.
- Mal juicio. Inclusive una persona que no tiene demencia podría distraerse y olvidarse de cuidar con atención a un niño durante un tiempo corto. Pero las personas que tienen demencia podrían olvidarse del niño del todo y salir de la casa durante todo el día.
- Problemas con el pensamiento abstracto. Cualquier persona puede tener dificultad para llevar un balance de su chequera, pero la gente con demencia puede olvidar para qué son los números y qué debe hacerse con ellos.
- Poner las cosas fuera de sitio. Las personas con demencia pueden colocar las cosas en los lugares equivocados. Pueden poner una plancha en el congelador o el reloj de pulso dentro de la azucarera. Luego no pueden encontrar estas cosas.
- Cambios de temperamento. Todo mundo es temperamental de vez en cuando, pero las personas con demencia pueden tener cambios bruscos de temperamento y pasar de la calma al llanto o a la ira en cosa de minutos.
- Cambios en la personalidad. Las personas que tienen demencia pueden tener cambios drásticos de personalidad, ponerse irritables, sospechosos o asustarse.
- Pérdida de la iniciativa. Las personas con demencia pueden volverse pasivas. Pueden no querer ir a otros lugares o ver a otras personas.

VIII. PROBLEMAS RELACIONALES



Por su frecuencia y difícil manejo, el tratamiento adecuado de los problemas relacionales constituye uno de los retos más apremiantes para la salud pública, no obstante, la variedad de manifestaciones, la falta de investigaciones y la ausencia de un patrón clínico reconocido, dificultan el tratamiento y su correcta identificación.

Si bien hasta el momento, no ha resultado posible asignar una causalidad específica o una sintomatología precisa y generalizable que aplique para la categoría referida a los problemas relacionales, diversas investigaciones del área médica han planteado una serie de criterios que permitirían determinar un caso, diferenciándolo de aquellos conflictos de rango común, que por su naturaleza no pueden ser considerados patológicos por sí mismos, ya que:

“Existe una preocupación constante acerca de que las miserias humanas ordinarias sean recogidas como una clasificación psiquiátrica, dando lugar a una sobreextensión del alcance de las profesiones dedicadas a la salud mental” (Philips, KA y cols; 2005)

En este sentido cabe destacar que, pese a no contar actualmente estudios que comprueben fehacientemente una relación de tipo causal entre la herencia genética y las conductas asociadas a los problemas relacionales, no han dejado de realizarse esfuerzos encaminados a comprobar dicha hipótesis que representa un punto de conflicto y debate en la salud mental, sirva lo anterior para comprender la dificultad de

establecer un sistema de clasificación y diagnóstico confiables que permitiera identificar, tratar y dar un correcto seguimiento de estos padecimientos.

De igual manera, hay que mencionar que la multitud de trastornos psiquiátricos principales pueden verse afectados, por tanto, modificados, en su curso y tratamiento por la presencia de trastornos de relación, lo cual "ha de ser tenido en cuenta de cara a un pronóstico y tratamiento de la urgencia." (Sánchez Ruiz, JJ y cols; 1999).

Sin embargo, ateniéndonos a términos generales, se podría entender por problemas relacionales a todas aquellas afectaciones y malestares que son producto de una desadaptación al medio social, abarcando el ámbito de los conflictos conyugales, familiares, laborales y escolares, en consideración de aquellas situaciones en las que se incluye como un factor preponderante la agresividad física o verbal o en suma, dificultades graves y continuadas en la relación con los semejantes que degeneran en pautas relacionales disfuncionales para el sujeto y sus allegados.

Siguiendo lo anterior nos atreveríamos a recoger los siguientes criterios indicadores para la consideración de un caso:

- Imposibilidad para controlar la "cólera, desprecio y otras expresiones negativas de uno hacia otro" (Avances en el DSM, 2005).
- Defensa o ausencia de respuesta frente a las críticas del otro (Gottman JM, 1994).
- Reforzamiento de los sentimientos negativos e incontrolables hacia el otro.
- Sentimiento de aislamiento
- Déficit en las habilidades para la solución de conflictos.
- Deterioro generalizado en el rendimiento familiar, social y laboral



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares su experiencia respecto a los problemas relacionales en su ser querido. (Uno o dos participantes). 5 minutos**

5° Módulo

Información sobre el funcionamiento cerebral, el tratamiento médico y psicosocial de las enfermedades mentales.

Material para instructor

Objetivo General

1. Conocer el funcionamiento cerebral, las etapas del tratamiento médico y su pronóstico. Además de otros tipos de intervenciones.

Objetivo de aprendizaje

1. Identificar el funcionamiento cerebral.
2. Ubicar las etapas del tratamiento médico y su pronóstico.
3. Identificar los fármacos.
4. Reconocer la importancia de las diferentes tipos de intervenciones terapéuticas.

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase
2. Participación en dinámica, los familiares y personas con la enfermedad.

I. Funcionamiento cerebral



El cerebro

Desde hace siglos, la medicina reconoce al cerebro como uno de los órganos más importantes del cuerpo humano, dado que en él se concentran la mayoría de los mecanismos que regulan al organismo vivo y se desarrollan las funciones cognitivas y afectivas que resultan distintivas de nuestra especie. Por lo mismo, cualquier lesión externa o interna a este órgano conlleva complejas afectaciones para el sujeto que las padece, las cuales pueden incluir alteraciones en la memoria y la **inteligencia**, pérdida del control sobre el propio cuerpo, variaciones en la percepción sensorial o en caso extremo, la muerte. Los daños y enfermedades cerebrales abarcan un amplio espectro de sintomatologías y etiologías, no siempre están relacionadas ya que pueden estar ligados a inflamaciones de diversos grados (producto de contusiones o edemas), accidentes vasculares (debido al bloqueo de vasos sanguíneos), enfermedades neurodegenerativas (como el Alzheimer o la enfermedad de Huntington), enfermedades de origen vital o bacteriano (como algunos tipos de Meningitis o la Encefalomielitis), condiciones asociadas a errores genéticos (como el síndrome de Down o el síndrome de Tourette) o bien los padecimientos que actualmente son reconocidos como trastornos mentales y que, además de la base biológica involucran aspectos sociales y subjetivos (la esquizofrenia, depresión, desorden bipolar, trastorno de estrés postraumático, entre otros) (Brown; 2008).

Características principales:

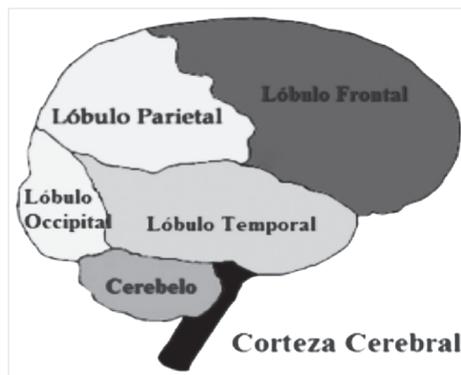
El cerebro se divide en tres partes principales:

- El **encéfalo** ocupa la mayoría del cráneo. Es el centro de coordinación de actividades sensoriales e intelectuales como la memoria y la resolución de problemas. También controla el movimiento del cuerpo.
- El **cerebelo** es la parte posterior del cerebro, bajo el encéfalo. Controla la coordinación y el balance.
- El **tronco cerebral** está debajo del encéfalo y enfrente del cerebelo. Conecta el cerebro a la columna vertebral y controla funciones automáticas como la respiración, la digestión, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Dos hemisferios: El izquierdo y el derecho.

Sinapsis básica y Neurotransmisores.

La sinapsis se establece entre neuronas, neuronas y células glandulares, y neuronas y células secretoras, permite esta comunicación entre sí, transformando una señal eléctrica en otra química.

Los neurotransmisores son las sustancias químicas que se encargan de producir la transmisión de las señales desde una célula nerviosa (neurona) hasta la siguiente a través de la sinapsis. Las neuronas están formadas por un cuerpo celular del que parten unas prolongaciones denominadas dendritas que reciben la información procedente de otras neuronas y transmiten esa información a través de una extensión del cuerpo celular que recibe el nombre de axón y que generalmente termina en una especialización denominada botones sinápticos.



Las neuronas pueden tener una forma muy variada dependiendo de cómo se organicen sus prolongaciones. Se puede hablar de tres tipos de neuronas atendiendo de su morfología. Neurona Unipolar (de una sola prolongación celular salen al axón y las dendrita (células de raíz dorsal). Neuronas bipolar (tiene dos prolongaciones principales saliendo de su soma (células bipolares de la retina) y las neuronas múltiples, se caracterizan por tener múltiples prolongaciones saliendo de su cuerpo celular (células de la médula espinal, piramidales de la corteza o células de Purkinje del cerebelo).

Los lóbulos frontales y su relación con la conducta

Los lóbulos prefrontales son el sustrato anatómico para las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son aquellas que nos permiten dirigir nuestra conducta hacia un fin y comprenden la atención, planificación, secuenciación y reorientación sobre nuestros actos. Además los lóbulos frontales tienen importantes conexiones con el resto del cerebro. Así Goldberg; discípulo de Luria en su libro "El cerebro ejecutivo" usa la metáfora del director de orquesta; según la cual los lóbulos frontales son los encargados de tomar la información de todas las demás estructuras y coordinarlas para actuar de forma conjunta.

Los lóbulos frontales también están muy implicados en los componentes motivacionales (motivación) y conductuales (conducta) del sujeto; por lo que si se produce un daño en esta estructura puede suceder que el sujeto mantenga una apariencia de normalidad al no existir déficits motrices, de habla, de memoria o incluso de razonamiento; existiendo sin embargo un importante déficit en las capacidades sociales y conductuales.

La disfunción cortical en los trastornos mentales

Con el trastorno de la esquizofrenia se han observado dificultades en la "memoria" activa (a corto plazo) para retener información en su mente de un momento a otro, estas son algunas de las causas de las discapacidades cognitivas. En un estudio a largo plazo en adolescentes con esquizofrenia se reveló un patrón de pérdida de materia gris, en la parte trasera del cerebro y moviéndose hacia la corteza frontal, se detectó una pérdida de materia gris de más de un 10% en los lóbulos parietales. (ILCE; 2009)

En el trastorno obsesivo compulsivo, las anomalías estructurales observadas en el cerebro de las personas con este padecimiento, tienen una cantidad inferior de materia blanca en el cerebro (fibras de conexión), y un mayor volumen de células corticales. Esta anomalía cerebral es notoria que ahora los investigadores declaran que el trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por un trastorno neurológico.

En los trastornos afectivos, investigaciones post mortem han mostrado una grave disminución de células gliales en el cerebro de las personas con depresión y trastorno bipolar. Los estudios indicaron que del 40 al

90% de las células gliales habían desaparecido. Estudios conducidos en animales indican la existencia de una posible conexión entre el exceso de la “hormona del estrés” cortisol en la depresión y una disminución dramática de células gliales. Con el tiempo, esta reducción puede causar daño o destruir las neuronas. Las células gliales también regulan el glutamato, el cual cuando disminuye, no logra controlar el exceso de estímulo de la estructura límbica implicado en el proceso emocional (ILCE; 2009).

Etapas del tratamiento médico

Para el diagnóstico y tratamiento médico de un paciente, es necesario realizar una entrevista psiquiátrica de la persona enferma y posiblemente los miembros de la familia. En la actualidad, no existen exámenes médicos definidos para las enfermedades mentales. Los siguientes factores podrían sugerir el diagnóstico pero no lo confirman:

- 1) Antecedentes del desarrollo.
- 2) Antecedentes genéticos.
- 3) Cambios en el nivel de funcionamiento antes de la enfermedad.
- 4) Curso de la enfermedad y la duración de los síntomas.
- 5) La respuesta a la terapia farmacológica.

Para complementar lo anterior son necesarias ciertas pruebas especializadas como una tomografía computarizada, resonancia magnética, pruebas de laboratorio y otras pruebas o exámenes que puedan ayudar a identificar algunos cambios asociados con el trastorno psiquiátrico. Sin embargo, hay otros aspectos importantes que deben ser tomados en cuenta, como son las áreas claves de información tanto biológicas, psicológicas y sociales para describir la patología del paciente, disfunciones y problemas; otra característica importante, es la fundamentación de la evaluación diagnóstica en la interacción entre clínico, paciente y familia, apuntando a una comprensión conjunta de la condición clínica del paciente, un acuerdo y monitoreo del plan de tratamiento.

De acuerdo con la literatura, pueden descartarse otros trastornos neurofisiológicos. La evaluación de la salud mental debe realizarse de acuerdo con las normas médicas aceptadas internacionalmente.

COMPONENTES: Este principio incluye los siguientes componentes:

1. La evaluación de la salud mental incluye:

- a) El diagnóstico.
- b) La elección de un tratamiento.
- c) La determinación de la capacidad.
- d) La determinación de que pudiera dañarse a sí mismo o a terceros debido a un trastorno mental.

Pronóstico del tratamiento

El plan del tratamiento tendrá una variación dependiendo del estado del paciente ya sea ambulatorio o interno. Si es un paciente que puede ser tratado de manera ambulatoria se remitirá a consulta externa y los períodos de consulta serán de 15 a 30 días para ajuste del medicamento. En caso contrario, si el paciente acude en estado de crisis o en estado agudo será remitido a urgencias para su hospitalización. Durante un episodio agudo de la esquizofrenia a menudo se requiere hospitalización para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente, es pertinente mencionar e insistir que se debe acudir a hospitales que tengan servicio de psiquiatría para tratamiento y evolución del paciente.

Los medicamentos antipsicóticos o neurolépticos funcionan cambiando el equilibrio de químicos en el cerebro y se utilizan para controlar los síntomas de la enfermedad. Estos medicamentos son efectivos,

pero también están asociados con efectos secundarios que pueden desmotivar al paciente para tomarlos con regularidad. Sin embargo, muchos de estos efectos secundarios pueden tratarse. Los efectos secundarios comunes de los tratamientos tradicionales incluyen sedación y aumento de peso. Otros efectos se conocen como síntomas extra piramidales (contracciones musculares, problema de movimiento y marcha, y sensaciones de inquietud interior o “aprehensión”).

Los riesgos a largo plazo pueden provocar una discinesia tardía, éste es un trastorno que suele provocar movimientos involuntarios principalmente en la parte baja de la cara, esto ocurre cuando se toma medicamentos neurolépticos por tiempo prolongado. Los antipsicóticos atípicos, parecen tener un perfil de efectos secundarios un poco más seguro. También parecen ayudar a las personas que no se han beneficiado de los medicamentos tradicionales anteriores. Usualmente es necesario hacer un tratamiento farmacológico continuo, con prescripción y seguimiento médico para prevenir una reaparición de los síntomas.

