



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

USO INDEBIDO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (ALCOHOL, COCAÍNA, MARIHUANA Y TABACO), EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS HOSPITAL TEODORO VILARDEBÓ

AUTORES:

Br. García, Diamela
Br. Lamadrid, Claudia
Br. Peralta, Fabiana
Br. Ponticorbo, Ingrid
Tabelli, Rosana

TUTORES:

Lic. Enf. Curbelo, Graciela
Lic. Enf. Díaz, Álvaro

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pag. 3
FUNDAMENTACIÓN.....	Pag. 4
Antecedentes del problema.....	Pag. 5
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	Pag. 8
MARCO TEORICO.....	Pag. 9
Esquizofrenia.....	Pag. 9
Trastornos relacionado con sustancias.....	Pag. 21
Marihuana.....	Pag. 23
Cocaína.....	Pag. 25
Tabaco.....	Pag. 29
Alcohol.....	Pag. 31
Conceptos a tener en cuenta.....	Pag. 35
Patología Dual.....	Pag. 35
Entorno terapéutico, Rol de Enfermería.....	Pág. 38
Modelo relacional.....	Pag. 45
Redes de Apoyo.....	Pag. 47
DISEÑO METODOLOGICO.....	Pag. 54
ANALISIS.....	Pag. 58
CONCLUSIONES.....	Pag. 60
LIMITANTES.....	Pag. 62

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada por un grupo de cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, generación 97-98, como parte curricular de la culminación de la misma.

El trabajo se desarrolló en el Área de Salud Mental (Departamento de Enfermería en Salud Mental); siendo el campo seleccionado el Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó.

La investigación fue de tipo descriptivo y sus objetivos fueron conocer el número de pacientes esquizofrénicos que usa sustancias psicoactivas, cuales son las sustancias de mayor uso, si existe policonsumo y, conocer el perfil demográfico de esos usuarios (edad, sexo, procedencia, estado civil y nivel de instrucción).

El tema seleccionado surge de la problemática cada vez más actual y frecuente que plantea el uso de sustancias psicoactivas en usuarios esquizofrénicos. Al existir tan poca información, se dificulta el abordaje de los usuarios para realizar un tratamiento integrador, es decir, asistir al usuario en forma bio-psico-social, fomentando la participación de la familia, situación en la cual el rol de enfermería profesional debe ser fundamental como integrante del equipo de salud.

Se pretende a través de la información aportada por nuestra investigación reforzar las líneas de abordaje de la enfermería profesional en estos usuarios.

Para la elaboración del trabajo se tomó en cuenta datos obtenidos de publicaciones del exterior (España, EEUU, Canadá, Reino Unido y Argentina), ya que en nuestro medio no existen trabajos previos por parte de Enfermería ni en otras disciplinas.

Se puede concluir en nuestra investigación, que existe un alto porcentaje de pacientes esquizofrénicos que hacen uso de sustancias psicoactivas, encontrándose en la muestra tomada, que la población de esquizofrénicos más afectada por patología dual son usuarios del sexo masculino, con edades comprendidas entre 16 y 33 años, que en su mayoría no poseen trabajo, viven con sus padres y, tienen un nivel de instrucción primario. Los resultados obtenidos reflejan una realidad intuida por el equipo de salud del mencionado nosocomio.

Estos datos son importantes para el desempeño de la función de la Licenciada en Enfermería, ya que debe apuntar a brindar educación, prevención y protección de la salud; utilizando y fortaleciendo las diferentes redes de apoyo con las que cuenta el paciente, lo cual aumenta la capacidad para afrontar futuras crisis y tal vez, evitar hospitalizaciones innecesarias(1). El equipo de Salud Mental proporciona seguridad, protección y medios para resolver dificultades por medio del entorno terapéutico y a través de la relación terapéutica.

(1) Hyman, S. *Manual de Urgencias Psiquiátricas* (1996)

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La elección del problema surgió de una inquietud acerca del uso de sustancias psicoactivas en los usuarios que padecen esquizofrenia.

Al consultar diferentes fuentes de investigación, pudimos ver que se han realizado diversos estudios sobre la base de éste tema sin ser ninguno de ellos concluyentes. Entre el material consultado se encuentran artículos de las revistas "American Journal of Psychiatry", "Nursing Times", "British Journal of Psychiatry", "Executive Summary", "Acta Psychiatrica Scandinavica", "British Medical Journal", obtenidas en biblioteca de Facultad de Medicina, y en la ONG, "El Abrojo" (que brinda recreación y rehabilitación a través de talleres y, su área de acción incluye a niños y jóvenes adictos a drogas pero, actualmente no trabaja con programas por falta de presupuesto, y solo se lleva adelante un proyecto en el barrio Casavalle de "recuperación del daño"), además de utilizar bibliografía sugerida por el departamento de Enfermería en Salud Mental e Internet.

Se consultó sobre este tema en: Facultad de Psicología, biblioteca de Trabajo Social; en Fundación Manantiales (que realiza rehabilitación e inserción social de jóvenes drogodependientes); Izcalí (Centro diurno y de internación para la rehabilitación y tratamiento en el uso indebido de sustancias psicoactivas); Instituto Interamericano del Niño, y; el Centro de farmaco dependencia del Hospital Maciel que es el único centro de referencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) y, que brinda atención ambulatoria y cuenta con salas de internación de la Unidad Psiquiátrica del Hospital Maciel (donde actualmente no se trabaja con programas y derivan usuarios al Hospital Vilardebó).

Actualmente se pone cada vez mayor énfasis en el uso de sustancias por parte de sujetos con un trastorno psicótico independiente o primario sobre todo en el caso de la esquizofrenia y del trastorno bipolar. La utilización de drogas en estos pacientes se asocia en EEUU desde el punto de vista clínico a un mayor número de exacerbaciones, mayor gravedad clínica, peor respuesta al tratamiento y, desde el punto de vista social, a una mayor conflictiva legal y una mayor marginalidad.

Distintos autores coinciden en señalar que el alcohol, el cannabis, y la cocaína son las sustancias psicoactivas más consumidas por estos pacientes.

Basados en la información obtenida acerca de que un porcentaje importante de pacientes con esquizofrenia son consumidores de sustancias psicoactivas (es decir con diagnóstico dual) en el exterior, es que intentaremos determinar en nuestra investigación, que porcentaje de pacientes esquizofrénicos presentan diagnóstico dual en nuestro centro de referencia nacional de atención psiquiátrica, ya que no existen trabajos previos realizados por Enfermería de dicho centro, ni de estudiantes de Licenciatura. Además se determinará cuales son las sustancias que se consumen con mayor frecuencia.

Se considera importante conocer cuantos pacientes presentan Diagnóstico Dual y cuales son las sustancias de mayor utilización para establecer nuevas líneas de atención para este tipo de usuarios, desde el punto de vista de Enfermería Profesional. En la actualidad, se están comenzando a implementar estrategias de abordaje que están siendo evaluadas en forma continua. Por otra parte, el presente estudio puede ser considerado punto de partida para futuras investigaciones, que determinen la magnitud real del problema en nuestro medio y, así aportar nuevos datos para mejorar el tratamiento de ambas patologías, contemplando las necesidades del usuario, familia y el medio en el cual está inserto. Además, esta investigación nos permitirá la identificación del rol del licenciado en enfermería en la atención integral de estos usuarios, fortaleciendo las intervenciones de la enfermera profesional en el tratamiento de los pacientes con patología dual.

Antecedentes del problema

En EEUU, la mitad de los pacientes con esquizofrenia también tiene un desorden por abuso de drogas. Por otro lado, se encontró en un estudio realizado en el Reino Unido que la cantidad de ingresos de pacientes a instituciones psiquiátricas con co-morbilidad por uso de sustancias psicoactivas era casi el doble de aquellos que solo eran psicóticos.

En estos estudios se considera que el abuso de drogas puede tener un dramático y negativo impacto en el curso de una enfermedad psiquiátrica y puede exacerbar los síntomas; algunas sustancias, particularmente el alcohol y el cannabis pueden producir síntomas psicóticos directamente sin coincidir con la enfermedad. La relación causal de adicción y síntomas psicóticos sigue siendo controversial.

En un estudio realizado en Nueva York en 1991, sobre 83 pacientes, de los cuales el 48% tenía diagnóstico por DSM-III ("Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders" de la American Psychiatric Association) como esquizofrénicos y adictos, consumían: Alcohol 21, Cocaína 14 y Cannabis 26. (2)

El 23% usaban solo una sustancia, mientras que el 25% hacían policonsumo. Estas tres sustancias son las que se presentaron con mayor frecuencia en este estudio. También se plantea, que el consumo entre los pacientes esquizofrénicos es considerablemente más alto que en la población general. Afirmación que no es concluyente dado el tamaño de la muestra tomada.

En la investigación mencionada anteriormente, se interrogó sobre los efectos; los pacientes indicaban que las tres drogas aumentan la felicidad y disminuyen la depresión pero que las tres, difieren en su efecto sobre la ansiedad, síntomas psicóticos y nivel de energía. El Alcohol y el Cannabis disminuyen la ansiedad mientras que la Cocaína la aumenta. El Cannabis y la Cocaína determinaban mas aumento de la energía y síntomas psicóticos que el Alcohol.

En este estudio, los pacientes relatan que la razón predominante para el consumo es el alivio de la depresión.

Según un estudio realizado en el año 1997, en Canadá (3), entre las razones que manifiestan los pacientes para consumir drogas, se encuentra:

"para estar eufóricos y relajarse, para alimentar la energía, el placer, hablar más y otros describen razones sociales". Las sustancias de mayor consumo según estos estudios son alcohol y marihuana.

"En un estudio de 41 pacientes se diagnosticó a 3 de ellos con DSM III como esquizofrénicos y 2 esquizo-afectivos. De todos ellos 20 usaban solo alcohol, 7 solo cannabis y 14 ambos (34 hombres y 7 mujeres con un promedio de 35 años). 26 sujetos recibían antipsicóticos"(3). Según se desprende la razón fundamental era en el 82% de los casos para "relajarse", 77% para "incrementar el placer", 74% para "exitarse", 71% para "reducir la depresión", y 56% para "ser más sociable". Al interrogarlos sobre las razones por la que dejarían el alcohol destacan: 76% por "razones de salud", 73% "por costo", y 77% "por desaprobación de otros". Para dejar el cannabis consideran: 86% "el costo", 71% por "salud" y 86% por "desaprobación de la gente".

INSTITUTO NAL. ENFERM
BIBLIOTEC
HOSPITAL DE CLINIC/
AV ITALIA S/N 3er PI/
MONTEVIDEO - URUGU

(2) Dixon, L. Abuso de drogas en pacientes con esquizofrenia: correlación clínica y razones del uso. (1991)

(3) Addington Razones para el uso de sustancias en la Esquizofrenia (1997)

En Argentina, en el año 1998 se realizó una investigación en el Hospital Alvear (4), sobre la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con patología psiquiátrica, que arroja los siguientes resultados:

"En el total de los 37 enfermos, 21 presentaron antecedentes de consumo de drogas en el pasado o en forma actual y 16 no refirieron antecedentes. Un total de 18 sujetos refirió consumo de alcohol, 18 de marihuana, 18 de cocaína. De los 21 sujetos, 17 resultaron dependientes y 4 abusadores."

Del total de los pacientes dependientes, 7 lo fueron a una sola droga (5 a cocaína y 2 a alcohol). "Diez enfermos fueron dependientes a múltiples drogas. Dentro de los pacientes consumidores se consignaron 9 con trastorno inducido por drogas (42%) que incluía a 4 con trastorno paranoide por drogas y a 5 con trastornos no especificados inducidos por drogas. Cuatro sujetos tuvieron depresión mayor; 4 trastorno delirante; 2 trastorno paranoide, y 2 trastorno esquizofreniforme."

Este estudio mostró que entre los pacientes no consumidores, hubo 7 con esquizofrenia, 3 con trastorno esquizofreniforme, 1 con alteración esquizoafectiva, 1 con trastorno delirante y 4 con depresión mayor.

El promedio de edad de los pacientes consumidores fue de 23.7 años. "Siete presentaban educación primaria, 12 educación secundaria (la mayoría incompleta) y estudios terciarios sólo 2. Nueve pacientes estaban ocupados y 12 desocupados. El promedio de edad de los sujetos no consumidores fue de 23 años. Seis de ellos tenían educación primaria; 10 educación secundaria, y ninguno educación de nivel terciario. Seis trabajaban y 10 estaban desocupados."

Conclusiones y discusión de las investigaciones anteriormente mencionadas. Las conclusiones más importantes obtenidas por los investigadores, fueron la observación de la alta incidencia de consumo de drogas en la población de sexo masculino de 15 a 35 años con trastornos psiquiátricos. En el 37.8% de los casos se confirmó el consumo de sustancias y se observó en primer lugar, consumo de cocaína sola o combinada con otras sustancias, seguida por marihuana y alcohol. La edad promedio de la población estudiada fue de 23 años, lo cual puso de manifiesto la rápida aparición de síntomas psiquiátricos y consumo de drogas. Entre los pacientes consumidores predominó el diagnóstico de trastornos inducidos por drogas, mientras que entre los no consumidores predominó el diagnóstico de trastornos de tipo esquizofrénico. Asimismo, entre los sujetos consumidores se observó mayor incidencia de antecedentes de tentativas de suicidios y trastornos de conducta en la infancia. Los sujetos consumidores presentaron, al ingreso, menor sintomatología positiva y de psicopatología general, con escasa variación de los síntomas negativos y remisión más precoz y pronunciada del total de los síntomas. Los autores de la investigación concluyen que los sujetos consumidores mostraron una evolución diferente, con remisión más rápida y marcada de la intensidad de los síntomas, con internación de menor duración. El pronóstico parece quedar supeditado a la patología psiquiátrica de base. Con respecto al tratamiento, tanto en EEUU como en el Reino Unido, los servicios de seguimiento del abuso de drogas y los de tratamiento psiquiátrico no están integrados para el tratamiento combinado, esto ocurre por falta de datos e investigación concluyentes con respecto al diagnóstico dual. Los autores consideran que una de las barreras más difíciles de trabajar, es que para el tratamiento convencional del abuso de sustancias es necesario como punto de partida, el reconocimiento del paciente del abuso como un problema, ya que en los pacientes con diagnóstico dual, su patología le impide asumir esta situación. Por este motivos, son de muy difícil aplicación la terapia de Manejo de Casos y la terapia de la Motivación (5).

(4) www.sicisahud.com Hospital Alvear, Argentina (1998)

(5) Weaver, T. Enfermedad mental severa y abuso de drogas (1999).

En EEUU, se demostró en algunos estudios que con una terapia psicológica apropiada y apoyo social, la motivación puede ser aumentada entre los pacientes con psicosis. Los autores consideran que, existe una creciente evidencia que el tratamiento integral para la co-morbilidad debe tener un enfoque hacia el tratamiento comunitario y que los equipos clínicos deben ser implementados con la terapia de Motivación y tratamiento para ambos tipos de desordenes. (5)

Impedimentos para el tratamiento de los pacientes con Diagnóstico Dual por parte de los servicios convencionales en EEUU (6):

- ❑ “El staff de servicios de atención en salud mental genérico carece de experiencia y confianza en el manejo de personas con adicciones, a menudo si concurren cuando están intoxicados el personal puede sentirse irritado y amenazado y las respuestas pueden ser primitivas en lugar de terapéuticas.”
- ❑ “El personal que trabaja con adicciones puede sentirse incapaz de tratar a pacientes con psicosis.”
- ❑ “Si se trata de asistir conjuntamente al paciente, la fragmentación resultante del involucramiento de dos servicios distintos puede exacerbar las dificultades.”

Para lograr un servicio integrado en el Reino Unido, se considera que es necesario (5):

- ❑ “Capacitar e invertir en Recursos Humanos formados en toda la línea y modalidad de trabajo.”
- ❑ “Se necesita investigación sobre la extensión y naturaleza del problema de la co-morbilidad en el Reino Unido.”
- ❑ “Elaborar nuevos modelos para la prestación de servicios.”

Se plantea en los trabajos consultados, como una necesidad tanto en EEUU como en Europa, evitar la fragmentación de los tratamientos. En el Reino Unido y otros países europeos hay evidencia que el diagnóstico dual puede ser un problema clínicamente significativo que generalmente no está expuesto al planeamiento de los servicios existentes.

(6) Johnson, S (1997).

(5) Weaver, T (1999).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

AREA PROBLEMA.

- ✓ Uso indebido de sustancias psicoactivas en pacientes esquizofrénicos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Cual es el número de pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas, y cuales son las de mayor consumo en el Hospital Vilardebó, salas 7 y 21, en Enero-Febrero de 2003?

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Conocer el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas y cuales son éstas, en una Institución Pública de Asistencia en Psiquiatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conocer cuales son las sustancias psicoactivas de mayor consumo en los pacientes esquizofrénicos.
- ✓ Conocer el perfil de los pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas.
- ✓ Conocer si existe policonsumo.

MARCO TEORICO

ESQUIZOFRENIA

Los conceptos psicoanalíticos relacionados con la esquizofrenia siguen estando sometidos a modificaciones y revisiones. Freud postuló que "el inicio de la esquizofrenia significaba una retirada de la libido del mundo exterior." En su opinión, ésta libido era después absorbida por el Yo, dando lugar a un estado de grandeza megalomaniaca o bien era devuelta al mundo exterior en la forma de delirios. (7)

El reciente interés clínico por la esquizofrenia se ha centrado en la intensa ambivalencia característica de los pacientes esquizofrénicos, su ansiedad de venganza persecutoria y los infantiles mecanismos del Yo que suelen emplear en su relación con los objetos. (7) "El fracaso de estos mecanismos determina la descompensación del paciente o estado de regresión. Dos fases son especialmente notables en el cuadro clínico de la regresión esquizofrénica. Primero, la ruptura con la realidad, segundo, los intentos por restablecer los contactos con la realidad." La regresión esquizofrénica se precipita normalmente por una pérdida o frustración de las necesidades del objeto.

Según Kaplan (7), el efecto de la pérdida resulta en la supremacía de los efectos negativos dislocando así el delicado equilibrio entre los componentes introyectivos de la organización del Yo del paciente. Se produce así una pérdida del equilibrio entre los buenos introyectos positivos y los introyectos negativos que conforman la estructura del Yo. La inundación con sentimientos negativos difusos y desneutralizadamente destructivos requiere una regresión hasta el punto de una más profunda fijación en el que el paciente no es solo una víctima potencial, sino que además, actúa en pos de la autoconsolidación. A éste nivel, la desorganización regresiva del paciente va unida a una desdiferenciación entre los límites entre el Yo y el objeto. Solo en ésta posición puede el paciente obtener una descarga de la tensión interior. El camino de la regresión varía en función de si las pérdidas son agudas y arrolladoras o bien lentas y acumulativas, según la organización estructural del paciente. Es cierto que el Yo pre esquizofrénico es débil en términos del desarrollo del mecanismo de defensa más maduro, pero en el comienzo de la psicosis los elementos de mecanismos más maduros ya establecidos pasan a unirse a esquemas de tipo más infantil. El comienzo agudo de la esquizofrenia se relaciona con un aumento de intensidad de la ansiedad paranoide (persecutoria), los sentimientos de omnipotencia del paciente y las intolerables ansiedades depresivas, todo lo cual ha sido desviado anteriormente por patrones de conducta del Yo narcisista. Además el paciente presenta de manera característica distorsión perceptiva, odio a si mismo y confianza en patrones objetales infantiles y muy dependientes.

(7) Kaplan, H. *Compendio de Psiquiatría* (1987).

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Se considera que este síndrome es una enfermedad o trastorno, en vez de un conjunto de conductas socialmente inaceptables. La historia de la esquizofrenia nos dice que la esquizofrenia no fue descrita como entidad patológica hasta 1896 al llamarla demencia precoz, posteriormente en 1911 se la denominó esquizofrenia, también se dividió en: catatónica, hebefrénica y paranoide (8).

Según Kaplan (7): "La esquizofrenia es un trastorno mental corriente y grave caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad (Psicosis), presencia de alucinaciones (percepciones falsas), ideas delirantes (concepciones erróneas), pensamiento anormal, aplanamiento afectivo (restricción de la gama de emociones), abulia y deterioro de la actividad social y laboral del individuo."

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA:

La verdadera incidencia es difícil de establecer. Aparte la falta de métodos diagnósticos objetivos, que complica el proceso de identificación de los casos, la identificación completa supone la detección de cada persona en una comunidad bien definida y la capacidad para determinar la fecha exacta del comienzo de esta enfermedad. La edad de los grupos investigados también varía, y la mayor parte de los estudios trata sobre sectores de la población adolescentes y adultos jóvenes. Los estudios de población muestran una incidencia de 1 por 1000. (9)

PREVALENCIA:

Las diferencias en las tasas de prevalencia en los distintos estudios efectuados en todo el mundo son mucho mayores que las halladas en las tasas de incidencia." Los datos disponibles en Estados Unidos, puede decirse que entre el 0,23% y 0,47% de la población total tienen probabilidades de recibir tratamiento psiquiátrico por una alteración esquizofrénica durante cualquier año en particular, con tal que las instituciones de salud mental adecuadas se encuentran disponibles en todas las comunidades. Esto significa que un mínimo de 460000 y un máximo de 940000 personas necesitarán tratamiento anualmente, para el 62% de este grupo supondrá al menos una internación. "(9)

Freedman (9) afirma que, en lo referente al costo económico la esquizofrenia es el más caro de los trastornos mentales desde el punto de vista de los costos directos de tratamiento, la pérdida de la productividad y los gastos de asistencia pública. Se estima que en EEUU, el costo anual de la esquizofrenia es de cerca del 2% del producto nacional bruto. Con respecto al nivel socioeconómico, uno de los hallazgos más consistentes en los estudios epidemiológicos efectuados es la existencia de un número desproporcionado de esquizofrénicos en las clases socioeconómicas inferiores.

(7) Kaplan, H, *Compendio de Psiquiatría* (1987).

(8) Henri Ey, *Tratado de Psiquiatría* (1998)

(9) Freedman, A, *Tratado de Psiquiatría* (1982).

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la esquizofrenia verdadera se basa en hallazgos de despersonalización, autismo, neutralidad emocional, comienzo insidioso y, sentimientos de desrealización e irrealidad.

“ La idea de que la categoría de esquizofrenia incluye a un grupo de trastornos, y especialmente las siguientes características esenciales: desorganización del nivel anterior de funcionamiento cotidiano, al menos en dos áreas, como las del trabajo, relaciones sociales y cuidados a uno mismo; presencia de al menos un síntoma de una lista de seis durante la fase activa de la enfermedad; una duración mínima de seis meses de la enfermedad, durante los cuales el síntoma o los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico de la enfermedad antes de los 45 años; y no causada por trastorno mental orgánico o retraso mental.”(7)

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO. DSM IV (10)

- A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
1. Ideas delirantes
 2. Alucinaciones.
 3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
 5. Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. Disfunción social/laboral: durante un aparte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral)

- C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

(7) Kaplan, H, *Compendio de psiquiatría* (1987)

10) Pichot DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- E. Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se ha tratado con éxito).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA.

Freedman (9) considera los siguientes signos y síntomas que apoyan el diagnóstico de esquizofrenia:

Asociaciones libres

La pérdida de la capacidad asociativa (el específico trastorno del pensamiento esquizofrénico) es, quizás uno de los criterios diagnósticos más valioso. Pero es preciso un buen conocimiento de la psicopatología para asegurarse de su presencia, y evitar confundirlo con otras formas de trastorno del pensamiento.

No basta con preguntar al paciente el significado de un proverbio, y a continuación declarar, sobre la base de nuestra impresión personal, que el paciente tiene un acusado trastorno del pensamiento de carácter esquizofrénico.

En ocasiones es imposible distinguir, sobre la base de la prueba del proverbio, entre el pensamiento trastornado de un esquizofrénico y el de un paciente maníaco, excepto por la mayor verbosidad del paciente maníaco.

Conducta extraña.

La conducta del paciente puede ofrecer pistas significativas para el diagnóstico de esquizofrenia.

Las posturas y muecas extrañas son ciertamente características de las alteraciones esquizofrénicas, pero no siempre es fácil determinar inequívocamente que es lo que constituye una postura extraña.

La verdadera catalepsia puede ser casi siempre patognomónica de la esquizofrenia, pero no siempre es un síntoma común. El estupor es un buen indicio de esquizofrenia catatónica, pero hay que descartar también una histeria o estupor depresivo en el diagnóstico diferencial. El deterioro de los hábitos sociales, que puede llegar incluso al olfato de heces, no basta para el diagnóstico de esquizofrenia. El retraimiento social agudo se presenta también en muchas alteraciones que van desde el simple mal humor a la ansiedad y la depresión. La pasividad continuada y la falta de espontaneidad deben sugerir el diagnóstico de esquizofrenia solo si puede descartarse definitivamente alteraciones orgánicas y depresivas.

(9) Freedman, A, *Tratado de Psiquiatría* (1982).

Las estereotipias y la verbigeración son fuertes indicios de esquizofrenia. La fijación frecuente de la mirada en un espejo y otros extraños manierismos son también fuertes indicios de esquizofrenia.

Alteraciones perceptivas en la esquizofrenia según Freedman (9):

Alucinaciones.

Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulos externos correspondientes son síntomas comunes de la esquizofrenia. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, es decir, el hecho de oír o escuchar voces. Mas característicamente, dos o más voces hablan sobre el paciente, discutiendo acerca de él en tercera persona. Muchos pacientes esquizofrénicos experimentan la audición de sus propios pensamientos. Las alucinaciones visuales aparecen con menor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos, pero no son raras. Los pacientes alucinan tanto de día como de noche y en ocasiones de forma continuada, en el sueño obtienen algún alivio. (9)

Cuando en la esquizofrenia aparecen alucinaciones visuales, suelen ser vistas de cerca, claramente definidas, en color, en tamaño natural, en tres dimensiones y en movimiento. Las alucinaciones visuales casi nunca se presentan por sí mismas, sino siempre en combinación con alucinaciones de cualquier otra modalidad sensorial.

