



**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Enfermería de Huesca**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2015 / 2016

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Esquizofrenia y dependencia a tóxicos.  
Programa de Educación para la Salud dirigido a  
familiares de enfermos con Patología Dual.**

**Autora:** Nerea Angulo Atucha

**Directora:** Concepción Rubio Soriano

## ÍNDICE

Pág.

<b>1 - RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>2 – INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
2.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
2.2 JUSTIFICACIÓN .....	7
<b>3 - OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>4 - METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>5 – DESARROLLO.....</b>	<b>13</b>
5.1 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA .....	13
5.2 - PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA .....	24
5.2.1 - <i>Objetivos del programa</i> .....	24
5.2.2 - <i>Redes de apoyo</i> .....	25
5.2.3 - <i>Población diana y contexto social</i> .....	25
5.2.4 - <i>Selección de los participantes</i> .....	25
5.2.5 - <i>Organización de las sesiones</i> .....	25
5.2.6 - <i>Recursos</i> .....	37
5.2.7 – <i>Presupuesto</i> .....	37
5.2.8 – <i>Cronograma del programa</i> .....	38
<b>6 – CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>7 – BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>

## 1 - RESUMEN

**Introducción:** La patología dual se define como la comorbilidad de una enfermedad mental y un trastorno adictivo por tóxicos. En la esquizofrenia dicha comorbilidad asciende a tasas de hasta el 80%. Todavía no se conoce la relación que hay entre ellas por lo que se ha convertido en un reto terapéutico. No hay que olvidar las graves consecuencias en el pronóstico del paciente y el impacto que supone en la familia. Para ello, se han desarrollado intervenciones psicoeducativas familiares.

**Objetivos:** Diseñar un programa de educación para la salud dirigido a la formación de familiares de enfermos con esquizofrenia y adicción a tóxicos dentro de un plan de cuidados estandarizado.

**Metodología:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, portales en línea y repositorios científicos. Se consultaron, además, guías y libros de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

**Desarrollo:** Se selecciona la población diana con la que se va a trabajar, se difunde el programa y se organiza la formación. Se diseñan 10 sesiones educativas de 1 hora y media cada sesión durante 6 meses de tiempo para un grupo de 15-20 personas que incluyen contenido didáctico y pedagógico, de dinámica familiar y emocional.

**Conclusiones:** Se ha elaborado una propuesta de programa educativo mediante el cual se detectan las necesidades de las familias que requieren intervención profesional, refuerza el autocuidado y previene recaídas. Todo ello, con vistas a una futura puesta en marcha y estudio de resultados.

**1.1 Palabras clave:** Trastornos relacionados con sustancias, Esquizofrenia, Rehabilitación, Diagnóstico dual (Psiquiatría), Familia, Terapia familiar, Recursos en salud, Emoción expresada

“¿Cómo puedo librarme de vosotras, voces?  
¿Cómo puedo irme si siempre estáis detrás de mí? [...] Mientras tenga pensamientos seréis el fantasma. Mientras haya noche estaréis en la oscuridad.” – *Sharon LeClaire*

## 2 – INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, ha sido en las últimas décadas cuando se han aumentado los esfuerzos en la búsqueda de una significación adecuada al concepto “patología dual”. Finalmente, la atención se ha centrado en la interacción de dos entidades nosológicas en una misma persona; una de ellas perteneciente al dominio de los trastornos psiquiátricos y la otra al de la dependencia de sustancias psicoactivas.<sup>(1)</sup>

En un lenguaje más coloquial, la Sociedad Española de Patología Dual la define como la comorbilidad de un trastorno relacionado con el abuso de sustancias tóxicas y otro trastorno mental grave. <sup>(2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)</sup>

Haciendo referencia a un estudio realizado en 2008 con 257 pacientes de centros psiquiátricos de Madrid en el que un 81,2% de las personas ingresadas con patología dual estaban diagnosticadas de esquizofrenia o de psicosis esquizofreniforme, se puede afirmar que de entre los trastornos mentales asociados al abuso de tóxicos (depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de personalidad etc.) el que prevalece es el trastorno psicótico. <sup>(2, 9, 10)</sup>

Es por ello que en este trabajo se va a centrar la atención en **pacientes con patología dual diagnosticados de esquizofrenia.**

Además, es un hecho ampliamente demostrado que las personas que padecen trastornos mentales graves presentan un riesgo elevado de consumir tóxicos pero, a su vez, resulta muy difícil afirmar si son entidades independientes o no, así como identificar cuál se trata del trastorno primario y cuál el secundario o inducido.

Sin embargo, lo que sí se conoce con certeza es que se presenta una situación con muy mal pronóstico. La persona con esquizofrenia no es capaz de establecer un equilibrio entre sus emociones, su mente y el mundo que le rodea y esto coloca al paciente en una situación de vulnerabilidad para la adicción. <sup>(5, 9, 11, 12)</sup>

Por dichos motivos, estos pacientes son considerados como un reto terapéutico para los profesionales que los tratan y para los sistemas sanitarios que deben administrar los cuidados pertinentes a caballo entre dos redes asistenciales: la red de atención a drogodependencias y la red salud mental. <sup>(13)</sup>

Sin embargo, se hace referencia a la dificultad del abordaje terapéutico, sin prestar atención a la verdadera dificultad: las graves consecuencias que se derivan del abuso de sustancias. <sup>(6, 14)</sup>

Mayor tasa de suicidios y recaídas, comportamiento más agresivo, violento y criminal, baja adherencia al tratamiento, mayor uso de servicios de urgencias, además de presentar mayores y más severos problemas legales. Inestabilidad familiar y de salud, debido a una mayor severidad de síntomas psicóticos, como indica la utilización de la escala PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale), marginación social y mayores dificultades de acceso a la red asistencial. <sup>(2, 10, 13, 15, 16, 17)</sup>

## **Intervenciones familiares**

En los años 50 se desarrollaron unas teorías que culpabilizaban de la enfermedad al sistema familiar. Fue entonces, en los años 70 cuando, en base al rechazo de este enfoque, surgieron las intervenciones basadas en la orientación familiar. Dos fueron las fuerzas que motivaron aquel cambio: la “reforma psiquiátrica” con la desinstitucionalización de los pacientes mentales, que dejó a las familias sin preparación para cuidar del familiar y la tendencia a responsabilizar a la familia de la enfermedad mental. <sup>(18, 19, 20)</sup>

En la actualidad, las intervenciones familiares psicoeducativas constituyen una de las modalidades de tratamiento más extendidas y con mayor evidencia científica. En ellas la familia toma el papel de auxiliar terapéutico y no de paciente. <sup>(18, 21)</sup>

El papel de enfermería en este campo consiste en evaluar las necesidades más acuciantes que presenta la familia y desarrollar programas educativos para facilitar estrategias que les permitan adaptarse al estrés y a los cambios que van a producirse en el núcleo familiar, reduciendo la EE como medio de contención para garantizar un entorno propicio para su rehabilitación y recuperación y prevenir las recaídas, ofreciéndoles, a su vez, oportunidades para comentar sus problemas. <sup>(22, 23, 24)</sup>

De los resultados extraídos de los estudios epidemiológicos se concluye que una duración mínima de 6 meses reduce indiscutiblemente la tasa de recaídas y de hospitalización psiquiátrica, así como, la mejora de la adherencia al tratamiento. (21, 24, 25, 26)

Valga como ejemplo el estudio realizado en Andalucía por Godoy y Muela con 25 pacientes, en el que tras un programa de intervención familiar con una fase previa de evaluación (9 meses), psicoeducación e intervención individualizada y una fase de seguimiento posterior al mismo (24 meses) con un grupo experimental y otro control se reflejaron tan solo un 27% de recaídas. (24)

## 2.1 Epidemiología

Se dispone de escasos datos exactos sobre la prevalencia de la patología dual en la población general, sin embargo, se han podido extraer tres conclusiones de la revisión de diversos estudios epidemiológicos:

- Entre el 25-50% de los pacientes psiquiátricos integrados en la red de salud mental presentan patología dual. (13, 27, 28)
- Del total de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia entre el 50-60% presentan problemas asociados a sustancias. (5, 8, 12, 16, 41)
- Dicha prevalencia es 4-5 veces mayor que en la población general y 6 veces mayor que en otros trastornos psiquiátricos. (2, 5, 16, 12)

Además, se han extraído los resultados de tres grandes estudios realizados en EEUU y en España: (4, 5)

ECA	CATIE	Com. De Madrid
"Epidemiological Catchment Area"	"Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness"	"Estudio Epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid"
Año del estudio	1980-1984	2006
Muestra	20219	1460
Ámbito	General (EEUU)	Clínico (EEUU)
		Clínico (España)

<b>Edad</b>	>18 años	> 18 años	> 18 años
<b>Resultados de pacientes psicóticos duales</b>	47% pacientes con esquizofrenia	60% pacientes con esquizofrenia con TUS 37% pacientes duales consumo activo	11% pacientes psicóticos duales

*Tabla I: Comparación de estudios epidemiológicos relativos a la prevalencia de patología dual*

## 2.2 Justificación

El término “puerta giratoria” hace referencia a la tendencia que tienen los enfermos psiquiátricos graves a sufrir recaídas y a tener que ser rehospitalizados en numerosas ocasiones. Uno de los factores que, mayoritariamente, precipita estas recaídas es el ambiente familiar en el que desarrollan su actividad tras el alta.

Es por ello que, siendo la familia el elemento desencadenante de la deficitaria adaptación del enfermo a la comunidad, se ha querido elaborar un programa psicoeducativo dirigido a la formación de las familias; pues se cree que una familia informada sobre el trastorno al que dedica sus cuidados es imprescindible para crear un ambiente idóneo y contenedor en el que hacer posible una correcta recuperación del enfermo.

## 3 - OBJETIVOS

- ◆ **General:** Diseñar un programa de educación para las familias de enfermos esquizofrénicos consumidores de tóxicos dentro un proceso de enfermería.
- ◆ **Específicos**
  - Potenciar la función docente de enfermería mediante el desarrollo de programas de educación para la salud.
  - Detectar cuáles son las necesidades de las familias que requieren intervención enfermera.
  - Prevención de recaídas y rehospitalizaciones.
  - Educar en la resolución de problemas.
  - Recalcar en las familias la importancia de cuidar al cuidador.

## 4 - METODOLOGÍA

Se ha enfocado como un plan enfermero de cuidados estandarizado. Con el planteamiento de los diagnósticos, los resultados esperados y las intervenciones se planifican las actividades a llevar a cabo, a través de las cuales se establece la estructura en la que se va a basar este programa de educación para la salud.

### Búsqueda bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de revista, monografías, guías clínicas, manuales etc. sobre la patología dual en la esquizofrenia y las intervenciones sobre las familias.

Se ha utilizado la terminología en salud consultada en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) combinándola con el operador booleano (AND) en los diversos recursos de búsqueda y se han seleccionado los resultados más útiles para el trabajo. Se han consultado además portales y bibliotecas en línea.