Expectativas (pronóstico)

Existen muchas consecuencias potenciales de los trastornos mentales. La mayoría de las personas con estos trastornos encuentran que sus síntomas mejoran con los medicamentos y algunas obtienen un control importante de los síntomas a lo largo del tiempo. Sin embargo, muchos otros experimentan discapacidad funcional y están en riesgo de episodios agudos repetidos, particularmente en las etapas primarias de la enfermedad.

Complicaciones

- El incumplimiento de la terapia con medicamentos por lo general conducirá a una recaída de los síntomas.

Prevención

La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los medicamentos recetados, puesto que los efectos secundarios son una de las razones principales por las que las personas con un trastorno mental dejan de tomar los medicamentos, es muy importante encontrar los medicamentos que controlen los síntomas, sin producir efectos secundarios. Es necesario hablar siempre con el médico para discutir cualquier tipo de ajuste en los medicamentos o si el paciente desea suspenderlos.

Otras intervenciones como psicoterapia de apoyo y centrada en el problema pueden ser útiles para muchos individuos. Las técnicas de comportamiento tales como el entrenamiento de habilidades sociales, se pueden utilizar en un escenario terapéutico o en el ambiente natural del paciente para estimular el desempeño social y ocupacional.

Las intervenciones que combinan apoyo y educación en las enfermedades mentales (psicoeducación) parecen ayudar a las familias a enfrentar la situación y reducen las recaídas.

I. Tipos de medicamentos para el tratamiento de trastornos mentales, su nombre comercial y sus efectos secundarios

Los fármacos son parte fundamental en la mayoría de los trastornos mentales su uso permite al paciente desenvolverse de manera inalterables resolviendo problemas que le evitan sufrimientos a consecuencia de los padecimientos de estas enfermedades.

Los fármacos pueden ser clasificados de acuerdo a su estructura química básica, dependiendo del trastorno mental, el tratamiento puede ser llevado con distintos grupos de fármacos o sustancias activas. A continuación se describen algunos fármacos que han sido utilizados para las enfermedades mentales.

Antidepresivos

Los antidepresivos son utilizados en el tratamiento de los trastornos afectivos tales como trastorno depresivo, distimia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de la alimentación, trastorno de pánico, estrés postraumático, han sido manejados también para el trastorno limite de personalidad.

En los años 50' se observó que la iproniazida, fármaco utilizado para el tratamiento de la tuberculosis, podía inducir una mejoría en los estados de ánimo, siendo éste el inicio a la síntesis de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y a la generalización de su uso en enfermedad depresiva, sin embargo se trataba de medicamentos no específicos y podían provocar efectos adversos graves así como también limitaciones en su uso.

En las últimas décadas se han incorporado antidepresivos distintos con componentes más selectivos, que afecta sólo un sistema neurotransmisor, como los antidepresivos inhibidores de recaptura de norepinefrina y serotonina (SNRI), que han resultado más efectivos y seguros.

En México se introdujeron seis ISRS (Inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina): fluoxetina, paroxetina, sertalina, fluvoxamina, citalopram y escitalpram; todos tiene el mismo mecanismo de acción, inhiben al transportador de serotonina en las terminales de presinápticas serotoninérgicas (**Cuadro 5.1**).

Medicamentos Antidepresivos (ejemplo)
Cuadro 5.1

Nombre genérico	Nombre comercial	Efectos secundarios
Paroxetina*	Paxil	Ansiedad, insomnio, nausea, apatía, embotamiento emocional, pérdida de peso, disminución de la función sexual, sequedad bucal, trastornos gastrointestinales, entre otros.

*Además de la depresión es un medicamento aprobado para el tratamiento de la ansiedad y para el trastorno de estrés post-traumático. Demora de 4 a 6 semanas en funcionar.

Ansiolíticos

Los ansiolíticos, son los medicamentos más utilizados para tratar los síntomas de ansiedad, los ansiolíticos se crean con respecto a su estructura química, pero dado que las benzodiazepinas son del grupo más prescritas e importantes, muchos son clasificados como hipnóticos. Dentro de estas benzodiazepinas se encuentra: Diazepam, Lorazepam, Clodiazepoxido, Alprazolam, Clorazepato, cualquier benzodiazepina pueden ser utilizadas a dosis bajas durante el día para el tratamiento de la ansiedad y en dosis más altas para el insomnio durante la noche (**Cuadro 5. 2**).

Medicamentos ansiolíticos (ejemplo)

Cuadro 5. 2

Nombre genérico

Alprazolam

Nombre comercial

Tafil

Efectos secundarios

Fatiga, trastornos del sueño, sequedad bucal, temblores, trastornos gastrointestinales, sudoración, visión borrosa, dolor de cabeza, hipotensión, mareos, irregularidades menstruales, dificultad para orinar, entre otros.

Medicamentos para trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son desórdenes complejos que sobrevienen en alteraciones físicas, cognitivas y afectivas, desconocemos el tipo de implicaciones neurobioquímicas de las que proceden.

Existen diferentes fármacos que han sido utilizados y que facilitan la mejoría clínica de las personas afectadas, la fluoxetina que ha sido aceptado como antibulímico desde hace varios años, sin embargo la utilización de antidepresivos y anticonvulsivos han reportado efectos positivos en cuanto a la reducción de sintomatología de la bulimia nervosa (disminución de la frecuencia de episodios bulímicos) así como otros trastornos del comportamiento alimentario (**Cuadro 5.3**).

Medicamentos para el tratamiento de trastornos de alimentación (ejemplo)

Cuadro 5. 3

Nombre genérico

Sertralina

Nombre comercial

Sertex

Efectos secundarios

Boca seca, sudoración, mareos, temblores, insomnio, cefalea, síntomas extrapiramidales, hipertensión arterial, taquicardia, alucinaciones, síntomas depresivos

Antipsicóticos Típicos

Los antipsicóticos típicos tradicionales, también conocidos como neurolépticos y antagonistas dopaminérgicos, fueron introducidos en los años 50' en el tratamiento de la psicosis, de manera particular para el tratamiento de la esquizofrenia, posteriormente fueron desplazados por los antipsicóticos atípicos, llamados también de segunda generación, éstos producen menos efectos extrapiramidales, mejorando en gran medida los síntomas negativos de la esquizofrenia, los síntomas depresivos que en ocasiones persisten con la psicosis. El problema de estos medicamentos neurolépticos de alta potencia es que provocan un fuerte bloqueo de la dopamina en otra parte del cerebro, que controla los movimientos motores finos conocidos como: acinesia, acatisia, distonia, en particular la acatisia es el efecto secundario neurológico que causa una insoportable inquietud en manos y piernas, no se puede estar sentado tranquilamente, la acatisia por si sola es culpable del abandono del tratamiento frecuentemente.

Los antipsicóticos típicos, también están clasificados de acuerdo con su estructura química, clorhidrato de tioridazina, clorhidrato de clorpromazina, levomepromazina, flufenazina, sulpiride, diclorhidrato de flupentixol, Cis (z)-decanoato de flupentixol, haloperidol, tiotixeno y perfenazina **(Cuadro 5.4)**.

Antipsicóticos Típicos (ejemplo)

Cuadro 5.4

Nombre genérico	Nombre comercial	Efectos secundarios
Clorhidrato de tioridazina	Melleril	Trastorno del sueño, fatiga, inquietud, mareos, temblores, espasmos musculares, boca seca, sudoración, visión borrosa, disfunción sexual y/o pérdida de la libido, hipotensión, problemas gastrointestinales, efectos endocrinos (galactorrea, ginecomastia), dificultad para orinar

Antipsicóticos Atípicos

Desde la década de los 90's se crearon una serie de medicamentos de la "segunda generación" comenzando con el Clozaril, que demostró cambios importantes para las personas que no habían tenido mejoría con otros medicamentos. Sin embargo el clozaril tiene que usarse con cuidado ya que tiene el 1% de probabilidad de causar agranulocitosis una baja precipitada de células blancas en la sangre.

Actualmente se ha logrado un gran beneficio de los medicamentos atípicos en la salud física de las personas con este trastorno, pero deben sobrellevar la consecuencia negativa de aumento de peso también, lo cual debe de ser supervisado por el riesgo de morbilidad y mortalidad debido a riesgos cardiovasculares como niveles altos de colesterol, la hipertensión y la diabetes.

La producción de antipsicóticos, de esta manera se incrementó y el uso de antidopaminérgicos como clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol, quetiapina y ziprasidona, estos nuevos antipsicóticos se les denominó antipsicóticos atípicos, producen menos síntomas extrapiramidales (contracciones musculares, problemas de movimiento y marcha) menor incremento de prolactina y mayor eficacia sobre todo en los síntomas negativos de la esquizofrenia **(Cuadro 5.5)**.

Antipsicóticos Atípicos (ejemplo)

Cuadro 5.5

Nombre genérico	Nombre comercial	Efectos secundarios
Risperidone	Risperdal Risperdal Quicklet Risperdal Consta	Aumento de peso, fatiga, mareos, insomnio, boca seca, cefalea, temblores, incremento en el colesterol, triglicéridos, y azúcar sanguínea, trastornos gastrointestinales, somnolencia, efectos endocrinos (galactorrea, ginecomastia) disfunción sexual y/o pérdida de libido

Medicamentos para el tratamiento de las demencias

Las demencias, definidas como síndromes neurológicos adquiridos y caracterizados por una declinación de las capacidades cognitivas y de la autonomía, que incluyen frecuentes trastornos conductuales y psicológicos.

Para el tratamiento de los síntomas cognitivos de la demencia es necesario hacer varias consideraciones, como conocer qué tipo de demencia afecta al paciente, en qué fase se encuentra el padecimiento, determinar qué tipo de medicamentos deben ser prescritos, la forma de utilizarlo, conocer cómo será manejado el tratamiento, tiene que ver con la red de apoyo, es indispensable conocer los recursos económicos con los que se cuentan para poder elegir un tratamiento combinado o sólo una sustancia farmacológica (**Cuadro 5.6**).

Medicamentos para los síntomas cognitivos de las demencias (ejemplo)

Cuadro 5.6

Nombre genérico	Nombre comercial	Efectos secundarios
Rivastigmina	Exelon Prometax	Reacciones gastrointestinales, dolor de cabeza, hipertensión, hipotensión, fatiga ansiedad, mareos, visión borrosa, caídas accidentales, somnolencia, insomnio, temblores, falta de concentración.

Anticonvulsivantes

La comprensión de los mecanismos de acción de los estabilizadores del ánimo se encuentra íntimamente relacionada con el conocimiento acerca de la fisiopatología del trastorno bipolar.

El trastorno bipolar es una entidad clínica compleja y su presentación clínica es muy variable, sus síntomas en algunas ocasiones han sido resueltos con anticonvulsivantes y han sido bastante útiles con el tratamiento con valproato o ácido de valproico, la lamotrigina y la carbamazepina, en otros trastornos mentales se han utilizado con éxito en las patologías médicas, sobre todo en dolor y se administra gabapentina y la pregabalina. A continuación se mencionan algunos anticonvulsivantes que son potencialmente aplicados en los tratamientos (**Cuadro 5.7**).

Medicamentos Anticonvulsivantes (ejemplo)

Cuadro 5.7

Nombre genérico

Valproato de magnesio

Nombre comercial

Atemperador
Atemperador LP
Atemperador G

Efectos secundarios

Efectos gastrointestinales, aumento de peso, sedación, temblor, somnolencia, déficit cognitivo, mareo, visión borrosa y doble, ansiedad, anorexia, irregularidades menstruales, ovarios poliquísticos (Acido valproico)

Fuente:

Diccionario de Especialidades Farmacéutica 2008. Manual de Psicofarmacología.

Ed. Chavez-Leon E; Del Bosque G J; Ontiveros U MP; Asociación Psiquiátrica Mexicana: Primera Edición 2007.

II. Antecedentes de las Intervenciones

Los diferentes tipos de intervención son parte constitutiva de una atención integral en la enfermedad mental, esto significa que la problemática se aborda desde múltiples campos de estudio con la finalidad de obtener resultados más favorables que mejoren la calidad de vida de los pacientes y su entorno. En concreto, podríamos decir que las intervenciones a realizar deben considerar tres componentes fundamentales: el social, el psicológico y el biológico que articulados entre sí, crean estrategias más asertivas en la generación o aplicación de diversos tratamientos.

En particular, se ha considerado que el tratamiento integral actual de la esquizofrenia, debe considerar por lo menos cuatro aspectos fundamentales:

1. El tratamiento farmacológico
2. El tratamiento psicosocial
3. La terapia familiar
4. El manejo del paciente en la comunidad.

Respecto al componente psicosocial, se han identificado áreas específicas en las cuales los pacientes tienen dificultades para tener un desempeño de roles efectivo y satisfactorio en cuanto a su funcionamiento psicosocial. Estas áreas incapacitan a los pacientes a desarrollar actividades que tienen que ver con aspectos ocupacionales, manejo de dinero, relaciones sociales, vínculos de pareja y relaciones familiares.

Los tratamientos psicosociales desarrollados a nivel internacional han demostrado su efectividad terapéutica ya que mejoran el funcionamiento psicosocial, ayudan a reducir las recaídas y rehospitalizaciones y a tener un funcionamiento comunitario más satisfactorio para el paciente. (Valencia M; Rascón ML; y cols, 2003). Los programas llevados a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” demostraron su efectividad (Díaz y cols; 1998).

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual:

La terapia cognitiva es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por lo tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

Los pensamientos se consideran la causa de las emociones, y no a la inversa. Los terapeutas cognitivos invierten el orden causal empleado habitualmente por los psicoterapeutas. La terapia consiste esencialmente en:

- a) Identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir
- b) Identificar qué es irracional en ellos; esto se hace mediante un trabajo de autoanálisis por parte del paciente, que el terapeuta debe promover y supervisar.