Los esquizofrénicos suelen experimentar alucinaciones cinestésicas, sensaciones de estados alterados en los órganos del cuerpo, sin que un aparato receptor especial explique las sensaciones.

El esquizofrénico actual suele discutir abiertamente sus alucinaciones.

Contenido onírico.

Los estudios de los contenidos de los sueños de los pacientes esquizofrénicos han demostrado que son menos coherentes y menos complejos que el de las personas normales. Las emociones desagradables son más comunes en los sueños de los esquizofrénicos que de las personas normales.

Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia según Freedman(9):

Convicciones delirantes.

Estas son ideas falsas que no pueden ser corregidas mediante el razonamiento y que son idiosincrásicas para el paciente, es decir que no forman parte de su ambiente cultural.

“Con frecuencia se trata de delirios de persecución, que es el síntoma clave de los pacientes con esquizofrenia paranoide. El sentimiento de sentirse controlado por algún poder misterioso y no visto que ejerce alguna influencia ha distancia es patognómico de la esquizofrenia. Se presentan en la mayoría de los esquizofrénicos cuando no en todos en una u otra ocasión y para muchos de ellos es una experiencia diaria. El esquizofrénico actual cuyos delirios se han construido a través de épocas científicas, puede hallarse preocupado por la fuerza atómica, los rayos X o las naves espaciales, que controlan sus mentes y sus cuerpos”. También son típicas de muchos esquizofrénicos las fantasías delirantes de la destrucción de mundo.

Alteraciones del pensamiento.

El rasgo común a todas las manifestaciones de la alteración del pensamiento es que el paciente esquizofrénico piensa y razona por sus propios términos autistas, según sus propias e intrincadas reglas privadas de la lógica.

(9) Freedman, A. Tratado de psiquiatría (1982)

El esquizofrénico puede ser muy inteligente y no hallarse confuso en sus abstracciones y deducciones, pero sus procesos de pensamiento son extraños y no conducen a conclusiones basadas en la realidad o en la lógica universal.

La hiperinclusión es un rasgo típico de la alteración del pensamiento esquizofrénico; tiende a incluir muchos aspectos irrelevantes en su conducta ideativa y verbal. Relativamente pocos esquizofrénicos presentan este síntoma.

Otros síntomas característicos de la esquizofrenia es el bloqueo abrupto de la corriente de pensamiento o algunas veces, de toda la actividad psíquica. Los pensamientos del paciente parecen detenerse rápidamente y sin advertirlo; deja por ejemplo de hablar en medio de una frase, y luego de unos segundos o minutos puede quedarse perplejo y tener dificultades en coordinar su conducta. Cuando se le pregunta al respecto manifiesta en general que tenía la sensación física de que alguien le quitaba los pensamientos de la cabeza.

Alteración de la conducta verbal en la esquizofrenia según Freedman(9):

Simbolismo y concreción excesiva.

El único factor común que se puede obtener a través de la preocupación del esquizofrénico por las fuerzas invisibles, las brujerías, la religión, la filosofía, la psicología es su tendencia a lo esotérico, lo abstracto y lo simbólico.

Incoherencia.

Para el esquizofrénico, el lenguaje es primariamente un medio de auto expresión más que un medio de comunicación. A menudo, sus producciones verbales y escritas son vacías u oscuras. El discurso esquizofrénico utiliza un gran número de palabras que no vienen al caso; y los esquizofrénicos tienden a repetir palabras más frecuentemente que los sujetos normales en muestras de lenguaje extensas.

Neologismo:

Ocasionalmente, el esquizofrénico crea una expresión por completo nueva, un neologismo, cuando necesita expresar un concepto para el que no existen palabras ordinarias.

Mutismo:

Esta inhibición funcional del habla y de la vocalización puede durar horas seguidas. Muchos esquizofrénicos tienden al monosilabismo y a responder a las preguntas tan brevemente como pueden. Intentan restringir el contacto con el entrevistador tanto como pueden sin que por ello resulten no cooperadores.

Ecolalia:

Ocasionalmente, el paciente esquizofrénico manifiesta ecolalia, es decir, repite en sus respuestas las preguntas del entrevistador utilizando normalmente la mayoría de las mismas palabras que él a usado, por ejemplo: examinador "que tal a dormido ésta noche?", paciente: "esta noche he dormido bien".

La ecolalia parece señalar dos hechos: el paciente es conciente de los inconvenientes de su ideación y de que al mismo tiempo está luchando para mantener un contacto activo con el entrevistador. En estos casos, el paciente actúa como el que está aprendiendo un nuevo idioma, y que al responder a las preguntas del maestro utiliza muchas de las palabras de éste correspondientes a la lengua extraña, y de ésta manera puede resolver el problema.

Verbigeración.

Este síntoma raro se encuentra casi exclusivamente en esquizofrénicos crónicos y en estados de mucha regresión. Consiste en la repetición sin sentido de las mismas palabras o frases y, en ocasiones puede durar días. Igual que los neologismos y la ecolalia, la verbigeración es un síntoma raro hoy día. Es posible que muchos psiquiatras que trabajan con esquizofrénicos nunca hayan notado estas manifestaciones del deterioro esquizofrénico.

Lenguaje encumbrado

Algunos esquizofrénicos hacen esfuerzos extraordinarios para mantener sus relaciones sociales, con objeto de conseguir una adaptación relativamente estable. Sin embargo, es manifiesta su rigidez y su artificialidad en las relaciones interpersonales, a través de un lenguaje peculiarmente encumbrado y grotescamente cortés.

Alteraciones conductuales en la esquizofrenia según Freedman(9):

Manierismos.

Los manierismos del habla y de los movimientos son típicos de muchos esquizofrénicos. A veces, los gestos son tan leves que solo puede notarlos un observador experimentado pero en otras ocasiones llegan a un estado grotesco.

Estados estuporosos.

Estos estados solían ser comunes en el sub tipo catatónico de la esquizofrenia. En la actualidad, los tratamientos físicos modernos permiten a los terapeutas interrumpir los estados estuporosos, por lo general en pocos días, bien sea a través de la terapéutica electro convulsiva o bien mediante la farmacoterapia; tanto es así que el paciente estuporoso ha llegado a convertirse en un fenómeno muy raro. Muchos esquizofrénicos crónicos muestran también una marcada falta de espontaneidad y apenas se mueven o solo lo hacen cuando se les pide específicamente.

Ecopraxia.

Este síntoma motor es análogo al de la ecolalia en la esfera verbal es decir, la imitación de movimientos y gestos de la persona que el esquizofrénico está observando.

Obediencia automática.

Otro síntoma observado algunas veces en los pacientes catatónicos es la obediencia automática; caracterizada porque lleva a cabo la mayor parte de las órdenes como si fuera un robot.

Negativismo:

Es la incapacidad del paciente para cooperar sin que halla una razón aparente; a veces incluso puede hacer lo opuesto a lo solicitado.

Conducta estereotipada:

Esta conducta se observa ocasionalmente en esquizofrénicos crónicos con formas repetitivas de movimientos. También puede consistir en la repetición de gestos extraños o puede realizar una y otra vez las mismas preguntas o comentarios.

Deterioro del aspecto y de los cuidados personales:

El paciente suele tener cuidados personales mínimos y se le debe recordar que se bañe, se afeite, cambie de ropa, etcétera; ya que demuestran poco interés hacia las conveniencias sociales.

(9) Freedman, A, Tratado de psiquiatría (1982)

Alteraciones afectivas en la esquizofrenia según Freedman(9):

Respuestas emocionales reducidas:

Invariablemente se notan reducidas la intensidad de las respuestas emocionales; el esquizofrénico parece ser indiferente e incluso apático.

Anhedonia:

Es la sensación que siente el esquizofrénico de sentirse vacío emocionalmente, esto conduce a mucho de ellos al suicidio.

Respuestas inapropiadas:

Existe una división o disociación de la respuesta afectiva con respecto al contenido cognitivo, por ejemplo puede hablar de la muerte de su hijo con una sonrisa.

Emociones anormales.

La esquizofrenia no solo altera las reacciones emocionales a los estímulos externos, sino que puede producir emociones y estados de ánimo extraños, que raras veces o nunca han sido experimentados en condiciones normales. Así, por ejemplo los estados de exaltación con sentimientos de impotencia, éxtasis religiosos, aprensiones terroríficas sobre la desintegración de la propia personalidad o del propio cuerpo, estados de ánimo terriblemente ansiosos, como la destrucción catastrófica del universo, son experiencias emocionales que se presentan en diversos estadios de la esquizofrenia, pero se encuentran con mas frecuencia en las fases agudas de la crisis.

Somatización.

No existen manifestaciones somáticas específicas en la esquizofrenia. Sin embargo en las primeras fases de la enfermedad los pacientes experimentan una gran multitud de síntomas, como puede ser, dolor de cabeza, dolores reumáticos, de espalda, tensión muscular, lumbago, debilidad, indigestión. Algunas veces son tratados como neurasténicos, hipocondríacos o simuladores.

Sensibilidad

Todos los esquizofrénicos son más sensibles que la persona media. Es posible que este aumento en la sensibilidad y de la respuesta a la estimulación sensorial y emocional se encuentre en los esquizofrénicos en una edad muy temprana, posiblemente a partir del nacimiento. La esquizofrenia se caracteriza por una hipersensibilidad genética que deja al paciente vulnerable a estímulos que proceden del exterior y el interior.

Retraimiento social.

Los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por su retraimiento social, por la distancia emocional que uno experimenta en su presencia, y por la falta de capacidad para establecer relaciones con los demás.

(9) Freedman, A. Tratado de psiquiatría (1982)

Síntomas negativos de la esquizofrenia:

Los síntomas negativos incluyen afecto embotado, autismo, aislamiento social, retraimiento y pérdida de la iniciativa. Se comparan con los síntomas positivos como delirios, alucinaciones, ideas de referencia y agitación.

PERSONALIDAD PREPSICOTICA según Freedman (9):

La historia típica pero no invariable, es de una personalidad esquizoide: tranquilo, pasivo, con pocos amigos en la infancia, soñador, introvertido, cerrado en la adolescencia y la edad adulta. "A menudo se dice que el niño ha sido especialmente bueno, obediente y no causo problemas. Tuvo pocos amigos de niño, y esta pauta deficiente de amistad se noto en la adolescencia. El típico adolescente preesquizofrénico tiene pocos compañeros no aprende a bailar, no está interesado en el besuqueo en otras actividades heterosexuales, pero a menudo se preocupa por la masturbación. Evita todos los deportes competitivos, pero le gusta ir al cine, mirar la televisión o escuchar música. Puede ser un ávido lector de libros de filosofía y psicología." Típicamente tienen una gran cantidad de trabajos diferentes, pero ninguno les dura demasiado.

SUICIDIO Y HOMICIDIO:

El suicidio es un riesgo que presentan los pacientes esquizofrénicos que nunca debe ser olvidado. Freedman considera que un esquizofrénico puede cometer suicidio debido a que se encuentra profundamente deprimido, durante una reacción esquizoafectiva o puede matarse como respuesta a las órdenes que está recibiendo de las voces alucinatorias.

Es extremadamente difícil prevenir la mayoría de los homicidios esquizofrénicos ya que se producen en forma sorpresiva. El esquizofrénico homicida puede hallarse relajado, incluso apático y a continuación matar a alguien. Un análisis minucioso de estos suicidios y homicidios impredecibles lleva a la conclusión de que el factor singular más significativo de muchos de ellos es la experiencia traumática de rechazo.

17

(9) Freedman, A. Tratado de psiquiatría (1982)

SÍNDROMES CLÍNICOS

Los tipos de esquizofrenia más aceptados en la literatura consultada (10) son:

Catatónica: la esquizofrenia catatónica se presenta en 2 formas: la catatonía inhibida o estuporosa y la catatonía con excitación. El rasgo esencial de ambas formas es la acentuada anomalía de la conducta motora.

Tipo de esquizofrenia dominado por cualquiera de los siguientes síntomas:

- 1- Estupor catatónico (marcada disminución de la reactividad al medio, reducción de los movimientos y actividad espontánea, mutismo)
- 2- Negativismo catatónico (resistencia aparentemente inmotivada a todas las instrucciones o intento para que se mueva).
- 3- Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida contra todo esfuerzo para moverle).
- 4- Excitación catatónica (actividad motora excitada, aparentemente sin objeto y no influida por estímulos externos).
- 5- Posturismo catatónico (adopción voluntaria de posturas inapropiadas o extrañas)

Desorganizado (Hebefrénico):

Se caracteriza por una marcada regresión a una conducta primitiva, desinhibida, desorganizada el cual tiene su inicio temprano. Este tipo de paciente es activo pero de forma no constructiva y sin finalidad.

Presenta alteración del pensamiento y su contacto con la realidad es deficiente.

Tipo de esquizofrenia en la que hay:

- 1- Incoherencia frecuente.
- 2- Ausencia de ideas delirantes sistemática.
- 3- Afectividad inapropiada, embotada o superficial.

Paranoide:

Se caracteriza fundamentalmente por convicciones delirantes de persecución o grandeza.

Estos pacientes muestran menos regresión de las facultades mentales, de las respuestas emocionales y de la conducta. El paciente paranoide típico se muestra tenso, suspicaz en guardia, reservado hostil y agresivo, pero suele comportarse bien en sociedad. Su inteligencia en las áreas no invadidas por las convicciones delirantes puede seguir siendo muy alta.

Tipo de esquizofrenia dominado por uno o más de los siguientes síntomas:

- 1- Ideas delirantes de persecución.
- 2- Ideas delirantes de grandeza.
- 3- Ideas delirantes de celos.
- 4- Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza.

Parafrenia:

El término se utiliza a menudo para describir cuadros esquizofrénicos crónicos caracterizados por: delirios bien sistematizados, naturaleza irreal, fantástica y en ocasiones compleja. La personalidad de estos pacientes por lo general se encuentran bien conservadas, y a menudo están adaptados a las situaciones de sus vidas.

(10) Pichot DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

Simple:

La alteración principal es una pérdida gradual e insidiosa de la motivación, del interés, de la ambición y de las iniciativas. No aparecen los delirios ni las alucinaciones, el enfermo se retira del contacto con las demás personas, deja de trabajar, evita salir a la calle durante el día. Durante las primeras fases de su enfermedad, el paciente puede tener muchas molestias somáticas (fatiga, nerviosismo, pereza). La razón inmediata para el ingreso de un esquizofrénico simple en un hospital es una explosión de violencia por un motivo muy trivial.

Esquizoafectiva:

En los trastornos esquizoafectivos se añade un fuerte elemento de afecto depresivo o eufórico a unos síntomas esquizofrénicos. Estos pacientes pueden hallarse deprimidos, inhibidos y con tendencia al suicidio; al mismo tiempo pueden expresar convicciones delirantes o de persecución, una alteración del pensamiento esquizofrénica clara. En el diagnóstico, la sintomatología esquizofrénica es el factor decisivo.

Latente:

Se diagnostican los pacientes que pueden tener una acusada personalidad esquizoide y muestran ocasionales peculiaridades conductuales o trastornos del pensamiento, sin manifestar consistentemente una patología psicótica clara.

Residual:

Es una forma crónica que sigue a un episodio agudo de la enfermedad. La esquizofrenia latente es la fase anterior a una crisis esquizofrénica, y la esquizofrenia residual es la fase posterior al ataque.

Criterios para el diagnóstico del tipo residual:

- a) una historia de un episodio previo de esquizofrenia como mínimo, con síntomas psicóticos llamativos.
- b) Un cuadro clínico sin ningún síntoma psicótico llamativo, que ha obligado a la asistencia clínica.
- c) Pruebas continuas de enfermedad, tales como afectividad embotada o inapropiada, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico o pérdida de la capacidad asociativa.

Infantil:

Se diagnostica cuando la esquizofrenia hace su aparición antes de la pubertad.

El pronóstico de una persona que desarrolla una esquizofrenia antes de la pubertad o la adolescencia suele ser malo. En la mayoría de los casos, el niño esquizofrénico tiene una alteración de la imagen corporal, escasa coordinación motora.

La esquizofrenia infantil se caracteriza fundamentalmente por una plasticidad primitiva.

De inicio tardío:

Aunque la esquizofrenia es una enfermedad típicamente de la adolescencia o de la primera edad adulta, particularmente en su forma paranoide puede hacer su primera aparición en las décadas quinta, sexta o séptima de la vida.

Seudoneurótica:

Los esquizofrénicos pseudo neuróticos son, tal como su nombre indica, pacientes que presentan fundamentalmente síntomas neuróticos. Pero cuando se les examina con cuidado

y meticulosidad pueden rebelar anomalías esquizofrénicas de pensamiento y en las relaciones emocionales.

Se caracteriza por su panansiedad, panfobia y su sexualidad caótica. Esta ansiedad difusa es, el criterio diagnóstico mas específico.

Estados oniroides:

El paciente siente y se comporta como si estuviera en un sueño. El enfermo puede hallarse profundamente perplejo y desorientado en el tiempo y el espacio. Durante este estado de conciencia obnubilada tiende a experimentar sensaciones de éxtasis y cambiar rápidamente a escenas alucinatorias. El esquizofrénico oniroides reconoce las realidades de cada día, pero da prioridad a su mundo de experiencias alucinatorias y delirantes.

Estos estados oniroides se presentan con mayor frecuencia en las crisis esquizofrénicas agudas.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS (10)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) describe trastornos relacionados con sustancias que se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias, y trastorno del sueño inducido por sustancias).

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Dependencia de sustancias (10)

Características.

“La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.” Existe un patrón de repetida autoadministración que ha menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, aunque no esta incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving), se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

La dependencia se define en el DSM IV como “un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de doce meses.”

Tolerancia (criterio 1), “es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis”. El grado en que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y esta inducida por sustancias estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (por ejemplo pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable pero con frecuencia no es tan extrema. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de Cannabis no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque esta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos). La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. (10)

La abstinencia (criterio 2a) “es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitante cambios cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en el individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia”. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (criterio 2b), normalmente desde que se despierta. (10)

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (por ejemplo; los que tienen dependencia de la Cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia.

Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia. Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Dependencia fisiológica: este concepto se utiliza cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia. Sin dependencia fisiológica: este concepto debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo. (10)

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (DSM IV) (10)

Una patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo mas largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de sustancias o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia por ejemplo si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2

Sin dependencia fisiológica: no hay signos e tolerancia o abstinencia (por ejemplo si no se cumplen los puntos 1 y 2).

MARIHUANA

Las preparaciones de drogas de la planta de cáñamo varían considerablemente en calidad y potencia, en función del tipo, clima, suelo, el cultivo, y el método de preparación. (11)

Cuando la planta cultivada está totalmente madura, una resina pegajosa de color amarillo oro con fragancia de menta cubre sus flores y capas superiores de sus hojas.

La resina de la planta contiene las sustancias activas. Las preparaciones de la droga vienen en 3 grados identificados por sus nombre hindúes. La más barata y potente denominada Bhang, deriva de las partes superiores cortadas de las plantas no cultivadas; tiene bajo contenido de resina. La Ganga se obtiene de los capullos en flor y de las hojas de plantas cultivadas, ofrece una mayor cantidad y calidad de resina.

El tercero y más alto grado de la droga, denominado Charas, está principalmente elaborado a partir de la propia resina. Esta variante de droga es cinco a ocho veces más potente que la mayoría de la marihuana.

Los efectos de fumar duran de 2 a 4 horas y los efectos de la ingestión de 5 a 12 horas.

Se afirma que la intoxicación aumenta la sensibilidad a los estímulos exteriores; el sentido del tiempo está distorsionado. Suele producirse una escisión de la conciencia, el fumador es el observador objetivo de su propia intoxicación; puede estar afectado por pensamientos paranoides y, al mismo tiempo, ser razonablemente objetivo. La capacidad para conservar cierto grado de objetividad puede explicar el hecho de que muchos consumidores expertos de marihuana se comporten de forma perfectamente sobria en público incluso estando altamente intoxicados.

La marihuana se clasifica comúnmente como alucinógeno. A menudo se describe el aspecto ondulatorio de la experiencia, como también la percepción distorsionada de diversas partes del cuerpo, la distorsión espacial y temporal y la despersonalización.

Otros fenómenos asociados a este tipo de droga son la elevada sensibilidad al sonido, sinestesia, mayor sugestionabilidad y una sensación de pensar más claramente y de tener una mayor conciencia del significado de las cosas. En ocasiones se produce ansiedad y reacciones paranoides. En el fumador de marihuana las reacciones de pesadillas agonizantes son raras, ya que este tipo de drogas tiende a producir sedación.

La marihuana no dilata las pupilas, ni eleva materialmente la presión sanguínea, los reflejos ni la temperatura del cuerpo; lo que sí produce es aumento del pulso.

La marihuana carece de las poderosas cualidades alteradoras de la conciencia.

■

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS (10)

Los cannabinoides son sustancias que derivan de la planta de Cannabis. El producto resultante de la parte superior de la planta, (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de marihuana. Habitualmente, los cannabinoides se fuman, pero pueden ser consumidos por vía oral y a veces mezclados con té o comida.

(11) Tapia, R, *las adicciones dimensión, impacto y perspectivas* (1984).

(10) Pichot *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995)

DEPENDENCIA DEL CANNABIS (10)

Los sujetos con dependencia de Cannabis presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de Cannabis ha sido observada en sus consumidores crónicos. También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica. "Los sujetos con dependencia de Cannabis consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante meses o años e invierten muchas horas para adquirir y consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia en las actividades sociales, laborales o recreativas."

ABUSO DE CANNABIS (10)

Se debe tener en cuenta la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias. Cuando hay niveles significativos de tolerancia, o cuando los problemas físicos se asocian con el consumo compulsivo de Cannabis, debe considerarse el diagnóstico de dependencia en lugar del de abuso.

INTOXICACIÓN POR CANNABIS (10)

Las características esenciales de la intoxicación por Cannabis es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis. "La intoxicación se inicia típicamente con una sensación de bienestar seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente." La intoxicación se presenta en unos minutos si se fuma Cannabis pero puede tardar horas si la droga es ingerida por vía oral. La magnitud de los cambios comportamentales o psicológicos depende de la dosis, el método de administración y las características individuales de la persona que consume la sustancia, como son el grado de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR CANNABIS (10)

- A. Consumo reciente de Cannabis.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.
- C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de Cannabis:
 - 1. inyección conjuntival
 - 2. aumento de apetito
 - 3. sequedad de boca
 - 4. taquicardia
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

(10) *Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

Características descriptivas y trastornos mentales asociados (10)

La Cannabis habitualmente se consume junto con otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. La Cannabis (especialmente la marihuana) pueden ser mezcladas y fumadas junto con opiáceos, y otras drogas alucinógenas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La Cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Como muchas otras drogas ilegales, los trastornos por consumo de Cannabis se presentan más frecuentemente en varones y la prevalencia es más habitual entre personas entre los 18 y 30 años.



COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide que se encuentra en una concentración de 1-2%, junto a otros alcaloides, en las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* que crece en las laderas de los Andes, especialmente en Bolivia y Perú (12).

Formas de uso:

Masticación de hojas de Coca: es la forma históricamente más antigua de uso y abuso de cocaína; administrada de esta forma se consigue un incremento del estado de ánimo, una estimulación moderada, una mejoría física y una disminución del apetito. (12)

Pasta de coca "fumada": es la forma predominante de uso y abuso de cocaína. La pasta de cocaína es un producto intermedio en la fabricación del clorhidrato de cocaína que contiene alrededor del 50 % de sulfato de cocaína, así como otros alcaloides de la coca. Inicialmente produce un período de intensa euforia que conduce a su uso compulsivo, seguido de disforia persistente, ideas paranoides y alucinaciones. La adicción conduce (junto a períodos de ansiedad o depresión asociados) a problemas cardiovasculares, malnutrición, espasmos musculares, temblores y convulsión. La muerte puede producirse por sobredosis accidental, arritmia cardíaca, o conducta doliente, incluido el suicidio.

Clorhidrato de cocaína "esnifada": su forma de uso se lleva a cabo en líneas sobre una superficie lisa y aspirando por la nariz, a través de un papel enrollado o de una caña como la que se usa en los bares para aspirar bebidas refrescantes, lo que produce una sensación de euforia que dura de unos 10 a 30 minutos. El esnifar puede llegar a cuasar perforaciones del tabique nasal, por la necrosis isquémica que genera la vasoconstricción continuada.

Clorhidrato de cocaína intravenosa: posee una capacidad de adicción potencialmente muy alta, dada su rápida entrada al torrente circulatorio y su llegada al cerebro en esta forma de administración es frecuente que se presenten abscesos, hepatitis, septicemia e infecciones de todo tipo, incluido el Sida, debido a las malas condiciones higiénicas.

Cocaína "base libre" (Crack): si se disuelve el polvo blanco de clorhidrato de cocaína en agua destilada y se agrega un álcali por ejemplo el bicarbonato de sodio, se produce la precipitación de cristales de cocaína base, a los que se da también el nombre de crack. Recibe el nombre de crack por el ruido de crepitación que producen tales cristales para fumarlos.

Las formas fumables de cocaína atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica tardando solo 5 segundos en producir efectos centrales, a diferencia de los 30 segundos que tarda en aparecer los efectos en el Sistema Nervioso Central cuando es usada de otra forma(13). La duración de sus efectos es también muy breve, tras su administración se produce un “flash” intenso y fugaz, desapareciendo rápidamente lo que sumerge al consumidor en una angustia, que lo obliga a ser compulsivo en el consumo.