Para la selección de los artículos se han empleado los siguientes criterios:

<b>DE INCLUSIÓN:</b>	Artículos en español o inglés, antigüedad menor a 10 años, texto completo en línea.
<b>DE EXCLUSIÓN</b>	Artículos en idiomas diferentes a español o inglés, antigüedad mayor a 10 años y artículos en los que sólo esté disponible el resumen.

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se recoge la estrategia de búsqueda:

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>DECS</b>	<b>ARTICULOS ENCONTRADOS</b>	<b>ARTICULOS DESECHADOS</b>	<b>ARTICULOS CONSULTADOS (bibliografía)</b>
<b>LILACS</b>	"Esquizofrenia AND "cocaina"	12	11	1(1)
	"Esquizofrenia" AND "Recursos en salud"	0	0	0

<b>LILACS</b>	"Esquizofrenia" AND "Terapia familiar"	15	13	2(33,41)
	"Trastorno relacionado con sustancias" AND "Esquizofrenia"	48	47	1 (10)
<b>IBECS</b>	"Esquizofrenia" AND "Cocaína"	12	11	1(1)
	"Esquizofrenia" AND "Terapia familiar"	22	20	2(21,18)
<b>ADOLEC</b>	"Esquizofrenia" AND "Terapia familiar"	3	3	0
	"Diagnóstico Dual" AND "Recursos en salud"	2	1	2(28,49)
	"Esquizofrenia" AND "Emoción expresada"	1	1	0
<b>PUBMED</b>	"Dual diagnosis (Psychiatry)" AND "Health resources"	10	8	2 (3,6)
<b>SCIENCE DIRECT</b>	"Diagnóstico dual (psiq)" AND "Cocaína"	6	5	1(7)

<b>SCIELO</b>	"Esquizofrenia" AND "Rehabilitación"	3	2	1(2)
	"Esquizofrenia" AND "Emoción expresada"	4	3	1(23)
	"Diagnóstico dual" AND "Esquizofrenia"	2	1	1(10)
<b>DIALNET</b>	"Esquizofrenia" AND "Rehabilitación"	12	11	1(31)
	"Diagnóstico dual (Psiquiatría)" AND "Esquizofrenia"	23	21	2(9,42)
	"Esquizofrenia" AND "trastornos relacionados con sustancias"	7	6	1(16)
	"Esquizofrenia" AND "recursos en salud"	4	3	1(18)
	"Esquizofrenia" AND "terapia familiar"	16	14	2(25. 44)
	"Esquizofrenia" AND "familia"	9	8	1(45)

Tabla III: Bases de datos

PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA	DECS	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESECHADOS	ARTICULOS UTILES
<b>UpToDate</b>	"Substance-related disorders" AND "Schizophrenia "	4	3	1(17)
<b>Joanna Briggs Institute (Centro Colaborador Español)</b>	"Esquizofrenia" AND "Recursos en salud"	3	2	1(15)
<b>Cochrane Library</b>	"Esquizofrenia"	182	181	1(43)

Tabla IV: Práctica basada en la evidencia

REPOSITORIOS	DECS	ARTICULOS ENCONTRADO	ARTICULOS DESECHADOS	ARTICULOS UTILES
<b>ZAGUAN</b>	"Esquizofrenia" AND "familia"	4	3	1(32)
	"Psiquiatría"	19	18	1(14)
<b>Universidad Rey Juan Carlos</b>	"Esquizofrenia" AND "Diagnóstico Dual"	5	2	1(39)

Tabla V: Repositorios

<b>PORTALES</b>	<b>ARTICULOS UTILES</b>
<b>Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)</b>	3(29,36,37)
<b>Consejo General de la Psicología de España</b>	2(12, 24)
<b>Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial</b>	1(37)
<b>Fundación Pfizer</b>	2(34)
<b>Coden</b>	2(13,27)
<b>Asociación Psiquiátrica de América Latina</b>	1(8)
<b>Portal de Salud Comunidad de Madrid</b>	1(43)

Tabla VI: Portales

<b>REVISTAS</b>	<b>ARTICULOS UTILES</b>
<b>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</b>	1(19)
<b>Revista Adicciones</b>	2(11,48)
<b>Revista Toxicomanías</b>	3(4,24, 47)
<b>Revista Española de Drododependencias</b>	1(1)

Tabla VII: Revistas

<b>BUZ</b>	<b>ARTICULOS UTILES</b>
<b>Biblioteca Ciencias de la Salud</b>	7(4, 5, 20, 22, 26, 30,40)

Tabla VIII: Biblioteca Universidad Zaragoza

*Nota: Las bibliografías 24 y 15 se encuentran fuera del rango de inclusión que había establecido (menos de 10 años de antigüedad). Por ello quiero explicar que han sido utilizadas porque se trata de publicaciones con rigor científico que siguen teniendo en la actualidad validez y han sido revisadas posteriormente.*

## 5 – DESARROLLO

Se ha diseñado un Programa de Educación para familiares y cuidadores de enfermos con patología dual que estén o hayan estado ingresados en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Media Estancia “Santo Cristo de los Milagros” en Huesca, Aragón.

### 5.1 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA <sup>(30)</sup>

#### 5.1.1 - 00074 Afrontamiento familiar comprometido

<b>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</b>	<p><b>R/C</b> falta de información y comprensión necesarias para manejar la situación, desorganización de la dinámica familiar, disminución de la capacidad de brindar soporte, prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.</p> <p><b>M/P</b> resultados poco efectivos al intentar brindar apoyo o ayuda, la persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o por defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del paciente, la persona de referencia demuestra preocupación y/o conocimientos inadecuados del proceso, expresiones de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.</p>
--	---

Tabla IX: Diagnóstico de enfermería 00074 Afrontamiento familiar comprometido

### 5.1.1.1 - Resultados (NOC)

<b>2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente (1)</b>	
<b>Escala</b>	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>220401 Comunicación efectiva</b>	
<b>220409 Aceptación mutua</b>	
<b>220410 Respeto mutuo</b>	
<b>220411 Solución problemas en colaboración</b>	

Tabla X: NOC 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente

<b>2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2)</b>	
<b>Escala</b>	Inadecuado (1) Ligeramente adecuado (2) Moderadamente adecuado (3) Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>220503 Conocimiento del proceso de la enfermedad</b>	
<b>220504 Conocimiento del plan de tratamiento</b>	
<b>220505 Adhesión al plan de tratamiento</b>	
<b>220509 Monitorización de la conducta del receptor de los cuidados</b>	
<b>220515 Provisión de un entorno seguro y protegido</b>	

Tabla XI: NOC 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos

## 2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos (3)

<b>Escala</b>	Inadecuado (1) Ligeramente adecuado (2) Moderadamente adecuado (3) Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>220602 Reconocimiento de cambios en el estado de salud del receptor de los cuidados</b>	
<b>220603 Reconocimiento de cambios en la conducta del receptor de los cuidador</b>	
<b>220605 Obtención de los servicios necesarios para el receptor de los cuidados</b>	
<b>220615 Consideración positiva incondicional para el receptor de los cuidados</b>	
<b>220608 Capacidad de solucionar los problemas asistenciales con los profesionales sanitarios directos</b>	

Tabla XII: NOC 2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos

## 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (4)

<b>Escala</b>	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>260003 Afronta los problemas</b>	
<b>260005 Controla los problemas</b>	
<b>260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones</b>	
<b>260007 Expresa libremente emociones</b>	
<b>260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés</b>	
<b>260010 Busca atención para las necesidades</b>	
<b>260012 Establece programas para la rutina y actividades familiares</b>	

**260019 Comparte responsabilidades en las tareas familiares**

**220022 Expresa la necesidad de asistencia familiar**

**220025 Utiliza los recursos de la comunidad disponibles**

Tabla XIII: NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

**2506 Salud emocional del cuidador principal (5)**

<b>Escala</b>	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>250604 Temor</b>	
<b>250606 Culpa</b>	
<b>250607 Depresión</b>	
<b>250608 Frustración</b>	
<b>250609 Ambivalencia con respecto a la situación</b>	
<b>250613 Cargas percibidas</b>	

Tabla XIV: NOC 2506 Salud emocional del cuidador principal

**2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (6)**

<b>Escala</b>	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>260901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo</b>	
<b>260902 Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo</b>	
<b>260904 Piden información sobre el procedimiento</b>	

**260907 Los miembros de la familia animan al miembro enfermo**

**260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de cuidados**

**260911 Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados**

Tabla XV: NOC 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento

#### 5.1.1.2 - Intervenciones (NIC)

**7140 Apoyo a la familia (1, 2, 3, 4, 5, 6)**

Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente

Determinar la carga psicológica que tiene el pronóstico para la familia

Ofrecer una esperanza realista

Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia

Favorecer una relación de confianza con la familia

Aceptar los valores familiares sin emitir juicios

Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores

Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas

Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas

Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas

Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado

Presentar a la familia otras familias que estés pasando por experiencias similares

Tabla XVI: NIC 7140 Apoyo a la familia

**7040 Apoyo al cuidador principal (1, 2, 3, 4, 5, 6)**

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel
- Aceptar las expresiones de emoción negativa
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador
- Proporcionar continuidad de cuidados mediante llamadas telefónicas
- Observar indicios de estrés
- Explorar como lo está afrontando el cuidador
- Enseñar técnicas de manejo del estrés
- Enseñar estrategias de mantenimiento de cuidador sanitarios para sostener la propia salud física y mental
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios
- Enseñar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo

Tabla XVII: NIC 7040 Apoyo al cuidador principal

**7100 Estimulación de la integridad familiar (1, 2, 3, 4, 5, 6)**

- Escuchar a los miembros de la familia
- Establecer una relación de confianza con la familia
- Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad
- Averiguar el grado de culpa que pueda sentir la familia
- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos de culpa
- Determinar las relaciones familiares típicas
- Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos
- Asesorar a los miembros de la familia acerca de las habilidades eficaces susceptibles de ser usadas en problemas adicionales
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia
- Acordar los cuidados que han de prestarse al paciente por parte de los miembros de la familia

Tabla XVIII: NIC 7100 Estimulación de la integridad familiar

### 7110 Fomentar la implicación familiar (1, 2, 3, 4, 5, 6)

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente  
Identificar las expectativas respecto al paciente  
Observar la estructura familiar y sus roles  
Facilitar la comprensión de aspectos médicos  
Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente

Tabla XIX: NIC 7110 Fomentar la implicación familiar

### 5370 Potenciación de roles (1, 2, 3, 4, 5, 6)

- Ayudar al paciente y familia a identificar los roles habituales que desempeñan  
Ayudar al paciente y familia a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o para la creación de nuevos  
Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede  
Facilitar interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles

Tabla XX: NIC 5370 Potenciación de roles

#### 5.1.2 - 00126 Conocimientos deficientes del cuidador (proceso de enfermedad y procedimientos terapéuticos)

<b>00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DEL CUIDADOR (PROCESO DE ENFERMEDAD Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS)</b>	<p><b>R/C</b> falta de exposición, limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje, mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener la información.</p> <p><b>M/P</b> verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos inapropiados (hostilidad, agitación, apatía)</p>
---	---