La terapia cognitiva no es un proceso “de un día para el otro”. Aún cuando un paciente ha aprendido a reconocer cuándo y dónde su proceso de pensamiento se ha torcido, puede llevar meses de concentrado esfuerzo el reemplazar un pensamiento inválido con uno más adecuado. Pero con paciencia y un buen terapeuta, la terapia cognitiva puede ser una herramienta valiosa en la recuperación. (Ruiz J; 1999)

(Fuente: www.enbuenasmanos.com)

Grupos de autoayuda

- Incluyen personas con necesidades similares
- Son facilitadas por una persona con enfermedad mental en equilibrio, u otra persona con conocimiento sobre el tema.
- Apoyan a personas que viven un evento que altera sus vidas, como: muerte, abuso, un accidente serio, adicción o diagnóstico de una discapacidad física, emocional o mental de él mismo o un familiar.
- Se realizan de manera informal, gratuita y sin intención de obtener ganancias económicas.
- Proporcionan apoyo y educación.
- Son voluntarios, anónimos y confidenciales

Terapias asistidas por animales

Trabajar con animal (o animales) bajo la guía de un profesional de la salud puede beneficiar a algunas personas con enfermedad mental, facilitando cambios positivos, como una mayor empatía y mejores habilidades sociales. Los animales pueden usarse como parte de programas de terapia de grupo para alentar la comunicación y aumentar la habilidad para concentrarse. El desarrollar la autoestima, reducir la soledad y la ansiedad son sólo algunos de los beneficios potenciales de una terapia individual con animales.

Terapias expresivas

Terapias de arte: Colorear, pintar y esculpir pueden ayudar a muchas personas a resolver conflictos internos, dejar salir emociones reprimidas, y aumentar la auto-conciencia, así como el crecimiento personal. Algunos profesionales de la salud usan la terapia artística como una herramienta de diagnóstico y como una forma de tratar desórdenes como la depresión, traumas relacionados con el abuso y la esquizofrenia. Terapia de danza-movimiento: Algunas personas sienten que sus almas se elevan cuando dejan volar sus pies. Otros particularmente los que prefieren más estructura, o que piensan que tienen “dos pies izquierdos”, obtienen el mismo sentimiento de libertad y paz interna de las artes marciales orientales, como el Tai Chi. El principio básico de la terapia de danza-movimiento es que puede ayudar a la persona a integrar sus aspectos emocionales, físicos y cognitivos de sí mismo.

Terapia de música- sonido: No es una coincidencia que muchas personas pongan música tranquila para relajarse, o canciones “movidas” para sentir energía. Las investigaciones sugieren que la música estimula los químicos positivos del cuerpo (opiáceos y endorfinas). Esta estimulación resulta en una mejora de la circulación, presión arterial, pulso, respiración y cambios de postura. La terapia de música o sonido se ha usado para tratar desórdenes como estrés, depresión, esquizofrenia y autismo en niños para diagnosticar necesidades relacionadas con la salud mental.

6° Módulo

El cuidado del paciente y del cuidador familiar

Material para instructor

Objetivo General

1. El paciente reconocerá los cuidados que debe tener como paciente con un problema de salud mental
2. El cuidador reconocerá su papel como tal, así como el manejo de su autocuidado.

Objetivo de aprendizaje

1. El paciente identificará sus propias necesidades dentro del ámbito del autocuidado para una mejor expectativa de vida en el proceso de la enfermedad.
2. El cuidador orientará en la construcción de estrategias del cuidado del paciente y sobre todo de su autocuidado relacionado con la salud física, emocional y espiritual.

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase.
2. Participación en dinámica, los familiares y personas con la enfermedad.

Nota al instructor:

En esta sesión, habrá que hacer una separación formando dos grupos, por un lado los pacientes y por otro los familiares,

El grupo de los pacientes inicia con los cuidados del mismo y concluye con ver “Proceso de los módulos” (pág. 5). Sin embargo, se reunirán ambas partes para efectuar la dinámica propuesta.

En el grupo de los familiares se trabajarán las temáticas correspondientes al cuidado del cuidador que concluye con los siete aspectos positivos del cuidador.

I. El cuidado del paciente



Introducción

El cuidado de la persona que recibe el tratamiento, llamado paciente o usuario del servicio, depende de diversos factores que intervienen directamente en la calidad de vida del mismo, fundamentalmente de una atención integral, Bio: cuerpo, Psico: mente, Social: familia y entorno social. El cuidado de los tres componentes permitirá desenvolverse favorablemente no sólo en el aspecto clínico, sino también en la creación y fortalecimiento de vínculos sociales, el desarrollo de diversas habilidades cognitivas y prácticas, cuidado e higiene corporal, entre otras áreas. Por ello, se incluye un apartado que tiene una perspectiva psicosocial de lo que se ha entendido por el cuidado de sí mismo cuando se vive con la condición de vida del trastorno mental.

Autocuidado en el sistema de “sí mismo”

Al hablar de la acción y de la capacidad de autocuidado se entiende autocuidarse en orden a una experiencia satisfactoria de la vida. Se entiende además: estilo o repertorio de conducta habitual, capacidad o disposición en orden a gestionar bien esa experiencia, y no siempre conducta concreta aisladamente ejecutada. La persona más capaz puede cometer errores y el más inteligente incurrir en actos simples. Por “mentalmente sano” (Fierro A; 2006) que alguien sea, puede errar más de una vez en su autocuidado o incluso renunciar a él, hasta con riesgo de la vida.

El cuidado de sí mismo, es una acción que involucra a distintas personas, por ende es importante la cooperación, el respeto, la escucha, el diálogo y la disposición entre las partes que estén en juego. Aunque no siempre es posible tener tales actitudes, debido a múltiples situaciones y problemáticas que paulatinamente van deteriorando y viciando las formas de relación mantenidas durante largos periodos; si es posible generar estrategias que posibiliten formas solidarias en el día a día para que en lugar de erosionar las relaciones sociales se fortalezcan los lazos y vínculos en ella, tanto en los planos paciente/familiar como en los de la comunidad en la que se inscriben.

En este sentido, consideraremos seis factores trascendentales de atención personal en la vida cotidiana de las personas que viven una enfermedad mental: Higiene, alimentación, toma de medicamentos, ocupación, diversión y ejercicio.

Higiene personal

¿Sabías que el baño no sólo limpia el cuerpo de las toxinas acumuladas diariamente, sino que también relaja y reduce considerablemente la ansiedad y el estrés emocional? Además, tú puedes añadirle elementos agradables como la música, la iluminación o la temperatura del agua, para hacer de éste un espacio más placentero. El aseo personal no es un asunto de vanidad o un rasgo de superficialidad, de hecho a lo largo de la historia prácticamente todas las culturas han desarrollado una serie de normas, hábitos y costumbres sobre la higiene, que en muchos casos consideran como un modo de vida o un fin terapéutico y ritual, por ejemplo: sabías que en la antigua Tenochtitlán utilizaban diversas plantas a modo de jabón y que sus habitantes acostumbraban mascar tzictli (chicle) para limpiarse los dientes, además se lavaban las manos con jícaras llenas de agua, antes y después de comer, e incluso se bañaban varias veces al día en las lagunas y canales destinados exclusivamente a ese fin, también utilizaban los temazcales (baños de vapor) como baños curativos, y por si fuera poco, los mexicas ya tenían por costumbre lavar la ropa varias veces por semana, prestando igual consideración a la hora de mantener limpios y cuidados los espacios públicos y privados.

En suma, al ser una práctica que se debe realizar diariamente, la higiene personal nos procura un cuidado y atención corporal y mental constantes, permitiéndonos prestar atención a características y detalles corporales que usualmente pasan desapercibidos, promoviendo así una mayor cercanía con nuestros afectos, además de fomentar acciones y actitudes positivas como la constancia, el esmero, la atención y el aprecio por uno mismo. Todo se trata de ir tejiendo una serie de esas pequeñas acciones (lavarse los dientes, vestirse apropiadamente) que poco a poco, pero indudablemente, irán demostrando sus beneficios en nuestra vida y a las cuales podemos añadir nuestro 'toque personal'. No se trata de seguir una rutina obligada por los otros, sino de darse un espacio de atención propia que se renueve y fortalezca día con día.



Alimentación: La buena alimentación.

Los requerimientos alimenticios varían dependiendo de la población o el individuo que se trate, y en las enfermedades mentales mayores, como la esquizofrenia, depresión y demencia de Alzheimer se ha demostrado que hay deficiencias nutrimentales a nivel celular, por lo mismo un programa de educación alimentaria resulta indispensable para el adecuado tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

“Se ha planteado que los pacientes con esquizofrenia pueden beneficiarse con una dieta suplementaria de ácidos grasos esenciales y antioxidantes. Hay datos estimulantes sobre el posible uso del aceite de pescado, rico en ácidos grasos esenciales omega-3 [...] La presencia de ácidos grasos esenciales omega 3 y la proporción omega 3/omega 6 en la dieta es fundamental en el tratamiento de los pacientes deprimidos. La ayuda nutricional es importante en el tratamiento de los pacientes con demencia de Alzheimer.”(Marot M; 2003)

Ajustar la dieta y la alimentación puede ayudar a algunas personas con enfermedad mental a manejar sus síntomas y promover la recuperación. Por ejemplo, la investigación sugiere que eliminar productos lácteos y trigo puede reducir la severidad de los síntomas para algunas personas con esquizofrenia y algunos niños con autismo. De manera similar, algunos médicos holistas/naturistas usan tratamientos herbales, vitaminas de complejo B, riboflavina, magnesio y tiamina para tratar ansiedad, autismo, depresión, psicosis inducida por drogas e hiperactividad.

En general se trata de mantener una alimentación que combine de mayor a menor los tres grupos básicos de alimentos:

1° grupo: Está compuesto por verduras como rábano, zanahoria, apio, nopales, chile poblano, coliflor, romeros, acelga, espinaca, berros, verdolagas, quelites, flor de calabaza, betabel, alcachofa, brócoli, chayote, hongos, huauzontles, tomate o jitomate y frutas como naranja, pera, mandarina, toronja, nanche, coco, ciruela, chabacano, guanábana, lima, guayaba, fresa, mamey, plátano, zapote, melón, chicozapote, papaya, sandía, manzana, etc.

2° grupo: Está compuesto por cereales, que son todos los granos secos que se obtienen de las plantas con espiga como el maíz, el arroz, la avena, el trigo, el centeno, la cebada o el amaranto; así como productos que se elaboran a partir de sus harinas como es el caso del pan, la tortilla, las pastas para sopa, el atole, los tamales, los cereales comerciales y los tubérculos que son bulbos y raíces, los más comunes son la yuca, la papa y el camote.

3° grupo: Está compuesto por leguminosas que son los granos secos como las habas, los frijoles, las alubias, la soya, las lentejas o el garbanzo, también incluye todo tipo de carnes roja y blanca como son pollo, guajolote, pescado, res, cerdo, pato, cordero, venado entre otras, así como las vísceras, el huevo, la leche y sus derivados.

Por último hay que poner especial atención a las reacciones de ansiedad reflejadas en la alimentación: comer poco, en exceso o a deshoras, por ejemplo, sobrecargar el estómago antes de acostarse, vomitar lo ingerido en ausencia de medicamentos que puedan generar ese efecto secundario o comer exclusivamente un tipo de alimento, son signos de malestar que deben ser atendidos pronta y cuidadosamente. En pocas palabras hay que recordar que en el caso de los humanos, la comida no sólo consiste en ingerir una serie de alimentos, sino que se trata de compartir y de sentar la base para una mejor calidad de vida, el cómo y con quién se come es tan importante como el qué se come.

Observaciones: consumo excesivo de refrescos, café y cigarros

Por otra parte, resulta imprescindible afrontar y controlar paulatinamente una serie de hábitos que muchas veces se intensifican o se vinculan a la sintomatología de los trastornos mentales, como ocurre con la sobreestimulación nerviosa producida por el café, el consumo inmoderado de harinas, refrescos, dulces y demás comida chatarra que no sólo genera problemas de obesidad, sino que se suman sus efectos a los producidos por los medicamentos. A su vez hay que considerar disminuir o dejar de fumar, tan común en los pacientes psiquiátricos, ya que a pesar de provocar efectos antidepresivos temporales, está comprobado que genera graves afecciones en todo el organismo.

Diversión, ocupación y ejercicio

La diversión es parte de las necesidades del ser humano, no debe excluirse por ningún motivo. La diversión no necesariamente involucra gasto, pues se pueden encontrar actividades que sean placenteras como

caminar, escuchar música, leer, platicar con los amigos, entre otras, ésta puede ir de la mano de alguna actividad física que proporciona mejor funcionamiento y desempeño en las actividades diarias; además es un hecho que la risa, la actividad sexual y el ejercicio aumentan la cantidad de endorfinas en el organismo. También es recomendable la búsqueda de actividades que pueden ir desde el aprendizaje académico o de oficios, entre otros, hasta las expresiones artísticas y culturales que puedan desarrollar, enriquecer y ejercer en la vida.



(Dinámica Grupal) **Integre a los pacientes a que practiquen el llenado de los siguientes cuadros (Uno o dos participantes). 5 minutos**

Control personal de los efectos del medicamento

Cuadro 6.1

Nombre del medicamento	Nº de tomas al día	Dosis	Efectos positivos	Efectos negativos	Tiempo que se ha tomado el tratamiento

Registro de actividades de la semana

Cuadro 6.2

	Higiene	Cuidado en la Alimentación	Toma correcta de medicamentos	Ocupación	Diversión	Ejercicio	Descanso
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Instrucciones:

Copia la tabla y anota en ella todas las cosas que has hecho a lo largo de la semana para tu cuidado personal ¿Cuáles has disfrutado más? ¿Cuáles te resultan más difíciles o molestas? ¿Cuáles te han faltado? ¿Qué otras cosas crees que podrías hacer tú y tus familiares para procurarse un mejor cuidado personal?



(Dinámica Grupal) Integrar la siguiente dinámica: **Reconociendo mis actividades**

Primero habrá que pedir al grupo, dos voluntarios, de preferencia un hombre y una mujer, (hay que tomar en cuenta que quizá esta dinámica genere angustia, si esta es excesiva, es recomendable que no la realice). Posteriormente se les va a explicar que dramatizen una escena de la vida cotidiana, escena que represente dificultades con las que se enfrentan día a día, por ejemplo: La falta de comunicación, de cooperación, sobre la higiene personal, el respeto en la relación, entre otras, alguna escena que refleje circunstancias que resulten complejas de tratar en la vida cotidiana. Una vez definida la escena, habrá cambio de roles, con ello queremos decir, que los pacientes adoptarán la posición del que está a cargo de ellos, si sólo pasan dos pacientes, alguno de ellos desempeñará alguno de los dos papeles. A los voluntarios se les explicara de manera aislada al grupo, convergen qué fragmento de su experiencia cotidiana actuarán y compartirán (duración de esta primera parte: 5 minutos). Por último, ellos pasarán al frente del grupo y representarán la escena cuya duración será máxima de 5 minutos.