“El uso de pasta básica de cocaína por sus particularidades farmacológicas produce un estado de intoxicación aguda en el cual se pueden describir tres estadios clínicos, cada uno caracterizados por diversos síntomas.” El primero denominado “momento antes del consumo” esta marcado por un síndrome obsesivo, compulsivo un síndrome ansioso y un síndrome neurovegetativo, caracterizado por su duración taquicardia y malestar abdominal. El segundo estadio “efectos al fumar” se inicia tras la primera aspirada y produce un “flash” placentero intenso pero muy breve de apenas tres a cuatro segundos con una caída muy brusca. “La angustia por la cesación de los efectos es tan fuerte que obliga al consumidor a fumar una y otra vez, entrando en un estado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud cesando su consumo solo cuando el dinero para su consumo se ha terminado o cuando entra en un cuadro de intoxicación aguda.”

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA (10)

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de la coca se consume en diversas preparaciones (por ejemplo; hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación. Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la planta de coca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América Central y del Sur.

Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma. El hidrocloreto de cocaína en polvo es habitualmente “esnifado” a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa.

Una forma habitual en EEUU es el crack, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándolas en pequeñas piedras. El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos.

DEPENDENCIA DE COCAÍNA (10)

La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión, y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas.

(13) *Adicciones, Vol.12, Cap.1, 2000*

(10) *Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

ABUSO DE COCAÍNA (10)

La intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. "Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso."

INTOXICACIÓN POR COCAÍNA (10)

La característica esencial de la intoxicación por cocaína es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína. La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia e incluye uno o más de los síntomas siguientes: euforia con incremento de la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social. La intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral. La intoxicación grave puede conducir al coma. Para establecer el diagnóstico de intoxicación por cocaína los síntomas no han de ser debido a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otros trastornos mentales. La magnitud y el tiempo de los cambios psicológicos y comportamentales dependen de muchas variables, que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia (por ejemplo, tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo y contexto en el que se ingiere la droga).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR COCAÍNA (10)

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, deterioro de la capacidad de juicio o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante o poco tiempo después del consumo de cocaína.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - 1. taquicardia o bradicardia
 - 2. dilatación pupilar
 - 3. aumento o disminución de la tensión arterial
 - 4. sudoración o escalofríos
 - 5. náuseas o vómitos
 - 6. pérdida de peso demostrable
 - 7. agitación o retraso psicomotores
 - 8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - 9. confusión, crisis convulsivas, discinesias, distonías o coma.

(10) *Pichat Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ABSTINENCIA DE COCAINA (10)

La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir (o disminuir) el consumo abundante y prolongado de cocaína. El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotores.

Los síntomas de abstinencia aguda se observan con frecuencia después de periodos de consumo de dosis altas y repetidas. Estos periodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación.

TABACO

El hábito de fumar es una drogadicción peligrosa por los efectos secundarios que afecta al individuo que lo consume y a sus acompañantes (fumadores pasivos). (14)

El tabaco contiene nicotina que es un alcaloide y por su acción adictiva es la droga responsable del hábito de fumar provocando dependencia psíquica y refuerza el abuso repetitivo de tabaco. A pesar de un elevado poder de adicción y su toxicidad aguda, la nicotina no sería una droga de las más peligrosas de las que contiene el tabaco; ya que contiene monóxido de carbono que al asociarse con la hemoglobina produce la carboxihemoglobina lo cual agrava los efectos de la nicotina al aumentar la falta de oxígeno al miocardio, disminuyendo el umbral de fibrilación ventricular. La carcinogénesis de los componentes del tabaco es acumulativa y estocástica, similar a un síndrome de irradiación. "Por su morbilidad y mortalidad elevada el tabaquismo constituye una de las peores plagas de nuestra civilización."

A pesar de la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos existen escasos estudios controlados sobre el efecto del tratamiento del tabaquismo en estos pacientes. (15)

El consumo de tabaco disminuye las concentraciones plasmáticas de Haloperidol, Flufenacina por lo que los fumadores suelen necesitar el doble de dosis de neurolepticos que los no fumadores.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA (8)

La dependencia y la abstinencia de nicotina se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicles de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir a abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y del contenido en nicotina del producto consumido.

La intoxicación por nicotina aparece excepcionalmente y no ha sido bien estudiada y el abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia.

DEPENDENCIA DE NICOTINA (10)

Se debe tener en cuenta la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias. Algunos de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican para la nicotina, mientras que otras requieren una mayor explicación. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareos y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina. "La interrupción del consumo de nicotina produce un síndrome de abstinencia bien definido. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido." Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban.

(14) Farreras, Medicina Interna (1995)

(15) Martí, B, Recomendaciones terapéuticas en patología dual (2002)

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

ABSTINENCIA DE NICOTINA (10)

“La característica esencial de la abstinencia de nicotina es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que se desarrolla después de la brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante periodos prolongados.” El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de apetito o aumento de peso. “Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.”

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina. “La mayor rapidez de los efectos de la nicotina conduce a estos fumadores a un patrón de hábito intenso que es más difícil abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo y por la mayor dependencia física de la nicotina.” Con el cambio del consumo de cigarrillos de alto a bajo contenido de nicotina, o al interrumpir el consumo de chicle o de parche de nicotina, pueden aparecer síntomas de abstinencia leves.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO ABSTINENCIA DE NICOTINA (10)

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - 1. estado de ánimo disfórico o depresivo.
 - 2. insomnio
 - 3. irritabilidad, frustración o ira
 - 4. ansiedad
 - 5. dificultades de concentración
 - 6. inquietud
 - 7. disminución de la frecuencia cardíaca
 - 8. aumento del apetito o del peso
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados

La necesidad irresistible (craving) es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen. La dependencia a nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales. Dependiendo de la población estudiada, entre el 55 y el 90% de los sujetos con otros trastornos mentales fuman en comparación con el 30% de la población general. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con sustancias son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex fumadores o en quienes nunca han fumado.

(10) *Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

ALCOHOL

Existen muchas definiciones de alcoholismo, pero todas incluyen el consumo excesivo del alcohol y los consecuentes problemas sociales, psicológicos y físicos.

El alcoholismo es definido como "la ingestión excesiva de alcohol en forma crónica o la intoxicación alcohólica crónica que trae como consecuencia un deterioro de la salud, dependencia y adaptación progresiva a los efectos del alcohol que requiere dosis creciente del tóxico para poder lograr y mantener el efecto deseado". (16)

Ciertos alcohólicos beben todos los días, otros beben de forma episódica sin probar una gota de alcohol entre borrachera y borrachera. Algunos necesitan ingerir grandes cantidades de alcohol, mientras que otros no. En la etapa crónica de la enfermedad el alcohólico experimenta muchos de los horrores que tradicionalmente se asocian al alcoholismo.

Pueden aparecer graves enfermedades hepáticas como la cirrosis alcohólica, hipertensión arterial, taquicardia, lesiones del sistema nervioso central, anemias, lesiones musculares, cáncer de boca, las cuales pueden darse por separado o en diferentes combinaciones. Si se interrumpe la ingestión de alcohol en forma brusca el enfermo puede sufrir alucinaciones terroríficas temblores violentos, fuerte agitación, episodios paranoicos y otros problemas psiquiátricos. En las últimas fases del alcoholismo son frecuentes las depresiones agudas, los comportamientos maniaco depresivos, los sentimientos de irritabilidad y desesperanza, los pensamientos e impulsos suicidas, los episodios de pánico, miedo y autodesprecio.

Otros problemas psicológicos presentes en el mundo interno del alcoholismo son la depresión y los sentimientos de desesperanza, inutilidad y falta de ilusión por la vida. Es fácil explicar la existencia de éstos sentimientos en los alcohólicos si tenemos en cuenta que el alcohol está clasificado entre los fármacos depresivos generales, no selectivos. Por su estructura y efectos sobre el sistema nervioso central, la acción del alcohol sobre éste es similar al de los fármacos depresores como el diacepam (valium); el clordiacépoído y el fenobarbital. Los efectos negativos del alcohol sobre el estado de ánimo son frecuentemente el pasar por una depresión transitoria que va mejorando a medida que avanza el proceso de desintoxicación.

En realidad, suelen estar deprimidos porque ingieren grandes cantidades de un fármaco depresor. Sin embargo, en algunos casos estas depresiones no son transitorias, sino que son consecuencia de un trastorno afectivo. Los sentimientos de desesperanza, inutilidad y falta de interés por la vida son la nota común de la experiencia interna del alcoholismo.

No se conoce ninguna causa determinante de alcoholismo. "Hay que tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos van acompañados de diferentes síntomas, y que la concurrencia de síntomas de dos enfermedades hace pensar en una relación causal entre ellas." Los estudios previos han puesto de manifiesto que la mitad de los alcohólicos, tanto hombres como mujeres, presentaban problemas psiquiátricos previos a la aparición de la enfermedad.

El seguimiento de la historia personal de los individuos con este problema determina un grupo de población con vidas caóticas.

El diagnóstico se realiza mediante criterios relativamente objetivos, como el abandono temprano del hogar familiar o la existencia de antecedentes penales desde la juventud. Mediante este enfoque se ha demostrado que el 15% de los alcohólicos de sexo masculino han tenido serios problemas antisociales antes de comenzar a beber. En estos casos se puede pensar que el abuso de la bebida no es consecuencia del alcoholismo sino de un comportamiento antisocial que se caracteriza también por el consumo de drogas, alta incidencia divorcios, accidentes y muertes por homicidio.

Aquí no está claro que el trastorno de personalidad sea la causa del alcoholismo; sino más bien que el alcoholismo sea parte de la conducta antisocial del individuo. El alcoholismo sicopático o antisocial tiene mal pronóstico y responde mal al tratamiento. "En algunos alcohólicos se detectan Alucinosis alcohólica; el síndrome consiste en un estado prolongado de alucinaciones auditivas que, frecuentemente acompañadas de delirios mal sistematizados que explican los sonidos alucinados en la mente del alcohólico." (16) De modo típico, las voces se refieren al paciente en tercera persona y le hacen comentarios sobre las actividades y el carácter de él mismo. Sin embargo no se presentan otros signos, como los trastornos del pensamiento o la incongruencia afectiva que pudieran confundirse con la esquizofrenia. La psicosis casi siempre empieza a aliviarse cuando es ingresado al hospital y suspende la ingestión alcohólica. Pero en dos grupos de pacientes las alucinaciones auditivas persisten: en aquellos con síntomas demenciales marcados, y entre aquellos que luego se diagnosticarán como esquizofrénicos.

En resumen; con la rara excepción del alcoholismo como consecuencia de una personalidad antisocial; no existe una relación clara entre los rasgos de personalidad y el alcoholismo, las investigaciones en esta área no han dado resultados definitivos. No existe una causa única del alcoholismo. De todas las variables que se estudian, los factores genéticos son los que resultan más fáciles de abordar, y han proporcionado datos muy importantes para intentar establecer las causas determinantes del alcoholismo; además como se ha visto existen factores sociales y psicológicos, que influyen en la aparición del alcoholismo. Las variables psicológicas y sociológicas son más difíciles de controlar, definir y valorar. Esto explica en parte los resultados contradictorios obtenidos para este tipo de estudio y su falta de exactitud.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (10)

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y mortalidad considerables.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (10)

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa los sujetos con dependencia pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias adversas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

ABUSO DE ALCOHOL (10)

Para evaluar el abuso de alcohol se deben tener en cuenta la descripción y criterios diagnósticos para el abuso de sustancias.

Todas las áreas sicosociales del sujeto pueden verse afectadas por el consumo de alcohol; a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, deben considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el abuso de alcohol.

(10) *Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

INTOXICACIÓN POR ALCOHOL (10)

Las características esenciales de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (por ejemplo, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR ALCOHOL (10)

- A. Ingestión reciente de alcohol
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - 1. lenguaje farfullante
 - 2. incoordinación
 - 3. marcha inestable
 - 4. nistagmo
 - 5. deterioro de la atención o de la memoria
 - 6. estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración o taquicardia); aumento del temblor distal de las manos, insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas.

Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ABSTIENCIA DE ALCOHOL (10)

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - 1. hiperactividad autonómica (por ejemplo: sudoración o taquicardia).
 - 2. temblor distal de las manos
 - 3. insomnio
 - 4. náuseas o vómitos
 - 5. alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - 6. agitación psicomotora
 - 7. ansiedad
 - 8. crisis convulsivas de gran mal
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados (10)

La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (por ejemplo; Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas.

El abuso y la dependencia del alcohol junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presenta una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad pueden asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales.

DIAGNÓSTICO DUAL

El término "Diagnóstico Dual" o "Trastorno Dual" en el ámbito de la salud mental es un término que en los últimos años se está extendiendo pero que, a su vez, también se está desvirtuando englobándose a un cada vez mayor número de personas con adicción a sustancias pero sin una patología psiquiátrica mayor de base. (17)

El trastorno dual (patología psicótica y abuso de sustancias) oscila entre un 20 y un 90% de los casos, según un estudio realizado en EEUU en el año 1995 (13). Sin embargo, pese a la frecuencia y trascendencia del problema de las dependencias, los conocimientos, habilidades y dedicación del personal sanitario a estos aspectos no siempre están en consonancia con la importancia de esta patología.

Para lograr un adecuado tratamiento de las adicciones, desde la perspectiva educativa, hay que tener presente que la adicción es una enfermedad crónica al igual que el asma, diabetes, hipertensión etc. Todos estos procesos requieren tratamiento durante la mayor parte de la vida del paciente y, como tal, las recaídas y el incumplimiento de las pautas de medicación son hechos habituales.

Obviamente, no todas las dependencias responden a un mismo tratamiento, ni con una misma eficacia, ya que, si bien en esencia la adicción es una enfermedad cerebral, el fenómeno es más complejo, ya que está influenciado por una frecuente patología psiquiátrica comórbida (trastorno dual), así como por aspectos sociológicos y conductuales que incluyen los estímulos iniciales para el consumo de la droga. Con frecuencia se olvida que la adicción no termina cuando la droga desaparece del organismo (desintoxicación), ya que los procesos adaptativos provocados por el consumo permanecen, lo que lleva a la residua con un nuevo consumo de la droga.

Epidemiología

Antes de aproximarnos a otras consideraciones sobre este problema, debemos primero intentar averiguar qué porcentaje de pacientes psicóticos presentan un consumo de sustancias coexistente. Es decir, definir la prevalencia del trastorno dual. Tras realizar una revisión del tema, la impresión general es que ambos trastornos se diagnostican menos de lo que verdaderamente existe. Además, los estudios epidemiológicos varían mucho entre unos y otros debido a factores metodológicos (diferencias en la muestra, métodos de análisis y evaluación, sesgos del investigador,...). La mayoría de estudios se han realizado en poblaciones clínicas, es decir, entre pacientes que están recibiendo tratamiento en dispositivos de salud mental o en dispositivos de drogodependencias.

En un estudio realizado en el hospital de Zamudio, España(17), con poblaciones clínicas las tasas de prevalencia de diagnóstico dual oscilan entre un 20-60 % de todos los pacientes con un trastorno psiquiátrico (incluso hasta el 85%). El único estudio realizado a gran escala en la comunidad fue el conocido como ECA -Epidemiologic Catchment Area-, estudio referente básico sobre la prevalencia de los diferentes trastornos mentales en la comunidad.

Este estudio muestra que el 47% de los pacientes con esquizofrenia tiene un trastorno de abuso o dependencia a cualquier sustancia a lo largo de la vida, frente a un 16,7% de la población general.

La posibilidad de que un esquizofrénico tenga un trastorno por abuso o dependencia de sustancias es 4 veces mayor que una persona que no padezca Esquizofrenia.

(17) www.osakidtxa.svs.org, Diagnóstico Dual.

(13) Adicciones, Vol.12, Cap.1, 2000

En estos pacientes las drogas de preferencia suelen ser el Alcohol y el Cannabis; y en menor medida estimulantes y alucinógenos; si bien los datos revelan que lo habitual es que consuman dos o más sustancias.

Se han determinado a través del mencionado trabajo, una serie de Factores de Riesgo (17):

- Varón.
- Edad Joven
- Trastorno por consumo de sustancias en la familia (influencia genética, ambiental o ambas).
- Posible exposición a drogas (bajo nivel socioeconómico, frecuentar o convivir con otros consumidores, exposición a situaciones de estrés vital continuado).
- Buen ajuste previo al consumo (se necesita un cierto nivel de energía, motivación y habilidades sociales para buscar y conseguir las drogas).

Modelos explicativos

Los modelos propuestos serían (17):

- Etiológico: El trastorno psicótico sería causado o precipitado por el abuso de sustancias psicoactivas.
- Biológico: Habría una vulnerabilidad biológica subyacente, de modo que un trastorno en el sistema dopaminérgico aumentaría dicha vulnerabilidad tanto a la esquizofrenia como al abuso de sustancias.
- Socialización: El uso de tóxicos sería un fenómeno socializador que proporcionaría un rol social, un grupo y una identidad más aceptables.
- Automedicación: El consumo habitual de ciertos tóxicos mejoraría algunos síntomas del trastorno psiquiátrico o de los efectos secundarios de los psicofármacos. Esta mejora actuaría como un refuerzo negativo perpetuando el consumo.
- Independencia: Ambos problemas son independientes y el aumento aparente de la prevalencia en los psicóticos no difiere significativamente de la población general. Coinciden por la elevada prevalencia de ambos trastornos en la población juvenil.

Estas hipótesis no son excluyentes entre sí y determinados subgrupos pueden ajustarse preferentemente a alguna de ellas más que a otras.

Tratamiento integral

La literatura al respecto sustenta que el modelo de tratamiento integral es más eficaz ya que parece aumentar la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuye las hospitalizaciones y disminuye los problemas legales y sociales de estos pacientes. (5)

El planteamiento básico de un tratamiento integral es el de aunar en un programa especial los elementos tanto de tratamiento psiquiátrico como del de abuso de sustancias. Pero, además, que dicho programa tenga una garantía de continuidad tanto en la comunidad (a

(17) www.osakidiza.svs.org , *Diagnostico Dual*.

nivel de centros de atención ambulatorio así como de las estructuras intermedias), como en el hospital.

El modelo de tratamiento integral no es a corto plazo; es decir, hasta que se resuelva la situación aguda de consumo o estabilización de la clínica psiquiátrica. Debe ser un modelo a medio-largo plazo insertado en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Se puede describir en 4 fases (5):

1. Estabilización Aguda: Puede ir desde 3 días a 3 meses, y supone la estabilización tanto de la clínica psicótica como del problema adictivo. Para ello será necesario el tratamiento farmacológico y en muchos casos en una unidad hospitalaria junto con el asesoramiento al paciente tanto sobre los efectos de los tóxicos como sobre su trastorno mental concomitante.
2. Implicación: Una vez estabilizado, e implicarla:
 - o Establecer una nueva relación terapéutica.
 - o Educación sobre la enfermedad.
 - o Enseñarle cómo mantener la estabilización a través del cumplimiento farmacológico.

Esta quizá sea la fase más importante y difícil de conseguir.

3. Estabilización prolongada: Dura aproximadamente un año e implicarla la abstinencia de tóxicos (grupos de autoayuda) y del control sintomático (control farmacológico).
4. Rehabilitación: A partir del primer año de recuperación.

En EEUU se están creando unidades superespecializadas para desarrollar este tipo de tratamiento que cuentan con recursos, personal entrenado y programas bien diferenciados. En Europa no han calado tanto estos dispositivos especializados y se sigue ofreciendo un abordaje comunitario, ya que se cree que resulta menos gravoso económicamente, de mayor garantía en cuanto a la continuidad de cuidados e incluso se ha sugerido que ofrece un mejor pronóstico.

Terapia de la motivación (5)

“La baja motivación del paciente y la dificultad para percibir el uso de drogas como un problema puede ser significativas barreras para que el enfermo mental severo se comprometa a asistir a los programas de abuso de drogas.” (5)

(5) Weaver, T (1999).

Promover la terapia de apoyo es importante, hay un creciente reconocimiento de que hay que vencer las diferencias de actitud hacia la motivación de los pacientes psiquiátricos y abuso de drogas para poder desarrollar un enfoque de equipo.

La evidencia de EEUU demuestra que con terapia psicológica apropiada y apoyo social, la motivación puede ser aumentada entre los pacientes con psicosis. Los modelos para la terapia motivacional se basan en programas para aumentar las destrezas sociales y brindan terapia de apoyo. Los pacientes tratados bajo este modelo tienen resultados positivos en el uso del alcohol y drogas. Hay una creciente evidencia que el tratamiento integrado para la co-morbilidad debe tener un enfoque hacia el Tratamiento comunitario.

En cuanto al tratamiento de estos pacientes se cree que si se aborda sin sistema paralelo son ineficientes e inefectivos; los servicios deben combinar las intervenciones para obtener mejores resultados.

Entorno terapéutico(18)

En la actualidad el entorno terapéutico es parte fundamental de la planificación de la terapéutica (18).

Según Morrison, el término entorno terapéutico también se utiliza para describir ciertos marcos o medios cuyo propósito es ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más adaptadas (Stuart y Sundeen, 1995). Los entornos terapéuticos pueden formar parte de un hospital, de un hogar o de un marco comunitario, siempre que ayuden a los pacientes a satisfacer sus necesidades y a resolver sus problemas. Dado que casi todos los entornos terapéuticos requieren ciertos límites y controles para poder funcionar, suelen establecerse en marcos hospitalarios.

Se opta por el ingreso en un centro hospitalario psiquiátrico cuando se dan algunas de las condiciones siguientes:

- El paciente se convierte en una amenaza para sí mismo o para los demás.
- Las personas que lo rodean no desean continuar ayudándolo.
- El paciente se ve a sí mismo incapaz de afrontar sus problemas o de controlar su conducta.

El ingreso a un centro hospitalario puede ser voluntario o involuntario, pero en cualquier caso el plan terapéutico se diseña para que los pacientes vuelvan a la comunidad lo antes posible. El personal de enfermería que colabora en estos centros hospitalarios aporta la pauta cualitativa que rige en los mismos. "Sin un personal de enfermería con capacidad de introspección, comprensión, cordialidad y habilidad para dirigir grupos, el concepto de comunidad terapéutica no podría haberse convertido en realidad" (Taylor, 1994).

La práctica de la enfermería psiquiátrica ha evolucionado desde el cuidado basado en la custodia del enfermo hasta el control de los complejos entornos terapéuticos.

"En nuestros días, el personal de enfermería debe poseer los conocimientos y la experiencia necesarios para controlar dichos entornos y llevar a cabo intervenciones terapéuticas, así como coordinar e integrar la prestación de cuidados multidisciplinarios y evaluar los resultados del tratamiento para cada paciente a su cargo."

(5) Weaver, T. *Enfermedad mental severa y abuso de drogas* (1999).

(18) Morrison, J. *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. (1999)

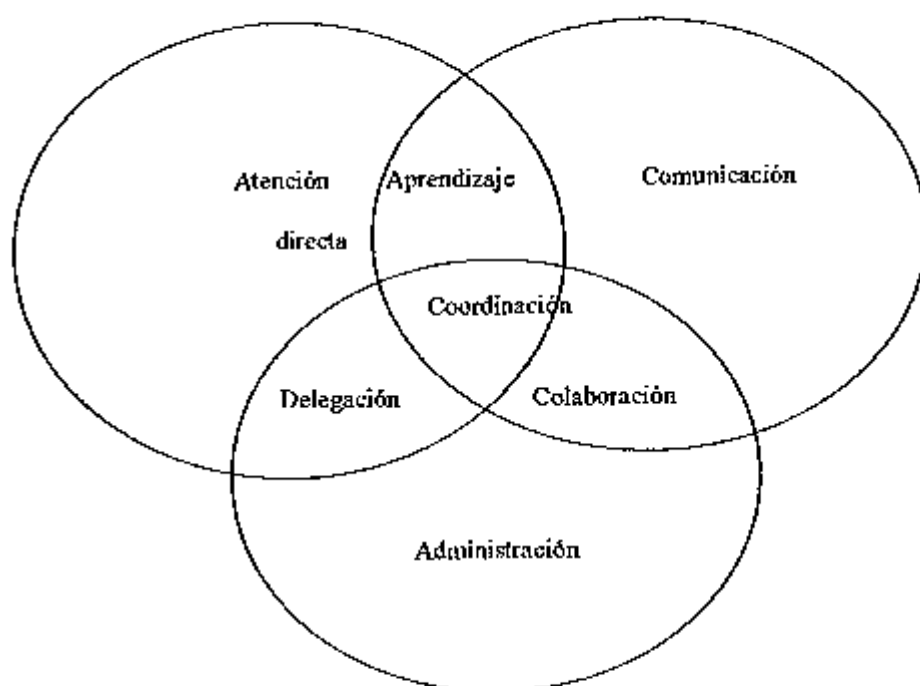
Anteriormente a la década del 60 la estancia en unidades psiquiátricas solía prolongarse durante meses e incluso años. Cuando los pacientes eran dados de alta, encontraban muy poco apoyo en la comunidad. Por lo contrario los centros psiquiátricos actuales tienden a las estancias más cortas, a terapias más intensivas y a ayudar al paciente durante la transición desde la institución a la comunidad.

OBJETIVOS DEL ENTORNO TERAPÉUTICO (18)

Los entornos terapéuticos eficaces proporcionan seguridad, protección y tiempo de resolver las dificultades (Moos, 1974). Los miembros del equipo de atención sanitaria ofrecen un contacto terapéutico humano dirigido a ayudar a los pacientes a conocerse a sí mismos y a relacionarse con los demás.

Los objetivos de un entorno terapéutico son los siguientes:

1. Proteger al paciente y a los demás durante los periodos de conducta desadaptada.
2. Ayudar a los pacientes a desarrollar la autoestima y la confianza.
3. enseñar las habilidades adaptativas más eficaces (afrontar problemas) para satisfacer sus necesidades.