Tabla XXI: Diagnóstico 00126 Conocimientos deficientes del cuidador

### 5.1.2.1 - Resultados (NOC)

<b>1811 Conocimiento: actividad prescrita (1)</b>	
<b>Escala</b>	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>181101 Actividad y ejercicio prescrito</b>	
<b>181102 Propósito de la actividad</b>	
<b>181103 Efectos esperados de la actividad</b>	

Tabla XXII: NOC 1811 Conocimiento: actividad prescrita

<b>1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad (2)</b>	
<b>Escala</b>	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)
<b>Indicadores</b>	
<b>180303 Causa o factores contribuyentes</b>	
<b>180305 Efectos de la enfermedad</b>	
<b>180306 Signos y síntomas de la enfermedad</b>	
<b>180308 Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad</b>	
<b>180314 Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia</b>	
<b>180316 Grupos de apoyo disponibles</b>	
<b>180317 Fuentes acreditadas de información específica de la enfermedad</b>	

Tabla XXIII: NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

### 1808 Conocimiento: medicación (3)

<u>Escala</u>	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)
<u>Indicadores</u>	
<b>180802 Declaración del nombre correcto de la medicación</b>	
<b>180819 Efectos terapéuticos de la medicación</b>	
<b>180820 Efectos secundarios de la medicación</b>	
<b>180810 Administración correcta de la medicación</b>	

Tabla XXIV: NOC 1808 Conocimiento: medicación

### 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico (5)

<u>Escala</u>	No del todo satisfecho (1) Algo satisfecho (2) Moderadamente satisfecho (3) Muy satisfecho (4) Completamente satisfecho (5)
<u>Indicadores</u>	
<b>300901 Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad</b>	
<b>300917 Información proporcionada sobre las respuestas emocionales habituales</b>	
<b>300905 Ayuda con la identificación de grupos de apoyo social para la familia</b>	
<b>300906 Discusión de estrategias para afrontar alteraciones mentales</b>	
<b>300909 Asesoramiento proporcionado para mejorar el funcionamiento emocional</b>	
<b>300913 Apoyo para expresar sentimientos</b>	
<b>300915 Apoyo para identificar vías de afrontamiento al estrés</b>	

Tabla XXVI: NOC 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico

### 1813 Conocimiento: régimen terapéutico (4)

<u>Escala</u>	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)
<u>Indicadores</u>	
<b>181310 Proceso de la enfermedad</b>	
<b>181301 Justificación del régimen terapéutico</b>	
<b>181302 Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual</b>	
<b>181315 Técnicas de automonitorización</b>	
<b>181306 Medicación prescrita</b>	
<b>181316 Beneficios del tratamiento de la enfermedad</b>	

Tabla XXV: NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico

### 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (6)

<u>Escala</u>	No del todo satisfecho (1) Algo satisfecho (2) Moderadamente satisfecho (3) Muy satisfecho (4) Completamente satisfecho (5)
<u>Indicadores</u>	
<b>301222 Explicación del diagnóstico médico</b>	
<b>301219 Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles</b>	
<b>301205 Explicación de los efectos de las medicaciones terapéuticas</b>	
<b>301216 Explicación de recursos sanitarios disponibles</b>	
<b>301220 Calidad del material educativo proporcionado</b>	

Tabla XXVII: NOC 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza

### 5.1.2.2 - Intervenciones (NIC)

#### 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad (2, 3, 4)

Evaluar el nivel actual de conocimientos del familiar relacionado con el proceso de enfermedad específico

Ayudar al paciente y familia a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o para la creación de nuevos

Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad

Identificar etiologías posibles

Evitar las promesas tranquilizadoras vacías

Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones

Tabla XXVIII: NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

#### 5604 Enseñanza: grupo (1, 2, 3, 4, 5, 6)

Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje

Coordinar los recursos dentro de la institución para formar una comisión de planificación/asesoramiento que pueda contribuir a los resultados positivos del programa, y proporcionar un foro para asegurar el compromiso con el programa

Definir la población diana potencial

Escribir los objetivos del programa

Definir las áreas de contenido

Escribir los objetivos del aprendizaje

Realizar una descripción del trabajo para el coordinador responsable de la educación del paciente

Proporcionar un programa escrito que incluya contenido, fechas, horas y lugares para las familias

Orientar a la familia al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir

Establecer las formas de evaluación del programa

Tabla XXIX: NIC 5604 Enseñanza: grupo

**5520 Facilitar el aprendizaje (1, 2, 3, 4, 5, 6)**

Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender

Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables

Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del familiar

Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje

Establecer la información en una secuencia lógica

Relacionar la información con las necesidades/deseos del familiar

Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante

Fomentar la participación activa

Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible

Tabla XXX: NIC 5520 Facilitar el aprendizaje

## 5.2 - PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

### 5.2.1 - Objetivos del programa (18, 19, 26, 31, 32, 33)

- Construir una alianza familiar
- Proporcionar información sobre la comorbilidad en el uso de sustancias tóxicas y la esquizofrenia
- Orientar sobre problemas de conducta y conflictos que ocasiona la comorbilidad
- Asesorar en la gestión del estrés familiar y la carga sobre el cuidador.
- Reducir expresiones de angustia y culpa dentro de la familia que perjudican la atmósfera rehabilitadora.
- Mejorar la comunicación familiar que están interfiriendo significativamente en la estabilidad psicopatológica y en el funcionamiento del paciente.
- Fomentar la empatía en la familia (mediante actividades de ocio, identificación de intereses familiares, mediación del conflicto).

### **5.2.2 - Redes de apoyo**

Contaremos con el apoyo de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) y de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) quien puso en marcha en 2015 un programa de atención específica a la Patología Dual.

### **5.2.3 - Población diana y contexto social**

Este programa está enfocado a cuidadores (padres, hijos, tíos...) que tengan algún familiar diagnosticado de esquizofrenia y sean consumidores de sustancias psicoactivas.

### **5.2.4 - Selección de los participantes**

Se establece como criterio de inclusión al programa, tener o haber tenido un familiar ingresado en una Unidad de Psiquiatría de Corta o Media Estancia de la Provincia de Huesca.

Tres meses antes al comienzo del programa, la enfermera realizará la búsqueda de las familias susceptibles de necesitar ser integradas al programa de psicoeducación mediante la revisión de las historias clínicas.

Aproximadamente dos meses antes y una vez preseleccionadas las familias y establecido un grupo aproximado, se dispondrá a la difusión del programa entre dichas familias mediante hojas informativas, carteles y correos electrónicos. De esta fase, se extraen las familias interesadas en participar. Para lo cual, se les entregará o enviará una ficha de inscripción para la reserva de plaza.

Posteriormente, cuando falte un mes para el comienzo del programa, se planificarán las sesiones que van a llevarse a cabo.

### **5.2.5 - Organización de las sesiones**

El programa psicoeducativo "Hogar, dulce hogar" está planificado para un grupo máximo de 15-20 personas. En caso de haber un número mayor de interesados se realizarán dos grupos. Para dicha organización, se requerirá que los participantes rellenen una hoja de inscripción que se facilitará en el mostrador de conserjería del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros". (**ANEXO I**)

La periodicidad va a resultar de 6 meses ya que es el periodo que se considera apropiado para comenzar a producir cambios en las familias y poder evaluar así, la efectividad del programa. (30, 42, 44,13)

El plan constará de 10 sesiones de 90 minutos en horario de 12:00 a 13:30, el primer y último lunes de cada mes, salvo el tercer y cuarto mes que sólo se les citará para una sesión.

Las sesiones se llevarán a cabo en solitario o en presencia del paciente, según estime enfermería y en colaboración de otros profesionales sanitarios según las exigencias del programa.

A continuación, se explican brevemente las sesiones:

## MES 1

### 1ª SESIÓN

La primera sesión comienza con el reparto de trípticos informativos del contenido de las sesiones a todos los participantes. (**ANEXO II**)

Primeramente, se realiza una presentación de los miembros de la familia y del personal que va a colaborar en el programa para crear un ambiente de confianza y una buena relación sanitario-paciente. A continuación, se pide que cada familia dibuje un genograma para dar a conocer a la enfermera el sistema familiar en el que está integrado el enfermo y que lo entreguen al finalizar la sesión.

En este punto, la enfermera, junto el resto del equipo, explica el propósito del programa y cuáles son los objetivos del mismo, así mismo resume el contenido de las sesiones.

Seguidamente, se entregan unos cuestionarios dónde deberán responder a una serie de preguntas acerca del conocimiento que tienen sobre la patología dual y su afrontamiento para dar a la enfermera una idea de cuáles son los aspectos en los que debe incidir más. (**ANEXO III**)

Y para finalizar, se pide que individualmente expresen qué esperan de este programa y si tienen alguna petición en especial.

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Presentación familias y personal</b>	Crear una alianza terapéutica	Decir el nombre y por qué está en el programa	-	15 minutos

<b>Genograma</b>	Conformar sistema familiar	Las familias dibujarán su árbol genealógico partiendo del enfermo.	Cuadernos y bolígrafos	20 minutos
<b>Explicación programa</b>	Informar transmitir confianza	La enfermera explicará qué se busca con su participación y la consecución de las actividades que van a llevarse a cabo.	-	30 minutos
<b>Cuestionario</b>	Evaluar los conocimientos de las familias sobre la patología dual previos al programa psicoeducativo	Se entregarán las encuestas a cada participante que deberán llenar según sus conocimientos	Fotocopias del cuestionario y bolígrafo	15 minutos
<b>Peticiones</b>	Dar la oportunidad de expresar emociones y necesidades	Se pedirá que, voluntariamente, quien quiera puede intervenir y contar algo que le inquiete y que desee que sea resuelto durante el programa	-	10 minutos

*Tabla XXXI: Sesión 1*

**MES 1****2ª Sesión**

Comenzar con la técnica brainstorming o lluvia de ideas con el objetivo de dinamizar la sesión y que todos los asistentes participen. Se proponen temas específicos relacionados con el cuidado de los enfermos con patología dual como, por ejemplo: "sentimientos", "necesidades" etc. de los que las familias deben decir en voz alta lo que les sugiera en ese momento; sean palabras, expresiones, emociones etc.

Para finalizar la sesión, se proyecta un video de Documentos TV titulado "La locura de las drogas" en el que se refleja la realidad de esta enfermedad y se exponen testimonios de enfermos que luchan desesperadamente por no recaer y de familiares que sacan fuerzas de flaqueza para ayudarles a superar las crisis. La finalidad es que vean su realidad reflejada en otras familias y sientan que no están solos.