Después de la dramatización, se preguntará a los actores:

1. ¿Cómo se sintieron al estar en el lugar del otro?
2. ¿Cuáles son las diferencias que encontraron entre el papel que desempeñan comúnmente y el que en ese momento tuvieron que actuar?

Preguntas dirigidas al grupo:

1. ¿Se sintieron identificados con la representación? Sí, No y ¿Por qué?
2. ¿Desde el lugar que ocupan, qué modificarían?
3. ¿Qué consideraciones deben tomarse en cuenta para ambas partes?
4. En conjunto ¿Cuáles opciones propondrían a la problemática presentada?
5. Hacer una reflexión grupal sobre la dinámica planteada.

** Duración de esta segunda parte: 15 minutos.*

En nuestra sociedad, los adultos que han tenido una enfermedad mental frecuentemente no se casan y permanecen con la familia. En ocasiones un adulto que ha experimentado la enfermedad mental desea ejercer su sexualidad y quizá también ser padre o madre. Por tal motivo, hay ciertos asuntos relacionados que requieren consideración. Debe tomarse en cuenta factores congénitos, así como asuntos problemáticos, tales como el aumento de los niveles de estrés, la necesidad de recursos económicos y emocionales para criar a un hijo. Las personas en vías de recuperación logran vivir una vida más integrada y completa, gracias a los tratamientos más modernos.



La sexualidad de las personas con enfermedad mental

Para Achilles I (1996), la actividad sexual debe ser practicada de forma responsable, esto quiere decir que es necesario que acudan con médicos especialistas para que estos les proporcionen información sobre los cuidados y métodos anticonceptivos más adecuados. Los trastornos mentales y la sexualidad son dos aspectos de la existencia humana. El trastorno mental es algo que muchas veces se relaciona o asocia con un estado apático e impredecible. Al imaginarse estas características en relación con la sexualidad, el amor, el deseo, la pasión y la excitación sexual parecieran distantes. Sin embargo, debemos tomar cartas en el asunto, informando, tomando decisiones y previniendo.

Los métodos anticonceptivos adecuados para los discapacitados mentales

La píldora

Se trata del método anticonceptivo más seguro ya que la píldora suprime la ovulación y es posible ajustarla al estado hormonal individual de la mujer, existen diferentes tipos de píldoras: de una sola etapa, de dos fases o de tres etapas. La píldora llega a interactuar con otros medicamentos, por ejemplo con los que toma una persona que tiene epilepsia. También los vómitos, la diarrea, los antibióticos y los laxantes pueden interrumpir la protección anticonceptiva brindada por la píldora. El índice Pearl es menor a 1. (El índice Pearl indica cuántas mujeres quedan embarazadas de cien que durante un año aplican el método correctamente).

Anticonceptivos inyectables con tres meses de duración

La mujer recibe cada tres meses una inyección intramuscular que contiene una elevada dosis de progesterona y sólo se debe prevenir el embarazo cuatro veces al año es muy práctico para la mujer con discapacidad. El índice Pearl está por debajo de 1.

La espiral (dispositivo intrauterino)

El índice Pearl se ubica entre el uno y el cinco, quiere decir que no es tan seguro como los métodos hormonales. La espiral es insertada por el médico y permanece en el útero de tres a cinco años, impide una de dos cosas: que se unan el óvulo y el espermatozoide o que el óvulo fecundado anide en las mucosas uterinas

Cremas, óvulos y espumas espermaticidas

Estos preparados producen una espesa espuma en la vagina que inmoviliza a los espermatozoides. El índice Pearl de este método se ubica entre uno y treinta

Píldora posterior

No se trata de un método anticonceptivo, sino de un discutido freno de emergencia. Si una mujer ha tenido relaciones sexuales sin cuidarse durante la fase peligrosa de la ovulación, o sea, más o menos a la mitad de su ciclo y teme haberse embarazado puede aplicarse.

Métodos que no se consideran adecuados para las mujeres con discapacidad mental

La minipíldora

Sólo contiene progesterona.

El diafragma que es una membrana de hule provista de un hule reforzado, el diafragma debe untarse con una crema espermaticida antes de la copula e introducirse en la vagina hasta el cuello uterino, el diafragma es ajustado por el médico y su manejo requiere más disciplina y habilidad que resulta complicado.

Para los hombres con discapacidad mental en la actualidad, por desgracia sólo existe el condón; no es un método confiable en vista de que muchos hombres no discapacitados tienen problemas para usarlo correctamente. La píldora para el hombre está siendo clínicamente probada y aún pasara mucho tiempo para que se apruebe.



Receso.

I. EL CUIDADO DEL CUIDADOR



Introducción

La convivencia con el ser querido nos afecta física, emocional, espiritual y socialmente. Se puede describir como el sufrimiento de un duelo, para algunos puede ser que la vida se paraliza, mientras que unos pueden continuar con sus actividades habituales, en otros el dolor puede ser recurrente, cuando se piensa en el dolor de la aceptación. A veces los sentimientos, fastidio, irritación o ira constituyen una máscara para el dolor, a menudo se niega el dolor porque es muy vergonzoso.

La relación cotidiana puede sentirse como un estado de duelo constante, seguida sin tomar conciencia de su existencia, cuando admitimos que nuestras vidas se han visto afectadas por la enfermedad mental de alguien más, admitimos también nuestro dolor ya que la enfermedad puede volverse una enfermedad familiar, todos los miembros de la familia son afectados no sólo el paciente.

En México se evaluaron las consecuencias o dificultades que tienen en mayor medida el familiar (cuidador) y resultó en primer lugar el costo o carga emocional (72.2%) a través de expresiones de irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes emociones de culpa, enojo, frustración y resentimiento; en segundo lugar, el costo económico (52.7%) por gastos excesivos por los medicamentos y por su manutención; el costo físico en tercer lugar (44.4%), asociado a las enfermedades de diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros más; y por último el costo social (33.3%) observado en el aislamiento social por la vergüenza de tener un familiar enfermo, no obstante, se encontraron también algunos familiares (19.4%) que indicaron que el paciente no representaba ninguna carga para ellos. (Rascón; y cols., 1997, 1998). De acuerdo con lo anterior, es necesario que el cuidador observe su manera de afrontar la condición de su ser querido y se plantee estrategias de autocuidado.

¿El cuidado del cuidador?

No hay una única manera de cuidar de nosotros, el significado de “cuidar de nosotros” varía en cada individuo. Podemos comenzar examinando integralmente en nuestra propia persona en qué nos hemos descuidado Bio: cuerpo, Psique: mente, Social: familia y entorno social. El cuidarnos en el duelo es fundamental para nuestro alivio, preguntarle a nuestro cuerpo cómo se siente, si lo estoy alimentando bien, si hago ejercicio, si descanso, si llegamos a sentirnos confusos, o desanimados o agotados, es conveniente preguntarnos qué sentimos, descubrir lo que sentimos es una forma de cuidarnos, de la misma manera, si dedico tiempo a mí mismo, participo en actividades que me gustan, y preguntarnos si me siento capaz de solicitar ayuda.

“Tratar enfermedades mentales requiere una alianza activa entre el enfermo, el proveedor de la salud mental y los familiares, por ende es fundamental tomar en cuenta, no sólo a la persona que sufre de algún padecimiento mental, sino a todas aquellas que dedican una parte muy importante de su tiempo en cuidarlas, ya que pueden sufrir, una serie de problemas físicos o emocionales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su familiar a causa de esta labor, definiendo la sobrecarga” o síndrome del cuidador, Esta pérdida de salud en el “cuidador” presenta una sintomatología múltiple. Entre las áreas más afectadas están: el físico, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares; en lo psíquico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad; en el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento; y en el área laboral: ausencia y desinterés por el trabajo, entre otros. Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona de tal forma que pueden llevarla a una situación en la que tendrá que dejar de ejercer su papel de cuidador” (Nisebe M; 2005).

¿Qué hacer con los propios sentimientos?

Si recordamos en la clase 2 se habló sobre las emociones y sentimientos, sobre la conveniencia de expresarlos y contar con ellos, aprender a manejarlos, que sean nuestra propia riqueza, no nuestros perturbadores e implacables, también del desmontaje de las expectativas. El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Lo que sentimos está bien y las emociones no son ni buenas ni malas, el analizar nuestras emociones y expectativas pueden impedir que suframos el dolor de manera más profunda “si reprimo mis sentimientos, nunca desaparecerán”, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir y sobreproteger a su familiar enfermo, son variadas. Aunque cada persona, cada paciente y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunos sentimientos que pueden afectar al cuidador principal.

Tristeza

A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. Puede tener tristeza por poco tiempo para elaborar el duelo, la melancolía prolongada le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es necesaria, por un tiempo corto, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación

Constantemente le abruma el futuro, el cuidador debe procurar serenarse. Lo que sea será y por pensarlo y darle vueltas, no va a tener mejor solución. Es inevitable que se encuentre preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto, no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

Soledad

Es vital no sentirse solo, debe buscar amigos y compañía donde le sea posible: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

Irritabilidad

Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías.

Culpabilidad

Culpabilidad por los errores cometidos. Es preferible asumirlos como experiencias y tratar de mejorar, dentro de las posibilidades de cada quien y dejar la culpa de lado.

Depresión

Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se puede deprimir. Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se aminoran, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, entre otras. Se produce depresión en el cuidador.

Este debe autoanalizarse para valorar el grado de depresión que padece. En el caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará ocupándose en algo que le guste, tomándose unos días de descanso, un tiempo alejado del enfermo, descansando lo suficiente. En otras personas, la depresión es más grave, la depresión severa no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, a un profesional, bien de la medicina que le administrará medicamentos o a un psicoterapeuta que le tratará mediante psicoterapia o lo pondrá en contacto con grupos de apoyo o personas que están en su misma situación.

Las siete actitudes positivas del cuidador

1. Descanse cada día lo suficiente. Si usted se enferma las cosas se pondrán peor.
2. Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud, vaya al médico periódicamente, consúltele lo que le duele, lo que siente, etc. y explíquelo su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de dolores musculares, de espalda, cervicales, etc.
3. Evite el alcohol para animarse o relajarse
4. A pesar de todo, no se aíse, continúe con las amistades comprensivas de la situación de su familiar.
5. Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, tejer, cocinar, caminar, hacer crucigramas, etc.
6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien “en medio del temporal”, no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.
7. Procúrese un tiempo semanal para usted, busque a otro familiar que le apoye y que cuide del enfermo unas horas a la semana para que usted pueda salir y relajarse. Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado, verá las cosas con mayor serenidad.

En la actualidad, existen asociaciones que prestan asistencia a los cuidadores poniendo a su alcance cursos, grupos de apoyo y asistencia psicológica para enseñarles a sobrellevar el problema. Este tipo de agrupaciones ofrecen al cuidador la posibilidad de compartir experiencias y comunicarse con otras personas que tienen la misma problemática, y le ayudan también en la mejora de su propio autocuidado, dos aspectos fundamentales para prevenir las consecuencias del síndrome del cuidador.

La experiencia nos demuestra que el dolor no ocurre en sentido lineal, sino que tiende a ser como el flujo y reflujo de la marea. A veces tenemos soltar el deseo y las expectativas de antes, porque creemos que nada logrará remplazarlos. Estos temores son normales, cuando soltamos las riendas de nuestros viejos sueños quizás tengamos que permanecer sin saber que hacer por un tiempo, y posteriormente podemos comenzar a construir nuevos sueños, se convierte en parte integral de nuestro crecimiento



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares ¿Desde cuándo que no se atiende y se toma un tiempo para sí mismo? Que participen 2 ó 3 familiares.**

Consejos al cuidador:

Siempre va a ser muy útil:

1. Tener INFORMACIÓN sobre los cuidados para el paciente, para ello siempre puede consultar con su médico y/o su enfermera.
2. La familia puede apoyar a PLANIFICAR el futuro del enfermo y el de la propia familia.
3. OCUPARSE DE UNO MISMO respecto a salud física, emocional y espiritual.

7° Módulo

Prevenir las recaídas y el apoyo en situación de crisis

Material para instructor

Objetivo General

1. Conocer que es una recaída, el riesgo de sufrirla, la importancia de prevenirlas y de recibir apoyo en situación de crisis.

Objetivo de aprendizaje

1. Identificar los síntomas de una probable recaída
2. Reconocer las posibles fuentes de apoyo y atención en situación de crisis
3. Identificar situaciones de alto riesgo en que la integridad del paciente se vea amenazada.

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase
2. Ejercicio

Introducción

Es importante mencionar que en la información que reciba en la consulta médica tanto la persona enferma, como los familiares, debe incluirse el conocimiento amplio del riesgo o posibilidad de tener recaídas, recaídas evitables y no evitables, estar al tanto de los síntomas de alerta y de la ventaja potencial de atenderlos lo más inmediatamente posible.



CÓMO DETECTAR LOS SÍNTOMAS DE ALERTA

Se ha demostrado a nivel mundial, que el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia no impide la recaída de la enfermedad y que el 50% recae dentro del primer año de la última crisis. En el período de 5 años posteriores al primer episodio el 84% de los pacientes es reinternado un mínimo de dos veces. Así, luego de la primera descompensación, las personas con esquizofrenia pasan del 15 al 20% del tiempo de vida que les queda internados (Kissling, 1994).

Un factor importante en esta situación es la falta de aceptación del tratamiento, por falta de conciencia de enfermedad y por la consecuente intolerancia al mismo, que llega al 75% de los casos luego del primer episodio, y desciende sólo entre el 40-50% posteriormente. La Organización Mundial de la Salud señala que la enfermedad mental crónica es responsable de los 2/5 de la discapacidad mundial total, afectando predominantemente a gente joven (Sartorius, 1993).

Los estudios realizados del nivel de crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento (EE) del familiar es hoy el mejor predictor de la recaída en la esquizofrenia (Leff J; Vaughn C; 1985), por tanto, brindar intervenciones a las familias es conveniente para disminuir el nivel de actitudes negativas, lo cual conlleva la reducción de los costos en general por parte de la familia y por la atención en los servicios de salud mental.