Práctica de enfermería en salud mental. (Reproducido de Stuart GW, Sundeen SJ: Principles and practice of psychiatric nursing, 5ª edición, San Luis, 1995, Mosby.)

Cada paciente es asignado a un equipo de tratamiento compuesto por varios especialistas en salud mental. Al ingresar, se lo somete a una cuidadosa valoración y se desarrolla un plan de atención terapéutica. En el cuadro anterior se ilustra el papel del personal de enfermería como participante del equipo de tratamiento de salud mental.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO TERAPÉUTICO (18)

La hospitalización psiquiátrica supone una experiencia traumática. Antes de ser ingresados en el medio hospitalario, los pacientes suelen haber tenido problemas por las actividades o peculiaridades de sus vidas. El personal de enfermería del entorno hospitalario puede hacer mucho para aliviar el descontento que afecta a los pacientes. El equipo terapéutico de salud mental desarrolla el plan de tratamiento para el paciente, y cada especialista desempeña un papel en el cuidado del mismo.

Sin embargo, es el personal de enfermería el que ayuda al paciente en sus actividades diarias y controla cada paso que éste da hacia los objetivos terapéuticos.

Para lograr que el paciente cumpla con su plan terapéutico el personal de enfermería debe hacer una valoración total del enfermo, de sus actividades diarias, de sus actitudes hacia el tratamiento y de sus recursos para afrontar los problemas. Según Morrison, el conocimiento del personal de enfermería sobre estos puntos puede ayudar a los pacientes a modificar muchas de las actitudes de autoexclusión que les atan a sus problemas.

Una técnica para incrementar el cumplimiento de la terapéutica por parte del paciente consiste en retar las expectativas del mismo. Es muy frecuente que las personas piensen que es imposible cambiar. Ayudar a los pacientes a eliminar estos límites auto impuestos les ofrece una esperanza de que la mejora es posible y alcanzable.

Otras técnicas implican la oferta de actitudes positivas y la reelaboración de conductas o actitudes negativas para convertirlas en otras más constructivas. La sincera preocupación es un poderoso instrumento para establecer la confianza y conseguir la cooperación. Cada una de estas técnicas se diseña para ayudar a los pacientes a mejorar sus expectativas de vida. Cuando el paciente cree que puede alcanzar el éxito, es más sencillo el cumplimiento de las terapias y la medicación prescritas en el plan de intervención.

"El principal objetivo del tratamiento es que el paciente vuelva a su entorno. La sensibilidad, la empatía y la consistencia del personal de enfermería ayudan al paciente a obtener la energía para hacer los cambios necesarios en su vida."

CONCEPTOS CLAVE (18)

- El término entorno terapéutico se utiliza para describir un entorno estructurado para ayudar al paciente a controlar las conductas inadecuadas y aprender las actividades personales y psicosociales más eficaces y adaptativas (por ejemplo, afrontar los problemas).
- Los objetivos básicos del entorno terapéutico consisten en proteger al paciente y a los demás durante los períodos de conductas desadaptadas, ayudar a las personas a desarrollar la autoestima y confianza y enseñar habilidades adaptativas más eficaces (por ejemplo, afrontar problemas) para satisfacer sus necesidades.
- Establecer límites ayuda a que el entorno terapéutico sea consistente y predecible, ya que los pacientes saben que se establecerán controles externos.
- En el entorno terapéutico, el personal de enfermería ayuda al paciente a construir sus necesidades de autoestima mediante la aceptación, las expectativas y la implicación.
- La planificación del alta hospitalaria es el puente que une el entorno terapéutico protegido y la realidad de la vida en la comunidad.
- Una importante responsabilidad del personal de enfermería consiste en educar y estimular a los pacientes a desempeñar un papel activo y responsable en su propio tratamiento.

RELACION TERAPEUTICA (18)

“La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que mueve al paciente a llevar una conducta más eficaz. La energía del enfermero se utiliza para dirigir al paciente hacia una forma más constructiva de pensamiento y una forma más eficaz de manejar sus problemas. El cuidador utiliza su caudal de energía dirigida hacia la salud para, en primer término, equilibrar o estabilizar a sus pacientes.” Luego, ayuda al paciente a movilizar y dirigir su propia energía en una dirección más satisfactoria. El arte de la enfermería implica un intercambio de energía que se produce cada vez que el enfermero interactúa con su paciente.

ROLES DEL ENFERMERO

A lo largo de la evolución de la relación terapéutica, el personal de enfermería desempeña diversos papeles o roles (18). Cada rol está diseñado para ayudar al paciente a alcanzar objetivos terapéuticos específicos. Los enfermeros que trabajan con pacientes de salud mental asumen los roles de agente del cambio terapéutico, profesor, técnicos y terapeuta. Cada uno de los papeles sirve para ayudar al paciente a desarrollar una conducta más fructífera y adaptada.

Agente del cambio

El entorno terapéutico es más que un espacio físico. Morrison considera que la atmósfera psicológica creada por el personal de enfermería es una de las principales contribuciones para una recuperación fructífera. El enfermero proporciona una atmósfera cálida, de aceptación, donde se valoran las aportaciones de cada individuo. Acepta el hecho de que algunas conductas del paciente puedan no ser apropiadas, pero nunca desacredita a la persona. Se apoya y anima a los sujetos a que cambien su comportamiento infructuoso por una conducta más eficaz. La actitud del cuidador favorece la creación de un clima que anticipa y promueve un cambio positivo. Es de esperar que cada miembro del equipo sanitario actúe como modelo de una vida fructífera, mostrando a los pacientes que hay otras formas de comportarse. Cuando la atmósfera promueve cambios y proporciona la seguridad para ponerlos en práctica, hay más probabilidad de que el paciente mejore. El personal de enfermería también funciona como un agente socializador; ayuda a los pacientes a participar en actividades de grupo y en diversas interacciones sociales; presenta a los pacientes entre sí, les anima a conversar y les ayuda a orientarse hacia los aspectos saludables de la vida. La relación con los demás supone una oportunidad para que le enfermero promueva experiencias sociales gratas para sus pacientes.

Profesor (18)

Los enfermeros están constantemente alerta ante las oportunidades de enseñar. En el marco de la asistencia en salud mental, las ocasiones de enseñar van desde la instrucción sobre aspectos de la vida diaria hasta cambios importantes en el estilo de vida. Hay que educar a todos los pacientes sobre cuestiones como la medicación y la dieta, pero en la interacción con cada uno de ellos hay áreas igualmente importantes. En ese sentido, el enfermero puede evaluar y monitorizar problemas ya existentes, planear ocasiones de aprendizaje correctivo y adelantar posibles dificultades. Los pacientes y sus familias confían en el personal de enfermería y ha menudo hacen confidencias. Esos momentos de compartir son grandes oportunidades para un enfermero despierto. Enseñar es una parte importante de la enfermería ya que constituye un puente sólido para pasar de la mera existencia a una adaptación eficaz.

Técnico (18)

El papel técnico de los enfermeros en salud mental se centra en el paciente en su totalidad. Deben estar informados del estado físico y mental de sus pacientes. El enfermero aplica sus conocimientos sobre funcionamiento físico y psicológico a cada paciente.

El papel técnico del enfermero en el contexto de la salud mental incluye administrar, monitorizar y evaluar los medicamentos, controlar los problemas médicos en el entorno de salud mental, evaluar la diferencia entre procesos físicos y psiquiátricos, mantener la seguridad y controlar los factores ambientales.

Terapeuta (18)

Están capacitados para desarrollar el plan de asistencia al paciente y participar como miembros del equipo terapéutico multidisciplinario (18). Los enfermeros asumen numerosos papeles en su trabajo con enfermos mentales. Mediante “una conciencia puesta en práctica”, son capaces de desempeñar diversos papeles para ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos. El uso terapéutico de sí mismo se aplica cada vez que el cuidador interactúa con sus pacientes, siendo cada interacción una oportunidad de aprendizaje tanto para el paciente como para el enfermero.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas que guía al paciente hacia un comportamiento más eficaz.
- Los elementos dinámicos de la relación terapéutica incluyen los conceptos de confianza, empatía, autonomía, cuidado y esperanza.
- Para establecer una relación terapéutica fructífera, el enfermero transmite al paciente las cualidades de aceptación, autenticidad y conexión.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (18)

Una intervención de enfermería importante en los pacientes con problemas inducidos por las drogas consiste en actuar como un agente terapéutico. Para Morrison es necesario practicar una escucha eficaz para llegar a comprender quien es el paciente en realidad, así como emplear el propio conocimiento de la relación terapéutica para establecer un ambiente de confianza y cooperación. "También es preciso aprender a actuar como modelo y profesor, demostrando con alma la resolución de problemas y otras aptitudes eficaces de respuesta; hay que estar dispuesta a mirar más allá de la adicción para ver a la persona." Los diagnósticos de enfermería relacionados con los pacientes que padecen problemas de abuso de sustancias se basan en los problemas y objetivos identificados. Aunque el cuidado de cada paciente se planea individualmente, hay determinadas acciones claves de enfermería que son comunes a todos los que dependen de alguna sustancia:

- Establecer una relación empática.
- Establecer un pacto de no lesión lo antes posible.
- Cumplir con las precauciones necesarias frente al suicidio.
- Evaluar y documentar el riesgo de suicidio.
- Ayudar a identificar y comentar los orígenes de la angustia.
- Mostrarle al paciente apoyo emocional y aceptación.
- Implicar a la familia del paciente en el plan terapéutico.
- Explorar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas en el pasado.

La atención a los pacientes con problemas inducidos por sustancias es desafiante y frustrante. "El personal de enfermería se encuentra en una posición muy adecuada para influir en el bienestar de estos pacientes. La demostración de respeto, aceptación y preocupación por parte de los enfermeros ofrece a muchos enfermos la conexión que les anima a trabajar para liberarse de su adicción" (18). Los enfoques personalizados del personal de enfermería permiten debatir sobre la dieta, la resolución de problemas y otras inquietudes relativas a la salud. Hay que ofrecer al paciente la oportunidad de aprender, modificar y desarrollar nuevas aptitudes que resulten más eficaces para su vida.

Es preciso trabajar para familiarizarse con el adicto y aprender lo más posible, ya que todos los miembros del personal de enfermería, deberán atender en algún momento a pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias químicas.

INTERVENCIONES CLAVES PARA LOS PACIENTES CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS

- Satisfacer las necesidades físicas de los pacientes durante la desintoxicación.
- Atender las alteraciones fisiológicas residuales que se derivan de la dependencia.
- Monitorizar los efectos de las terapias somáticas prescritas para controlar el consumo.
- Enseñar a los pacientes los aspectos fundamentales de la enfermedad y su evolución.
- Concentrarse en los aspectos fuertes de los pacientes y ayudarle a reforzarlos.
- Colaborar con el para que resuelva sus problemas mediante soluciones funcionales a los dilemas que temen.

(18) Morrison, M., *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental* 1999

- Animar a los pacientes que centren su atención en el presente y el futuro, y no en el pasado.
- Comportarse con ellos de forma consistente, sin hacerles frente de manera crítica ni punitiva si rompen las reglas de la institución terapéutica.
- Animar a las familias de los pacientes a que acudan a grupos de apoyo.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- Para diagnosticar un trastorno inducido por sustancias, el patrón de consumo de la sustancia debe ser incapacitante y generar angustia y un deterioro significativo de la actividad. Además, la persona debe mostrar signos de tolerancia, privación y dependencia.
- La valoración de los pacientes con problemas inducidos por sustancias debe incluir una historia de enfermería y una exploración física completa.
- La intervención de enfermería más importante en los con problemas inducidos por las drogas consiste en actuar como un agente terapéutico.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La asistencia a los psicóticos implica un esfuerzo de equipo. El personal de enfermería debe comenzar con una valoración física y mental completa. Si el paciente puede comunicarse de forma adecuada, la historia de enfermería debe incluir una descripción de sus problemas más angustiantes y un análisis exhaustivo de sus sistemas.

Las relaciones interpersonales y los sistemas de apoyo también deben explorarse. Posteriormente se realiza un examen del estado mental, se valora el riesgo de violencia y suicidio y se obtiene una historia retrospectiva de la medicación. Tras conseguir y organizar los datos, se establecen los diagnósticos de enfermería para cada problema.

Los objetivos básicos de la asistencia de enfermería consisten en ayudar al paciente a que controle sus síntomas y a que alcance el mejor nivel de funcionamiento posible. Para que ello suceda, los pacientes y sus familias deben implicarse activamente en el tratamiento. El resultado esperado es que el paciente "viva, aprenda y trabaje al máximo nivel posible de éxito definido por el individuo" (Stuart y Sundeen, 1995). Los objetivos a corto plazo se relacionan con el mantenimiento de la seguridad del paciente, la restauración de unos hábitos adecuados de nutrición y descanso, establecimiento y conservación del contacto con la realidad y el fomento de comunicaciones abiertas.

PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS (18)

- Mantener la salud y la seguridad.
- Establecer una relación interpersonal de confianza.
- Confirmar la identidad del paciente.
- Orientar al paciente hacia la realidad.
- Participar con el paciente en la comunicación para ayudarlo a que se comprenda a sí mismo, a que comprenda a los demás y a que lo comprendan.
- Disminuir las situaciones demandantes y los factores estresantes psicosociales.
- Ayudar al paciente a que controle la ansiedad.

- Promover el cumplimiento del régimen terapéutico prescrito.
- Colaborar en las actividades cotidianas.
- Promover las interacciones sociales.
- Regular el nivel de actividad (hipo actividad/ hiperactividad).
- Animar y elogiar las conductas socialmente aceptables.
- Estimular la implicación y la comprensión de la familia.
- Favorecer la responsabilidad por sí mismo.
- Enseñar al paciente a identificar los factores estresantes psicosociales y a reconocer, tratar y prevenir los síntomas.
- Educar al paciente y la familia sobre los potenciales efectos secundarios y tóxicos de la medicación antipsicótica.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- Una psicosis consiste en un trastorno en el que existe incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida.
- Los objetivos de la atención hospitalaria a corto plazo consisten en estabilizar al paciente, evitar un mayor deterioro de su funcionamiento y ayudarlo a afrontar su trastorno.
- Las metas a largo plazo comprender la rehabilitación psicosocial y profesional cuando sea posible.
- Las terapias psicosociales incluyen la terapia personal, la formación de habilidades sociales, la rehabilitación profesional, la terapia conductista, la reducción del estrés y la educación familiar.

MODELO RELACIONAL de H. Peplau. (19)

Una de las autoras que más ha influido en potenciar el aspecto relacional en el marco de la enfermería es H. Peplau). "Basándose en la teoría interpersonal de H.S. Sullivan, con quien comparte la suposición de que los seres humanos tienen un impulso innato hacia la salud, para Peplau el aspecto fundamental de los cuidados al paciente es ayudarlo a través de la relación interpersonal a evaluar sus experiencias interpersonales para desarrollar nuevas habilidades (Peplau, 1952)." (19) En esta relación consideran que están implicados tanto la enfermera como el paciente, dándose un aprendizaje conjunto. La enfermera debe ayudar al paciente a ser consciente de su comportamiento, a analizarlo, a buscar actuaciones alternativas y a aplicarlas en situaciones de la vida cotidiana. Peplau, tiene en cuenta que en esta relación se producen distintas fases:

- 1- Una fase inicial o de orientación, que se caracteriza por la toma de contacto con el paciente. En ella se establece un contrato terapéutico en el que se delimitan objetivos, duración de las entrevistas, lugar en que se realizarán y horarios.
- 2- Una segunda fase o fase de identificación, en la que el paciente identifica el problema que deben afrontar.
- 3- Una tercera fase o fase de aprovechamiento, en la que se analizan los comportamientos no funcionales del paciente, su forma de resolución de conflictos y las necesidades subyacentes en el contexto de la relación. Todo ello a través de la introspección.

(19) Rigol, A., Enfermería de salud mental y psiquiatría (1991)

- 4- Una cuarta fase o fase de resolución, en que se da por finalizada la relación con el paciente y en la que se evalúa conjuntamente la experiencia global de la relación, los aspectos más destacados y los progresos obtenidos en la fase anterior.

II. Peplau, considera también seis funciones distintas que lleva a cabo la enfermera en el curso de la relación terapéutica y que coincide con las distintas etapas de la relación y muchas veces se superponen (19):

1- una función de desconocida, que se produce durante la fase de identificación, en la que ambos, enfermera y paciente, son dos personas extrañas que se encuentran por primera vez y en la que la enfermera ayuda al paciente a clarificar sus roles, identificar sus problemas y delimitar las expectativas de la relación.

2- una función de persona recurso, en la que la enfermera proporciona al paciente información respecto a sus problemas, su situación y las posibilidades de tratamiento, y decide las respuestas apropiadas para que el paciente pueda aprender de esta experiencia. Muchas veces, el paciente puede no saber cual es la naturaleza del problema, sintiéndose bloqueado. La enfermera le ayuda a comprender que es lo que le ocurre y a planificar de forma conjunta la modificación de su situación.

3- una función de enseñante que se superpone con la etapa orientadora. Tiene en cuenta dos categorías de enseñanza: una instructiva a través de la información que se le proporciona al paciente y otra de experiencia, en la que se pretende que el paciente aprenda de su propia experiencia. II. Peplau considera que el paciente posee suficientes conocimientos como para conseguir el cambio en su conducta a través del aprendizaje que realiza con la enfermera. Sería el caso del paciente que se encuentra en una situación de crisis que le impide encontrar solución a problemas que otras veces hubiera solucionado perfectamente.

A través de la relación puede aprender nuevas estrategias de afrontamiento dado que ya posea un repertorio de conductas adecuadas, aunque ahora no sea capaz de utilizarlas.

4- Una función de liderazgo, en la que la enfermera ayuda al paciente a desarrollar los objetivos que ha de realizar a través de una participación activa y cooperadora. El hecho de que un paciente con características de aislamiento social consiga establecer interacciones puede suponer en un principio que la enfermera tenga una actitud más directiva, le oriente y dirija inicialmente, y establezca un programa gradual de actividades, de manera que el paciente colabore y obtenga el éxito adecuado.

5- Una función de sustituta. Muchas veces, la enfermera debe ser un modelo en la relación. Esto supone que, en situaciones en que el paciente ha olvidado formas adecuadas de hacer frente a sus problemas, a través del ejemplo de la enfermera es posible que interiorice nuevas pautas de conducta anteriores.

6- Una función de consejera, que se proyecta en la forma de responder a las exigencias del paciente y que podemos ver en las diferentes técnicas que utiliza en la relación.

Peplau describe también tres tipos de relación que se producen entre la enfermera y el paciente (19):

1. Interdependiente o de participación.
2. independiente o de aislamiento.
3. dependiente o de incapacidad.

"Peplau considera que el paciente es una persona adulta, que sabe cuales son sus necesidades, aunque a veces precise ayuda para poder tomar conciencia de ellas." (19) La enfermera ayuda al paciente en este proceso de reconocimiento a través de la relación, estando también implicada en el proceso, debido a que tiene necesidades y emociones que

pueden interferir en la relación, influyendo en lo que el paciente aprende durante el proceso de la enfermedad, por lo que H. Peplau considera de suma importancia el análisis de estos aspectos.

La relación terapéutica con el paciente supone, pues una experiencia de participación mutua. En esta relación, la enfermera utiliza características personales y técnicas específicas para conseguir que el paciente sea capaz de realizar una mayor introspección y se produzcan cambios en su conducta.

Los objetivos de esta relación comprenden diversos aspectos que se exploran conjuntamente en el curso de la relación. Estos objetivos según H. Peplau son:

- 1- La autorrealización, la autoaceptación y el incremento del autorrespeto.
- 2- La adquisición de sentido de identidad personal y de integración personal.
- 3- El aumento o adquisición de su habilidad para ser interdependiente en las relaciones interpersonales, ser capaz de intimar e incrementar su capacidad para recibir afecto.
- 4- El aumento de sus habilidades para satisfacer necesidades y establecer objetivos realistas.

SISTEMAS SOCIALES DE APOYO

INTRODUCCIÓN

El simple hecho de vivir conlleva siempre la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos evolutivos de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos, tales como enfermedad, cambios sociales y económicos, entre otros (20). Lo que es verdaderamente importante no es intentar evitarlos, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés o al menos una cantidad o calidad de estrés soportable. Para ello las personas disponen de una serie de recursos que si son adecuados a la situación, es decir funcionales, ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. Una buena parte de estos recursos son de tipo personal, e incluyen unas variables de personalidad del individuo y otras de aprendizaje que este ha ido incorporando a lo largo de sus experiencias vitales. Sin embargo esto no es todo, o al menos no es suficiente. A veces hay elementos externos a nuestra posibilidad de manejo de la situación que hacen que por muchas habilidades que la persona tenga en el proceso de resolución de problemas, necesite disponer y utilizar otro tipo de recursos externos; nos referimos a los "sistemas de apoyo sociales".

TIPOS DE REDES DE APOYO (20)

En general se considera que existen una serie de redes de apoyo denominadas naturales y otras organizadas. Las redes de apoyo natural incluyen:

1. la familia
2. los compañeros de trabajo.
3. los compañeros de estudio
4. los compañeros de creencias
5. los amigos, vecinos, etc.

Las redes de apoyo organizadas las constituyen:

1. el voluntariado institucional
2. los grupos de autoayuda y asociaciones voluntarias (por Ej. alcohólicos anónimos)
3. la ayuda profesional.

Para Dabas, las redes naturales de apoyo se establecen a partir de las interacciones propias de la vida de cada persona y configuran la también denominada "red social", la cual esta formada por todas aquellas personas con las que se mantiene contacto o lazos sociales. La mayoría de las veces la familia constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo, sea la estructura familiar de tipo tradicional o no tradicional. Sin embargo, no debe desdénarse la importancia del apoyo que pueden proporcionar los amigos, etc., ya que pueden actuar de ayuda adicional o inclusive sustitutoria. El individuo no puede escoger a todos los miembros de su familia, ya que algunos vienen dados por nacimiento (padres, hermanos), sin embargo si lo puede hacer y de hecho ocurre así con los amigos, los cuales son considerados como tales por compartir intereses, objetivos, gustos; todo ello sin duda fuente de sentimientos positivos de pertenencia, de estima y en definitiva de seguridad en las relaciones con los demás como fuente de apoyo.

Por otro lado, las relaciones establecidas con compañeros de creencias constituyen el más antiguo sistema de apoyo que ha existido, que se caracteriza por compartir un sistema de valores, y el cual siempre está disponible sea cual sea la ubicación geográfica. De las redes de apoyo organizadas cabe decir que surgen a partir de la propia incapacidad de las redes naturales para proporcionar la ayuda y el apoyo que las personas necesitan en una actualidad cambiante, radicalmente diferente de épocas anteriores por los cambios sociales. Estas redes organizadas, compuestas por grupos sociales, tienen unas características que las distinguen y que las diferencian de las redes naturales. Además de ser diferentes en cuanto a objetivos, medios de actuación y forma de creación, la relación que se establece entre os miembros que la integran también es peculiar. Mientras que la red social de un individuo está compuesta por personas relacionadas directamente con él, pero no necesariamente entre sí, la red organizada está formada por personas que mantienen relaciones y roles interdependientes y objetivos comunes.

Según Dabas, estos grupos sociales que componen las redes de apoyo organizadas pueden tener dos tipos de orientaciones:

1. los que crean, desarrollan y mantienen para ayudar a los demás. Tal es el caso del voluntariado institucional (Cruz Roja) y de "ayuda profesional".
2. los que están orientados hacia sí mismos, cuyos objetivos consisten en establecer nuevas relaciones con personas semejantes en preferencias, problemáticas, etc. y la autoayuda fundamentalmente, como son las asociaciones de mujeres, consumidores, etc.

El apoyo social se obtiene pues de estas dos redes- natural y organizada- a veces conjunta y a veces alternativamente. "Un sistema de apoyo supone, por lo tanto un conjunto de contactos personales a través de los cuales los individuos mantienen la identidad social; reciben apoyo personal, ayuda material, información y servicios, y establecen nuevos contactos sociales"(20).

Provenga de donde provenga, la obtención de apoyo social es fundamental para la supervivencia y el mantenimiento de la integridad tanto física como psicológica, ya que cubre todas las necesidades del ser humano en su vertiente bio-psico-social. El apoyo social provee al individuo del sentimiento de pertenencia a un grupo, de aceptación por las personas que le rodean y de importancia por ser tal y como es y no por lo que hace, reforzando la autoestima y el autoconcepto de las personas y haciéndolas por ello más hábiles en el manejo de situaciones difíciles y estresantes.

(20) Dabas, *Redes el lenguaje de los vínculos* 1995

La familia como sistema de apoyo natural (20)

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los períodos de dependencia, como en los de independencia o interdependencia.

Diversos estudios han demostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida, asimismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo disponible.

Este rol de apoyo familiar fundamental que caracteriza a la familia viene además facilitado por su “continuidad en el tiempo”. Así los padres cuidan a sus hijos pero también a sus propios padres. Haciéndose también un sistema de apoyo entre toda la familia (por ejemplo entre hermanos).

La familia como elemento socializador y transmisor de cultura que es, influye de gran manera en las edades tempranas de las personas, y en la orientación a sus miembros de los valores, creencias, sentimientos y comportamientos adecuados, a través de experiencias y patrones de relación y de interacción.

Cada familia mantiene su propia forma de actuar y funcionar de acuerdo con las características personales de los miembros que la componen y de las costumbres y creencias que de generación en generación se han ido transmitiendo. Hay una serie de elementos que según Dabas (20), pueden resultar como recursos altamente positivos en el desarrollo del niño, proporcionando una atmósfera de apoyo y crecimiento personal:

1. Dinámica familiar sana (comunicación efectiva, existencia de participación, cooperación y ayuda mutua entre los miembros; así como capacidad para afrontar los problemas y situaciones de estrés familiar).
2. Prácticas educativas dirigidas a un aprendizaje amplio y saludable.
3. Métodos de disciplina adecuados, que establezcan y mantengan ciertos límites, pero que al mismo tiempo admitan la libertad individual.
4. Clima emocional de apoyo, aceptación y respeto a las necesidades de la persona.
5. Modelos de conducta creativa que lleven a poder desarrollar ocupaciones recreativas que compensen los esfuerzos en el trabajo.
6. Recursos materiales y económicos eficientes para llevar una vida minimamente adaptativa.
7. Habilidades en el manejo del tiempo y del dinero para conseguir el máximo bienestar.