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Técnica brain-storming</b>	Poner en común diferentes conocimientos y opiniones sobre la enfermedad	Se realizarán preguntas abiertas sobre la esquizofrenia y las adicciones que los asistentes contestarán voluntariamente de forma ordenada	-	30 min
<b>Documental "La Locura de las drogas"</b>	Dar apoyo emocional y motivar	Proyección del vídeo y exposición de conclusiones	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	1 hora

Tabla XXXII: Sesión 2

**MES 2****3<sup>a</sup> Sesión**

Mediante la presentación de un Power Point se explica en qué consiste la enfermedad de la esquizofrenia unida al abuso de sustancias psicoactivas, las características demográficas predominantes, las sustancias más utilizadas y las teorías etiopatogénicas existentes en la actualidad. Para facilitar su comprensión se entregan photocopies de apoyo con el contenido resumido. (**ANEXOS IV, V, VI**)

<b>CONTENIDO SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS PERSEGUIDOS</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL UTILIZADO</b>	<b>DURACIÓN</b>
<b>Descripción general de la patología dual: perfil del paciente</b>	Qué es la patología dual y qué características predominan	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	30 minutos
<b>Sustancias</b>	Breve descripción de las sustancias más consumidas por estos pacientes	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	30 minutos
<b>¿Por qué en mi familia?: Teorías etiológicas</b>	Explicar cuáles son los factores que precipitan su aparición	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	30 minutos

Tabla XXXIII: Sesión 3

## MES 2

### 4<sup>a</sup> Sesión

De la misma manera que en la sesión anterior, se utiliza una presentación en Power Point para dar a conocer un tema teórico. En este caso se tratan los signos y síntomas de la esquizofrenia y la manera en que se ven aumentados o disminuidos por el abuso de tóxicos. La sesión se apoya con una fotocopia que se les entrega con el contenido resumido. (**ANEXO VII**)

La segunda parte de la sesión consiste en leer una historia de un caso real de patología dual. Se pide a los familiares que clasifiquen los síntomas descritos por el autor de la historia, en positivos o negativos, que describan cómo se han sentido al escucharlo y si se sienten identificados con las situaciones que se presentan, de qué manera las manejan. Se entregará un recordatorio de los pasos a seguir. (**ANEXO VIII**)

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Signos y síntomas</b>	Dar a conocer la clasificación de los síntomas en la esquizofrenia	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	30 minutos
<b>Historia real: Cómo manejar conductas delirantes</b>	Identificar síntomas y educar en estrategias	Se extraerán de un testimonio real los aspectos que nos ayudan a comprender al paciente y se definirán estrategias de abordaje.	-	1 hora

Tabla XXXIV: Sesión 4

**MES 3****5<sup>a</sup> Sesión**

En esta sesión se describen las opciones de tratamiento farmacológico que existen en la actualidad, para lo cual se cuenta con la colaboración del psiquiatra quien presenta un documento informativo donde esquematice los fármacos que deben conocer, con el nombre comercial y el principio activo. (**ANEXO IX**)

Además, se trata el tema de las recaídas y se puntualiza que una de las razones que las precipita es el abandono de la medicación cuando el paciente cree que ya está recuperado, por lo que se recuerda la importancia de animar al familiar enfermo en la toma de la medicación y de apoyar en el proceso de adhesión.

Para finalizar, se habla de aquellos indicios observables que pueden alertarnos de que se acerca una recaída y de cómo actuar en cada caso. (**ANEXO X**)

<b>CONTENIDO SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS PERSEGUIDOS</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL UTILIZADO</b>	<b>DURACIÓN</b>
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Familiarizar a las familias con la medicación y destacar la importancia de la adherencia al tratamiento	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	40 minutos
<b>Recaídas</b>	Educar en las causas de las recaídas	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	30 minutos
<b>Signos de alarma</b>	Conseguir que las familias adviertan las alertas de recaída y sepan actuar	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	20 minutos

Tabla XXXV: Sesión 5

## MES 4

### 6ª Sesión

Un aspecto extremadamente importante a valorar por enfermería son las actitudes de la familia frente al enfermo y el clima emocional en el que se desarrolla la convivencia. Factores, todos ellos, que podemos englobar en el término “**emoción expresada familiar**” (EE).

Por ello en esta sesión, con el apoyo de psicología, se explica este término mediante la presentación de un Power Point y se comentan diferentes estrategias para lograr una atmósfera familiar de baja emoción expresada, entregando como en todas las sesiones unas hojas de soporte informativo. (**ANEXO XI**)

Se continúa comentando las alternativas de tratamiento psicológico que, en la actualidad, presentan evidencia en disminuir las recaídas focalizando la atención en ejercicios motivacionales (para el abandono del consumo) y en la terapia cognitivo-conductual (cambio de formas de pensamiento y de actuación).

Para finalizar, se realiza un role playing en el que se exponen diferentes situaciones de las que los participantes deben comentar a qué aspecto de la EE equivalen y de qué manera reaccionaban en sus casas y cómo van a hacerlo a partir de ahora.

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Emoción Expresada Familiar</b>	Educar en un factor que precipita la recaída y estrategias para resolver la situación	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	45 hora
<b>Terapias psicológicas</b>	Breve descripción de las alternativas terapéuticas en psicología	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	15 minutos

<b>Role playing</b>	Interiorizar los conceptos teóricos mediante situaciones reales	Interpretación de diferentes papeles existentes en familias con alta EE	-	30 minutos
---------------------	---	---	---	------------

Tabla XXXVI: Sesión 6

## MES 5

### 7ª Sesión

Otro factor de suma importancia a evaluar por enfermería es el impacto que provoca la enfermedad en la familia, también denominado “sobrecarga familiar”. El cuidador se enfrenta a grandes dosis de esfuerzo, energía, tiempo y dedicación que van haciendo que se olvide de su propio bienestar y salud. <sup>(5, 22)</sup>

Se realiza, por tanto, una sesión enfocada a la evaluación de la sobrecarga familiar y a la importancia de repartir responsabilidades. Se entrega material de apoyo donde los familiares deben señalar con una cruz sus propias necesidades. Se proporciona información acerca de cómo deben actuar ante cada una de ellas. (**ANEXO XII**)

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Sobrecarga familiar</b>	Conseguir que los familiares comprendan la importancia de cuidarse a sí mismos	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	1 hora
<b>Necesidad → Solución</b>	Identificación de necesidades y planteamiento de soluciones	Señalar con un cruz	Fotocopias contenido y bolígrafo	30 minutos

Tabla XXXVII: Sesión 7

**MES 5****8<sup>a</sup> Sesión**

La apatía y pérdida de interés que se observa como síntoma de la enfermedad repercute en la realización de actividades básicas como la higiene, cuidado del aspecto, alimentación, vestido etc. A la falta de motivación se une la dificultad que caracteriza a esta enfermedad para priorizar, planificar y organizar tareas. <sup>(32, 34, 35)</sup>

Para ello, en esta sesión se dan pautas para hacer frente a estos comportamientos.

**(ANEXO XIII)**

Además, se trata el tema tabú de la conducta suicida, que, por desgracia, presenta una elevada prevalencia entre los enfermos duales. Con apoyo de material impreso se derriban los mitos y conceptos erróneos que existen en torno al mismo. <sup>(51)</sup>

**(ANEXO XIV)**

<b>CONTENIDO SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS PERSEGUIDOS</b>	<b>TÉCNICA DIDÁCTICA</b>	<b>MATERIAL UTILIZADO</b>	<b>DURACIÓN</b>
<b>Cuidados personales</b>	Educar a los familiares para que comprendan las limitaciones del paciente y provean los cuidados pertinentes	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	45 minutos
<b>Conducta suicida</b>	Derribar mitos y saber enfrentar situaciones difíciles	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	45 minutos

Tabla XXXVIII: Sesión 8

## MES 6

### 9ª Sesión

Se sabe que en las enfermedades mentales graves, el consumo de tóxicos, las recaídas y la medicación producen a la larga un deterioro cognitivo y físico además de problemas legales. (4, 7, 36, 37)

En esta sesión, con la colaboración de la trabajadora social, se proporciona información relativa a los aspectos sociales, legales y ayudas de las que puede disponer y que pueden resultar de su interés. Así como, de los servicios asistenciales disponibles, informando de la falta de recursos específicos para esta patología en la actualidad.

Se comienza informando sobre los términos Discapacidad, Dependencia e Incapacidad legal. Se entrega una hoja con el contenido. (**ANEXO XV**)

A continuación, se habla de los recursos asistenciales que también existen para el apoyo de las familias y se exponen los beneficios de acudir a ellas. (**ANEXO XVI**)

Para finalizar la sesión, mediante una ronda de participación, se pregunta si acuden a alguna asociación de familiares, cuáles conocen, qué experiencia tienen etc.

Y se facilita una dirección que puede resultar de utilidad:

#### **Federación de Asociaciones Aragonesas por la Salud Mental (FEAFES – ARAGÓN)**

Calle Ciudadela, s/n-Parque de las Delicias- Pabellón de Santa Ana – 50017 Zaragoza (Zaragoza); Teléfono: 976 53 24 99; feafesaragon@hotmail.com

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Discapacidad, Dependencia e Incapacidad</b>	Conocer las ayudas disponibles	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	40 minutos

<b>Recursos para familias</b>	Apoyo y confianza	Presentación de un tema preparado en Power Point	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	40 minutos
<b>Ronda de preguntas</b>	Fomentar el intercambio de opiniones	Preguntas y respuestas	-	10 minutos

Tabla XXXIX: Sesión 9

## MES 6

### 10<sup>a</sup> SESIÓN

En la última de las sesiones de este programa, se visualiza el documental “#Di\_capacitados” en el que se muestra de la mano de 14 personas con esquizofrenia y adicciones que hay salida y esperanza a esta enfermedad.

Posteriormente, se realiza el mismo cuestionario efectuado al inicio del programa sobre el nivel de conocimientos de los padres acerca de la enfermedad para evaluar la evolución y la mejora. (**ANEXO III**).

Y por último, para finalizar el programa, se insta a las familias a que hagan una evaluación final y expresen sus opiniones y conclusiones.

CONTENIDO SESIÓN	OBJETIVOS PERSEGUIDOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	MATERIAL UTILIZADO	DURACIÓN
<b>Documental “Di_capacitados”</b>	Lograr que tengan ilusión y esperanza	Visualización de un video y extracción de conclusiones	Ordenador, proyector, pantalla y pen-drive	1 hora 10 minutos
<b>Cuestionario</b>	Evaluar conocimientos post-programa	Responder verdadero o falso	Fotocopias cuestionario y bolígrafo	10 minutos

<b>Conclusiones</b>	Fomentar el intercambio de opiniones y finalizar el programa	Preguntas y respuestas/Expresión de ideas/Dudas	-	10 minutos
---------------------	--	---	---	------------

Tabla XXXX: Sesión 10

### 5.2.6 - Recursos

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
<p>El centro facilitará:</p> <p>Un ordenador, un aula con cañón de proyección, pantalla de proyección, sillas con palas, pizarra y rotuladores. Además, se dispondrá de fotocopias, cuadernos y bolígrafos para todos los participantes y de un pen-drive donde estará grabado el contenido de todas las dinámicas.</p>	<p>El programa será impartido por una enfermera especialista de Salud Mental que tenga experiencia en trabajar con estos pacientes y sus familias en unidades de psiquiatría, centros de día y centros de Rehabilitación Psicosocial. Así mismo, se contará con la colaboración de Psicología, Psiquiatría y de la Trabajadora Social.</p>

Tabla XXXXI: Recursos

### 5.2.7 – Presupuesto

MATERIAL	CANTIDAD	PRECIO/UNIDAD	TOTAL
<b>Hojas informativas (1/familia)</b>	30 unidades	0,02 cents	0,60 cents.
<b>Tríptico informativo a color (1/familia)</b>	40 unidades	0,12 cents.	4,8 €
<b>Carteles DIN A3 a color</b>	5 unidades	0,50 cents.	2,5 €
<b>Ficha de inscripción</b>	25 unidades	0,02 cents.	0,50 cents.