En estudios llevados a cabo en México con familiares destacan las actitudes características de sobreinvolucramiento, incluidos los aspectos de sobreprotección, consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación, algo similar al trato que normalmente se le da a un niño, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable, en una proporción de cuatro de diez familiares. (Rascón ML; y cols; 2008)

Los síntomas de la esquizofrenia pueden aumentar cuando te sientes estresado. Hacer un esfuerzo para reducir el nivel de estrés en la vida familiar puede ayudar a sentirse mejor y tener más estabilidad. A continuación se presentan las actitudes que NO recomendables en la relación familiar-paciente.

1. Evitar los comentarios críticos (C), en los cuales por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere (Leff y Vaughn, 1985).

- *“Él nunca limpia su cuarto, es un desordenado y ..”*
- *“Me molesta que Juan esté de holgazán”*
- *“Porque por él solo no hace nada (se ríe)”*

2. Impedir la hostilidad (H), se considera presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace.

- *“Pedro es una persona enferma, no en pleno uso de sus facultades, un enfermo al que hay que combatir”.*

3. Eludir el sobreinvolucramiento emocional (SIE) compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar, el cual es visto como menos competente que antes, y más vulnerable. Esta actitud es de sumo maltrato en nuestra cultura, por lo cual se les invita a revisar y disminuir su uso con las personas con la enfermedad mental.

“La mayor parte de mi vida me la he pasado haciendo lo más que puedo por mi hija, yo voy con ella a todos lados y le resuelvo todo lo que necesite”.

Recaídas y la Emoción expresada en la familia

Cuadro 7.1

Se ha observado en estudios llevados a cabo por Brow (1972),

EE Alta (Frecuencia de presencia de C, H o SIE) —————> Probabilidad: 50% de recaída

EE Baja (Menor presencia de C, H o SIE) —————> Probabilidad: 15% de recaída

EE Alta (Alta presencia de C, H o SIE) convivencia < 35 hrs*. —————> Probabilidad 28% de recaída

EE Alta (Alta presencia de C, H o SIE) convivencia > 35 hrs. —————> Probabilidad 69% de recaída

* Horas de convivencia estrecha, 35 horas promedio semanal

Por lo general, la familia o los amigos cercanos se percatan primero de los síntomas indicadores de alerta como: Falta de sueño, dedicación ritual a ciertas actividades, desconfianza, explosiones inesperadas de mal humor, cambio en el apetito, entre otras. Durante esta fase de la enfermedad, a veces se puede prevenir una crisis total, con frecuencia, el paciente ha dejado de tomar sus medicamentos, si se sospecha ese motivo, debe incentivársele para que vaya al médico. Mientras más psicótico se torna el paciente, menos esperanzas de tener éxito se tendrá en el esfuerzo que se realice para ayudarlo.

Puede ser de utilidad saber que el paciente probablemente se siente aterrado por haber perdido el control mental y emocional. Puede ser que las “voces” le estén dando instrucciones que amenazan seriamente su vida, dentro de casa puede “oír o ver” señales que le indiquen que le quieren hacer daño. Debe aceptar que el paciente está pasando por un “estado de alteración de la realidad.” En situaciones extremas, puede que tenga comportamientos, de acuerdo con las alucinaciones que está sufriendo; por ejemplo destruir algo de su casa. Esto nos da aviso de una recaída sintomática. Es probable que haya que hospitalizar al paciente. Trate de convencerlo que lo haga en forma voluntaria, evite las demostraciones autoritarias o impositivas. Explique que en el hospital le aliviarán los síntomas, y que no se le mantendrá internado, si el tratamiento puede continuarse en la casa o fuera del hospital.

En el cuadro 7.2 se muestra los porcentajes de recaídas de diversos estudios relacionados con el tiempo de seguimiento, aunque no hay que asimilar mimetizar recaída con mala evolución. En algunos estudios la recaída fue similar a rehospitalización, lo cual no nos debe llevar a entender que durante el seguimiento la evolución fuera siempre mala Kissling (1994).

Porcentaje de recaídas (criterios no homogéneos) y tiempo de seguimiento en diversos estudios

Cuadro 7.2

Autores	% Recaídas	Meses seguimiento	Observaciones
Kissling (1994)	15 %	12 meses	Con medicación
Appleby & al (1993)	53 %	18 meses	Recaída=rehospitalización
Hogarty & al (1974)	48 %	24 meses	Con medicación
Zubin & al (1992)	46-78 %	24-60 meses	
Shepherd & al (1989)	75 %	60 meses	
Mortensen & al (1994)	81 %	120 meses	Recaída=rehospitalización

Recordemos las señales de alerta que son comunes antes de una recaída:

- Tener dificultades para dormir
- Sentirse más tenso o estresado que de costumbre
- Volverse irritable o enojarse fácilmente
- Evitar contacto con personas o situaciones de socialización
- Sentirse más inquieto
- Tener problemas de atención y concentración
- Perder el interés en las cosas, o disfrutarlas menos
- Sentir que otras personas hablan de ti o te quieren hacer daño

Las mejores maneras de reducir las probabilidades de una recaída son seguir tu plan de tratamiento tan bien como puedas, aprender a manejar el estrés, hablar con tu equipo de terapeutas acerca de cómo te estás sintiendo. Prepararte para una recaída puede ayudarte a disminuir las probabilidades de que se vuelva severo.



Receso.

ATENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS

¿Cómo actuar en casos de crisis?

Este apartado tiene la finalidad de abordar aspectos que deben tomarse en cuenta en situaciones donde el enfermo atraviesa por periodos críticos, de inestabilidad emocional y física o estados catárticos que son complejos de manejar tanto para el paciente, como para las personas a cargo.

En términos generales se recomienda:

1. Que el familiar sea cauto con sus propias reacciones, ya que es necesario tranquilizarse y guardar serenidad para poder actuar.
2. Es imprescindible tener un directorio donde se localicen fácilmente a personas o servicios que pueden brindarle ayuda inmediata.

Se presentan los servicios básicos, sin embargo es un cuadro demostrativo de posibles contactos que podrían ayudar a la persona a cargo o familiar en situaciones de crisis.

Ejemplo:

Servicio	Nombre	Teléfono	Dirección
Psiquiatra	Dr. López	555 33 221 Urgencias	San Juan #3, Col. Valle del Rosal
Ambulancia	Operadora	444-667-234	
Radio Taxi	Operadora	333- 445-333	
Familiar- apoyo	Tía Laura	876 54 327	Insurgentes #21 Col. Iris
Psiquiátrico	Hospital San Benito	(01 846 5232) Internamiento	Puente grande # 34
Psicólogo	Psic. Gregorio Díaz	0445532432112	Xicoténcatl #12
Hospital General	Operadora		Al que se tenga acceso en caso de urgencias
Vecino que brinda apoyo	Federico	55336543	

Hagamos un ejercicio en tarjetas con los datos posibles en clase o de tarea

3. En los casos de internamiento, ya sea psiquiátrico o de medicina general, es necesario tener siempre a la mano los documentos que solicita la institución para el ingreso del paciente, esto con el objeto de facilitar y agilizar el proceso.
4. Es recomendable alejar cualquier objeto que pueda dañar la integridad del paciente o la de sus allegados.
5. Hay que tomar en cuenta a las personas cuyo lazo con el paciente ayuda a tranquilizar situaciones de tensión y angustia, al momento de tomar una acción para contrarrestar los periodos de crisis, lo ideal es tratar de minimizar cualquier aumento de los síntomas psicóticos, y de inmediato brindar protección y apoyo a la persona.

En este sentido, no podemos dejar de lado el tema del suicidio, éste representa uno de los problemas más comunes en muchos de los trastornos mencionados, por tanto, es importante conocer algunos rasgos para actuar adecuadamente en situaciones de riesgo.

¿Cómo actuar ante las ideas de suicidio?

Las ideas suicidas son un síntoma de la fase depresiva y su mejor tratamiento es la prevención. Si el paciente dice que ha perdido las ganas de vivir o expresa deseo de morir, e incluso es capaz de imaginar un plan suicida es necesario informar a su psiquiatra lo antes posible, intentar no dejarle solo y evitar que tenga acceso a elementos letales, como armas de fuego, objetos cortantes o medicamentos.

Debemos mantener una actitud esperanzadora y lo más tranquila posible; sobre todo, no hay que asustarse: las ideas de suicidio son frecuentes en las depresiones, pero desaparecen una vez tratadas.

Detección General. Realizar la detección de riesgo suicida en TODAS las evaluaciones de los pacientes con sintomatología depresiva, mediante las siguientes dos preguntas:

- ¿Alguna vez ha sentido que la vida no vale la pena?
 - ¿Alguna vez ha deseado continuar dormido y no despertar nunca más?
- Seguir con preguntas específicas de pensamientos de muerte, hacerse daño y suicidio.
- En los últimos días ¿Ha pensado frecuentemente en la muerte?
 - La situación ha llegado a tal punto, que usted ¿Ha pensado en lastimarse?
 - ¿Ha llegado a pensar en la forma en cómo lo realizaría?
 - ¿Cuenta usted con _____ para realizar lo que ha planeado?
 - ¿Se ha despedido de sus seres queridos?
 - ¿Ha realizado alguna forma de despedida o a quién repartir sus bienes?

Se ha estimado que la depresión participa en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas. De acuerdo con la OMS hasta un 80% de las personas que se suicidaron padecían varios síntomas depresivos. En los pacientes deprimidos, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, o piensan que son tratables o son considerados no tratables por los especialistas. (Heinze G y cols., en prensa)

Factores de riesgo para conducta suicida:

Factores Psicosociales	Factores Biológicos	Factores Familiares
<p>Estado Actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida reciente • Inestabilidad familiar • Aislamiento social o soledad • Desesperanza • Estado civil: viudos/ separados/ divorciados/ solteros/ casados • No estar viviendo con la familia o no contar con alguien. 	<p>Enfermedad médica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padecimientos discapacitantes • Padecimientos dolorosos • Padecimientos terminales <p>Enfermedad psiquiátrica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos depresivo mayor • Abuso/Dependencia alcohol u otras sustancias • Esquizofrenia • Trastorno de personalidad antisocial 	<p>Historia familiar de trastornos psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Esquizofrenia • Ansiedad • Enfermedad bipolar • Alcoholismo • Suicidio
<p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de los padres en la infancia • Inestabilidad familiar <p>Rasgos de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad • Agresividad • Labilidad emocional • Dificultad para afrontar y resolver problemas. 	<p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio previo • Tratamiento psiquiátrico anterior • Hospitalización previa por autolesiones. 	

“El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), identificó a la violencia autoinfligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben de enfrentar las sociedades modernas (Krug, 2002). El informe muestra en forma sucinta cómo las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas). Sin embargo, la OMS había mostrado en su informe previo, de 2001 (OMS; 2001), que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio para el período 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres. (Levi y cols., 2003). La tasa de mortalidad por suicidio en México para el año 2000, de 3.5 por 100 000 habitantes presentó un comportamiento diferencial por grupos de edad y sexo. En los hombres, la tasa de suicidio presenta los niveles más elevados entre los 20 a 29 años de edad. Después tiende a disminuir ligeramente y vuelve a subir en los grupos de mayor edad (60 años y más). En las mujeres, las tasas más elevadas se dan entre los 15 a 19 años de edad, seguido por el grupo de 20 a 24 años. Después de este grupo de edad, la tasa de las mujeres disminuye ligeramente y permanece estable en todos los otros grupos.” (Borges G, y cols; 2006).

8° Módulo

Creencias, mitos y discriminación hacia la enfermedad mental

Material para instructor

Objetivo General

1. Distinguir las diferencias en relación con las creencias, mitos y la realidad de la enfermedad mental.

Objetivo de aprendizaje

1. Conocer los derechos básicos de un paciente con un problema de salud mental.
2. Identificar el momento adecuado para ingresar al paciente a un hospital, incluso de manera involuntaria para prevenir riesgos mayores

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase.
2. Dinámica grupal, acompañada con un cuento para invitar a la reflexión.



¿Cómo combatir la discriminación y generar conciencia cívica sobre la discapacidad psicosocial?

La información sobre los trastornos mentales es relevante y aún más lo es el significado que el enfermo y su familiar le puedan dar, es decir, el valor funcional que la información potencialmente tiene para reducir la discriminación. Bien conocido es el hecho de que los conocimientos que posea el familiar responsable y el enfermo respecto de la enfermedad, así como de su manejo, son potencialmente efectivos para la rehabilitación del paciente (Kuipers L, y cols., 1983; Leff J, y cols., 1985; Clarkin y cols., 2001; Lieberman y cols., 2006).

Abordar de manera integral la información del diagnóstico, del tratamiento y de la prevención, tanto por la familia como por el enfermo, con apoyo del equipo de salud mental y de la sociedad, es primordial afrontar con conocimientos el estigma y la discriminación, la carga en los familiares y la discapacidad.

Las personas que sufren de trastornos mentales graves enfrentan un doble desafío: lidiar con los síntomas y las incapacidades resultantes de la enfermedad, y con los estereotipos y prejuicios generados por conceptos errados sobre las enfermedades mentales por la falta de información.

Los prejuicios y la discriminación tradicionalmente asociados a los trastornos mentales representan un grave obstáculo en el desarrollo de los programas de atención a la salud mental y afectan considerablemente el modo y la calidad de vida de los pacientes, familiares y de todas las personas cercanas a este tipo de malestares. Por ello es fundamental organizar ambientes y relaciones adecuadas que consideren las condiciones y necesidades de los sujetos que afrontan este tipo de discapacidad, sin que ello suponga una integración o adaptación social indiscriminada y de carácter generalizado.

Al referirnos a la discapacidad que generan los trastornos mentales, es importante considerar la variabilidad y diversidad de agentes que se ven involucrados, ya que:

“Se trata de entidades clínicas nada homogéneas, entre las que hay trastornos mentales de gravedad considerable, substrato biológico demostrable e impacto social, y otro tipo de comportamientos y emociones más o menos desadaptados o que producen malestar en quien los padece, y que dependen de factores cognitivos, emocionales y relacionales” (Gaminde I; y cols; 2001).

Por otra parte, en nuestro país, como ocurre en la mayor parte del mundo, la enfermedad mental se aborda sólo en términos del rechazo o de silencio. Los prejuicios difundidos por la mayor parte de los medios de comunicación, la ignorancia pública y la carencia de políticas que contribuyan a la comprensión, defensa y mejoramiento de las condiciones de vida de aquellas personas que se ven discapacitadas por la enfermedad mental, obliga a una intervención adecuada en los distintos escenarios sociales, culturales y económicos donde se desarrollan dichas enfermedades.