“La existencia o no de estos elementos en el ámbito familiar es fundamental para la salud física y sobre todo mental de cada uno de los miembros que la componen” (20). Estos factores proporcionan un “aprendizaje” en las habilidades de la vida cotidiana y unas formas específicas de sentir, pensar y actuar, mediatizadas todas ellas por el tipo de “cultura familiar” imperante en su grado de referencia. Lo más probable es que cada adulto, posteriormente incorpore a su familia de pertenencia todos estos valores y prácticas, que conjuntamente con lo que aporte su pareja conformarán un nuevo “estilo familiar”.

El apoyo emocional que proporciona la familia es fundamental para el desarrollo psicológico de cada uno de sus miembros. Demasiada sobreprotección en el niño puede dar lugar a comportamientos dependientes en exceso que le hagan incapaz para manejar los problemas que se le presenten y de crecer psicológicamente a partir de estas experiencias.

Por el contrario, la falta de interés, de protección o de atención y de apoyo puede dar lugar a sentimientos de rechazo, de impotencia, desamparo así como disminución de la autoestima y un pobre concepto de sí mismo. Lo habitual es que las relaciones oscilen entre estos dos polos opuestos, de acuerdo con las características de cada miembro, de la situación familiar y de las eventualidades vitales estresantes o crisis que se presenten en el seno de la familia. El estrés y el apoyo están siempre presentes en todas las familias. De acuerdo con esta afirmación, lo importante es el equilibrio que se consiga entre uno y otro factor, intrínsecos a la vida familiar.

Dabas (20) considera que, la valoración de las características de las familias y de su disponibilidad como recurso de apoyo es un elemento esencial en el trabajo de las enfermeras. La pérdida o ausencia de apoyo por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedades, pérdida de un ser querido, etc.) pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual. Por el contrario, el apoyo familiar en este tipo de situaciones proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha todas sus habilidades y conocimientos para resolver la situación generadora de estrés, o adaptarse a ella con un mínimo de garantías.

Redes de apoyo organizadas.

A partir de la pérdida de seguridad y del apoyo que suponía la familia tradicional y su vasto sistema de parentesco, los individuos se han ido aglutinando en pequeños grupos, de acuerdo con intereses y/o problemas compartidos, de manera que hoy existe una red de grupos de ayuda que en parte vienen a paliar la falta de otros recursos de apoyo social y personal (20).

Pueden considerarse varias oportunidades:

1. Grupos de servicio voluntario.
2. Sistemas de ayuda profesional.
3. Grupos de autoayuda y asociación voluntarias.

Grupos de servicio voluntario o "voluntariado institucional". Son organizaciones creadas para proporcionar ayuda a los demás, es decir, a aquellas personas que están en una situación de necesidad o que por determinados motivos no pueden autocuidarse. Estos grupos de apoyo no están organizados directamente por los profesionales de la salud, aunque constituyen un elemento fundamental a su trabajo, por lo que la coordinación entre ambos es imprescindible. Aunque en algunos países este tipo de organizaciones tienen un gran arraigo. Ejemplo: cruz roja.

Sistemas de ayuda profesional. Estos sistemas de ayuda están compuestos por todos aquellos RRHH y RRMM de que dispone una comunidad determinada para este fin.

Su finalidad consiste en la prestación de apoyo y de cuidados, de acuerdo con el conjunto de habilidades y servicios disponibles.

Cabe decir que este sistema de apoyo es el último al que las personas acuden en busca de ayuda. La persona primero recurre a la red natural y luego si no encuentra el apoyo necesario en esta; recurre a este sistema.

Grupos de autoayuda y asociaciones voluntarias: estos grupos están formados por individuos con fines comunes, cuya pertenencia o no es decidida libremente por ellos y cuyos intereses pueden ser básicamente los siguientes (20):

1. *fines expresivos o de sociabilidad de los miembros.* Lo que se persigue es la reunión de personas que comparten los mismos intereses, problemas y experiencias vitales. Los miembros de la asociación tienen la sensación de interés personal en los fines y propósitos de la misma, lo que les proporciona un sentimiento de participación en la marcha de la sociedad.
2. *fines de apoyo y soporte* para todos los miembros que componen dicha asociación o grupo, cuya necesidad viene determinada por la falta de lazos institucionales suficientemente fuertes como para servir de ayuda a las personas. Los grupos de autoayuda pretenden efectuar cambios en la conducta de los miembros (por ej. Alcohólicos anónimos) o promover la adaptación al cambio de vida (problemas de salud crónicos, enfermo terminal, etc.). En el seno de algunas asociaciones se establecen relaciones de ayuda mutua que pueden resultar muy beneficiosas a partir del intercambio de experiencias, conocimientos, etc. Todas las asociaciones para personas con problemas sirven a este fin (madres solteras, jubilados, etc.).
3. *fines dirigidos activamente hacia objetivos externos.* Hay asociaciones que funcionan como auténticos grupos de presión, intentando influir en las administraciones, instituciones y en general en la opinión pública, con el fin de dar a conocer su situación y encontrar salidas pertinentes al caso. Pueden citarse las asociaciones de beneficencia o de reforma social, (ejemplo, asociaciones de barrio, de profesionales, etc.).
4. *fines relativos a la participación en el cambio y desarrollo de la sociedad.* Las asociaciones voluntarias son características de sociedades en procesos de transformación, cambiantes, en las que surgen continuamente nuevos problemas y necesidades.

El papel de las asociaciones y de los grupos de autoayuda es fundamental como sistema de relación que establecen voluntariamente personas con un mismo tipo de interés, de afinidades o de problemas. Complementan las funciones que desarrolla la familia en el sentido de que amplía el marco de reacciones de apoyo y que en un momento u otro puede servir como sistema de ayuda.

Funciones de los sistemas sociales de apoyo (20):

1. función de apoyo o ayuda. Es la función primordial que puede ser desarrollada por parientes o no. La ayuda puede ir encaminada a contribuir al mantenimiento de la salud, disminuir los efectos de los cambios de vida y del estrés acompañante, a través de la información, consejo o asesoramiento, del apoyo emocional, instrumental o material. Ello permite a la persona a poner en marcha respuestas de afrontamiento al estrés adecuadas a la situación. El apoyo que el individuo en esta forma le ayuda a hacer frente a cuanto amenaza el mantenimiento de su bienestar, a realizar modificaciones interpersonales o de las condiciones ambientales, a restaurar su equilibrio, aumentar su consistencia personal y adquirir una sensación de "mayor control del medio", a través de la seguridad que supone la expectativa de ayuda asegurada en las situaciones de crisis, de la escucha empática, expresión de intereses, consejo y provisión de ayuda material y de servicios.

2. función de establecimiento de relaciones de amistad o camaradería. El fin de estos grupos es el aumento de la satisfacción de los integrantes y el aumento de la calidad de la salud mental, a través de actividades recreativas, discusión de intereses comunes, etc. Esto proporciona a los integrantes intimidad, compartir intereses, prevenir el aislamiento, servir como agentes de referencia y proporcionar metas o retos mutuos.
3. función de regulación. La regulación social promueve el bienestar de la persona proporcionándole un marco normativo de actuación, impidiendo que éste adopte conductas desadaptativas y animando, por el contrario las conductas adaptativas y de salud. Habitualmente se dan en el contexto familiar, evitando la desviación social.

EL PROCESO DE CUIDADOS VALORACIÓN DE LOS SISTEMAS DE APOYO

El conocimiento de las fuentes de apoyo que se tienen al alcance de la mano es primordial para posibilitar su uso. Las enfermeras podemos ayudar al paciente a identificar que personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos de dificultad. Según Dabas (20), para revisar la cantidad y calidad de las fuentes de apoyo existentes, pueden usarse diferentes métodos.

Enfoque del Diagrama de apoyo emocional, consiste en plasmar en un diagrama las fuentes de apoyo emocional así como los conflictos corrientes que ocurren entre los individuos implicados en la red de apoyo. La codificación se realiza según los supuestos de fuente de apoyo fuerte, moderado y débil. Este sistema de valoración de la red de apoyo del individuo constituye en modo simple y rápido de visualizar el estado real de la ayuda real y potencial disponible por parte del paciente.

"A partir de la clarificación de la situación de cada individuo de la red social de apoyo, el paciente puede tomar conciencia de ella y decidir emprender actuaciones concretas para mantener o incrementar este tipo de relaciones que le proporcionan apoyo emocional y material" (20).

El papel de la enfermera es primordial en el proceso de identificación de las personas significativas que son fuente de ayuda, así como de los conflictos que surgen con estas personas y el modo de resolverlos o de disminuir su incidencia; en el tiempo o en las consecuencias. asimismo, en el caso de que el apoyo sea débil o prácticamente inexistente, la ayuda de la enfermera es fundamental para evitar o neutralizar la posible ansiedad asociada a tal situación de desamparo, así como para ayudar a buscar medidas alternativas que proporcionen el apoyo necesario sustitutorio.

Objetivos:

- Ayudar a los miembros del grupo familiar a identificar las necesidades de apoyo y las personas. Recursos disponibles para tal fin.

- Ayudar a la familia a que aprenda a solicitar y proporcionar ayuda, con el fin de aumentar las redes de apoyo sociales de los miembros del grupo familiar.

- Ayudar a la familia a utilizar las redes naturales de apoyo y las organizadas.

Intervención de enfermería: lo principal es que estrategias son necesarias para ayudar a incrementar los sistemas sociales de apoyo. La intervención psico-social de la enfermera debe ir encaminada a dos actuaciones concretas, asesoramiento y apoyo, que se llevarán a cabo en el marco de las relaciones terapéuticas.

(20)Dabas, *Redes el lenguaje de los vínculos* 1995

Asesoramiento a las familias. (20) Este debe ir encaminado, en primer lugar, a informar sobre los sistemas de apoyo disponibles en la comunidad, después de haber valorado en profundidad los recursos que la persona tiene por ella misma, sus necesidades y, consecuentemente, sus carencias. En segundo lugar es imprescindible la enseñanza de todos aquellos aspectos referidos a:

1. como identificar las personas significativas en la vida de uno y, al mismo tiempo, aquellas que pueden entrar en la red de apoyo individual como potenciales proveedoras de apoyo.
2. como incrementar la red social de apoyo (recomendar el aumento de la frecuencia de contacto con individuos con los que se deseen reforzar los lazos personales; recomendar iniciar relaciones con individuos que comparten valores, problemas o intereses; recomendar solicitar ayuda cuando se crea necesario).
3. como mejorar las relaciones interpersonales (recomendar el establecimiento de objetivos comunes con otras personas significativas; ayudar a incrementar el autoconocimiento, la autoestima y el autoconcepto).
4. como usar adecuadamente los diferentes recursos disponibles (uso de la familia estricta, de la familia extensa, de los amigos y de los vecinos como fuente de apoyo; uso de los grupos de autoayuda y de ayuda profesional como recurso de apoyo comunitario; uso de las asociaciones u organizaciones religiosas como fuente de apoyo psicológico y espiritual).
5. como utilizar la experiencia actual para el propio crecimiento personal (ayudar a tomar conciencia del apoyo de que se dispone; ayudar a valorar las capacidades de búsqueda y aceptación de ayuda; recomendar sacar provecho de los lazos establecidos con los grupos sociales de apoyo, que aportan nuevas experiencias de conocimiento y de crecimiento personal).

Apoyo a la familia (20): este debe ser tanto material como emocional. Es fundamental para que la persona ponga en marcha sus habilidades sociales y personales en el proceso de búsqueda y de aceptación de apoyo. Incluye en este caso los siguientes aspectos:

1. apoyo en el cambio de actitudes hacia sí mismo y hacia los demás, sea individual o grupalmente, reforzando los comportamientos de búsqueda y de aceptación de apoyo.
2. apoyo psicológico a los miembros de la familia, utilizando actitudes favorecedoras de la relación, tales como empatía, aceptación, disponibilidad y escucha.
3. apoyo a las personas que forman parte de la red social de apoyo, ofreciendo ayuda frecuente a los individuos de la red social para mostrar interés y aumentar el nivel de confianza.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo: está dirigido a determinar como es o como está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población. (21)

La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y, en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

Retrospectivo: son aquellos en los que el investigador indaga hechos del pasado.

De corte transversal: se estudian las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se desarrollará en el Hospital Vilardebó, Institución que se encuentra en la ciudad de Montevideo, Capital de la República Oriental del Uruguay.

Brinda atención de primer, segundo y, tercer nivel a la población que posee carne de asistencia y a personas en proceso judicial que requieren atención psiquiátrica.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Universo: es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación.

Muestra: es un subconjunto o parte del universo o población en el que se llevará a cabo la investigación.

La población de estudio se constituye por los pacientes esquizofrénicos internados en las salas 7 y 21 en Enero-Febrero 2003.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilística por conveniencia; se caracteriza porque el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines de estudio.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La estrategia integral del trabajo consiste en el empleo de un instrumento para la recolección de datos elaborado para tal fin en el cual se registra la información de las historias clínicas.

(21)Pineda, E, *Metodología de la Investigación* (1994).

RECURSOS HUMANOS:

Cinco estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la República, generación 97 y 98, autores de la investigación, dos docentes tutores del Departamento de Salud Mental.

RECURSOS MATERIALES:

- Insumos de papelería (lapiceras, lápices, gomas, hojas, correctores, fotocopias,)
- Formularios fotocopados
- Computadora e insumos
- Transporte.

RECURSOS FINANCIEROS:

Serán aportados por los cinco estudiantes responsables de la investigación.

PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS

Luego de recolectar los datos, se procederá a realizar tablas. Las variables serán presentadas en tablas de distribución de frecuencia y/o gráficas, como se sugiere para este tipo de estudio en la bibliografía consultada.

VARIABLES

- 1) Sexo.
- 2) Edad.
- 3) Estado Civil.
- 4) Ocupación
- 5) Nivel de instrucción.
- 6) Con quién vive.
- 7) Procedencia.
- 8) Uso de drogas.
- 9) Drogas de uso.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE / DEFINICIÓN	CATEGORÍAS
SEXO: clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	- Femenino - Masculino
EDAD: período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.	- de 15 a 24 años - de 25 a 34 años - de 35 a 44 años - de 45 a 54 años - de 55 a 64 años - de 65 a 74 años - más de 75 años
ESTADO CIVIL: Estado legal del individuo en relación al matrimonio.	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo - Unión libre
OCUPACIÓN: tarea que lleva a cabo periódicamente por la que recibe o no una remuneración económica.	- Trabaja. - No trabaja. - Estudia.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: grado o nivel que alcanza en caudal de conocimientos académicos.	- Primaria: Incompleta / Completa. - Secundaria: Incompleta / Completa. - Terciaria: Incompleta / Completa - Otros.
CON QUIEN VIVE: conjunto de personas que conviven en un mismo lugar físico.	- Padres - Pareja - Institucionalizado - Solo. - Otros
PROCEDENCIA: lugar de residencia habitual de un individuo.	- Capital - Interior.

DROGAS DE USO: cualquier sustancia mineral, vegetal, animal, medicamentosa de efecto estimulante, depresivo o narcótico, utilizada por el usuario.	- Tabaco - Alcohol - Marihuana - Cocaína - Otras
USO DE DROGAS: utilización de sustancias con efecto estimulante o depresivo.	- Sí - No

ANALISIS

De un total de 78 usuarios que ingresaron a las salas 7 y 21 del Hospital Vilardebó en el período comprendido entre el 28 de enero al 28 de febrero de 2003 se observó que: el 56% eran de sexo femenino y el 44% de sexo masculino, de la población femenina el 25% presentó como diagnóstico médico esquizofrenia, mientras que de la población masculina el 53% presentó dicho diagnóstico, llevado esto al total de la población estudiada la esquizofrenia se presentó en el 37% de población general.

La muestra de nuestro estudio correspondió a 29 usuarios (diagnosticados como esquizofrénicos), de los cuales son del sexo masculino el 62 % y del sexo femenino el 38%.

El 59% del total de la muestra, se encuentra en el rango de edades de 16 a 33 años.

En cuanto al estado civil, se destaca que el 79% son solteros seguido del 21% que están divorciados. El 55% vive con los padres, seguido de un 17% que viven con otros familiares mientras que, el 14% vive solo.

En cuanto a la ocupación se destaca que el 79% no trabaja.

Con respecto al nivel de instrucción se encontró que, el 36% tiene secundaria incompleta, el 27% primaria completa y, el 23% primaria incompleta.

En cuanto a la procedencia el 66% son de Montevideo y el resto del interior.

De estos 29 usuarios, el 59% fuma tabaco, 45% utilizan algún otro tipo de sustancia psicoactiva (alcohol, marihuana, cocaína, cemento y nafta) (*Ver Tabla N° 1*).

De los 29 usuarios esquizofrénicos estudiados, 19 de ellos hacen uso indebido de sustancias psicoactivas, correspondiendo al 66% de la muestra, que por lo tanto, podrían diagnosticarse como patología dual.

De dichos usuarios, el 63% son del sexo masculino y el 37% del sexo femenino (*Ver Tabla N° 4*).

El 58% se encuentran entre los rangos de edades de 16 a 33 años (*Ver Tabla N° 5*), lo cual confirma los datos obtenidos en la revisión bibliográfica, en la que se afirma que hay una alta incidencia de consumo de drogas en la población de sexo masculino de 15 a 35 años, con trastornos psiquiátricos.

Con respecto a la ocupación se encontró que el 74% no trabaja (*Ver Tabla N° 7*). Este dato coincide con los obtenidos de la investigación bibliográfica realizada previamente.

Según el estado civil el 74% es soltero y el 26% divorciado. Además el 53% vive con los padres, el 20% con otros familiares y el 16% solos (*Ver Tabla N° 6*).

En lo referente a la procedencia de estos usuarios se halló que el 63% proceden de Montevideo. En cuanto al nivel de instrucción se vio que el mayor porcentaje posee secundaria incompleta igual que se encontró en la investigación realizada en Argentina (4) (*Ver Tabla N° 8*).

Con referencia al uso de sustancias psicoactivas el 5% utiliza solo alcohol mientras que, el 5% utiliza marihuana y cocaína. Con respecto al tabaco se encontró que es utilizado en forma exclusiva por el 37% de los usuarios (*Ver Tabla N° 9*).

(2) Dixon, L. Abuso de drogas en pacientes con esquizofrenia: correlación clínica y razones del uso. (1991)

(4) www.sicisalud.com Hospital Alvear, Argentina (1998)

De las sustancias psicoactivas consideradas en este estudio (alcohol, marihuana, cocaína y tabaco) se encontró que, la sustancia psicoactiva de mayor uso es el alcohol en un 77%, un 69% utilizan marihuana y, el 46% utilizan además cocaína (*Ver Tabla N° 3*), a diferencia de los datos encontrados en las investigaciones de EEUU (2) en las cuales predominan el uso de cocaína.

Al indagar sobre el policonsumo, se encontró que el 37% utilizan tabaco, alcohol, marihuana y cocaína, el 11% utilizan alcohol y tabaco, el 5% utilizan tabaco, marihuana y cocaína.

Al realizar cruce de variables se encontró que de los pacientes que utilizan alcohol, marihuana, cocaína representan un 67% y, son del sexo masculino, mientras de los que usan solo tabaco el 71% son hombres (*Ver tabla N° 10*); con respecto a la edad se encontró en el rango de edades de 16 a 33 años, que el 91% usa sustancias psicoactivas (*Ver tabla N° 11*). En lo referente al trabajo, se encontró que el 74% de los usuarios no trabaja de los cuales el 57 % usa sustancias psicoactivas. También se encontró que del 47% de los usuarios que viven con los padres, el 67% realiza policonsumo; por otra parte se vio que de los usuarios que viven con otros familiares (26 %), el 60 % utiliza sustancias psicoactivas. Con respecto al nivel de instrucción se encontró que el 37% de los usuarios tienen secundaria incompleta de los cuales el 57% realiza policonsumo.

Si bien podemos decir que se confirma que las sustancias de mayor uso son (al igual que en EEUU), alcohol, marihuana y cocaína, los resultados aquí expuestos no son concluyentes, ni posibles de ser trasladados a la generalidad de pacientes esquizofrénicos, dado el tamaño de la muestra. Cabe agregar que se hace evidente en esta investigación el policonsumo de sustancias psicoactivas especialmente el tabaco siendo esto último, muy difundido entre los pacientes psiquiátricos en general.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia en nuestro medio es sin dudas la psicosis crónica más común, cuyo tratamiento se ha visto dificultado en estos últimos años por la asociación (cada vez más frecuente) del uso de sustancias psicoactivas, constituyéndose así una patología dual. El problema es aún mas grave si consideramos la edad y el nivel socioeconómico que presentan la mayoría de los usuarios con co-morbilidad, además de la escasez de recursos económicos con los que se cuentan a nivel público para lograr un tratamiento adecuado a sus necesidades.

Esta situación se puso de manifiesto al realizar nuestra investigación en el Hospital Psiquiátrico de referencia, donde confirmamos datos obtenidos de estudios similares en el exterior, ya que, como se dijo anteriormente, en nuestro país es el primer trabajo realizado por estudiantes de Licenciatura en Enfermería y por miembros del equipo de salud.

Tomando en cuenta los trabajos realizados en BEUU (que afirman que el 50% de los pacientes esquizofrénicos son además adictos), y los objetivos de esta investigación, podemos decir que en esta investigación realizada en el hospital Vilardebó tomando una muestra de 29 usuarios se halló que, la cifra es mayor (66%), si se tiene en cuenta que en nuestro estudio se considera además el uso de tabaco. También se encontró, a través de esta investigación que, en este centro psiquiátrico, el uso de las tres sustancias de preferencia son alcohol, marihuana y cocaína y, además se agrega el tabaco muy difundido en nuestro medio.

Con respecto al perfil del usuario con patología dual, fue posible establecer que la mayoría de los usuarios esquizofrénicos que usan sustancias psicoactivas son del sexo masculino, entre 16 y 33 años, el 74% no tiene trabajo, en su mayoría no culminaron los estudios secundarios, provienen de la capital y, viven con sus padres un 53%. Por otra parte también se hace evidente el policonsumo.

Como se dijo anteriormente este problema es cada vez más frecuente, lo cual plantea la necesidad imperiosa de que el personal de salud vinculado a este tipo de usuario esté capacitado para la atención integral de éste, tratando ambas patologías en forma conjunta evitando el fraccionamiento.

El Licenciado en Enfermería es quien constituye un eslabón fundamental en el equipo de salud, por lo tanto es quien debe conocer, entre otras cosas, las redes de apoyo para poder trabajar con ellas, y establecer Diagnósticos de Enfermería y Planes de acción específicos.

Al momento de elaborar programas de atención a estos usuarios, debe ser considerado como factor fundamental las redes de apoyo con las que cuenta, edad, nivel de instrucción, ocupación, y procedencia, ya que estas variables influirán en la adhesión al tratamiento.

La Enfermera debe establecer estrategias para el abordaje de estos usuarios, considerando su etapa etaria ya que, según el perfil establecido en el presente informe, las edades oscilan entre 16 y 33 años, de lo que se desprende que se trata de usuarios adolescentes y adultos jóvenes. En el caso de los adolescentes, la decisión de usar o no sustancias psicoactivas puede estar influenciada por su necesidad de adoptar comportamientos y estilos de vida que marquen para ellos y sus pares indicios de que ya es adulto. En cambio, en el caso de los adultos, diferentes situaciones vitales que impliquen estrés pueden llevarlos al uso de estas sustancias como forma de evadir la realidad.

También se hace necesario tomar en cuenta el nivel de instrucción, para manejar un lenguaje que sea comprendido claramente por el usuario al momento de establecer la relación terapéutica.

Otra variable a tener en cuenta es la procedencia, lo que determina la posibilidad de acceso geográfico a los diferentes centros de tratamiento. Es fundamental tener en cuenta la falta de ocupación como limitante para el desarrollo de sus redes de apoyo, lo cual influye

sobre su rehabilitación; la desocupación es también una limitante para el trabajo de la Enfermera, porque es una red social menos para abordar. En cuanto a las demás redes de apoyo, y de acuerdo al perfil establecido, podemos decir que uno de los pilares del trabajo de enfermería es la familia ya que la mayor parte de estos usuarios viven con sus padres. Al trabajar con los familiares de los usuarios con patología dual, es importante establecer estrategias que posibiliten la participación y cooperación para afrontar el tratamiento, ya que el apoyo emocional que puede proporcionar la familia es fundamental para el tratamiento y la rehabilitación.

Las intervenciones de enfermería deben apuntar a disminuir las repercusiones altamente negativas de la co-morbilidad para el usuario, familia y comunidad y, estimular actividades que influyan positivamente en su tratamiento.

LIMITANTES

- Al realizar la revisión bibliográfica se contó con muy poca información a nivel nacional ya que no existen trabajos previos y, a nivel internacional las investigaciones son muy recientes y no concluyentes sobre el tema.
- Por factores económicos en nuestro país, no es posible actualmente realizar una investigación que determine: uso, consumo, y adicción a través de exámenes paraclínicos que den mayor validez de los resultados.
- La realización de nuestra investigación se vio postergada en el tiempo porque se debió modificar la metodología de recolección de datos ya que, en un comienzo se pensó obtenerlos de una entrevista directa a los pacientes pero, luego se resolvió en conjunto con representantes de la Institución de referencia, utilizar como fuente de datos las historias clínicas. El motivo del cambio fue que consideramos que una entrevista por sí sola no reflejaría la realidad, sesgando los resultados.
- Al obtener datos de las historias clínicas, no pudimos establecer algunos de los indicadores planteados ya que estos no aparecían especificados en todos los casos, por lo cual en este aspecto no se pudo obtener conclusiones a pesar de consultar al equipo médico.