<b>Cuestionario valoración inicial/final (1/persona)</b>	60 unidades	0,02 cents.	1,2 €
<b>Fotocopias contenido</b>	200 unidades	0,02 cents	4 €
<b>Bolígrafos</b>	30 unidades	0,25 cents.	7,5 €
<b>Cuadernos</b>	30 unidades	1 €	30 €
<b>Trabajo enfermera</b>	12 horas	40 €	480 €
<b>Trabajo psicólogo</b>	1,3 horas	40 €	52 €
<b>Trabajo psiquiatra</b>	1,3 horas	40 €	52 €
<b>Trabajo trabajadora social</b>	1,3 horas	40 €	52 €
<b>TOTAL PROGRAMA</b>		<b><u>687,10 €</u></b>	

Tabla XXXII: Presupuestos

### 5.2.8 – Cronograma del programa

	3 M. an tes	2 M. an tes	1 M. an tes	MES 1		MES 2		M E S 3	M E S 4	MES 5		MES 6	
				1er lun	Ult. lun	1er. lun	Ult. lun			1er lun	Ult. lun	1er lun	Ult. lun
<b>Búsqueda familias</b>													
<b>Difusión programa + Ficha inscripción</b>													
<b>Planificar programa + Organizar sesiones</b>													
<b>Sesión 1</b>													
<b>Sesión 2</b>													
<b>Sesión 3</b>													
<b>Sesión 4</b>													
<b>Sesión 5</b>													
<b>Sesión 6</b>													
<b>Sesión 7</b>													
<b>Sesión 8</b>													
<b>Sesión 9</b>													
<b>Sesión 10</b>													

Tabla XXXIII: Cronograma del programa

## 6 – CONCLUSIONES

- Se ha elaborado un programa de educación dirigido a familiares de enfermos con esquizofrenia consumidores de tóxicos.
- La elaboración del programa ha permitido diseñar una herramienta eficaz para detectar las necesidades más alarmantes que se presentan en los familiares a cargo de estos pacientes, así como reforzar en los mismos la importancia de cuidar al cuidador.
- Se han planteado estrategias para que las familias resuelvan situaciones problemáticas que se presenten en el enfermo.
- Con la aplicación de este programa a la población diana se reforzará la función docente que desempeña Enfermería.
- La efectividad de la reducción de la tasa de recaídas queda sujeta a una futura puesta en marcha del Programa, así como a la realización de estudios que objetiven los resultados.

## 7 – BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía utilizada

1. Esfors Hernández J, Villar García M, Rubio Perlado B, Juan-Porcar M, Romero Marmaneu F, Rodriguez M.N et al. Unidad Hospitalaria de Patología Dual Grave: un año de experiencia. *Revista Española Drogodependencias [revista en Internet]*. 2014 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 39(1):31-44. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/131686/65204.pdf?sequence=1>
2. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Mental [revista en la Internet]*. 2014 [citado el 11 de febrero de 2016]; 37(1): 1-101. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es).
3. Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B et al. Dual diagnosis ressource needs in Spain: A National survey of Professionals. *Journal of Dual Diagnosis [Internet]*. 2014 [consultado el 11 de febrero de 2016]; 10(2): 84-90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25392250>
4. Roncero, C, Barral, C, Grau-López, L, Esteve, O, Casas, M. *Patología Dual. Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, SL; 2010
5. Álvarez Vara C.M. et al. *Patología dual en esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Glosa; 2007.
6. Roncero C, Vega P, Martínez-Paga J, Barral C, Basurte-Villamor I, Rodríguez-Cintas L et al. Profesional's perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. *International Journal of Mental Health Systems [Internet]*. 2014 [consultado el 11 de febrero de 2016]; 8:1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25206926>
7. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Men [Internet]*. 2012 [consulta el 11 de febrero de 2016]; 6(3): 1-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-abuso-o-dependencia-cocaina-otros-90207724>

8. Rivera Arroyo G. Memoria científica. Formación en patología dual grave. Castellón: Consorcio hospitalario provincial de Castellón; 2010.
9. Szerman N, Arias Horcajadas F, Vega P, Babín F, Mesías B, Basurte I et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones [Internet]. 2011 [consultado el 11 de febrero de 2016]; 23(3):249-295. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3706087>
10. Rodríguez-Jiménez R, Aragües M, Jiménez-Arriero M.A, Ponce G, Muñoz A, Bagney A et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. Invest. Clin [revista en Internet]. 2008 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 49(2):195-205. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332008000200007](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332008000200007)
11. Márquez-Arrico J, Adan A. Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. Adicciones [revista en Internet]. 2013 [consulta el 21 de febrero de 2016]; 25(3): 195-202. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/46/45>
12. Rodriguez Luna M, Barrientos Torroja M, Rosado Ruiz J, García Benítez C, Reinoso Bellido R, Luque García F, et al. La actividad motivada como estrategia hacia una mejora de la calidad de vida en patología dual. 1a ed. Málaga; 2016.
13. Pérez Buenaventura L, Carralero Montero A, Castro Cerceda T, Fariñas Valiña N, Martí Merlo AB, Simón Navarrete ME. (2010) "El papel de la enfermería en la patología dual" en XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Logroño. [consultado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940C6CF-DF1B-42D4-AFA7-9E66325E5AD8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel\\_Eنfermeria\\_Patolog%C3%ADa\\_dual.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940C6CF-DF1B-42D4-AFA7-9E66325E5AD8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel_Eنfermeria_Patolog%C3%ADa_dual.pdf)
14. Ortega Aladrén, O. ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? [trabajo fin de máster]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>
15. Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para Los Cuidados De Salud Basados En La Evidencia. Eficacia de la terapia individual y de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia. Instituto de Salud Carlos III; 1999. [consultado el 4 de marzo de 2016]; 3(4). Disponible en: [http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1999\\_3\\_4\\_TerapiaEsquizofrenia.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1999_3_4_TerapiaEsquizofrenia.pdf)

16. García Fernández L, Pérez Gálvez B. Asociación entre el síndrome esquizofrénico positivo y los trastornos por abuso de sustancias. Rev. Esp. Drogodependencias [revista en Internet]. 2011 [consultado el 21 de febrero de 2016]; 36(1): 95-100. Disponible en: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n1\\_7.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n1_7.pdf)
17. Campbell C, Caroff S, Mann S. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder : Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2014 [consulta el 11 de febrero de 2016]. Disponible en : <http://www.uptodate.com/contents/co-occurring-schizophrenia-and-substance-use-disorder>
18. Montaño L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Revista Vanguardia Psicológica [revista en Internet]. 2013 [consulta el 21 de febrero de 2016]; 4(1): 86-107. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815165.pdf>
19. García Ramos P, Moreno Pérez A, Freund Llovera M, Lahera Fortea G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet]. 2012 [consultado el 13 de febrero de 2016]; 32(116): 739-756. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16570/16410>
20. Grossman J.A. Intervenciones familiares. En: Stuart G.W, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica. 8º Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. 682-691
21. Mayoral F, Berrozpe A, De la Higuera J, Martínez-Jambrina J.J, Luna J, Torres-González F. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. Rev. Psiquiatr Salud Ment [revista en Internet]. 2015 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 8(2):83-91. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90415178&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=286&ty=125&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v08n02a90415178pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90415178&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=125&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v08n02a90415178pdf001.pdf)
22. Sundeen S.J. Rehabilitación y recuperación psiquiátricas. En: Stuart G.W, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica. 8ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. 239-255
23. Rascón G. Ma. L, Gutiérrez L. Ma.L, Valencia C. M, Murow E. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. Salud Ment [revista en Internet]. 2008 [consultado el 13 de febrero de 2016]; 31(3): 205-

212. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000300006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006&lng=es)
24. Muela Martínez J.A., Godoy García J.F. Programa de intervención familiar en esquizofrenia dos años de seguimiento del estudio de Andalucía. Consejo General de la Psicología de España. [página web en Internet]. 2001 [consultado el 4 de marzo]; 19(3): 421-430. Disponible en: [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/19\\_3\\_4.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/19_3_4.pdf)
25. Schlanger K, Pérez A, Moratalla T, Cáceres J, Macris P. La Terapia Familiar Sistémica en el Trastorno Mental Grave: Una Experiencia en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Clínica Contemporánea. 2010. [consultado el 16 de marzo de 2016]; 1(3): 203-217. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2010v1n3a4.pdf>
26. Conn V, Stuart G. W. Las familias como fuente de recursos, cuidadores y colaboradores. En: Stuart G.W, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica. 8<sup>a</sup> Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. 170-180
27. González Martínez A, Nevado Carrillo L, González Candel C, González Tapias L, Ruiz Iñiguez R, García Guardiola V. (2012) "Papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual" en XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Oviedo. [consultado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990-dfbc114fcae4/Papel\\_Eنfermeria\\_tratamiento\\_patologia\\_dual.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990-dfbc114fcae4/Papel_Eنfermeria_tratamiento_patologia_dual.pdf)
28. Rubio B, Benito A, Juan M, Francés S, Real M, Haro G. Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. Revista española de drogodependencias [revista en Internet]. 2015 [consultado el 3 de marzo de 2016]; 40(3):61-79. Disponible en: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n3\\_4.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n3_4.pdf)
29. Szerman N. Patología Dual en Psicosis. Revista Patología Dual [Internet]. 2015 [consulta el 11 de febrero de 2016]; 2(2):1-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.10>
30. Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis Aitziber, Ruiz de Azúa M<sup>a</sup> A. Patología Dual. 3 vols. Barcelona: Elsevier España; 2010.