Es importante conocer las “realidades” para afrontar la discriminación y para empezar a tratar a personas con enfermedades mentales con respeto y dignidad.

Mitos y realidades comunes sobre la salud mental

Mito: No hay esperanza para la gente con enfermedades mentales.

Realidad: Existen tratamientos médicos y psicosociales, apoyo en instituciones y organizaciones civiles, contando con estas opciones las personas con esta condición de vida pueden recuperarse.

Mito: La gente con enfermedades mentales es violenta y peligrosa.

Realidad: La gran mayoría de la gente en esta situación no es más violenta que cualquier otra persona.

Mito: No se puede hacer nada por alguien con una enfermedad mental.

Realidad: Podemos hacer mucho más de lo que piensa la mayoría de la gente. Comenzando por la forma en que actuamos y hablamos, podemos crear un ambiente respetuoso de su condición y promover una buena salud mental. Por ejemplo:

- Evite calificar a las personas con palabras como “loco”, “chiflado”, “raro”, o por su diagnóstico. En lugar de decir que es “una persona con esquizofrenia”.
- Conozca la verdad sobre la enfermedad mental y compártala con otros, especialmente si oye algo que no es cierto.
- Trate a las personas con enfermedades mentales con respeto y dignidad, como lo haría con cualquier otro.
- Respete los derechos de las personas con enfermedades mentales y no los discrimine en cuanto a vivienda, empleo, o educación. Como otra gente con discapacidades, la gente con carencias de salud mental está protegida por las leyes federales y estatales.

Mito: Las enfermedades mentales no pueden afectarme.

Realidad: Las enfermedades mentales son sorprendentemente comunes, afectan a casi todas las familias de América y del mundo. Las enfermedades mentales no discriminan –pueden afectar a cualquiera-.

Mito: Enfermedad mental equivale a retraso mental.

Realidad: Son dos trastornos diferentes. Un diagnóstico de retraso mental se caracteriza por las limitaciones en el funcionamiento intelectual y por dificultades con ciertas destrezas de la vida cotidiana. En contraste, las personas con enfermedades mentales – condiciones de salud que pueden conllevar cambios en el pensamiento, humor y comportamiento de la persona – presenta gran variedad de funcionamiento intelectual, como con la población general.

Mito: Las enfermedades mentales aparecen como consecuencia de la debilidad de carácter.

Realidad: Las enfermedades mentales son producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estudios científicos muestran que los factores genéticos y biológicos están asociados con la esquizofrenia, depresión, y alcoholismo. Influencias sociales como la pérdida de un ser querido o del empleo, también pueden contribuir al desarrollo de varios trastornos.

Mito: La gente con enfermedad mental, incluso los que están estables con su tratamiento y se han recuperado, tienden a ser empleados de segunda.

Realidad: Los empleadores que han contratado a personas con enfermedades mentales informan de una buena asistencia y puntualidad, así como motivación, calidad de trabajo a la par con otros empleados o mejor que ellos. Los estudios del Instituto Nacional de la Salud Mental y la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) [Alianza Nacional para los Enfermos Mentales] muestran que no hay diferencias en cuanto a productividad cuando se compara a las personas con enfermedades mentales con otras.

Mito: Una vez que las personas tienen enfermedades mentales, nunca se recuperan.

Realidad: Estudios científicos muestran que la mayoría de gente con enfermedades mentales mejora, y muchos se recuperan por completo. La recuperación se refiere al proceso por el cual la persona es capaz de vivir, trabajar, aprender, y participar íntegramente en su comunidad. Para algunas personas, la recuperación es la capacidad de vivir una vida productiva, para otros, la recuperación implica la reducción o completa desaparición de los síntomas.

Mito: La terapia y la autoayuda son simplemente una pérdida de tiempo.

Realidad: La terapia es para quien quiere mejorar, las personas que reciben apoyo con terapeutas, consejeros, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y/o trabajadores sociales en su proceso de recuperación, también usan estrategias de autoayuda y el apoyo de la comunidad. A menudo, estos métodos se combinan con alguna de la medicación más avanzada disponible y resultan efectivos.



(Dinámica Grupal) **Pregunte a los familiares su manejo respecto a los mitos acerca de la enfermedad. (Dos o tres participantes Pacientes y familiares). 5 minutos**

Hoy en día, podemos identificar 3 diferentes puntos de vista para el tema:

1. Los padecimientos mentales socialmente aceptados: Como el estrés, el insomnio, o la depresión.
2. Los padecimientos que preocupan a la sociedad en distinto grado: Como las adicciones, los intentos de suicidio o la conducta violenta.
3. Los padecimientos socialmente rechazados: Los síndromes psicóticos, las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, otras demencias seniles y las conductas consideradas anormales.

Por lo anterior, resulta indispensable promover un cambio de percepción del público a partir de alianzas estratégicas entre los funcionarios, familiares, usuarios y profesionales vinculados a la salud mental, con el fin de desarrollar proyectos comprensivos y campañas de sensibilización para la aceptación de las diferencias mentales, divulgando mensajes de respeto y una responsabilidad social compartida que permitan:

- Concientizar de manera gradual pero intensiva sobre las consecuencias de la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias.
- Desarrollar modelos y espacios de acercamiento e intercambio entre las personas con trastornos mentales y los distintos sectores escolares, laborales, familiares, entre otros, para terminar con los mitos y percepciones infundadas sobre la enfermedad mental.
- Aplicar esquemas laborales incluyentes, dando cabida a la generación de nuevos roles sociales.
- Hacer hincapié en la necesidad de una acción global de todos los implicados en la salud mental.
- Llamar al apoyo, la igualdad y la justicia para las personas con trastornos mentales y luchar contra la exclusión, la discriminación y el estigma.

La asistencia de calidad que puede valorarse siguiendo criterios de los pacientes y profesionales, propuestos por el Dr. Norman Sartorius:

Desde el punto de vista de los pacientes, la asistencia es de buena calidad.

Si su acceso no es restringido; si son tratados con respeto; si reciben información imparcial, bien documentada y comprensible acerca de las opciones de tratamiento con posibilidad de serles útiles; si pueden expresar su preferencia por cualquiera de ellas; si el tratamiento es proporcionado con la pericia necesaria, evitando cualquier daño posible y maximizando sus beneficios; si la información sobre ellos y su enfermedad es mantenida confidencial; si pueden costearse la asistencia que reciben sin graves restricciones de otras necesidades y si sus derechos humanos son respetados durante el proceso de tratamiento”.

Desde el punto de vista de la profesión médica, la asistencia es de buena calidad:

Si es suministrada por una persona calificada; si es dada en entornos adecuados; si existen experiencia y pruebas suficientes acerca de la eficacia y de la seguridad de los métodos que se están proponiendo; si se puede establecer una relación de confianza y de respeto entre el paciente y el personal que suministra el tratamiento; si se respetan los derechos y las exigencias del personal que trabaja en los servicios de salud mental y si se hace la evaluación de la calidad de la asistencia de forma transparente y bien documentada” (Sartorius, N; 2003).



(Dinámica Grupal) Integrar a los participantes a la siguiente dinámica. 20 minutos.

- Hacer una reflexión en torno a la siguiente lectura, preguntar sobre qué piensan del lugar que ocupa el rey, su chambelán y súbditos.
- ¿Habrán similitudes sobre el cuento y las experiencias vividas por pacientes y familiares en relación con la discriminación, creencias o estigma de la enfermedad mental? Si o no ¿por qué?
- Haciendo una analogía con el cuento: ¿Qué propuestas tendrían para combatir la discriminación de la enfermedad mental, cómo finalizarían el cuento: igual que la versión original, qué añadirían o cambiarían?

El rey sabio

Gibrán Khalil Gibrán

Había una vez, en la lejana ciudad de Wirani, un rey que gobernaba a sus súbditos con tanto poder como sabiduría. Y le temían por su poder, y lo amaban por su sabiduría. Había también en el corazón de esa ciudad un pozo de agua fresca y cristalina, del que bebían todos los habitantes; incluso el rey y sus cortesanos, pues era el único pozo de la ciudad. Una noche, cuando todo estaba en calma, una bruja entró en la ciudad y vertió siete gotas de un misterioso líquido en el pozo, al tiempo que decía: -Desde este momento, quien beba de esta agua se volverá loco.

A la mañana siguiente, todos los habitantes del reino, excepto el rey y su gran chambelán, bebieron del pozo y enloquecieron, tal como había predicho la bruja. Y aquel día, en las callejuelas y en el mercado, la gente no hacía sino cuchichear:

-El rey está loco. Nuestro rey y su gran chambelán perdieron la razón. No podemos permitir que nos gobierne un rey loco; debemos destronarlo.

Aquella noche, el rey ordenó que llenaran con agua del pozo una gran copa de oro. Y cuando se la llevaron, el soberano ávidamente bebió y pasó la copa a su gran chambelán, para que también bebiera. Y hubo un gran regocijo en la lejana ciudad de Wirani, porque el rey y el gran chambelán habían recobrado la razón. FIN.



Receso.



A continuación se enuncian los Derechos del Paciente Psiquiátrico.

La definición de Derecho Humano, es **todo aquello inherente a la persona humana y a la dignidad del ser**. Lleva consigo un concepto de Salud Mental.

De las Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, realizada en Caracas, 11 al 14 de Noviembre de 1990, se presentan los Derechos básicos de los pacientes psiquiátricos:

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propia de su condición de persona.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas experimentales sin su consentimiento informado.
- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, de libertad de conciencia y religión.
- Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.
- Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
- Derecho a la personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley al efecto.
- Derecho a que en caso de ser inculpado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o imputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud, con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.

(Fuente: www.defensoria.gob.ve.)



¿Cuándo ingresarlo a un hospital?

En determinadas ocasiones es conveniente ingresar al paciente, incluso de forma involuntaria, sobre todo cuando existe riesgo de suicidio en la fase depresiva o si presenta un episodio donde no se tenga conciencia de enfermedad. En estos casos, el ingreso debe ser autorizado por el familiar, persona a cargo o incluso un juez. (www.astrazeneca.com, 2007).

En referencia al internamiento, nos hemos dado a la tarea de presentarles de manera muy breve lo que se ha trabajado en Derechos Humanos en torno al tema:

“Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano.”

•Factores considerables en caso de internamiento psiquiátrico:

“Los establecimientos de salud de usuarios que padezcan de un trastorno mental, deben proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental por medio de acciones y programas que le permitan superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad; exámenes de laboratorio mínimos indispensables: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina.”

“Los Hospitales Psiquiátricos deben contar con los siguientes elementos: Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones; recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica (...); procedimientos para que en la unidad prevalezcan el ambiente cordial, técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica; instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias; instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa; instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial; recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental (...); un programa general de trabajo; manuales técnico-administrativos (...).” (Diario Oficial de la Federación. 1995)

“Resulta particularmente importante reseñar las actividades curativas en los servicios de hospitalización continua y parcial:

En el ingreso

- Examen clínico al ingreso al servicio
- Elaboración de nota de ingreso
- Elaboración de historia clínica en su caso
- Solicitud de exámenes rutinarios de laboratorios y gabinete
- Revisión del caso por el médico responsable
- Solicitud de exámenes complementarios, en caso necesario
- Establecimiento de los diagnósticos, el pronóstico y un programa terapéutico en un plazo no mayor de 48 horas, y elaboración de nota de evolución.

Visita médica diaria

- Evaluación del estado clínico
- Interpretación de resultados de exámenes de laboratorio y gabinete
- Solicitud de interconsulta en su caso; revisión del tratamiento, y elaboración de nota de evolución.

Revaloración clínica

- Revisión del caso, por el director médico o el jefe de servicios, por lo menos cada quince días en enfermos agudos y cada 30 días en enfermos crónicos o antes, a juicio del director, a solicitud del enfermo o de sus familiares responsables.
- Actualización de exámenes clínicos.
- Elaboración de nota clínica, indicando si el paciente amerita, o no, continuar hospitalizado.

Interconsulta

- Solicitud escrita que especifique el motivo
- Evaluación del caso por el servicio consultado
- Proposición de un plan de estudio y tratamiento
- Elaboración de nota de interconsulta.

El artículo 15 establece las condiciones en las que el egreso del enfermo se llevará a cabo. Éstas son:

- Curación
- Mejoría
- Remisión del cuadro clínico
- Por no requerir ya su permanencia en el hospital
- Traslado a otra institución
- A solicitud del paciente
- A solicitud de los familiares responsables
- Abandono del hospital sin consentimiento médico, o defunción. (Saldaña J; 2001.)

9° Módulo

La participación en las redes sociales

Y cierre de curso

Material para instructor

Objetivo General

1. Conocer la importancia del apoyo de las redes sociales.

Objetivo de aprendizaje

1. Orientar en la formación de redes sociales.
2. Orientar en la búsqueda de información para alternativas de apoyo social y familiar.
3. Guiar en la parte organizacional del curso.

Actividades de aprendizaje

1. Lectura del material en clase.
2. Clausura del curso



Introducción

Queremos recordar que si se considera a la familia como instancia fundamental, es decir como el único agente comunitario en nuestro medio, ya que en ella se materializan las condiciones de vida de una población, los tomadores de decisiones públicas y los expertos en salud deben considerar y contribuir a recuperar la dimensión humana, comunitaria, de desarrollo, proporcionando orientación para reducir los costos, los problemas específicos, para contribuir al desarrollo de la vida familiar y comunitaria.

Sabemos que el tratamiento integral a largo plazo es lo más conveniente para el paciente cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia, en la que la familia desempeña un papel fundamental para mejorar el nivel global de funcionamiento tanto del paciente como de ella misma, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos es necesaria la participación del paciente y de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social (Valencia M; Rascón ML y cols., 2003).

Por lo común los miembros de la familia se encuentran vinculados con instituciones laborales, educativas o sociales en las que quizá prestan sus servicios. En tal caso es de primordial importancia hacer hincapié en el contacto de los integrantes de la familia con hospitales, equipo de salud, organizaciones de apoyo, entre otras, pues todo esto conforma las redes de apoyo de una configuración social en el cual cada una de estas entidades mantiene relaciones recíprocas con las demás. Las unidades externas no forman un todo social, por tanto, no constituyen un grupo organizado por sí mismas.