SUGERENCIAS

- Que Enfermería Profesional continúe la línea de investigación para profundizar en el conocimiento de los usuarios con patología dual; la investigación en este caso, debería ser complementada con estudios paraclínicos que determinen la diferencia entre uso, consumo y adicción que permitan establecer posteriormente intervenciones específicas.
- Se debería continuar fortaleciendo las líneas de abordaje del usuario y su familia en lo que respecta a Enfermería; trabajando en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, como parte de un equipo multidisciplinario.
- Enfermería profesional debería establecer e implementar programas de atención al esquizofrénico dirigidos a la prevención del uso de sustancias psicoactivas y, al tratamiento una vez instalada la patología dual; dichos programas, deben adaptarse a sus necesidades puntuales.
- Estimular la creación de un Servicio en el cual se asistan a pacientes con comorbilidad, que cuente con profesionales capacitados para el abordaje de este tipo de usuario. Dicho servicio estimulará la atención personalizada del usuario y las actividades grupales de apoyo a los familiares. El servicio deberá contar con apoyo a nivel comunitario que facilite la reinserción del usuario, y que permita realizar un seguimiento adecuado para evitar reingresos hospitalarios innecesarios por recaídas. Las actividades que deberá desarrollar el servicio, estarán en el marco de programas establecidos por el equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HYMAN, S., TESER, G., Manual de Urgencias Psiquiátricas. 3ª edición Ed. Masson 1996. Boston.
- (2) DIXON, L. HAAS, G. Abuso de drogas en pacientes con esquizofrenia correlación clínica y razones del uso. En: American Journal of Psychiatry. 1991
- (3) ADDINGTON, J. DUCHAK, V. Razones para el uso de sustancias en la Esquizofrenia, 1997.
- (4) www.sijcsalud.com Hospital Alvear Argentina (1998)
- (5) WEVER, T. RENTON, A. Enfermedad mental severa y abuso de drogas. En: British Medical Journal, 1998.
- (6) JOHNSON, S. Diagnóstico dual de la enfermedad mental severa y el abuso de sustancias. En: British journal of Psychiatry, 1997, 205.
- (7) KAPLAN, H., SADOCK, B. Compendio de Psiquiatría. Salvat. 2ª Edición. 1987.
- (8) HENRI, EY BERNARD, P. BRISSET, Ch. Tratado de Psiquiatría, Masson, Octava Edición. España 1998.
- (9) FREEDMAN, A. KAPLAN, H. SADOCK, B. Tratado de Psiquiatría, Salvat, 1982.
- (10) PICHOT P., DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Editorial MASSON. 1995
- (11) TAPIA, R. Las adicciones dimensión, impacto y perspectivas, El manual moderno. México. 1994.
- (12) MANUAL MERCK, Ed. Harcourt, 10 edición 1999.
- (13) Abordaje de las recaídas en las adicciones. Alamo, Lopez, Nuñez. , Cap1 En: Adicciones Vol. 12, ed. Socialdrog alcohol año 2000 Madrid.
- (14) FARRERAS, ROZMAN, Medicina Interna 13 edición CD-ROOM, 1995.
- (15) MARTÍ, B. CERVERA, G. DUEÑAS, R. Recomendaciones terapéuticas en patología dual. Barcelona, Ars Médica, 2002. 150 p.
- (16) ESTES, J. NADA., R. Alcoholismo. Desarrollos, Consecuencias y Tratamientos. 3ª Edición. 1989.
- (17) -www.osakidtza.svs.org.

(18) MORRISON, M. , Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. 1999

(19) RIGOL, C., UGAL, M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Series Manuales de Enfermería. Ed. Salvat 1991. Barcelona.

(20) DABAS, NAJMANOVICH, Redes el lenguaje de los vínculos, Ed. Piados Bs. As. 1995.

(21) PINEDA, E. ALVARADO, E. CANALES, F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de Personal de Salud. 2ª Edición. 1994. Estados Unidos.

■

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
(ASIMILADO A FACULTAD)
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Protocolo de Investigación

***USO INDEBIDO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
(Alcohol, Cocaína, Marihuana y
Tabaco), EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS
HOSPITAL TEODORO VILARDEBÓ***

TUTORES: Prof. Adj. Lic.en Enf. Graciela Curbelo
Prof. Asist. Lic. en Enf. Alvaro Díaz.

AUTORAS:

García Diamela	Nº 98220
Lamadrid Claudia	Nº 98036
Peralta Fabiana	Nº 98063
Ponticorbo Ingrid	Nº 98054
Tabelli Rosana	Nº 97298

MONTEVIDEO, JUNIO DE 2003.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pag. 3
FUNDAMENTACIÓN.....	Pag. 4
Antecedentes del problema.....	Pag. 5
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	Pag. 8
MARCO TEORICO.....	Pag. 9
Esquizofrenia.....	Pag. 9
Trastornos relacionado con sustancias.....	Pag. 21
Marihuana.....	Pag. 23
Cocaína.....	Pag. 25
Tabaco.....	Pag. 29
Alcohol.....	Pag. 31
Conceptos a tener en cuenta.....	Pag. 35
Patología Dual.....	Pag. 35
Entorno terapéutico, Rol de Enfermería.....	Pág. 38
Modelo relacional.....	Pag. 45
Redes de Apoyo.....	Pag. 47
DISEÑO METODOLOGICO.....	Pag. 54
DIAGRAMA DE GANNT.....	Pag. 58
BIBLIOGRAFÍA	Pag. 59

Instrumentos de recolección de datos

INTRODUCCIÓN

El presente Protocolo corresponde a la Investigación Final de la carrera Licenciatura en Enfermería, Plan 93, y es llevada a cabo por un grupo de cinco estudiantes.

La investigación se desarrollará en el Área de Salud Mental (Departamento de Enfermería en Salud Mental); siendo el campo seleccionado el Hospital Teodoro Vilardebó.

La elección del problema presentado, surge a través de una inquietud sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína alcohol y tabaco) en pacientes esquizofrénicos, que se manifiesta durante el transcurso de la experiencia práctica realizada en dicho Hospital, cursando el Módulo de atención de Enfermería a Usuarios en situación Crítico. Según considera Henri Ey la esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas.

Al entrevistarnos con diferentes Profesionales de la Salud, (Lic. Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó Lic. Pierina Marcolini y Lic. Operativa Cristina Sanabria y la psiquiatra Dra. Teresa Pereyra) que trabajan en ésta área, manifestaron que cada vez es mayor el consumo de drogas en los pacientes con patologías psiquiátricas; viendo el interés del personal y no habiendo estudios específicos previos sobre éste tema (realizados dentro del Hospital) es que decidimos investigar el uso de sustancias psicoactivas en los pacientes esquizofrénicos.

La selección del Hospital Vilardebó como campo de investigación, fue establecida por ser éste el único Hospital psiquiátrico de referencia para todo el país, brindando atención de primer, segundo y tercer nivel a usuarios con patologías psiquiátricas agudas y / o crónicas, de ambos sexos y mayores de 15 años de edad.

Se plantea realizar un estudio descriptivo que apunta a conocer cual es el número de pacientes esquizofrénicos que usan sustancias psicoactivas, en dicha institución durante un período determinado, tomando como muestra dos de sus unidades operativas y, empleando para la recolección de datos un instrumento construido con dicho fin.

La información recogida por este medio, será analizada posteriormente y los resultados serán devueltos a la Institución y presentados ante nuestro Instituto.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La elección del problema surgió de una inquietud acerca del uso de sustancias psicoactivas en los usuarios que padecen esquizofrenia.

Al consultar diferentes fuentes de investigación, pudimos ver que se han realizado diversos estudios sobre la base de éste tema sin ser ninguno de ellos concluyentes. Entre el material consultado se encuentran artículos de las revistas "American Journal of Psychiatry", "Nursing Times", "British Journal of Psychiatry", "Executive Summary", "Acta Psychiatrica Scandinavica", "British Medical Journal", obtenidas en biblioteca de Facultad de Medicina, y en la ONG, "El Abrojo" (que brinda recreación y rehabilitación a través de talleres y, su área de acción incluye a niños y jóvenes adictos a drogas pero, actualmente no trabaja con programas por falta de presupuesto y solo se lleva adelante un proyecto en el barrio Casavalle de "recuperación del daño"), además de utilizar bibliografía sugerida por el departamento de Enfermería en Salud Mental e Internet.

Se consultó sobre este tema en: Facultad de Psicología, biblioteca de Trabajo Social; en Fundación Manantiales (que realiza rehabilitación e inserción social de jóvenes drogodependientes); Izcalí (Centro diurno y de internación para la rehabilitación y tratamiento en el uso indebido de sustancias psicoactivas); Instituto Interamericano del Niño, y; el Centro de fármaco dependencia del Hospital Maciel que es el único centro de referencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) y, que brinda atención ambulatoria y cuenta con salas de internación de la Unidad Psiquiátrica del Hospital Maciel (donde actualmente no se trabaja con programas y derivan usuarios al Hospital Vilardebó).

Actualmente se pone cada vez mayor énfasis en el uso de sustancias por parte de sujetos con un trastorno psicótico independiente o primario sobre todo en el caso de la esquizofrenia y del trastorno bipolar. La utilización de drogas en estos pacientes se asocia en EEUU desde el punto de vista clínico a un mayor número de exacerbaciones, mayor gravedad clínica, peor respuesta al tratamiento y, desde el punto de vista social, a una mayor conflictiva legal y una mayor marginalidad.

Distintos autores coinciden en señalar que el alcohol, el cannabis, y la cocaína son las sustancias psicoactivas más consumidas por estos pacientes.

Basados en la información obtenida acerca de que un porcentaje importante de pacientes con esquizofrenia son consumidores de sustancias psicoactivas (es decir con diagnóstico dual) en el exterior, es que intentaremos determinar en nuestra investigación, que porcentaje de pacientes esquizofrénicos presentan diagnóstico dual en nuestro centro de referencia nacional de atención psiquiátrica, ya que no existen trabajos previos realizados por Enfermería de dicho centro, ni de estudiantes de Licenciatura. Además se determinará cuales son las sustancias que se consumen con mayor frecuencia.

Se considera importante conocer cuantos pacientes presentan Diagnóstico Dual y cuales son las sustancias de mayor utilización para establecer nuevas líneas de atención para este tipo de usuarios, desde el punto de vista de Enfermería Profesional. En la actualidad, se están comenzando a implementar estrategias de abordaje que están siendo evaluadas en forma continua. Por otra parte, el presente estudio puede ser considerado punto de partida para futuras investigaciones, que determinen la magnitud real del problema en nuestro medio y, así aportar nuevos datos para mejorar el tratamiento de ambas patologías, contemplando las necesidades del usuario, familia y el medio en el cual está inserto. Además, esta investigación nos permitirá la identificación del rol del licenciado en enfermería en la atención integral de estos usuarios, fortaleciendo las intervenciones de la enfermera profesional en el tratamiento de los pacientes con patología dual.

Antecedentes del problema

En EEUU, la mitad de los pacientes con esquizofrenia también tiene un trastorno por abuso de drogas. Por otro lado, se encontró en un estudio realizado en el Reino Unido que la cantidad de ingresos de pacientes a instituciones psiquiátricas con co-morbilidad por uso de sustancias psicoactivas era casi el doble de aquellos que solo eran psicóticos.

En estos estudios se considera que el abuso de drogas puede tener un dramático y negativo impacto en el curso de una enfermedad psiquiátrica y puede exacerbar los síntomas; algunas sustancias, particularmente el alcohol y el cannabis pueden producir síntomas psicóticos directamente sin coincidir con la enfermedad. La relación causal de adicción y síntomas psicóticos sigue siendo controversial.

En un estudio realizado en Nueva York en 1991, sobre 83 pacientes, de los cuales el 48% tenía diagnóstico por DSM-III ("Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders" de la American Psychiatric Association) como esquizofrénicos y adictos, consumían: Alcohol 21, Cocaína 14 y Cannabis 26. (2)

El 23% usaban solo una sustancia, mientras que el 25% hacían policonsumo. Estas tres sustancias son las que se presentaron con mayor frecuencia en este estudio. También se plantea, que el consumo entre los pacientes esquizofrénicos es considerablemente más alto que en la población general. Afirmación que no es concluyente dado el tamaño de la muestra tomada.

En la investigación mencionada anteriormente, se interrogó sobre los efectos; los pacientes indicaban que las tres drogas aumentan la felicidad y disminuyen la depresión pero que las tres, difieren en su efecto sobre la ansiedad, síntomas psicóticos y nivel de energía. El Alcohol y el Cannabis disminuyen la ansiedad mientras que la Cocaína la aumenta. El Cannabis y la Cocaína determinaban más aumento de la energía y síntomas psicóticos que el Alcohol.

En este estudio, los pacientes relatan que la razón predominante para el consumo es el alivio de la depresión.

Según un estudio realizado en el año 1997, en Canadá (3), entre las razones que manifiestan los pacientes para consumir drogas, se encuentra:

"para estar eufóricos y relajarse, para alimentar la energía, el placer, hablar más y otros describen razones sociales". Las sustancias de mayor consumo según estos estudios son alcohol y marihuana.

"En un estudio de 41 pacientes se diagnosticó a 3 de ellos con DSM III como esquizofrénicos y 2 esquizo-afectivos. De todos ellos 20 usaban solo alcohol, 7 solo cannabis y 14 ambos (34 hombres y 7 mujeres con un promedio de 35 años). 26 sujetos recibían antipsicóticos"(3). Según se desprende la razón fundamental era en el 82% de los casos para "relajarse", 77% para "incrementar el placer", 74% para "exitarse", 71% para "reducir la depresión", y 56% para "ser más sociable". Al interrogarlos sobre las razones por la que dejarían el alcohol destacan: 76% por "razones de salud", 73% "por costo", y 77% "por desaprobación de otros". Para dejar el cannabis consideran: 86% "el costo", 71% por "salud" y 86% por "desaprobación de la gente".

(2) Dixon, L. Abuso de drogas en pacientes con esquizofrenia: correlación clínica y razones del uso. (1991)

(3) Addington Razones para el uso de sustancias en la Esquizofrenia (1997)

En Argentina, en el año 1998 se realizó una investigación en el Hospital Alvear (4), sobre la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con patología psiquiátrica, que arroja los siguientes resultados:

"En el total de los 37 enfermos, 21 presentaron antecedentes de consumo de drogas en el pasado o en forma actual y 16 no refirieron antecedentes. Un total de 18 sujetos refirió consumo de alcohol, 18 de marihuana, 18 de cocaína. De los 21 sujetos, 17 resultaron dependientes y 4 abusadores."

Del total de los pacientes dependientes, 7 lo fueron a una sola droga (5 a cocaína y 2 a alcohol). "Diez enfermos fueron dependientes a múltiples drogas. Dentro de los pacientes consumidores se consignaron 9 con trastorno inducido por drogas (42%) que incluía a 4 con trastorno paranoide por drogas y a 5 con trastornos no especificados inducidos por drogas. Cuatro sujetos tuvieron depresión mayor, 4 trastorno delirante, 2 trastorno paranoide, y 2 trastorno esquizofreniforme."

Este estudio mostró que entre los pacientes no consumidores, hubo 7 con esquizofrenia, 3 con trastorno esquizofreniforme, 1 con alteración esquizoafectiva, 1 con trastorno delirante y 4 con depresión mayor.

El promedio de edad de los pacientes consumidores fue de 23.7 años. "Siete presentaban educación primaria, 12 educación secundaria (la mayoría incompleta) y estudios terciarios sólo 2. Nueve pacientes estaban ocupados y 12 desocupados. El promedio de edad de los sujetos no consumidores fue de 23 años. Seis de ellos tenían educación primaria, 10 educación secundaria, y ninguno educación de nivel terciario. Seis trabajaban y 10 estaban desocupados."

Conclusiones y discusión de las investigaciones anteriormente mencionadas. Las conclusiones más importantes obtenidas por los investigadores, fueron la observación de la alta incidencia de consumo de drogas en la población de sexo masculino de 15 a 35 años con trastornos psiquiátricos. En el 37.8% de los casos se confirmó el consumo de sustancias y se observó en primer lugar, consumo de cocaína sola o combinada con otras sustancias, seguida por marihuana y alcohol. La edad promedio de la población estudiada fue de 23 años, lo cual puso de manifiesto la rápida aparición de síntomas psiquiátricos y consumo de drogas. Entre los pacientes consumidores predominó el diagnóstico de trastornos inducidos por drogas, mientras que entre los no consumidores predominó el diagnóstico de trastornos de tipo esquizofrénico. Asimismo, entre los sujetos consumidores se observó mayor incidencia de antecedentes de tentativas de suicidios y trastornos de conducta en la infancia. Los sujetos consumidores presentaron, al ingreso, menor sintomatología positiva y de psicopatología general, con escasa variación de los síntomas negativos y remisión más precoz y pronunciada del total de los síntomas. Los autores de la investigación concluyen que los sujetos consumidores mostraron una evolución diferente, con remisión más rápida y marcada de la intensidad de los síntomas, con internación de menor duración. El pronóstico parece quedar supeditado a la patología psiquiátrica de base. Con respecto al tratamiento, tanto en EEUU como en el Reino Unido, los servicios de seguimiento del abuso de drogas y los de tratamiento psiquiátrico no están integrados para el tratamiento combinado, esto ocurre por falta de datos e investigación concluyentes con respecto al diagnóstico dual. Los autores consideran que una de las barreras más difíciles de trabajar, es que para el tratamiento convencional del abuso de sustancias es necesario como punto de partida, el reconocimiento del paciente del abuso como un problema, ya que en los pacientes con diagnóstico dual, su patología le impide asumir esta situación. Por este motivos, son de muy difícil aplicación la terapia de Manejo de Casos y la terapia de la Motivación (5).

(4) www.siiicahud.com Hospital Alvear, Argentina (1998)

(5) Weaver, T. Enfermedad mental severa y abuso de drogas (1999).

En EEUU, se demostró en algunos estudios que con una terapia psicológica apropiada y apoyo social, la motivación puede ser aumentada entre los pacientes con psicosis. Los autores consideran que, existe una creciente evidencia que el tratamiento integral para la co-morbilidad debe tener un enfoque hacia el tratamiento comunitario y que los equipos clínicos deben ser implementados con la terapia de Motivación y tratamiento para ambos tipos de desórdenes. (5)

Impedimentos para el tratamiento de los pacientes con Diagnóstico Dual por parte de los servicios convencionales en EEUU (6):

- “El staff de servicios de atención en salud mental genérico carece de experiencia y confianza en el manejo de personas con adicciones, a menudo si concurren cuando están intoxicados el personal puede sentirse irritado y amenazado y las respuestas pueden ser primitivas en lugar de terapéuticas.”
- “El personal que trabaja con adicciones puede sentirse incapaz de tratar a pacientes con psicosis.”
- “Si se trata de asistir conjuntamente al paciente, la fragmentación resultante del involucramiento de dos servicios distintos puede exacerbar las dificultades.”

Para lograr un servicio integrado en el Reino Unido, se considera que es necesario (5):

- “Capacitar e invertir en Recursos Humanos formados en toda la línea y modalidad de trabajo.”
- “Se necesita investigación sobre la extensión y naturaleza del problema de la co-morbilidad en el Reino Unido.”
- “Elaborar nuevos modelos para la prestación de servicios.”

Se plantea en los trabajos consultados, como una necesidad tanto en EEUU como en Europa, evitar la fragmentación de los tratamientos. En el Reino Unido y otros países europeos hay evidencia que el diagnóstico dual puede ser un problema clínicamente significativo que generalmente no está expuesto al planeamiento de los servicios existentes.

(6) Johnson, S (1997).

(5) Weaver, T (1999).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

AREA PROBLEMA.

- ✓ Uso indebido de sustancias psicoactivas en pacientes esquizofrénicos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Cual es el número de pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas, y cuales son las de mayor consumo en el Hospital Vilardebó, salas 7 y 21, en Enero-Febrero de 2003?

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Conocer el porcentaje de pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas y cuales son éstas, en una Institución Pública de Asistencia en Psiquiatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conocer cuales son las sustancias psicoactivas de mayor consumo en los pacientes esquizofrénicos.
- ✓ Conocer el perfil de los pacientes esquizofrénicos que utilizan sustancias psicoactivas.
- ✓ Conocer si existe policonsumo.

MARCO TEORICO

ESQUIZOFRENIA

Los conceptos psicoanalíticos relacionados con la esquizofrenia siguen estando sometidos a modificaciones y revisiones. Freud postuló que "el inicio de la esquizofrenia significaba una retirada de la libido del mundo exterior." En su opinión, ésta libido era después absorbida por el Yo, dando lugar a un estado de grandeza megaló-maniaca o bien era devuelta al mundo exterior en la forma de delirios. (7)

El reciente interés clínico por la esquizofrenia se ha centrado en la intensa ambivalencia característica de los pacientes esquizofrénicos, su ansiedad de venganza persecutoria y los infantiles mecanismos del Yo que suelen emplear en su relación con los objetos. (7) "El fracaso de estos mecanismos determina la descompensación del paciente o estado de regresión. Dos fases son especialmente notables en el cuadro clínico de la regresión esquizofrénica. Primero, la ruptura con la realidad, segundo, los intentos por restablecer los contactos con la realidad." La regresión esquizofrénica se precipita normalmente por una pérdida o frustración de las necesidades del objeto.

Según Kaplan (7), el efecto de la pérdida resulta en la supremacía de los efectos negativos dislocando así el delicado equilibrio entre los componentes introyectivos de la organización del Yo del paciente. Se produce así una pérdida del equilibrio entre los buenos introyectos positivos y los introyectos negativos que conforman la estructura del Yo. La inundación con sentimientos negativos difusos y desneutralizadamente destructivos requiere una regresión hasta el punto de una más profunda fijación en el que el paciente no es solo una víctima potencial, sino que además, actúa en pos de la autoconsolidación. A éste nivel, la desorganización regresiva del paciente va unida a una desdiferenciación entre los límites entre el Yo y el objeto. Solo en ésta posición puede el paciente obtener una descarga de la tensión interior. El camino de la regresión varía en función de si las pérdidas son agudas y arrolladoras o bien lentas y acumulativas, según la organización estructural del paciente. Es cierto que el Yo pre esquizofrénico es débil en términos del desarrollo del mecanismo de defensa más maduro, pero en el comienzo de la psicosis los elementos de mecanismos más maduros ya establecidos pasan a unirse a esquemas de tipo más infantil. El comienzo agudo de la esquizofrenia se relaciona con un aumento de intensidad de la ansiedad paranoide (persecutoria), los sentimientos de omnipotencia del paciente y las intolerables ansiedades depresivas, todo lo cual ha sido desviado anteriormente por patrones de conducta del Yo narcisista. Además el paciente presenta de manera característica distorsión perceptiva, odio a sí mismo y confianza en patrones objetales infantiles y muy dependientes.

(7) Kaplan, H. *Compendio de Psiquiatría* (1987).

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Se considera que este síndrome es una enfermedad o trastorno, en vez de un conjunto de conductas socialmente inaceptables. La historia de la esquizofrenia nos dice que la esquizofrenia no fue descrita como entidad patológica hasta 1896 al llamarla demencia precoz, posteriormente en 1911 se la denominó esquizofrenia, también se dividió en: catatónica, hebefrénica y paranoide (8).

Según Kaplan (7): "La esquizofrenia es un trastorno mental corriente y grave caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad (Psicosis), presencia de alucinaciones (percepciones falsas), ideas delirantes (concepciones erróneas), pensamiento anormal, aplanamiento afectivo (restricción de la gama de emociones), abulia y deterioro de la actividad social y laboral del individuo."

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA:

La verdadera incidencia es difícil de establecer. Aparte la falta de métodos diagnósticos objetivos, que complica el proceso de identificación de los casos, la identificación completa supone la detección de cada persona en una comunidad bien definida y la capacidad para determinar la fecha exacta del comienzo de esta enfermedad. La edad de los grupos investigados también varía, y la mayor parte de los estudios trata sobre sectores de la población adolescentes y adultos jóvenes. Los estudios de población muestran una incidencia de 1 por 1000. (9)

PREVALENCIA:

Las diferencias en las tasas de prevalencia en los distintos estudios efectuados en todo el mundo son mucho mayores que las halladas en las tasas de incidencia." Los datos disponibles en Estados Unidos, puede decirse que entre el 0,23% y 0,47% de la población total tienen probabilidades de recibir tratamiento psiquiátrico por una alteración esquizofrénica durante cualquier año en particular, con tal que las instituciones de salud mental adecuadas se encuentran disponibles en todas las comunidades. Esto significa que un mínimo de 460000 y un máximo de 940000 personas necesitarán tratamiento anualmente, para el 62% de este grupo supondrá al menos una internación. "(9)

Freedman (9) afirma que, en lo referente al costo económico la esquizofrenia es el más caro de los trastornos mentales desde el punto de vista de los costos directos de tratamiento, la pérdida de la productividad y los gastos de asistencia pública. Se estima que en EEUU, el costo anual de la esquizofrenia es de cerca del 2% del producto nacional bruto. Con respecto al nivel socioeconómico, uno de los hallazgos más consistentes en los estudios epidemiológicos efectuados es la existencia de un número desproporcionado de esquizofrénicos en las clases socioeconómicas inferiores.

(7) Kaplan, H, *Compendio de Psiquiatría* (1987).

(8) Henri Ey, *Tratado de Psiquiatría* (1998)

(9) Freedman, A, *Tratado de Psiquiatría* (1982).