31. Caballero Campillo R, Guedea-Marrón y Liébana J.M, González Villajos F.J. La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide. *Revista Casos Clínicos en Salud Mental [revista en Internet]*. 2013 [consulta el 21 de febrero de 2016]; 3:15-38. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4760528.pdf>
32. Germán García J, Martínez León C. Esquizofrenia, papel de la familia en el proceso de la enfermedad [trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013.
33. Cid F, Cavieres A. Efecto del programa psicoeducativo ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat [revista en Internet]*. 2013 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 51(2):102-109. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272013000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200003)
34. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez Ma J. Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. [monografía en Internet] Madrid: Aula Medica; 2014 [consultado el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/Como\\_afrontar\\_la\\_esquizofrenia.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/Como_afrontar_la_esquizofrenia.pdf)
35. González-Fraile E. Programa psicoeducativo para la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia o trastorno esquizotípico [monografía en Internet]. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas; 2014 [consultado el 20 de marzo]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/256299810\\_Programa\\_psicoeducativo\\_para\\_la\\_reduccion\\_de\\_la\\_sobrecarga\\_del\\_cuidador\\_informal\\_del\\_paciente\\_con\\_esquizofrenia\\_o\\_trastorno\\_esquizotipico](https://www.researchgate.net/publication/256299810_Programa_psicoeducativo_para_la_reduccion_de_la_sobrecarga_del_cuidador_informal_del_paciente_con_esquizofrenia_o_trastorno_esquizotipico)
36. Delgado García M. Adolescentes y jóvenes con patología dual. Intervención desde un CAD (Centro de Atención a la Drogodependencia). *Revista Patología Dual [Internet]*. 2015 [consulta el 11 de febrero de 2016]; 2(3):1-5. Disponible: <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.17>
37. 10 basic points on dual Pathology: Addiction and other Mental illness. [Internet]. World Psychiatric Association ; 2010 [consulta el 11 de febrero de 2016]. Disponible en : <http://www.patologiadual.es/docs/wpa-10basic-points-dual-pathology.pdf>
38. Szerman Bolotner N, Arias Horcajada F, Vega Astudillo P, Babín Vich F, Mesías Pérez B, Basurte Villamor I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de

Patología Dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones 2011; 23:249-55.

39. Recio Vivas A. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con patología dual. Análisis de su evolución en un centro de tratamiento específico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
40. Moller M. Respuestas neurobiológicas, esquizofrenia y trastornos psicóticos. En: Stuart G.W, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica. 8<sup>a</sup> Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. 386-416.
41. Fernández Benítez B. Programa psicoeducativo a familiares de usuarios diagnosticados de esquizofrenia. En: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Informaciones psiquiátricas
42. Becerra García J.A. Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Salud y drogas [revista en Internet]. 2009 [consultado el 13 de febrero de 2016]; 9(2): 209-221. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912988005>
43. Jiménez Pietropaolo J, et al. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares. [monografía en Internet]. Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental; 2011 [consultado el 23 de marzo]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA+FAMILIARES+DetecPrev+Conducta+Suicida+2011\\_REv.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310771483300&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA+FAMILIARES+DetecPrev+Conducta+Suicida+2011_REv.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310771483300&ssbinary=true)
44. Navarro Gómez N. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Un revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Psychology, Society & Education [revista en Internet]. 2013 [consulta el 21 de febrero de 2016]; 5(2):139-150. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4761700.pdf>

## **Bibliografía consultada**

- ◆ Flórez-Alarcón L, Castellanos-Morales Carol A. Efectos de la entrevista motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. Rev. Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [consultado el 13 de febrero de 2016]; 14(2): 69-85. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14s2/v14s2a07.pdf>
- ◆ Ingersoll K. Motivational interviewing for substance use disorders. UpToDate [Internet]. 2015 [consulta el 13 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/motivational-interviewing-for-substance-use-disorder>
- ◆ Navarro Gómez N. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Un revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Psychology, Society & Education [revista en Internet]. 2013 [consulta el 21 de febrero de 2016]; 5(2):139-150. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4761700.pdf>
- ◆ Escalante V, Gavloski J. Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de madres de pacientes con esquizofrenia. Anales [revista en Internet]. 2011 [consultado el 22 de febrero de 2016]; 11(1): 149-169. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3653365>
- ◆ De Miguel Fernández, M. El Abordaje Psicoterapéutico en Patología Dual Evidencia Científica. [presentación en Internet]. Universidad de Córdoba: Instituto Provincial de Bienestar Social; 2010 [consultado el 4 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/formacion-residentes/residentes-2010-%202011/intervencion-psicopatologica-en-patologia-dual.ptt>
- ◆ Hettema J, Steele J, Miller W. Entrevista Motivacional. Revista de Toxicomanías. [revista en Internet]. 2008 [consultado el 4 de marzo de 2016]; 52:3-24. Disponible en: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Rets52\\_1.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Rets52_1.pdf)

- ◆ Rowe C.L. Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones. Revista de Toxicomanías. [revista en Internet]. 2013 [consultado el 4 de marzo de 2016]; 70. Disponible en: [http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70\\_3.pdf](http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_3.pdf)
  
- ◆ Rascón Mª L, Gutiérrez Mª de L, Valencia M, Murow E. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. Salud Mental [revista en la Internet]. 2008 [consultado el 14 de marzo de 2016]; 31(3):205-212. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000300006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006&lng=es).

# ANEXOS

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA LOS INTERESADOS.....	<b>51</b>
ANEXO II – TRÍPTICO INFORMATIVO .....	<b>52</b>
ANEXO III – CUESTIONARIO PREVIO DE CONOCIMIENTOS .....	<b>53</b>
ANEXO IV – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	<b>56</b>
ANEXO V - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	<b>56</b>
ANEXO VI – HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS .....	<b>57</b>
ANEXO VII – SÍNTOMAS.....	<b>59</b>
ANEXO VIII – MANEJO DE SÍNTOMAS POSITIVOS .....	<b>60</b>
ANEXO IX – TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	<b>60</b>
ANEXO X – SIGNOS DE ALARMA DE POSIBLE RECAÍDA.....	<b>62</b>
ANEXO XI – EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR .....	<b>63</b>
ANEXO XII – NECESIDADES DEL CUIDADOR .....	<b>65</b>
ANEXO XIII – HÁBITOS DEL ENFERMO.....	<b>66</b>
ANEXO XIV - LA CONDUCTA SUICIDA.....	<b>67</b>
ANEXO XV - DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA E INCAPACIDAD .....	<b>68</b>
ANEXO XVI – BENEFICIOS ASOCIACIONISMO.....	<b>69</b>
ANEXO XVII – CRONOGRAMA .....	<b>70</b>

## Anexo I – FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA LOS INTERESADOS

### FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA EDUCATIVO “Hogar, dulce hogar”

**NOMBRE:** .....

**APELLIDOS:** .....

**ASISTIRÁ:** (marque con un círculo lo que proceda)

**MADRE      PADRE      HIJO/A      OTRO**

**Teléfono de contacto:** .....

**Dirección:** .....

**Población:** ..... **C.P:** .....

**Nacionalidad:** .....

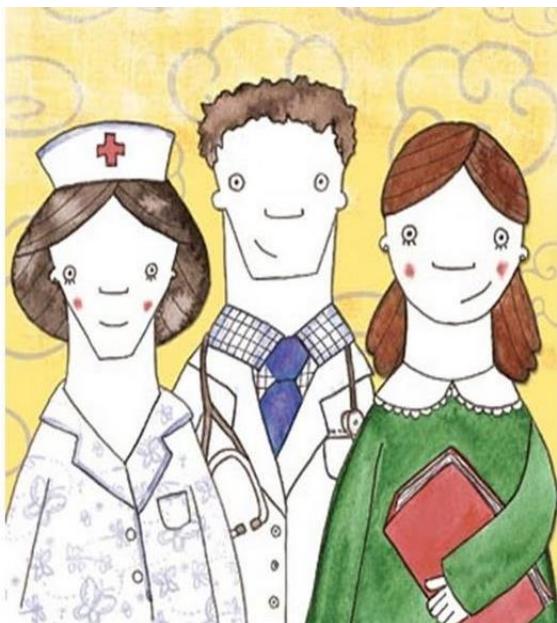
**Huesca, a..... de..... de 2016                          Firma del asistente:**

**En colaboración con:**



## Anexo II – TRÍPTICO INFORMATIVO (Cara 1)

*Entre todos conseguiremos una mejor recuperación.*



**iInscríbete gratis y ÚNETE  
A LA SOLUCIÓN!**

*Sensibles a una vida mentalmente sana...*

CENTRO DE REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL "SANTO  
CRISTO DE LOS MILAGROS"  
Ctra. De Arguís s/n Huesca  
22006

**Colabora:**



**SEPD**

**Programa de  
Educación para la  
Salud dirigido a  
familiares de  
enfermos con  
Patología Dual**

**"Hogar, dulce hogar"**



**ENFERMEDAD MENTAL**

**+ ADICCIÓN**

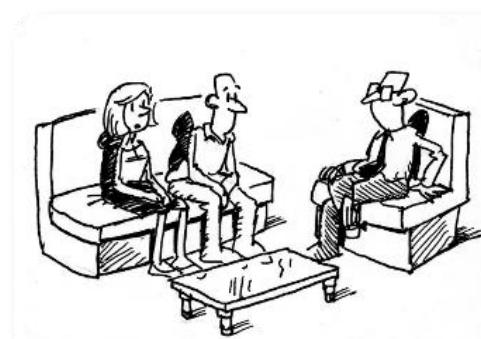
(Cara 2)

## ¿Qué buscamos?

1. Construir **alianza familiar**
2. Proporcionar **información** sobre la enfermedad
3. Orientar sobre la **resolución de problemas y conflictos** con el enfermo
4. Asesorar en el **manejo del estrés**
5. **Disminuir la carga** del cuidador
6. Mejorar la **atmósfera familiar rehabilitadora** disminuyendo los malas emociones
7. Mejorar la **comunicación**

## ¿Qué ofrecemos?

- ◆ **Apoyo emocional**
  - ◆ **Educación**
  - ◆ **Comprensión**
  - ◆ **Asesoramiento sanitario**
  - ◆ **Escucha**
  - ◆ **Respuestas**
- .....



## Justificación

**La familia es la principal fuente de apoyo de un enfermo.**  
**Pero... ¿saben los familiares de qué manera deben administrar los cuidados?**



## Anexo III – CUESTIONARIO PREVIO DE CONOCIMIENTOS

Conteste a las preguntas con verdadero o falso según considere:

1. Las personas diagnosticadas de esquizofrenia no pueden llevar una vida normal.	V	F
2. Las personas con esquizofrenia tienden a recluirse debido a su enfermedad.	V	F
3. Las personas con esquizofrenia suelen consumir drogas para aplacar sensaciones como la apatía, la falta de motivación, problemas de relacionarse etc.	V	F
4. Las personas con esquizofrenia consumen drogas para contrariar a su familia.	V	F
5. Una de las causas que precipitan la aparición de la esquizofrenia son los agentes estresantes familiares.	V	F
6. En la actualidad, hay muchos tratamientos eficaces disponibles que pueden normalizar al paciente.	V	F
7. La falta de iniciativa e interés del paciente se debe a que el paciente se vuelve vago y no a un síntoma de la enfermedad	V	F
8. El tratamiento con fármacos no es necesario para la patología dual.	V	F
9. Los fármacos antipsicóticos sólo se toman cuando vemos que nuestro familiar está en crisis y se debe abandonar el tratamiento cuando remiten los síntomas.	V	F
10. Los tratamientos psicológicos son ineficaces en estos pacientes.	V	F
11. Las relaciones familiares conflictivas son la principal causa de la enfermedad de patología dual.	V	F
12. La mejor forma de que un enfermo deje de consumir tóxicos es amenazarle con el reingreso.	V	F
13. Cuando el deterioro de la realización de las actividades de la vida diaria es alto, hay que ayudar a crear rutinas.	V	F