Las redes de apoyo de la familia no sólo incluyen a las instituciones, sino también al conjunto de individuos que mantienen un contacto social con la familia a través de su desarrollo y que le pueden brindar apoyo o ayuda para solucionar sus conflictos (Velasco ML, 2001).

La formación de redes sociales es una de las opciones para la reinserción de las personas con la enfermedad a la comunidad un ejemplo de es el siguiente.

Formación de redes solidarias de intercambio social

Desde hace varias décadas, surgieron los llamados “Bancos de tiempo”, desarrollos naturales de las redes, Local Exchange Trading System (LETS), proyectos alternos que se realizaron en varios países (España, Francia, Italia, Estados Unidos, Argentina, Australia, entre otros) como experiencias económicas que integraron profundos contenidos sociales; estos grupos tomaron como base el sistema de trueque: intercambio directo de bienes y servicios sin la intervención del dinero, (Seldon A; 1975). En este sentido, el intercambio no depende de la premisa del trueque convencional, puesto que el usuario ofrece servicios obteniendo a cambio créditos en tiempo, vales o cualquier pago convenido, que podrá ocupar en un amplio rango de servicios. Sin embargo, la principal desventaja residió en que el modelo convencional requerirá una doble coincidencia de necesidades entre las dos partes –que cada uno desee lo que el otro está ofreciendo. Empero, esto no implicó grandes dificultades ya que se implementó software con código abierto (incorporados principalmente por el sistema de LETS que permitieron hacer el registro de todas las transacciones realizadas entre usuarios y los registros de las horas, pago convenido, cheques y vales depositados o gastados por cada miembro.

Asimismo, se propone la creación de redes sociales de intercambio con base en los bancos de tiempo con la finalidad de impulsar el apoyo entre familiares y pacientes, cuya problemática común es la búsqueda de atención integral de la enfermedad mental. Este tipo de redes constituyen una parte fundamental, ya que fomenta el trabajo colectivo, que involucra la producción potencial de estrategias que satisfagan las necesidades de la misma comunidad y la solidaridad entre sus miembros para hacerle frente a las diversas problemáticas que se presenten. Algunos lineamientos que son indispensables para la creación de redes solidarias de intercambio.

Puntos esenciales para la creación de redes de intercambio de tiempo ¿Cómo funcionarían?

En una primera etapa se generará una base de datos de los familiares o personas a cargo del enfermo, que incluyan los siguientes puntos: Nombre, ocupación, teléfono, dirección, servicios, tiempo que dedicará a dichos servicios. Ejemplo

Nombre	Ocupación	Teléfono	Dirección	Servicios Ofrecidos	Tiempo Propuesto
Juan R.Lira	Comerciante	55 34 45	Rep. Chile #32 Centro	Transporte	2 hs por semana
Lisa Castro	Ama de casa	55 66 54	El reloj #45, Tlalpan	Preparación de comida	4 hs por semana
Rubén Salas	Enfermero	33 44 56	Morelos #42, Las torres	Cuidador	4 hs a la semana
Juan C. López	Jardinero	22 32 87	Topilejo 21	Capacita en jardinería	3 hs a la semana

Con estas herramientas se registrarán los datos de las personas interesadas en ofrecer servicios que serán intercambiados por crédito-tiempo depositado en un banco de tiempo, que puede ser canjeable por otros servicios que convengan al usuario.

- En primer lugar hay que recalcar que los grupos al tener un interés común: La atención de la enfermedad mental, facilitan la organización de actividades de los familiares, personas a cargo y pacientes en cuanto a la oferta de servicios, que a su vez, serán intercambiados por otros en su beneficio.

- La unidad de valor empleada será la hora, esta unidad funcionará como tipo de moneda y medio de intercambio que deberá ser registrada por el coordinador elegido. La función de coordinador también involucra trabajo, por ende el tiempo que él o ella aporte a esta tarea será considerado para poder intercambiarlo por cualquiera de los servicios que ofrezca la comunidad.
- En principio, se sugiere que se expongan las necesidades específicas de la comunidad por ejemplo: Transporte, búsqueda de medicamentos, cursos psicoeducativos, cuidadores por turnos, alimentación, paseos, educación, talleres, etc. Una vez que se hayan convenido los servicios requeridos por el grupo, se estructura la base de datos mencionada en el que se acuerden los tiempos y servicios a ofrecer. En este sentido, supongamos que el Sr. Juan quien tiene un hermano con esquizofrenia, ofrece 5 lugares en su carro para ir al Instituto Nacional de Psiquiatría todos los lunes de 5:00 a 7:00 pm, Lisa sufre de trastorno bipolar, pero ella ofrece preparar comida para 5 personas los lunes y los jueves de 4:00 a 5:00 en su casa; Rubén tiene un hijo enfermo y ofrece cuidar los lunes y los viernes 3 horas por día a 5 personas. Entre estas tres personas pueden cubrir algunas de sus necesidades a través del intercambio, en donde quizá Lisa aportará la comida a cambio de transporte y cuidado para su mamá, el sr. Juan tiene comida y cuidado para su hermano los lunes y los viernes a cambio del intercambio que realizó con el transporte y Rubén tendrá también comida y transporte para su hijo los días acordados a cambio de los cuidados que él ofrecerá. La ampliación de las redes es importante, por ende hay que echar mano de las relaciones que se tienen de antemano y establecer con otros organismos, intercambios que cubran otras necesidades que quizá por el momento, la comunidad no puede satisfacer, por ejemplo, el Sr. Juan puede conseguir precios de medicamentos más baratos para el grupo a cambio de realizar algunas tareas que demande la empresa farmacéutica, tareas que no necesariamente las tiene que cubrir el Sr. Juan sino que se reparten entre la comunidad, pues ella será la beneficiaria.
- Los casos presentados son demostrativos, no se dan forzosamente como se han planteado anteriormente.
- La flexibilidad de este modelo, permite que cada comunidad adecue y se haga de herramientas propias que satisfagan de manera singular las necesidades de la misma.
- Se recomienda bajar un software llamado cyclos que facilitará las tareas que desempeña el banco de tiempo. En el caso de no manejar algún medio electrónico se puede hacer de forma manual, sin embargo requerirá de mayor tiempo y trabajo pues hay que generar los archivos necesarios para coordinar y registrar todas las transacciones realizadas por la comunidad, además de dar aviso de cuándo y cómo se realizarán los intercambios, en conjunto con los registros de las horas abonadas y gastadas por cada usuario.
- Los servicios que se intercambiarán sólo podrán ser definidos a partir de los convenios establecidos por los interesados.
- También es importante señalar que el número de personas debe ser amplio porque de esta manera, los servicios ofrecidos serán mucho más diversos y enriquecerán significativamente a la comunidad.
- El intercambio aquí presentado no sólo puede realizarse intercambiando servicio por servicio, también puede intercambiarse mercancía por mercancía o mercancía por servicio. Las variantes de intercambio deben ser consensuadas y aceptadas por los miembros de la comunidad, al igual que el valor otorgado a las mercancías en el caso de que éstas entren a las redes de intercambio.

- Es importante señalar que el intercambio no está sujeto sólo a familiares sino también a intercambios entre pacientes, que van desde cualquier expresión artística y educativa hasta oficios y labores domésticas que ellos pueden desempeñar e intercambiar por otros servicios que requieran.
- Las transacciones deben ser respetadas por la valoración que establezca la comunidad, buscando equidad y beneficio colectivo.

Para integrarnos en una red social bien informada le recomendamos lo siguiente:

Consejos prácticos para la búsqueda de información

- Para obtener mayor información sobre alguno de los puntos tratados en la guía, se deben tomar en consideración algunos consejos que nos permitirán obtener los resultados más adecuados a la pregunta o tema que nos interese.
- Hacer una lista de las fuentes de información más relevantes para cada problema, ya sea una persona en particular, una serie de libros, artículos o páginas de internet, organizándolas de tal modo que sepamos a quién o a qué material acudir en cada caso.
- Tener un directorio con los datos de contacto de médicos, psicólogos o cualquier otro profesional al que podamos acudir y preguntar en caso de necesitarlo.
- Ubicar y de ser posible estar inscrito, en un servicio bibliotecario donde podremos disponer de bibliografía especializada para préstamo o consulta y donde podrán orientarnos adecuadamente sobre los distintos métodos de búsqueda y recabación de información al interior de la biblioteca.
- Ya que en la actualidad disponemos de una cantidad prácticamente ilimitada de información fácilmente accesible desde Internet, resulta vital contar con el acceso a este servicio ya sea en el propio domicilio o en un cibercafé.
- Ya que la posibilidad de hallar información pertinente entre los cientos o miles de sitios web dedicados a cada tema resulta remota si no se cuenta con un buen método de búsqueda, nos valdremos de dos tipos de páginas web: los motores de búsqueda y los directorios, que nos pueden ayudar a encontrar la información más relevante. Los buscadores, como su nombre lo dice, nos permiten hacer una búsqueda por palabras dentro de todos los sitios almacenados en su base de datos, mientras que los directorios organizan y clasifican las páginas por categorías como: Medicina, Tecnología, Arte, etc.

Entre los motores de búsqueda más sobresalientes encontramos los siguientes:

- www.google.com
- www.yahoo.com
- www.altavista.com
- www.msn.com
- www.lycos.com

Regla general de búsqueda:

Cuando se obtienen demasiados resultados relevantes en una búsqueda hay que intentar ser más específico, colocando más palabras y aprovechando las reglas y operadores de búsqueda como los siguientes:

AND ó & ó +: Muestra sólo las páginas que tienen las dos palabras, independientemente de que estén juntas o en ese orden. La mayoría de los buscadores tienen esta opción activada por default.

Ej. Trastornos + psiquiátricos AND psicoeducación

NOT ó -: Muestra los resultados que contengan la primer palabra excluyendo la segunda.

Ej. Esquizofrenia AND psicosis NOT paranoia

OR: Muestra todas las páginas que contengan, cuando menos, una de las palabras.

Ej. Bipolares OR Maniacodepresivos

"": Las comillas sirven para buscar páginas que contengan una frase completa.

Ej. "Acompañamiento psicoterapéutico en pacientes con depresión"

Organice el cierre del curso, invitando a realizar un festejo de fin de curso con los familiares y pacientes, en el cual se entreguen las constancias de asistencia

Evaluación del Curso Psicoeducativo

Se propone la evaluación y el seguimiento del curso psicoeducativo, esto permitirá hacer referencia a la efectividad de su aplicación y validez del mismo en la población que asiste a su unidad, así como a la necesidad de asegurar procesos de ajuste que garanticen dicha calidad. Se sugiere evaluar los cambios mediante los cuestionarios de actitudes, y/o de adquisición de conocimientos, al inicio del curso (Test) y al final del mismo (Retest), así como, el de satisfacción al término del curso.

La metodología a seguir podrá ser, primero la reproducción del cuestionario de satisfacción con el curso, incluido en la sección de anexos 3.6 al final de la guía. En segundo lugar, la aplicación a los alumnos del curso, teniendo cuidado que se conteste correctamente. Un tercer paso, captura y análisis del contenido de la información, pueden hacerlo en su unidad o enviar los instrumentos (escaneados) para su captura al correo de: rascong@imp.edu.mx; o si se prefiere por correo postal: Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente M, Calzada México-Xochimilco N° 101 Col. San Lorenzo Huipulco; Del. Tlalpan; CP 14370. La información recibida se podrá analizar con el objetivo de conocer la efectividad del curso, por medio de evaluar las diferencias entre la medición test-retest que se les podrá retroalimentar a cada unidad. Por último, al tener la información de la aplicación del curso, y de su retroalimentación de la experiencia, se les podrá informar los avances en el contenido y en las diferentes formas de evaluación del curso.

Glosario

A

Angustia: Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a *ansiedad* extrema o *miedo*.

Apoplejía: Cuando una parte del cerebro se lesiona por culpa de un defecto en el suministro de la sangre con deterioro de las funciones físicas o mentales dirigidas por el área dañada. La alteración puede deberse a uno de tres trastornos vasculares: trombosis, embolias o hemorragias. El primero, la trombosis cerebral, sucede cuando una de las arterias que suministra sangre al cerebro se estrecha, en general a causa de la aterosclerosis. La circulación sanguínea por la porción estrechada y la rugosa arterial resulta tan precaria, que la sangre forma un coágulo (trombo), el cual bloquea la arteria en parte o del todo.

Astenia: Estado de debilidad tanto psíquica como muscular, caracterizada por falta de energía y la pérdida de entusiasmo, es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga y debilidad física y psíquica.

Acatisia: La acatisia es una sensación de inquietud y tensión interna que se acompaña de necesidad de moverse. Los pacientes con acatisia presentan una gran diversidad de movimientos de complejidad variable. La manifestación puede ser en forma de movimientos repetitivos (golpeteo de dedos, cruzar piernas, caminar incesantemente sobre el mismo sitio, balanceo del tronco...).

Acinesia: Se denomina acinesia a la disminución o pérdida del inicio del movimiento muscular voluntario. Es un efecto, que suele pasar desapercibido, y que caracteriza porque el paciente presenta dificultad para realizar movimientos sencillos y habituales. Produce una expresión facial de máscara, ausencia de balanceo de los brazos, un inicio lento de la actividad motora y un habla monótona y suave. El paciente parece somnoliento y actúa sin iniciativa propia. Se debe a una lesión de los ganglios basales y, a nivel molecular, corresponde a un déficit de dopamina. Es típico en caso de enfermedad de Parkinson o en pacientes que están siendo tratados con antipsicóticos

B

Biología: La biología (del griego «βίος» *bíos*, vida, y «-λογία» *-logía*, tratado, estudio, ciencia) es la ciencia que tiene como objeto de estudio a los *seres vivos* y, más específicamente, su *origen*, su *evolución* y sus propiedades: *nutrición*, *morfogénesis*, *reproducción*, *patogenia*, etc. Se ocupa tanto de la descripción de las características y los comportamientos de los organismos individuales como de las *especies* en su conjunto, así como de la *reproducción* de los seres vivos y de las interacciones entre ellos y el entorno.

C

Constructivismo: En Psicología, el constructivismo está basado en los postulados piagetianos en los que el desarrollo de la inteligencia es construido por el propio individuo a través de la interacción con el medio.