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la esquizofrenia verdadera se basa en hallazgos de despersonalización, autismo, neutralidad emocional, comienzo insidioso y, sentimientos de desrealización e irrealidad.

“ La idea de que la categoría de esquizofrenia incluye a un grupo de trastornos, y especialmente las siguientes características esenciales: desorganización del nivel anterior de funcionamiento cotidiano, al menos en dos áreas, como las del trabajo, relaciones sociales y cuidados a uno mismo; presencia de al menos un síntoma de una lista de seis durante la fase activa de la enfermedad; una duración mínima de seis meses de la enfermedad, durante los cuales el síntoma o los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico de la enfermedad antes de los 45 años; y no causada por trastorno mental orgánico o retraso mental. ”(7)

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ESQUIZOFRENICO. DSM IV (10)

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: durante un aparte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de una mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral)

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses deber de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

(7) Kaplan, H, *Compendio de psiquiatría* (1987)

(10) Pichot DSM IV *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995)

- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- E. Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se ha tratado con éxito).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA.

Freedman (9) considera los siguientes signos y síntomas que apoyan el diagnóstico de esquizofrenia:

Asociaciones libres

La pérdida de la capacidad asociativa (el específico trastorno del pensamiento esquizofrénico) es, quizás uno de los criterios diagnósticos más valioso. Pero es preciso un buen conocimiento de la psicopatología para asegurarse de su presencia, y evitar confundirlo con otras formas de trastorno del pensamiento.

No basta con preguntar al paciente el significado de un proverbio, y a continuación declarar, sobre la base de nuestra impresión personal, que el paciente tiene un acusado trastorno del pensamiento de carácter esquizofrénico.

En ocasiones es imposible distinguir, sobre la base de la prueba del proverbio, entre el pensamiento trastornado de un esquizofrénico y el de un paciente maniaco, excepto por la mayor verbosidad del paciente maniaco.

Conducta extraña.

La conducta del paciente puede ofrecer pistas significativas para el diagnóstico de esquizofrenia.

Las posturas y muecas extrañas son ciertamente características de las alteraciones esquizofrénicas, pero no siempre es fácil determinar inequívocamente que es lo que constituye una postura extraña.

La verdadera catalepsia puede ser casi siempre patognomónica de la esquizofrenia, pero no siempre es un síntoma común. El estupor es un buen indicio de esquizofrenia catatónica, pero hay que descartar también una histeria o estupor depresivo en el diagnóstico diferencial. El deterioro de los hábitos sociales, que puede llegar incluso al olfateo de heces, no basta para el diagnóstico de esquizofrenia. El retraimiento social agudo se presenta también en muchas alteraciones que van desde el simple mal humor a la ansiedad y la depresión. La pasividad continuada y la falta de espontaneidad deben sugerir el diagnóstico de esquizofrenia solo si puede descartarse definitivamente alteraciones orgánicas y depresivas.

(9) Freedman, A, *Tratado de Psiquiatría*(1982).

Las estereotipias y la verbigeración son fuertes indicios de esquizofrenia. La fijación frecuente de la mirada en un espejo y otros extraños manierismos son también fuertes indicios de esquizofrenia.

Alteraciones perceptivas en la esquizofrenia según Freedman (9):

Alucinaciones.

Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulos externos correspondientes son síntomas comunes de la esquizofrenia. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, es decir, el hecho de oír o escuchar voces. Mas característicamente, dos o más voces hablan sobre el paciente, discutiendo acerca de él en tercera persona. Muchos pacientes esquizofrénicos experimentan la audición de sus propios pensamientos. Las alucinaciones visuales aparecen con menor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos, pero no son raras. Los pacientes alucinan tanto de día como de noche y en ocasiones de forma continuada, en el sueño obtienen algún alivio. (9)

Cuando en la esquizofrenia aparecen alucinaciones visuales, suelen ser vistas de cerca, claramente definidas, en color, en tamaño natural, en tres dimensiones y en movimiento. Las alucinaciones visuales casi nunca se presentan por sí mismas, sino siempre en combinación con alucinaciones de cualquier otra modalidad sensorial.

Los esquizofrénicos suelen experimentar alucinaciones cinestésicas, sensaciones de estados alterados en los órganos del cuerpo, sin que un aparato receptor especial explique las sensaciones.

El esquizofrénico actual suele discutir abiertamente sus alucinaciones.

Contenido onírico.

Los estudios de los contenidos de los sueños de los pacientes esquizofrénicos han demostrado que son menos coherentes y menos complejos que el de las personas normales. Las emociones desagradables son más comunes en los sueños de los esquizofrénicos que de las personas normales.

Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia según Freedman(9):

Convicciones delirantes.

Estas son ideas falsas que no pueden ser corregidas mediante el razonamiento y que son idiosincrásicas para el paciente, es decir que no forman parte de su ambiente cultural.

“Con frecuencia se trata de delirios de persecución, que es el síntoma clave de los pacientes con esquizofrenia paranoide. El sentimiento de sentirse controlado por algún poder misterioso y no visto que ejerce alguna influencia ha distancia es patognómico de la esquizofrenia. Se presentan en la mayoría de los esquizofrénicos cuando no en todos en una u otra ocasión y para muchos de ellos es una experiencia diaria. El esquizofrénico actual cuyos delirios se han construido a través de épocas científicas, puede hallarse preocupado por la fuerza atómica, los rayos X o las naves espaciales, que controlan sus mentes y sus cuerpos”. También son típicas de muchos esquizofrénicos las fantasías delirantes de la destrucción de mundo.

Alteraciones del pensamiento.

El rasgo común a todas las manifestaciones de la alteración del pensamiento es que el paciente esquizofrénico piensa y razona por sus propios términos autistas, según sus propias e intrincadas reglas privadas de la lógica.

(9) Freedman, A, Tratado de psiquiatría (1982)

El esquizofrénico puede ser muy inteligente y no hallarse confuso en sus abstracciones y deducciones, pero sus procesos de pensamiento son extraños y no conducen a conclusiones basadas en la realidad o en la lógica universal.

La hiperinclusion es un rasgo típico de la alteración del pensamiento esquizofrénico; tiende a incluir muchos aspectos irrelevantes en su conducta ideativa y verbal. Relativamente pocos esquizofrénicos presentan este síntoma.

Otros síntomas característicos de la esquizofrenia es el bloqueo abrupto de la corriente de pensamiento o algunas veces, de toda la actividad psíquica. Los pensamientos del paciente parecen detenerse rápidamente y sin advertirlo; deja por ejemplo de hablar en medio de una frase, y luego de unos segundos o minutos puede quedarse perplejo y tener dificultades en coordinar su conducta. Cuando se le pregunta al respecto manifiesta en general que tenía la sensación física de que alguien le quitaba los pensamientos de la cabeza.

Alteración de la conducta verbal en la esquizofrenia según Freedman(9):

Simbolismo y concreción excesiva.

El único factor común que se puede obtener a través de la preocupación del esquizofrénico por las fuerzas invisibles, las brujerías, la religión, la filosofía, la psicología es su tendencia a lo esotérico, lo abstracto y lo simbólico.

Incoherencia.

Para el esquizofrénico, el lenguaje es primariamente un medio de auto expresión más que un medio de comunicación. A menudo, sus producciones verbales y escritas son vacías u oscuras. El discurso esquizofrénico utiliza un gran número de palabras que no vienen al caso; y los esquizofrénicos tienden a repetir palabras más frecuentemente que los sujetos normales en muestras de lenguaje extensas.

Neologismo:

Ocasionalmente, el esquizofrénico crea una expresión por completo nueva, un neologismo, cuando necesita expresar un concepto para el que no existen palabras ordinarias.

Mutismo:

Esta inhibición funcional del habla y de la vocalización puede durar horas seguidas. Muchos esquizofrénicos tienden al monosilabismo y a responder a las preguntas tan brevemente como pueden. Intentan restringir el contacto con el entrevistador tanto como pueden sin que por ello resulten no cooperadores.

Ecolalia:

Ocasionalmente, el paciente esquizofrénico manifiesta ecolalia, es decir, repite en sus respuestas las preguntas del entrevistador utilizando normalmente la mayoría de las mismas palabras que él a usado, por ejemplo: examinador "¿que tal a dormido ésta noche?", paciente: "esta noche he dormido bien".

La ecolalia parece señalar dos hechos: el paciente es conciente de los inconvenientes de su ideación y de que al mismo tiempo está luchando para mantener un contacto activo con el entrevistador. En estos casos, el paciente actúa como el que está aprendiendo un nuevo idioma, y que al responder a las preguntas del maestro utiliza muchas de las palabras de éste correspondientes a la lengua extraña, y de ésta manera puede resolver el problema.

(9) Freedman, A. Tratado de psiquiatría (1982)

Verbigeración.

Este síntoma raro se encuentra casi exclusivamente en esquizofrénicos crónicos y en estados de mucha regresión. Consiste en la repetición sin sentido de las mismas palabras o frases y, en ocasiones puede durar días. Igual que los neologismos y la ecolalia, la verbigeración es un síntoma raro hoy día. Es posible que muchos psiquiatras que trabajan con esquizofrénicos nunca hayan notado estas manifestaciones del deterioro esquizofrénico.

Lenguaje encumbrado

Algunos esquizofrénicos hacen esfuerzos extraordinarios para mantener sus relaciones sociales, con objeto de conseguir una adaptación relativamente estable. Sin embargo, es manifiesta su rigidez y su artificialidad en las relaciones interpersonales, a través de un lenguaje peculiarmente encumbrado y grotescamente cortés.

Alteraciones conductuales en la esquizofrenia según Freedman(9):

Manierismos.

Los manierismos del habla y de los movimientos son típicos de muchos esquizofrénicos. A veces, los gestos son tan leves que solo puede notarlos un observador experimentado pero en otras ocasiones llegan a un estado grotesco.

Estados estuporosos.

Estos estados solían ser comunes en el sub tipo catatónico de la esquizofrenia. En la actualidad, los tratamientos físicos modernos permiten a los terapeutas interrumpir los estados estuporosos, por lo general en pocos días, bien sea a través de la terapéutica electro convulsiva o bien mediante la farmacoterapia; tanto es así que el paciente estuporoso ha llegado a convertirse en un fenómeno muy raro. Muchos esquizofrénicos crónicos muestran también una marcada falta de espontaneidad y apenas se mueven o solo lo hacen cuando se les pide específicamente.

Ecopraxia.

Este síntoma motor es análogo al de la ecolalia en la esfera verbal es decir, la imitación de movimientos y gestos de la persona que el esquizofrénico está observando.

Obediencia automática.

Otro síntoma observado algunas veces en los pacientes catatónicos es la obediencia automática; caracterizada porque lleva a cabo la mayor parte de las órdenes como si fuera un robot.

Negativismo:

Es la incapacidad del paciente para cooperar sin que halla una razón aparente; a veces incluso puede hacer lo opuesto a lo solicitado.

Conducta estereotipada:

Esta conducta se observa ocasionalmente en esquizofrénicos crónicos con formas repetitivas de movimientos. También puede consistir en la repetición de gestos extraños o puede realizar una y otra vez las mismas preguntas o comentarios.

Deterioro del aspecto y de los cuidados personales:

El paciente suele tener cuidados personales mínimos y se le debe recordar que se bañe, se afeite, cambie de ropa, etcétera; ya que demuestran poco interés hacia las conveniencias sociales.

(9) Freedman, A. Tratado de psiquiatría (1982)

Alteraciones afectivas en la esquizofrenia según Freedman(9):

Respuestas emocionales reducidas:

Invariablymente se notan reducidas la intensidad de las respuestas emocionales; el esquizofrénico parece ser indiferente e incluso apático.

Anhedonia:

Es la sensación que siente el esquizofrénico de sentirse vacío emocionalmente, esto conduce a mucho de ellos al suicidio.

Respuestas inapropiadas:

Existe una división o disociación de la respuesta afectiva con respecto al contenido cognitivo, por ejemplo puede hablar de la muerte de su hijo con una sonrisa.

Emociones anormales.

La esquizofrenia no solo altera las reacciones emocionales a los estímulos externos, sino que puede producir emociones y estados de ánimo extraños, que raras veces o nunca han sido experimentados en condiciones normales. Así, por ejemplo los estados de exaltación con sentimientos de impotencia, éxtasis religiosos, aprensiones terroríficas sobre la desintegración de la propia personalidad o del propio cuerpo, estados de ánimo terriblemente ansiosos, como la destrucción catastrófica del universo, son experiencias emocionales que se presentan en diversos estadios de la esquizofrenia, pero se encuentran con mas frecuencia en las fases agudas de la crisis.

Somatización.

No existen manifestaciones somáticas específicas en la esquizofrenia. Sin embargo en las primeras fases de la enfermedad los pacientes experimentan una gran multitud de síntomas, como puede ser, dolor de cabeza, dolores reumáticos, de espalda, tensión muscular, lumbago, debilidad, indigestión. Algunas veces son tratados como neurasténicos, hipocondríacos o simuladores.

Sensibilidad

Todos los esquizofrénicos son más sensibles que la persona media. Es posible que este aumento en la sensibilidad y de la respuesta a la estimulación sensorial y emocional se encuentre en los esquizofrénicos en una edad muy temprana, posiblemente a partir del nacimiento. La esquizofrenia se caracteriza por una hipersensibilidad genética que deja al paciente vulnerable a estímulos que proceden del exterior y el interior.

Retraimiento social.

Los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por su retraimiento social, por la distancia emocional que uno experimenta en su presencia, y por la falta de capacidad para establecer relaciones con los demás.

(9) Freedman, A, Tratado de psiquiatría (1982)

Síntomas negativos de la esquizofrenia:

Los síntomas negativos incluyen afecto embotado, autismo, aislamiento social, retraimiento y pérdida de la iniciativa. Se comparan con los síntomas positivos como delirios, alucinaciones, ideas de referencia y agitación.

PERSONALIDAD PREPSICOTICA según Freedman (9):

La historia típica pero no invariable, es de una personalidad esquizoide: tranquilo, pasivo, con pocos amigos en la infancia, soñador, introvertido, cerrado en la adolescencia y la edad adulta. "A menudo se dice que el niño ha sido especialmente bueno, obediente y no causó problemas. Tuvo pocos amigos de niño, y esta pauta deficiente de amistad se noto en la adolescencia. El típico adolescente preesquizofrénico tiene pocos compañeros no aprende a bailar, no está interesado en el besuqueo en otras actividades heterosexuales, pero a menudo se preocupa por la masturbación. Evita todos los deportes competitivos, pero le gusta ir al cine, mirar la televisión o escuchar música. Puede ser un ávido lector de libros de filosofía y psicología." Típicamente tienen una gran cantidad de trabajos diferentes, pero ninguno les dura demasiado.

SUICIDIO Y HOMICIDIO:

El suicidio es un riesgo que presentan los pacientes esquizofrénicos que nunca debe ser olvidado. Freedman considera que un esquizofrénico puede cometer suicidio debido a que se encuentra profundamente deprimido, durante una reacción esquizoafectiva o puede matarse como respuesta a las órdenes que está recibiendo de las voces alucinatorias.

Es extremadamente difícil prevenir la mayoría de los homicidios esquizofrénicos ya que se producen en forma sorpresiva. El esquizofrénico homicida puede hallarse relajado, incluso apático y a continuación matar a alguien. Un análisis minucioso de estos suicidios y homicidios impredecibles lleva a la conclusión de que el factor singular más significativo de muchos de ellos es la experiencia traumática de rechazo.

17

(9) Freedman, A, *Tratado de psiquiatría* (1982)

SÍNDROMES CLÍNICOS

Los tipos de esquizofrenia más aceptados en la literatura consultada (10) son:

Catatónica: la esquizofrenia catatónica se presenta en 2 formas: la catatonía inhibida o estuporosa y la catatonía con excitación. El rasgo esencial de ambas formas es la acentuada anomalía de la conducta motora.

Tipo de esquizofrenia dominado por cualquiera de los siguientes síntomas:

- 1- Estupor catatónico (marcada disminución de la reactividad al medio , reducción de los movimientos y actividad espontánea, mutismo)
- 2- Negativismo catatónico (resistencia aparentemente inmotivada a todas las instrucciones o intento para que se mueva).
- 3- Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida contra todo esfuerzo para moverle).
- 4- Excitación catatónica (actividad motora excitada, aparentemente sin objeto y no influida por estímulos externos).
- 5- Posturismo catatónico (adopción voluntaria de posturas inapropiadas o extrañas)

Desorganizado (Hebefrénico):

Se caracteriza por una marcada regresión a una conducta primitiva, desinhibida, desorganizada el cual tiene su inicio temprano. Este tipo de paciente es activo pero de forma no constructiva y sin finalidad.

Presenta alteración del pensamiento y su contacto con la realidad es deficiente.

Tipo de esquizofrenia en la que hay:

- 1- Incoherencia frecuente.
- 2- Ausencia de ideas delirantes sistematizada.
- 3- Afectividad inapropiada, embotada o superficial.

Paranoide:

Se caracteriza fundamentalmente por convicciones delirantes de persecución o grandeza.

Estos pacientes muestran menos regresión de las facultades mentales, de las respuestas emocionales y de la conducta. El paciente paranoide típico se muestra tenso, suspicaz en guardia, reservado hostil y agresivo, pero suele comportarse bien en sociedad. Su inteligencia en las áreas no invadidas por las convicciones delirantes puede seguir siendo muy alta.

Tipo de esquizofrenia dominado por uno o más de los siguientes síntomas:

- 1- Ideas delirantes de persecución.
- 2- Ideas delirantes de grandeza.
- 3- Ideas delirantes de celos.
- 4- Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza.

Parafrenia:

El término se utiliza a menudo para describir cuadros esquizofrénicos crónicos caracterizados por: delirios bien sistematizados, naturaleza irreal, fantástica y en ocasiones compleja. La personalidad de éstos pacientes por lo general se encuentran bien conservadas, y a menudo están adaptados a las situaciones de sus vidas.

(10) Pichot DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

Simple:

La alteración principal es una pérdida gradual e insidiosa de la motivación, del interés, de la ambición y de las iniciativas. No aparecen los delirios ni las alucinaciones, el enfermo se retira del contacto con las demás personas, deja de trabajar, evita salir a la calle durante el día. Durante las primeras fases de su enfermedad, el paciente puede tener muchas molestias somáticas (fatiga, nerviosismo, pereza). La razón inmediata para el ingreso de un esquizofrénico simple en un hospital es una explosión de violencia por un motivo muy trivial.

Esquizaafectiva:

En los trastornos esquizaafectivos se añade un fuerte elemento de afecto depresivo o eufórico a unos síntomas esquizofrénicos. Estos pacientes pueden hallarse deprimidos, inhibidos y con tendencia al suicidio; al mismo tiempo pueden expresar convicciones delirantes o de persecución, una alteración del pensamiento esquizofrenica clara. En el diagnóstico, la sintomatología esquizofrenica es el factor decisivo.

Latente:

Se diagnostican los pacientes que pueden tener una acusada personalidad esquizoide y muestran ocasionales peculiaridades conductuales o trastornos del pensamiento, sin manifestar consistentemente una patología psicótica clara.

Residual:

Es una forma crónica que sigue a un episodio agudo de la enfermedad. La esquizofrenia latente es la fase anterior a una crisis esquizofrenica, y la esquizofrenia residual es la fase posterior al ataque.

Criterios para el diagnóstico del tipo residual:

- a) una historia de un episodio previo de esquizofrenia como mínimo, con síntomas psicóticos llamativos.
- b) Un cuadro clínico sin ningún síntoma psicótico llamativo, que ha obligado a la asistencia clínica.
- c) Pruebas continuas de enfermedad, tales como afectividad embotada o inapropiada, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico o pérdida de la capacidad asociativa.

Infantil:

Se diagnostica cuando la esquizofrenia hace su aparición antes de la pubertad.

El pronóstico de una persona que desarrolla una esquizofrenia antes de la pubertad o la adolescencia suele ser malo. En la mayoría de los casos, el niño esquizofrénico tiene una alteración de la imagen corporal, escasa coordinación motora.

La esquizofrenia infantil se caracteriza fundamentalmente por una plasticidad primitiva.

De inicio tardío:

Aunque la esquizofrenia es una enfermedad típicamente de la adolescencia o de la primera edad adulta, particularmente en su forma paranoide puede hacer su primera aparición en las décadas quinta, sexta o séptima de la vida.

Seudoneurótica:

Los esquizofrénicos seudo neuróticos son, tal como su nombre indica, pacientes que presentan fundamentalmente síntomas neuróticos. Pero cuando se les examina con cuidado

y meticulosidad pueden rebelar anormalidades esquizofrénicas de pensamiento y en las relaciones emocionales.

Se caracteriza por su panansiedad, panfobia y su sexualidad caótica. Esta ansiedad difusa es, el criterio diagnóstico mas específico.

Estados oniroides:

El paciente siente y se comporta como si estuviera en un sueño. El enfermo puede hallarse profundamente perplejo y desorientado en el tiempo y el espacio. Durante este estado de conciencia obnubilada tiende a experimentar sensaciones de éxtasis y cambiar rápidamente a escenas alucinatorias. El esquizofrénico oniroides reconoce las realidades de cada día, pero da prioridad a su mundo de experiencias alucinatorias y delirantes.

Estos estados oniroides se presentan con mayor frecuencia en las crisis esquizofrénicas agudas.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS (10)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) describe trastornos relacionados con sustancias que se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias, y trastorno del sueño inducido por sustancias).

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Dependencia de sustancias (10)

Características.

"La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella." Existe un patrón de repetida autoadministración que ha menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, aunque no esta incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irresistible" de consumo (craving), se observas en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

La dependencia se define en el DSM IV como "un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de doce meses."

Tolerancia (criterio 1), "es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis". El grado en que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y esta inducida por sustancias estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (por ejemplo pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable pero con frecuencia no es tan extrema. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de Cannabis no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque esta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos). La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. (10)

La abstinencia (criterio 2a) "es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitante cambios cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en el individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia". Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (criterio 2b), normalmente desde que se despierta. (10)

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (por ejemplo, los que tienen dependencia de la Cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia.

Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia. Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Dependencia fisiológica: este concepto se utiliza cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia. Sin dependencia fisiológica: este concepto debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo. (10)

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (DSM IV) (10)

Una patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo mas largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de sustancias o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia por ejemplo si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2

Sin dependencia fisiológica: no hay signos e tolerancia o abstinencia (por ejemplo si no se cumplen los puntos 1 y 2).

MARIHUANA

Las preparaciones de drogas de la planta de cáñamo varían considerablemente en calidad y potencia, en función del tipo, clima, suelo, el cultivo, y el método de preparación. (11)

Cuando la planta cultivada está totalmente madura, una resina pegajosa de color amarillo oro con fragancia de menta cubre sus flores y capas superiores de sus hojas.

La resina de la planta contiene las sustancias activas. Las preparaciones de la droga vienen en 3 grados identificados por sus nombre hindúes. La más barata y potente denominada Bhang, deriva de las partes superiores cortadas de las plantas no cultivadas; tiene bajo contenido de resina. La Ganga se obtiene de los capullos en flor y de las hojas de plantas cultivadas, ofrece una mayor cantidad y calidad de resina.

El tercero y más alto grado de la droga, denominado Charas, está principalmente elaborado a partir de la propia resina. Ésta variante de droga es cinco a ocho veces más potente que la mayoría de la marihuana.

Los efectos de fumar duran de 2 a 4 horas y los efectos de la ingestión de 5 a 12 horas.

Se afirma que la intoxicación aumenta la sensibilidad a los estímulos exteriores; el sentido del tiempo está distorsionado. Suele producirse una escisión de la conciencia, el fumador es el observador objetivo de su propia intoxicación; puede estar afectado por pensamientos paranoides y, al mismo tiempo, ser razonablemente objetivo. La capacidad para conservar cierto grado de objetividad puede explicar el hecho de que muchos consumidores expertos de marihuana se comporten de forma perfectamente sobria en público incluso estando altamente intoxicados.

La marihuana se clasifica comúnmente como alucinógeno. A menudo se describe el aspecto ondulatorio de la experiencia, como también la percepción distorsionada de diversas partes del cuerpo, la distorsión espacial y temporal y la despersonalización.

Otros fenómenos asociados a este tipo de droga son la elevada sensibilidad al sonido, sinestesia, mayor sugestionabilidad y una sensación de pensar más claramente y de tener una mayor conciencia del significado de las cosas. En ocasiones se produce ansiedad y reacciones paranoides. En el fumador de marihuana las reacciones de pesadillas agonizantes son raras, ya que este tipo de drogas tiende a producir sedación.

La marihuana no dilata las pupilas, ni eleva materialmente la presión sanguínea, los reflejos ni la temperatura del cuerpo; lo que sí produce es aumento del pulso.

La marihuana carece de las poderosas cualidades alteradoras de la conciencia.

TRASTORNOS

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS (10)

Los cannabinoides son sustancias que derivan de la planta de Cannabis. El producto resultante de la parte superior de la planta, (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de marihuana. Habitualmente, los cannabinoides se fuman, pero pueden ser consumidos por vía oral y a veces mezclados con té o comida.

(11) Tapia, R. *Las adicciones dimensión, impacto y perspectivas* (1984).

(10) Pichot *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995)

DEPENDENCIA DEL CANNABIS (10)

Los sujetos con dependencia de Cannabis presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de Cannabis ha sido observada en sus consumidores crónicos. También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica. "Los sujetos con dependencia de Cannabis consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante meses o años e invierten muchas horas para adquirir y consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia en las actividades sociales, laborales o recreativas."

ABUSO DE CANNABIS (10)

Se debe tener en cuenta la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias. Cuando hay niveles significativos de tolerancia, o cuando los problemas físicos se asocian con el consumo compulsivo de Cannabis, debe considerarse el diagnóstico de dependencia en lugar del de abuso.