14.Es necesario expresar mis sentimientos de angustia y rabia al enfermo para que intente cambiar.	V	F
15.Para que la persona con un trastorno mental esté bien cuidada es necesario que alguien se dedique por entero a esa labor.	V	F
16.Las necesidades del enfermo varían a lo largo de la evolución del mismo.	V	F
17.La labor de los padres es cuidar a su hijo sin comprometer a otros hermanos o familiares.	V	F
18.Los cuidadores que apenas tienen relaciones sociales, no realizan actividades lúdicas ni agradables para ellos, corren el riesgo de sufrir problemas emocionales.	V	F
19.La persona con esquizofrenia no actúa con violencia, es el consumo de tóxicos el que puede crear situaciones de este tipo.	V	F
20.Cuando nuestro familiar argumenta ideas delirantes debemos rebatirle de inmediato y mostrar nuestro descontento.	V	F

Siendo la solución a las respuestas: F, V, V, F, V, V, F, F, F, F, F, F, V, F, F, V, F, V, V, F

## Anexo IV – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

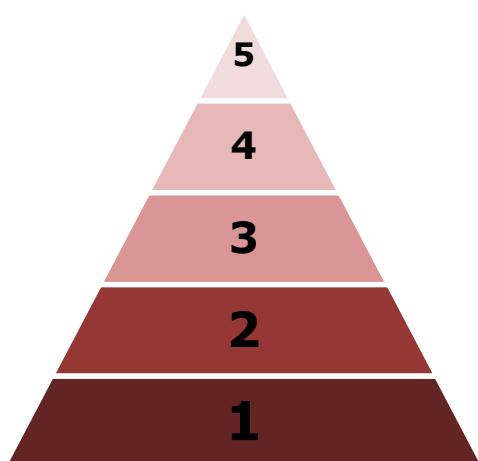
(1, 2, 4, 10, 38, 39)

El perfil del paciente y las principales características sociodemográficas predominantes en el paciente dual son las siguientes:

CARACTERÍSTICA PREVALENTE	
<b>SEXO</b>	Varón
<b>EDAD</b>	40 años +/- 10 años** **(La edad de presentación del brote psicótico es menor en los pacientes con esquizofrenia adictos que en los que no lo son)
<b>OCUPACIÓN</b>	Activo
<b>PERSONALIDAD</b>	Rasgos de personalidad tipo A
<b>RELACIONES FAMILIARES</b>	Conflictivas, desestructuradas
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero** **(con el estado civil hay discrepancia puesto que hay estudios que consideran la soltería como factor predisponente y otros no lo consideran relevante)
<b>CONVIVENCIA</b>	Con su familia de origen
<b>ESTUDIOS</b>	Primarios o medios

## Anexo V - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (1, 10, 17, 27)

Las sustancias, por orden de prevalencia, que más frecuentemente son consumidas en la actualidad por los enfermos con patología dual en esquizofrenia, excluyendo la nicotina, son:



<b>1</b>	Cocaína
<b>2</b>	Alcohol
<b>3</b>	Cannabis
<b>4</b>	Narcótico/Opiáceos
<b>5</b>	Ansiolíticos/Sedantes

Por el contrario, es el policonsumo la forma de abuso más prevalente entre los pacientes duales llegando a representar un 63,2% en los pacientes esquizofrénicos.

## Anexo VI – HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS (2, 4, 27, 39)

Las hipótesis actualmente validas son las siguientes:

HIPÓTESIS	EXPLICACIÓN
<b>Automedicación</b>	Utilización de sustancias para aliviar los síntomas de la enfermedad; en especial los síntomas negativos estados emocionales disfóricos, apatía, abulia, anhedonia, los problemas de sueño etc. y aquellos derivados de la medicación antipsicótica (efectos extrapiramidales).

<b>Abuso de sustancias</b>	Los trastornos por abusos de sustancias precipitan la aparición de la enfermedad mental.
<b>Vulnerabilidad biológica</b>	Existencia de algún déficit neurobioquímico similar en ambos trastornos. Involucrado, principalmente, el sistema de recompensa.
<b>Retroalimentación</b>	La esquizofrenia y el abuso de sustancias se mantienen una a otra: se sinergian, interactúan y exacerbان mutuamente.

Sin embargo, en la actualidad, el modelo más defendido es el biopsicosocial, que define el origen de los trastorno como una interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales:

<b>Factor genético</b> ♦ <b>variables biológicas</b>	Determina la pérdida de control.
<b>Factor psicológico</b> ♦ <b>variables psicológicas</b>	Conlleva consumir para escapar de sentimientos desagradables. Apoya la hipótesis de la automedicación
<b>Factor socio-cultural</b> ♦ <b>variables sociales</b>	Implica la disponibilidad de las sustancias por contexto cultural o su accesibilidad en función de cada entorno demográfico

## Anexo VII – SÍNTOMAS (2, 18, 40)

SÍNTOMAS POSITIVOS	EJEMPLO
<b>Delirios</b>	Creer que ven a través de la televisión, que son una persona famosa, creer que Dios habla con ellos etc.
<b>Alucinaciones</b>	Ver, oír, oler o saborear cosas que no existen
<b>Ideas paranoides</b>	Pensar que el resto de personas conspiran contra él, que los extraterrestres le persiguen etc.
<b>Pensamiento confuso y lenguaje incoherente</b>	Habla atropellada e irse de un tema a otro
<b>Conducta emocional inadecuada</b>	Reírse solo sin motivo aparente
<b>Comportamientos extraños</b>	Deambular por la calle, soliloquios, vestimenta extravagante

SÍNTOMAS NEGATIVOS	EJEMPLO
<b>Pobre expresividad afectiva</b>	La persona no reacciona emocionalmente ante una situación importante
<b>Abulia (falta de motivación)</b>	Dejadez en la higiene y aseo personal, "ser un vago"
<b>Anhedonia (falta de placer)</b>	Perder interés por los amigos y pasar mucho tiempo solo
<b>Alogia (lenguaje escaso y pobre)</b>	La persona empieza a decir algo y se le olvida con lo que la conversación se detiene

## Anexo VIII – MANEJO DE SÍNTOMAS POSITIVOS <sup>(34)</sup>

- 1. Manifestar claramente nuestro desacuerdo** con tacto y respeto, proporcionando información sobre qué es lo que ocurre de verdad. En ningún caso, le seguiremos la corriente ni haremos comentarios jocosos.
- 2. Distraerle** haciéndole pensar en otra cosa que ocurra a su alrededor.
- 3. Reconocer el sentimiento,** ignorando el contenido de su conversación. “Me doy cuenta de que esto te irrita, deprime o afecta mucho, siento que lo pases mal”.

## Anexo IX – TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO <sup>(2, 30, 40)</sup>

- 1. ANTIPSICÓTICOS (O NEUROLÉPTICOS):** Alivian los síntomas positivos, evitan las recaídas si se toman regularmente y normalizan al paciente para que logre la mayor adaptación posible a la Comunidad.

Los antipsicóticos más utilizados:

NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO
<b>Abilify</b>	Aripiprazol
<b>Haloperidol</b>	Haloperidol
<b>Invega</b>	Paliperidona
<b>Lagartil</b>	Clorpromazina
<b>Leponex, Nemea</b>	Clozapina
<b>Risperdal</b>	Risperidona
<b>Seroquel</b>	Quetiapina
<b>Solian</b>	Amisulpirida
<b>Xeplion</b>	Palmitato de papiperidona
<b>Zeldox</b>	Ziprasidona
<b>Zyprexa, Zolafren</b>	Olanzapina

**2. FÁRMACOS ANTIPARKISONIANOS:** Se utilizan para evitar los efectos secundarios de determinados fármacos.

El más utilizado es el Akineton (Biperideno).

**3. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS:** Se utilizan cuando existen síntomas depresivos graves.

Los más utilizados son el Pristiq (Desvenlafaxina), Cymbalta (Duloxetina), Paroxetina o Citalopram.

**4. BENZODIACEPINAS:** Son los llamados comúnmente ansiolíticos, sirven para calmar síntomas de ansiedad grave, el insomnio etc.

Los más utilizados son el Lorazepam, Lormetazepam, Clonazepam, Diazepam.

\*\*Estos fármacos se deben tomar con precaución pues producen adicción

**5. EUTIMIZANTES (ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO):** Se utilizan para el control de la impulsividad para el tratamiento de las adicciones. Algunos ejemplos son el litio, el ácido valproico o la oscarbamazepina.

**6. Además se utiliza medicación dirigida exclusivamente al tratamiento de la adicción:** Antabús (tratamiento para la deshabituación alcohólica), Metadona (tratamiento sustitutivo de la heroína) y Suboxone (tratamiento sustitutivo de opiáceos).

#### **Dudas frecuentes:**

- I. **¿Cómo actúan los antipsicóticos?:** regulan los efectos de los neurotransmisores (sustancias que transmiten la información en el sistema nervioso) en algunas áreas del cerebro. Es necesario que transcurran unos días para ver una mejoría en el paciente. No se

deben suspender bajo ningún concepto sin consultar al psiquiatra en caso de que creamos ver al enfermo en mejor estado.

- II. ¿Cuál es el medicamento correcto para mi hijo?:** A veces es necesario probar diferentes fármacos antes de tener éxito, esto es debido a que persona responde de una manera distinta al tratamiento.
- III. ¿Durante cuánto tiempo se debe tomar la medicación?:** Mientras persistan los síntomas positivos y negativos o haya riesgo de recaída. Es posible que tenga que tomarse de manera continuada durante todo la vida (como en otras enfermedades crónicas).
- IV. ¿La medicación tiene efectos secundarios?:** Algunos de los efectos secundarios que puede aparecer son: rigidez, espasmos musculares, temblores, inquietud, sialorrea (aumento de saliva), síndrome metabólico (aumento de peso, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia...), estreñimiento y amenorrea.

## Anexo X – SIGNOS DE ALARMA DE POSIBLE RECAÍDA

(13, 35, 41)

- ◆ Tensión y nerviosismo.
- ◆ Pérdida del apetito o desorganización en las comidas.
- ◆ Dificultad para concentrarse en actividades habituales.
- ◆ Dificultad para dormir.
- ◆ Sospechas o evidencia de aumento en el consumo de tóxicos.
- ◆ Disfruta menos de las cosas.
- ◆ Inquietud corporal y mental.
- ◆ Pérdida de memoria
- ◆ Depresión y tristeza.
- ◆ Cambios de humor.
- ◆ Preocupación excesiva.
- ◆ Aislamiento.
- ◆ Aumento de delirios y alucinaciones.
- ◆ Pérdida de interés en sus cosas y ocupaciones habituales.
- ◆ Se siente mal sin un motivo claro.
- ◆ Se muestra agitado o emocionado sin una causa clara.