Células Glial: El tejido glial o «glía» (en griego, "aglutinante") fue descrito por primera vez en 1846 por el patólogo Rudolf Virchow como el *tejido conectivo* propio del *cerebro*. Muchas de las células gliales del tejido nervioso desempeñan la función de soporte mecánico de las neuronas y son fundamentales en el desarrollo de las redes neuronales desde las fases embrionales, pues juegan el rol de guía y control de las migraciones neuronales en las primeras fases de desarrollo así como la regulación bioquímica del crecimiento y desarrollo de los *axones* y *dendritas*. Son también las encargadas de servir de aislante en los tejidos nerviosos, al conformar las vainas de mielina que protegen y aíslan los axones de las neuronas.

D

Diagnóstico: En *medicina*, el diagnóstico es el procedimiento por el cual se identifica una *enfermedad*, entidad nosológica, *síndrome*, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica). En *clínica*, el diagnóstico se enmarca dentro de la *evaluación psicológica*, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

Diagnóstico médico es el procedimiento por el cual se identifica una *enfermedad*, entidad nosológica, *síndrome* o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).

Delirio: Etimológicamente viene del término latino "de-lirare" que significa salirse del surco al labrar la tierra. La palabra ha evolucionado para significar la creencia que "se sale" de la norma establecida por el grupo de pertenencia social. En la actualidad pertenece a la *nosología psiquiátrica* en la forma de un síndrome delirante, definitorio junto a los síndromes alucinatorios y disociativo-autistas de todas las *psicosis*.

El delirio, o idea delirante, debe cumplir varios requisitos:

- ser una idea firmemente sostenida pero con fundamentos lógicos inadecuados.
- ser incorregible con la experiencia o con la demostración de su imposibilidad.
- ser inadecuada para el contexto cultural del sujeto que la sostiene.

Distonía: La distonía es un trastorno del movimiento que causa contracciones involuntarias de los músculos. Estas contracciones resultan en torsiones y movimientos repetitivos. Algunas veces son dolorosas, puede afectar solamente un músculo, un grupo de músculos o todos los músculos. Los síntomas pueden incluir temblores, problemas en la voz o hasta arrastrar un pie.

Discinesia: En *medicina*, es un término usado para designar los movimientos anormales e involuntarios en las enfermedades nerviosas. Los movimientos anormales incluyen masticación repetitiva, movimiento oscilatorio de la mandíbula o gesticulación facial. Ocurren tanto en la *musculatura estriada* como en la *lisa*, siendo un síntoma típico el temblor. Actualmente no existe cura para esta enfermedad.

Disartria: La disartria, del griego *dis-*, malfunción, y *-artos*, articulación (como artrosis), corresponde a una malformación en las articulaciones. Se atribuye a una lesión del *sistema nervioso central y periférico*. Se distingue de una *afasia* motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la *articulación* de fonemas.

Dispepsia: Enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta, digestión difícil y dolorosa, trastorno crónico de la digestión estomacal.

E

Edema o hidropesía: Es la acumulación de líquido en el espacio *tisular* intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.

Endorfinas: Son *péptidos opioides endógenos* que funcionan como *neurotransmisores*. Son producidas por la *glándula pituitaria* y el *hipotálamo* en *vertebrados* durante el ejercicio la *excitación*, el *dolor*, el *consumo de alimentos picantes* o el *consumo de chocolate*, por ejemplo, el *enamoramamiento* y el *orgasmo*, y son similares a los opiáceos en su efecto *analgésico* y de sensación de bienestar.

Enfermedad Mental: La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del *razonamiento*, del *comportamiento*, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Enfermedad aguda: Se llaman enfermedades agudas aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración, aunque no hay un consenso en cuanto a qué plazos definen a una enfermedad aguda y cuáles a una enfermedad *crónica*. El término agudo no dice nada acerca de la gravedad de la enfermedad ya que hay enfermedades agudas banales (por ejemplo: *resfriado común, gripe, cefalea*) y otras que pueden ser muy graves (por ejemplo: *púrpura fulminante, infarto agudo de miocardio*). Es un término que define "tiempo de evolución" y no "gravedad".

Enfermedad crónica: Son aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una *enfermedad* pasa a considerarse *crónica*; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como *crónica*. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.
Enuresis: incontinencia urinaria.

Estigma: Antiguamente un "estigma" era la marca a hierro que se le ponía a un esclavo para señalar a quién pertenecía. Sin embargo, hoy en día se utiliza de manera metafórica como una marca o señalamiento que involucra una serie de valores atribuidos a una persona.

Euforia: (Del gr. εὐφορία, fuerza para llevar o soportar).

1. Capacidad para soportar el dolor y las adversidades.
2. Sensación de bienestar, resultado de una perfecta salud o de la administración de medicamentos o drogas.
3. Estado de ánimo propenso al optimismo.

Eritema multiforme: Tipo de reacción de hipersensibilidad (alérgica) que se presenta en respuesta a medicamentos, infecciones o enfermedad.

F

Fobia: Trastorno de salud emocional o psicológico que se caracteriza por un *miedo* intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas¹ como, por ejemplo, a los insectos (*entomofobia*) o a los lugares cerrados (*claustrofobia*). Es un miedo persistente e irracional a un determinado objeto, animal, actividad o situación que ofrece poco o ningún peligro real.

G

Genética: En el campo de la *biología* que busca comprender la herencia biológica que se transmite de generación en generación. Genética proviene de la palabra γένος (*gen*) que en griego significa "*descendencia*".

H

Herencia: En *genética*, la *herencia* es el conjunto de caracteres *fenotípicos* y del *genoma* que transmite un individuo a la descendencia.

Heterogéneo: Compuesto de partes de diversa naturaleza.

Hiperactividad: Conducta caracterizada por un exceso de actividad.

Hipertonía: Tensión exagerada, especialmente en el tono muscular, con aumento de la resistencia al estiramiento pasivo.

Hipomanía: Es un estado afectivo caracterizado por un *ánimo* persistentemente alzado, expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por *pensamientos* y *comportamientos* consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal.

Hipoestesia: Trastorno de la percepción que consiste en una distorsión sensorial a causa de una disminución de la intensidad de las sensaciones, de tal forma que los estímulos se perciben de una forma anormalmente atenuada.

Hipoquinesia: Disminución o lentitud de los movimientos involuntarios asociados, que da origen a numerosos signos descritos en la EP.

Homogéneo: Perteneciente o relativo a un mismo género, poseedor de iguales caracteres.

I

Integral: Global, unión de partes. Ejemplo: Programa de tratamiento

Intervención: Tomar parte en un asunto.

Interactividad: Que procede por interacción.

Interdisciplinariedad: Dicho de un estudio o de otra actividad: Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

L

Latencia: Tiempo que transcurre entre un estímulo y la respuesta que produce, y, en particular, lapso entre el momento en que se contrae una enfermedad y la aparición de los primeros síntomas.

M

Metáfora: Aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión; p. ej., *el átomo es un sistema solar en miniatura*.

Mialgia: Dolores musculares que pueden afectar a uno o varios *músculos* del cuerpo y pueden estar producidos por causas muy diversas. Estos dolores musculares pueden acompañarse en ocasiones de debilidad o pérdida de la fuerza y dolor a la palpación.

N

Neurona: (Del griego νευρον, cuerda, nervio¹) son un tipo de *células* del *sistema nervioso* cuya principal característica es la *excitabilidad* eléctrica de su *membrana plasmática*. Las neuronas están especializadas en la recepción de estímulos y conducción del *impulso nervioso* (en forma de *potencial de acción*) entre ellas o con otros tipos celulares, como por ejemplo las *fibras musculares* de la *placa motora*. Altamente diferenciadas, la mayoría de las neuronas no se dividen una vez alcanzada su madurez; no obstante, una minoría si lo hacen. Las neuronas presentan unas características *morfológicas* típicas que sustentan sus *funciones*: un cuerpo celular o «*pericarion*», central; una o varias prolongaciones cortas que generalmente transmiten impulsos hacia el soma celular, denominadas *dendritas*; y una prolongación larga, denominada *axón* o «*cilindroeje*», que conduce los impulsos desde el soma hacia otra neurona u órgano diana.

Neurodegenerativo: Destrucción o *muerte* progresiva de las neuronas de los distintos *sistemas* o estructuras nerviosas.

P

Predisposición: Inclinação o actitud que se tiene ante una cosa. Tendencia fisiológica, hereditaria o adquirida, a contraer determinadas enfermedades.

Prevalencias: Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Es la probabilidad de que un individuo sea un caso en cualquier momento de un determinado período de tiempo.

Psicoanálisis: Método de tratamiento de enfermedades mentales a partir del análisis de los impulsos instintivos reprimidos por la conciencia, impulsos que influyen en las personas de manera inconsciente; para ello se utilizan la hipnosis, la interpretación de los sueños o la asociación libre de ideas.

El psicoanálisis busca ser también:

- Un método de *introspección* y de exploración del inconsciente.
- Una técnica terapéutica para el tratamiento de las enfermedades mentales.
- Una técnica usada para formar psicoanalistas (es un requisito básico en la formación psicoanalítica someterse a un tratamiento psicoanalítico).
- Un método de análisis crítico aplicable a la historia y la cultura.
- Un movimiento que busca defender y asegurar la aceptación de la teoría y la técnica.

Psicología: La psicología (del griego clásico ψυχή, *psique*, *alma* o "actividad mental", y -λογία "-logía", tratado, estudio) es la ciencia que estudia la conducta o los comportamientos de los individuos. La psicología es la *disciplina* que investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: *psico-* (actividad mental o alma) y *-logía* (*estudio*). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.

Psicología cognitiva: Es una escuela de la *psicología* que se encarga del estudio de la *cognición*, es decir los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la *percepción*, la *memoria* y el *aprendizaje*, hasta la formación de conceptos y *razonamiento lógico*. Por cognitivo entendemos el acto de *conocimiento*, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.

Psiquiatría: (Del griego psiqué, alma, e iatría, curación) La psiquiatría es la ciencia que se dedica al *estudio* y tratamiento de las enfermedades mentales. Su *objetivo* es prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente.

Psicoeducación: La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con *esquizofrenia*, *depresión*, *ansiedad*, *psicosis*, *desordenes alimenticios* y *trastornos de personalidad*. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su

propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Psicopatología: El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (psyjé): alma o razón. *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en dos sentidos:

1. Como designación de un área de estudio: aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como *enfermedades o trastornos mentales*.
2. Como término descriptivo: aquella referencia específica a un signo o síntoma, precursor o perteneciente a una *enfermedad o trastorno*.

Psicoprofilaxis: Se trata de una práctica de límites precisos que se ubica en intersección interdisciplinaria de la *Psicología* y la *Medicina*. Dicha intersección posibilita integrar al "psi" en equipos y servicios quirúrgicos. Su práctica no se limita a la asistencia psicológica de enfermos quirúrgicos, se extiende a su familia, se integra interdisciplinariamente, con y en el equipo quirúrgico. En esta práctica el espectro de aplicaciones es heterogéneo, dado que los procedimientos quirúrgicos están en relación con la enfermedad en sí, el órgano, aparato o sistema comprometido; los riesgos, la complejidad del acto médico. Además, posibilita detectar precozmente síntomas psicológicos que pueden afectar el curso de la enfermedad y requieren asistencia psicológica en: oncología, trasplantes de órganos, urgencias y emergencias, cuidados intensivos, *cuidados paliativos* y pacientes con límite de vida, entre otras especialidades.

Psicoterapia: La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. Tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia.

S

Serotonina: Neurotransmisor que se sintetiza a partir del aminoácido triptófano. En el cerebro las vías serotoninérgicas ejercen principalmente un control inhibitor. La serotonina o 5HT está relacionada con los estados emocionales y el estado de ánimo, se cree que la serotonina representa un papel importante como *neurotransmisor*, en la inhibición de la *ira*, la *agresión*, la *temperatura corporal*, el *humor*, el *sueño*, el *vómito*, la *sexualidad*, y el *apetito*. Estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión.

Síndrome: Un síndrome se caracteriza por agrupar diversos síntomas que caracterizan una determinada enfermedad o bien describe al grupo de fenómenos propios de una situación específica. En *medicina*, un síndrome (del griego συνδρομή *syndromé*, 'concurso') es un cuadro clínico o conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de *síntomas* y *signos* (*datos semiológicos*), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.

Síntoma: En medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por un estado *patológico* o *enfermedad*.

El término síntoma se contrapone a *signo clínico*, que es un dato objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas. Ejemplos de síntomas son: la *distermia* o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal (sensación de *fiebre*, *escalofrío*), el *mareo*, la *náusea*, el *dolor*, la *somnolencia*, etc.

T

Terapia: En *medicina*, tratamiento es el conjunto de medios de cualquier clase, *higiénicos*, *farmacológicos*, *quirúrgicos* o físicos (véase *fisioterapia*) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las *enfermedades* o *síntomas*, cuando se ha llegado a un *diagnóstico*. Son sinónimos *terapia*, *terapéutico*, *cura*, *método curativo*.

Terapéutica: Parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades.

Trastorno: El término trastorno tiene diferentes usos. Puede hacer referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (APA, 1994), el conjunto de patologías categorizadas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se caracterizarían por alteraciones generalizadas en diversas áreas del desarrollo del individuo, principalmente en tres dimensiones específicas: la interacción social, la comunicación y la presencia de intereses y actividades estereotipadas, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la *CIE-10* de la *Organización Mundial de la Salud* y el *DSM-IV-TR* de la *Asociación Psiquiátrica Americana*). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

Fuentes:

1. Linazasoro G. Trastornos del movimiento inducido por fármacos. En: López del Val J, Linazasoro G. Los Trastornos del Movimiento. 3ª Edición. Madrid. Línea de Comunicación. 2004; 249-262.
2. http://www.encyclopedia-medicina.com21x.com/info/medicina-familiar/ACINESIA-Enciclopedia-basica-de-medicina-familiar_974499514_p.html
3. Instituto Nacional de Desórdenes neurológicos y derrames cerebral (Septiembre 2012) Distonía (en línea) Medline Plus : US. Recuperado 26 de Octubre del 2012.
4. Diccionario de Especialidades Farmacéutica 2008.
5. Manual de Psicofarmacología; Ed. Chavez-Leon E; Del Bosque G J; Ontiveros U MP; Asociación Psiquiátrica Mexicana: Primera Edición 2007.

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
SECRETARÍA DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
<p>Dra. Mercedes Juan López Secretaria de Salud</p> <p>Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud</p> <p>Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Gerardo Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Dr. Jorge Francisco Brito Ratia Director de Desarrollo de Modelos de Atención de Salud Mental</p>	