## ¿Cómo actuamos?

### FASE PRE-RECAÍDA

- ◆ **Atender a las señales de alarma.**
- ◆ **Reducir situaciones de estrés.**
- ◆ **Avisar al profesional de referencia.**
- ◆ **Pedir cita con el médico-psiquiatra.**
- ◆ **Asegurar la toma de medicación y asistencia al centro de referencia.**
- ◆ **Evitar situaciones de hostilidad en la convivencia.**

### Anexo XI – EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR (23, 24, 42)

La EE se define como la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con los 3 componentes descritos a continuación que uno de los familiares expresa acerca y con el paciente dual:

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
<b>CRITICISMO</b>	<p>Comentarios negativos hacia la conducta del enfermo por parte de otro familiar, tanto en el contenido como en la entonación.</p> <p>Ejemplos:</p> <p>“Cuando veo a mi hijo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa, se ha vuelto un vago.”, “A veces hago sentir vergüenza a mi hija para que deje de hacer esas cosas tan desagradables cuando fuma cannabis.”</p>
<b>HOSTILIDAD</b>	<p>Comentario crítico muy extremo dirigido más a la persona que a la conducta que implica una evaluación negativa o un rechazo manifiesto de la persona.</p> <p>Ejemplos:</p>

	<p>"Lo que merezco es menos por culpa de mi hijo esquizofrénico"</p> <p>"Le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo."</p> <p>"Cuando vienen visitas a casa, ordeno a mi hijo que se mantenga en su habitación por la tranquilidad de mi familia."</p>
<b>SOBRE- IMPLICACIÓN EMOCIONAL</b>	<p>Intentos desproporcionados de controlar la conducta de otro miembro de la familia, además de los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desesperanza: tristeza, pesimismo</li> <li>◆ Autosacrificio</li> <li>◆ Sobreprotección: sentimientos de compasión por el miembro enfermo y excesiva permisividad</li> <li>◆ Manifestaciones emocionales intensas: lloros y sollozos</li> </ul> <p>Ejemplos:</p> <p>"Intento acompañar a mi hijo a todos lados, tengo miedo de que sufra."</p> <p>"Asumo todas las tareas domésticas desde que mi marido empeoró, sufro al ver lo que le cuesta hacer cualquier actividad."</p>

Se sabe que la alta EE es **un factor que precipita el consumo e influye en la conducta adictiva de quienes ya son drogodependientes**, con lo que las pautas de comportamiento de los familiares facilitan o dificultan el ajuste conductual, emocional y social de la persona.

Además, se ha demostrado que la **prevalencia de recaídas de los pacientes procedentes de familias con alta emoción expresada es entre 2,4-5 veces superior a las de baja emoción expresada**, pues estos pacientes son especialmente vulnerables en un entorno hiperestimulante, hiperemocional y exigente. (19, 20, 23, 42, 35)

## **ESTRATEGIAS MANEJO ALTA EE**

- ✓ Reducción del estrés y de la carga sobre el cuidador para reducir las emociones negativas que conducen a expresiones de ira, hostilidad y criticismo.
- ✓ Buscar una actividad en la que volcar las emociones fuera del hogar.
- ✓ Mantener expectativas razonables sobre el rendimiento del enfermo.
- ✓ Recordar que su comportamiento deriva de los síntomas de la enfermedad.
- ✓ Recordar que el consumo es un comportamiento definitorio de la enfermedad y no un capricho o deseo de transgredir las normas.

## **Anexo XII – NECESIDADES DEL CUIDADOR** (32, 34, 35)

NECESIDAD	SOLUCIÓN
<b>Apoyo emocional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Aceptación</b></li> <li>◆ <b>Compartir la carga de los cuidados</b></li> <li>◆ <b>Necesidad de contactos sociales</b></li> <li>◆ <b>Afecto</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La aceptación empieza en uno mismo</li> <li>◆ Abandonar la estigmatización de los enfermos mentales</li> <li>◆ Expresión de sentimientos para que los demás entiendan como nos sentimos</li> <li>◆ Pedir ayuda y dejarse ayudar</li> <li>◆ No desatender a los amigos ni las actividades de ocio que solíamos hacer</li> </ul>
<b>Apoyo instrumental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Recursos asistenciales</b></li> <li>◆ <b>Respiro y tiempo libre</b></li> <li>◆ <b>Ayuda domiciliaria</b></li> <li>◆ <b>Ayuda en los cuidados</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pedir información a nuestra enfermera de salud mental o psiquiatra de referencia para conocer los recursos existentes y cómo acceder a ellos</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Compartir las tareas del cuidado del enfermo</li> <li>◆ Solicitar valoración de discapacidad y ayuda domiciliaria</li> </ul>
<b>Apoyo informativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Información sobre enfermedad</b></li> <li>◆ <b>Control de conducta</b></li> <li>◆ <b>Afrontamiento</b></li> <li>◆ <b>Ayuda en el proceso de toma de decisiones</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Acudir a asociaciones de salud mental, programas de psicoeducación y asociaciones de familiares</li> <li>◆ Pedir información a nuestra enfermera o psiquiatra de referencia acerca de cómo actuar ante determinadas situaciones</li> </ul>

## Anexo XIII – HÁBITOS DEL ENFERMO (35, 43)

### Pautas para el manejo de la falta de cuidados personales

- ◆ Establecer normas y horarios para las rutinas familiares en relación al aseo y cuidado personal.
- ◆ Hablar y llegar a acuerdos sobre qué hacer: compra de ropa, aspecto o apariencia. Implicarle en las decisiones.
- ◆ Ayudar a tener un horario regular de comidas.
- ◆ Animar a hacer ejercicio físico, dar paseos.
- ◆ Reducir los alimentos calóricos y tener a mano otros bajos en calorías si necesita picar entre horas
- ◆ Recordar las normas, incluso con tarjetas o anotaciones.

## Anexo XIV - LA CONDUCTA SUICIDA (35,43)

### MITO 1

Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo

### MITO 2

La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará

#### Evidencia:

Está demostrado que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto

**Evidencia:** La mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, han expresado previamente su deseo de hacerlo con palabras, amenazas etc.

### MITO 3

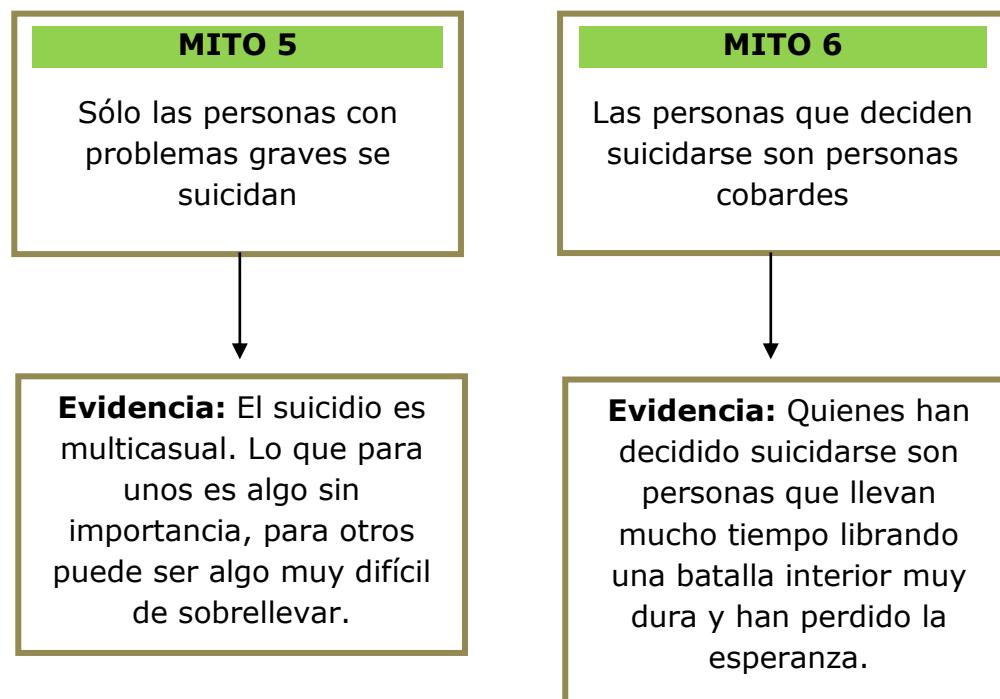
La persona que se quiere suicidar no lo dice

### MITO 4

El suicidio es impulsivo y la mayoría de los suicidas no avisa

**Evidencia:** 9/10 personas expresan claramente sus propósitos. Es muy importante tomarse en serio todas las amenazas.

**Evidencia:** El suicidio suele ser resultado de una planificación muy cuidadosa. Casi siempre existen pistas o advertencias.



## Anexo XV - DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA E INCAPACIDAD (32, 50)

### 1. DISCAPACIDAD

Para que se considere a una persona, legalmente, como discapacitada debe presentar un grado como mínimo de un **33%** de acuerdo a unos baremos establecidos. En ese momento podrá solicitar la **Tarjeta Acreditativa de Grado de Discapacidad** mediante la cual podrán acceder a prestaciones económicas, servicios de ayuda a domicilio, viviendas de protección oficial, formación, empleo etc.

### 2. DEPENDENCIA

La ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia (LAAD) recoge que el grado de dependencia se valora en criterio a lo siguiente:

- Pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual
- Persona incapaz de realizar las actividades de la vida diaria
- Necesidad de cuidados o asistencia externa

Se puede solicitar en cualquier momento una valoración del grado de dependencia en los servicios sociales.

Los servicios de los que puede ser beneficiario son los siguientes:

- Tele-asistencia, servicios ayuda a domicilio, centros de día y noche, residencias
- Prestaciones económicas vinculadas a servicios de cuidados a domicilio

### **3. INCAPACIDAD**

Supone la privación o limitación total o parcial de la capacidad de obrar de la persona.

Se establece por sentencia judicial y en virtud de la ley, en las siguientes situaciones: sintomatología aguda persistente, nula conciencia de enfermedad, manejo patrimonial disfuncional, gastos compulsivos etc.

Hay que saber que la incapacidad legal no conlleva la pérdida de: derecho al voto, otorgar testamento, contraer matrimonio y trabajar.

## **Anexo XVI – BENEFICIOS ASOCIACIONISMO** (50, 32, 42)

- ✓ Ofrecen intercambio de experiencias con personas que están en situaciones similares
- ✓ Posibilidad de desahogo, verbalizar las preocupaciones y canalizar las emociones de rabia, ansiedad, frustración
- ✓ Obtención de información útil y especializada sobre temas concretos de la enfermedad y de los servicios disponibles
- ✓ Unión de fuerzas dirigidas a exigir que las administraciones generen medios materiales y humanos para tratar estas enfermedades
- ✓ Defensa de los interesados del colectivo

## Anexo XVII – CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	NOV.15	DIC.15	ENE.16	FEB.16	MAR.16	ABR.16	MAY.16
<b>Propuesta tema</b>							
<b>Asignación tutor</b>							
<b>Búsqueda info. General</b>							
<b>Búsqueda info. Específica</b>							
<b>Estructuración trabajo</b>							
<b>Maquetación documento</b>							
<b>Aprobación por tutor y depósito en Zaguan</b>							
<b>Presentación y defensa</b>							