INTOXICACIÓN POR CANNABIS (10)

Las características esenciales de la intoxicación por Cannabis es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis. "La intoxicación se inicia típicamente con una sensación de bienestar seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente." La intoxicación se presenta en unos minutos si se fuma Cannabis pero puede tardar horas si la droga es ingerida por vía oral. La magnitud de los cambios comportamentales o psicológicos depende de la dosis, el método de administración y las características individuales de la persona que consume la sustancia, como son el grado de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR CANNABIS (10)

- A. Consumo reciente de Cannabis.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.
- C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de Cannabis:
 - 1. inyección conjuntival
 - 2. aumento de apetito
 - 3. sequedad de boca
 - 4. taquicardia
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

(10) *Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)*

Características descriptivas y trastornos mentales asociados (10)

La Cannabis habitualmente se consume junto con otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. La Cannabis (especialmente la marihuana) pueden ser mezcladas y fumadas junto con opiáceos, y otras drogas alucinógenas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La Cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Como muchas otras drogas ilegales, los trastornos por consumo de Cannabis se presentan más frecuentemente en varones y la prevalencia es más habitual entre personas entre los 18 y 30 años.

C

COCAÍNA

La cocaína es un alcaloide que se encuentra en una concentración de 1-2%, junto a otros alcaloides, en las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* que crece en las laderas de los Andes, especialmente en Bolivia y Perú (12).

Formas de uso:

Masticación de hojas de Coca: es la forma históricamente más antigua de uso y abuso de cocaína; administrada de esta forma se consigue un incremento del estado de ánimo, una estimulación moderada, una mejoría física y una disminución del apetito. (12)

Pasta de coca "fumada": es la forma predominante de uso y abuso de cocaína. La pasta de cocaína es un producto intermedio en la fabricación del clorhidrato de cocaína que contiene alrededor del 50 % de sulfato de cocaína, así como otros alcaloides de la coca. Inicialmente produce un período de intensa euforia que conduce a su uso compulsivo, seguido de disforia persistente, ideas paranoides y alucinaciones. La adicción conduce (junto a períodos de ansiedad o depresión asociados) a problemas cardiovasculares, malnutrición, espasmos musculares, temblores y convulsión. La muerte puede producirse por sobredosis accidental, arritmia cardíaca, o conducta doliente, incluido el suicidio.

Clorhidrato de cocaína "esnifada": su forma de uso se lleva a cabo en líneas sobre una superficie lisa y aspirando por la nariz, a través de un papel enrollado o de una caña como la que se usa en los bares para aspirar bebidas refrescantes, lo que produce una sensación de euforia que dura de unos 10 a 30 minutos. El esnifar puede llegar a causar perforaciones del tabique nasal, por la necrosis isquémica que genera la vasoconstricción continuada.

Clorhidrato de cocaína intravenosa: posee una capacidad de adicción potencialmente muy alta, dada su rápida entrada al torrente circulatorio y su llegada al cerebro en esta forma de administración es frecuente que se presenten abscesos, hepatitis, septicemia e infecciones de todo tipo, incluido el Sida, debido a las malas condiciones higiénicas.

Cocaína "base libre" (Crack): si se disuelve el polvo blanco de clorhidrato de cocaína en agua destilada y se agrega un álcali por ejemplo el bicarbonato de sodio, se produce la precipitación de cristales de cocaína base, a los que se da también el nombre de crack. Recibe el nombre de crack por el ruido de crepitación que producen tales cristales para fumarlos.

Las formas fumables de cocaína atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica tardando solo 5 segundos en producir efectos centrales, a diferencia de los 30 segundos que tarda en aparecer los efectos en el Sistema Nervioso Central cuando es usada de otra forma(13). La duración de sus efectos es también muy breve, tras su administración se produce un "flash" intenso y fugaz, desapareciendo rápidamente lo que sumerge al consumidor en una angustia, que lo obliga a ser compulsivo en el consumo.

"El uso de pasta básica de cocaína por sus particularidades farmacológicas produce un estado de intoxicación aguda en el cual se pueden describir tres estadios clínicos, cada uno caracterizados por diversos síntomas." El primero denominado "momento antes del consumo" esta marcado por un síndrome obsesivo, compulsivo un síndrome ansioso y un síndrome neurovegetativo, caracterizado por su duración taquicardia y malestar abdominal. El segundo estadio "efectos al fumar" se inicia tras la primera aspirada y produce un "flash" placentero intenso pero muy breve de apenas tres a cuatro segundos con una caída muy brusca. "La angustia por la cesación de los efectos es tan fuerte que obliga al consumidor a fumar una y otra vez, entrando en un estado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud cesando su consumo solo cuando el dinero para su consumo se ha terminado o cuando entra en un cuadro de intoxicación aguda."

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA (10)

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de la coca se consume en diversas preparaciones (por ejemplo; hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación. Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la planta de coca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América Central y del Sur.

Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma. El hidrocloreto de cocaína en polvo es habitualmente "esnifado" a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa.

Una forma habitual en EEUU es el crack, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándolas en pequeñas piedras. El crack difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos.

DEPENDENCIA DE COCAÍNA (10)

La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión, y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas.

(13) Adicciones, Vol.12, Cap.1, 2000

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

ABUSO DE COCAINA (10)

La intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. "Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso."

INTOXICACIÓN POR COCAINA (10)

La característica esencial de la intoxicación por cocaína es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína. La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia e incluye uno o más de los síntomas siguientes: euforia con incremento de la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social. La intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral. La intoxicación grave puede conducir al coma. Para establecer el diagnóstico de intoxicación por cocaína los síntomas no han de ser debido a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otros trastornos mentales. La magnitud y el tiempo de los cambios psicológicos y comportamentales dependen de muchas variables, que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia (por ejemplo; tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo y contexto en el que se ingiere la droga).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR COCAINA (10)

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo; euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, deterioro de la capacidad de juicio o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante o poco tiempo después del consumo de cocaína.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - 1. taquicardia o bradicardia
 - 2. dilatación pupilar
 - 3. aumento o disminución de la tensión arterial
 - 4. sudoración o escalofríos
 - 5. náuseas o vómitos
 - 6. pérdida de peso demostrable
 - 7. agitación o retraso psicomotores
 - 8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - 9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ABSTINENCIA DE COCAÍNA (10)

La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir (o disminuir) el consumo abundante y prolongado de cocaína. El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotrices.

Los síntomas de abstinencia aguda se observan con frecuencia después de periodos de consumo de dosis altas y repetidas. Estos periodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación.

10

TABACO

El hábito de fumar es una drogadicción peligrosa por los efectos secundarios que afecta al individuo que lo consume y a sus acompañantes (fumadores pasivos). (14)

El tabaco contiene nicotina que es un alcaloide y por su acción adictiva es la droga responsable del hábito de fumar provocando dependencia psíquica y refuerza el abuso repetitivo de tabaco. A pesar de un elevado poder de adicción y su toxicidad aguda, la nicotina no sería una droga de las más peligrosas de las que contiene el tabaco; ya que contiene monóxido de carbono que al asociarse con la hemoglobina produce la carboxihemoglobina lo cual agrava los efectos de la nicotina al aumentar la falta de oxígeno al miocardio, disminuyendo el umbral de fibrilación ventricular. La carcinogénesis de los componentes del tabaco es acumulativa y estocástica, similar a un síndrome de irradiación. "Por su morbilidad y mortalidad elevada el tabaquismo constituye una de las peores plagas de nuestra civilización."

A pesar de la frecuencia del consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos existen escasos estudios controlados sobre el efecto del tratamiento del tabaquismo en estos pacientes. (15)

El consumo de tabaco disminuye las concentraciones plasmáticas de Haloperidol, Flufenacina por lo que los fumadores suelen necesitar el doble de dosis de neurolepticos que los no fumadores.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA (8)

La dependencia y la abstinencia de nicotina se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicles de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir a abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y del contenido en nicotina del producto consumido.

La intoxicación por nicotina aparece excepcionalmente y no ha sido bien estudiada y el abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia.

DEPENDENCIA DE NICOTINA (10)

Se debe tener en cuenta la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias. Algunos de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican para la nicotina, mientras que otras requieren una mayor explicación. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareos y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina. "La interrupción del consumo de nicotina produce un síndrome de abstinencia bien definido. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido." Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen mas nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban.

(14) Farreras, Medicina Interna (1995)

(15) Martí, B, Recomendaciones terapéuticas en patología dual (2002)

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

ABSTINENCIA DE NICOTINA (10)

“La característica esencial de la abstinencia de nicotina es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que se desarrolla después de la brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante periodos prolongados.” El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de apetito o aumento de peso. “Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.”

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina. “La mayor rapidez de los efectos de la nicotina conduce a estos fumadores a un patrón de hábito intenso que es más difícil abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo y por la mayor dependencia física de la nicotina.” Con el cambio del consumo de cigarrillos de alto a bajo contenido de nicotina, o al interrumpir el consumo de chicle o de parche de nicotina, pueden aparecer síntomas de abstinencia leves.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO ABSTINENCIA DE NICOTINA (10)

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - 1. estado de ánimo disfórico o depresivo.
 - 2. insomnio
 - 3. irritabilidad, frustración o ira
 - 4. ansiedad
 - 5. dificultades de concentración
 - 6. inquietud
 - 7. disminución de la frecuencia cardíaca
 - 8. aumento del apetito o del peso
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados

La necesidad irresistible (craving) es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen. La dependencia a nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales. Dependiendo de la población estudiada, entre el 55 y el 90% de los sujetos con otros trastornos mentales fuman en comparación con el 30% de la población general. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con sustancias son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex fumadores o en quienes nunca han fumado.

ALCOHOL

Existen muchas definiciones de alcoholismo, pero todas incluyen el consumo excesivo del alcohol y los consecuentes problemas sociales, psicológicos y físicos.

El alcoholismo es definido como "la ingestión excesiva de alcohol en forma crónica o la intoxicación alcohólica crónica que trae como consecuencia un deterioro de la salud, dependencia y adaptación progresiva a los efectos del alcohol que requiere dosis creciente del tóxico para poder lograr y mantener el efecto deseado". (16)

Ciertos alcohólicos beben todos los días, otros beben de forma episódica sin probar una gota de alcohol entre borrachera y borrachera. Algunos necesitan ingerir grandes cantidades de alcohol, mientras que otros no. En la etapa crónica de la enfermedad el alcohólico experimenta muchos de los horrores que tradicionalmente se asocian al alcoholismo.

Pueden aparecer graves enfermedades hepáticas como la cirrosis alcohólica, hipertensión arterial, taquicardia, lesiones del sistema nervioso central, anemias, lesiones musculares, cáncer de boca, las cuales pueden darse por separado o en diferentes combinaciones. Si se interrumpe la ingestión de alcohol en forma brusca el enfermo puede sufrir alucinaciones terroríficas temblores violentos, fuerte agitación, episodios paranoicos y otros problemas psiquiátricos. En las últimas fases del alcoholismo son frecuentes las depresiones agudas, los comportamientos maníaco depresivos, los sentimientos de irritabilidad y desesperanza, los pensamientos e impulsos suicidas, los episodios de pánico, miedo y autodesprecio.

Otros problemas psicológicos presentes en el mundo interno del alcoholismo son la depresión y los sentimientos de desesperanza, inutilidad y falta de ilusión por la vida. Es fácil explicar la existencia de éstos sentimientos en los alcohólicos si tenemos en cuenta que el alcohol está clasificado entre los fármacos depresivos generales, no selectivos. Por su estructura y efectos sobre el sistema nervioso central, la acción del alcohol sobre éste es similar al de los fármacos depresores como el diazepam (valium); el clordiazepóxido y el fenobarbital. Los efectos negativos del alcohol sobre el estado de ánimo son frecuentemente el pasar por una depresión transitoria que va mejorando a medida que avanza el proceso de desintoxicación.

En realidad, suelen estar deprimidos porque ingieren grandes cantidades de un fármaco depresor. Sin embargo, en algunos casos estas depresiones no son transitorias, sino que son consecuencia de un trastorno afectivo. Los sentimientos de desesperanza, inutilidad y falta de interés por la vida son la nota común de la experiencia interna del alcoholismo.

No se conoce ninguna causa determinante de alcoholismo. "Hay que tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos van acompañados de diferentes síntomas, y que la concurrencia de síntomas de dos enfermedades hace pensar en una relación causal entre ellas." Los estudios previos han puesto de manifiesto que la mitad de los alcohólicos, tanto hombres como mujeres, presentaban problemas psiquiátricos previos a la aparición de la enfermedad.

El seguimiento de la historia personal de los individuos con este problema determina un grupo de población con vidas caóticas.

El diagnóstico se realiza mediante criterios relativamente objetivos, como el abandono temprano del hogar familiar o la existencia de antecedentes penales desde la juventud. Mediante este enfoque se ha demostrado que el 15% de los alcohólicos de sexo masculino han tenido serios problemas antisociales antes de comenzar a beber. En estos casos se puede pensar que el abuso de la bebida no es consecuencia del alcoholismo sino de un comportamiento antisocial que se caracteriza también por el consumo de drogas, alta incidencia divorcios, accidentes y muertes por homicidio.

(16) Estes, J. *Alcoholismo. Desarrollos, Consecuencias y Tratamientos* (1989)

Aquí no está claro que el trastorno de personalidad sea la causa del alcoholismo; sino más bien que el alcoholismo sea parte de la conducta antisocial del individuo. El alcoholismo sicopático o antisocial tiene mal pronóstico y responde mal al tratamiento. "En algunos alcohólicos se detectan Alucinosis alcohólica; el síndrome consiste en un estado prolongado de alucinaciones auditivas que, frecuentemente acompañadas de delirios mal sistematizados que explican los sonidos alucinados en la mente del alcohólico." (16) De modo típico, las voces se refieren al paciente en tercera persona y le hacen comentarios sobre las actividades y el carácter de él mismo. Sin embargo no se presentan otros signos, como los trastornos del pensamiento o la incongruencia afectiva que pudieran confundirse con la esquizofrenia. La psicosis casi siempre empieza a aliviarse cuando es ingresado al hospital y suspende la ingestión alcohólica. Pero en dos grupos de pacientes las alucinaciones auditivas persisten: en aquellos con síntomas demenciales marcados, y entre aquellos que luego se diagnosticarán como esquizofrénicos.

En resumen; con la rara excepción del alcoholismo como consecuencia de una personalidad antisocial; no existe una relación clara entre los rasgos de personalidad y el alcoholismo, las investigaciones en esta área no han dado resultados definitivos. No existe una causa única del alcoholismo. De todas las variables que se estudian, los factores genéticos son los que resultan más fáciles de abordar, y han proporcionado datos muy importantes para intentar establecer las causas determinantes del alcoholismo; además como se ha visto existen factores sociales y psicológicos, que influyen en la aparición del alcoholismo. Las variables psicológicas y sociológicas son más difíciles de controlar, definir y valorar. Esto explica en parte los resultados contradictorios obtenidos para este tipo de estudio y su falta de exactitud.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (10)

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y mortalidad considerables.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (10)

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa los sujetos con dependencia pueden continuar consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias adversas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

ABUSO DE ALCOHOL (10)

Para evaluar el abuso de alcohol se deben tener en cuenta la descripción y criterios diagnósticos para el abuso de sustancias.

Todas las áreas sicosociales del sujeto pueden verse afectadas por el consumo de alcohol; a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, deben considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el abuso de alcohol.

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

INTOXICACIÓN POR ALCOHOL (10)

Las características esenciales de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (por ejemplo, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN POR ALCOHOL (10)

- A. Ingestión reciente de alcohol
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - 1. lenguaje farfullante
 - 2. incoordinación
 - 3. marcha inestable
 - 4. nistagmo
 - 5. deterioro de la atención o de la memoria
 - 6. estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ABSTINENCIA DE ALCOHOL

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración o taquicardia); aumento del temblor distal de las manos, insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas.

Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ABSTIENCIA DE ALCOHOL (10)

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - 1. hiperactividad autonómica (por ejemplo: sudoración o taquicardia).
 - 2. temblor distal de las manos
 - 3. insomnio
 - 4. náuseas o vómitos
 - 5. alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - 6. agitación psicomotora
 - 7. ansiedad
 - 8. crisis comiciales de gran mal
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedades médicas ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados (10)

La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (por ejemplo; Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas.

El abuso y la dependencia del alcohol junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presenta una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad pueden asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales.

(10) Pichot Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995)

DIAGNÓSTICO DUAL

El término "Diagnóstico Dual" o "Trastorno Dual" en el ámbito de la salud mental es un término que en los últimos años se está extendiendo pero que, a su vez, también se está desvirtuando englobándose a un cada vez mayor número de personas con adicción a sustancias pero sin una patología psiquiátrica mayor de base. (17)

El trastorno dual (patología psicótica y abuso de sustancias) oscila entre un 20 y un 90% de los casos, según un estudio realizado en EEUU en el año 1995 (13). Sin embargo, pese a la frecuencia y trascendencia del problema de las dependencias, los conocimientos, habilidades y dedicación del personal sanitario a estos aspectos no siempre están en consonancia con la importancia de esta patología.

Para lograr un adecuado tratamiento de las adicciones, desde la perspectiva educativa, hay que tener presente que la adicción es una enfermedad crónica al igual que el asma, diabetes, hipertensión etc. Todos estos procesos requieren tratamiento durante la mayor parte de la vida del paciente y, como tal, las recaídas y el incumplimiento de las pautas de medicación son hechos habituales.

Obviamente, no todas las dependencias responden a un mismo tratamiento, ni con una misma eficacia, ya que, si bien en esencia la adicción es una enfermedad cerebral, el fenómeno es más complejo, ya que está influenciado por una frecuente patología psiquiátrica comórbida (trastorno dual), así como por aspectos sociológicos y conductuales que incluyen los estímulos iniciales para el consumo de la droga. Con frecuencia se olvida que la adicción no termina cuando la droga desaparece del organismo (desintoxicación), ya que los procesos adaptativos provocados por el consumo permanecen, lo que lleva a la residua con un nuevo consumo de la droga.

Epidemiología

Antes de aproximarnos a otras consideraciones sobre este problema, debemos primero intentar averiguar qué porcentaje de pacientes psicóticos presentan un consumo de sustancias coexistente. Es decir, definir la prevalencia del trastorno dual. Tras realizar una revisión del tema, la impresión general es que ambos trastornos se diagnostican menos de lo que verdaderamente existe. Además, los estudios epidemiológicos varían mucho entre unos y otros debido a factores metodológicos (diferencias en la muestra, métodos de análisis y evaluación, sesgos del investigador,...). La mayoría de estudios se han realizado en poblaciones clínicas, es decir, entre pacientes que están recibiendo tratamiento en dispositivos de salud mental o en dispositivos de drogodependencias.

En un estudio realizado en el hospital de Zamudio, España (17), con poblaciones clínicas las tasas de prevalencia de diagnóstico dual oscilan entre un 20-60 % de todos los pacientes con un trastorno psiquiátrico (incluso hasta el 85%). El único estudio realizado a gran escala en la comunidad fue el conocido como ECA -Epidemiologic Catchment Area-, estudio referente básico sobre la prevalencia de los diferentes trastornos mentales en la comunidad.

Este estudio muestra que el 47% de los pacientes con esquizofrenia tiene un trastorno de abuso o dependencia a cualquier sustancia a lo largo de la vida, frente a un 16,7% de la población general.

La posibilidad de que un esquizofrénico tenga un trastorno por abuso o dependencia de sustancias es 4 veces mayor que una persona que no padezca Esquizofrenia.

(17) www.osakidetza.gva.es, Diagnóstico Dual.

(13) Adicciones, Vol.12, Cap.1, 2000

En estos pacientes las drogas de preferencia suelen ser el Alcohol y el Cannabis; y en menor medida estimulantes y alucinógenos; si bien los datos revelan que lo habitual es que consuman dos o más sustancias.

Se han determinado a través del mencionado trabajo, una serie de Factores de Riesgo (17):

- Varón.
- Edad Joven
- Trastorno por consumo de sustancias en la familia (influencia genética, ambiental o ambas).
- Posible exposición a drogas (bajo nivel socioeconómico, frecuentar o convivir con otros consumidores, exposición a situaciones de estrés vital continuado).
- Buen ajuste previo al consumo (se necesita un cierto nivel de energía, motivación y habilidades sociales para buscar y conseguir las drogas).

Modelos explicativos

Los modelos propuestos serían (17):

- **Etiológico:** El trastorno psicótico sería causado o precipitado por el abuso de sustancias psicoactivas.
- **Biológico:** Habría una vulnerabilidad biológica subyacente, de modo que un trastorno en el sistema dopaminérgico aumentaría dicha vulnerabilidad tanto a la esquizofrenia como al abuso de sustancias.
- **Socialización:** El uso de tóxicos sería un fenómeno socializador que proporcionaría un rol social, un grupo y una identidad más aceptables.
- **Automedicación:** El consumo habitual de ciertos tóxicos mejoraría algunos síntomas del trastorno psiquiátrico o de los efectos secundarios de los psicofármacos. Esta mejora actuaría como un refuerzo negativo perpetuando el consumo.
- **Independencia:** Ambos problemas son independientes y el aumento aparente de la prevalencia en los psicóticos no difiere significativamente de la población general. Coinciden por la elevada prevalencia de ambos trastornos en la población juvenil.

Estas hipótesis no son excluyentes entre sí y determinados subgrupos pueden ajustarse preferentemente a alguna de ellas más que a otras.

Tratamiento integral

La literatura al respecto sustenta que el modelo de tratamiento integral es más eficaz ya que parece aumentar la adhesión al tratamiento ambulatorio, disminuye las hospitalizaciones y disminuye los problemas legales y sociales de estos pacientes. (5)

El planteamiento básico de un tratamiento integral es el de aunar en un programa especial los elementos tanto de tratamiento psiquiátrico como del de abuso de sustancias. Pero, además, que dicho programa tenga una garantía de continuidad tanto en la comunidad (a

(17) www.osakidtxa.svs.org , *Diagnostico Dual*.

nivel de centros de atención ambulatorio así como de las estructuras intermedias), como en el hospital.

El modelo de tratamiento integral no es a corto plazo; es decir, hasta que se resuelva la situación aguda de consumo o estabilización de la clínica psiquiátrica. Debe ser un modelo a medio-largo plazo insertado en un proceso de rehabilitación psicosocial.

Se puede describir en 4 fases (5):

1. Estabilización Aguda: Puede ir desde 3 días a 3 meses, y supone la estabilización tanto de la clínica psicótica como del problema adictivo. Para ello será necesario el tratamiento farmacológico y en muchos casos en una unidad hospitalaria junto con el asesoramiento al paciente tanto sobre los efectos de los tóxicos como sobre su trastorno mental concomitante.
2. Implicación: Una vez estabilizado, e implicaría:
 - o Establecer una nueva relación terapéutica.
 - o Educación sobre la enfermedad.
 - o Enseñarle cómo mantener la estabilización a través del cumplimiento farmacológico.

Esta quizá sea la fase más importante y difícil de conseguir.

3. Estabilización prolongada: Dura aproximadamente un año e implicaría la abstinencia de tóxicos (grupos de autoayuda) y del control sintomático (control farmacológico).
4. Rehabilitación: A partir del primer año de recuperación.

En EEUU se están creando unidades superespecializadas para desarrollar este tipo de tratamiento que cuentan con recursos, personal entrenado y programas bien diferenciados. En Europa no han calado tanto estos dispositivos especializados y se sigue ofreciendo un abordaje comunitario, ya que se cree que resulta menos gravoso económicamente, de mayor garantía en cuanto a la continuidad de cuidados e incluso se ha sugerido que ofrece un mejor pronóstico.

Terapia de la motivación (5)

“La baja motivación del paciente y la dificultad para percibir el uso de drogas como un problema puede ser significativas barreras para que el enfermo mental severo se comprometa a asistir a los programas de abuso de drogas.” (5)

(5)Weaver, T (1999).

Promover la terapia de apoyo es importante, hay un creciente reconocimiento de que hay que vencer las diferencias de actitud hacia la motivación de los pacientes psiquiátricos y abuso de drogas para poder desarrollar un enfoque de equipo.

La evidencia de EEUU demuestra que con terapia psicológica apropiada y apoyo social, la motivación puede ser aumentada entre los pacientes con psicosis. Los modelos para la terapia motivacional se basan en programas para aumentar las destrezas sociales y brindan terapia de apoyo. Los pacientes tratados bajo este modelo tienen resultados positivos en el uso del alcohol y drogas. Hay una creciente evidencia que el tratamiento integrado para la co-morbilidad debe tener un enfoque hacia el Tratamiento comunitario.

En cuanto al tratamiento de estos pacientes se cree que si se aborda sin sistema paralelo son ineficientes e inefectivos; los servicios deben combinar las intervenciones para obtener mejores resultados.

Entorno terapéutico(18)

En la actualidad el entorno terapéutico es parte fundamental de la planificación de la terapéutica (18).

Según Morrison, el término entorno terapéutico también se utiliza para describir ciertos marcos o medios cuyo propósito es ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más adaptadas (Stuart y Sundeen, 1995). Los entornos terapéuticos pueden formar parte de un hospital, de un hogar o de un marco comunitario, siempre que ayuden a los pacientes a satisfacer sus necesidades y a resolver sus problemas. Dado que casi todos los entornos terapéuticos requieren ciertos límites y controles para poder funcionar, suelen establecerse en marcos hospitalarios.

Se opta por el ingreso en un centro hospitalario psiquiátrico cuando se dan algunas de las condiciones siguientes:

- El paciente se convierte en una amenaza para sí mismo o para los demás.
- Las personas que lo rodean no desean continuar ayudándolo.
- El paciente se ve a sí mismo incapaz de afrontar sus problemas o de controlar su conducta.

El ingreso a un centro hospitalario puede ser voluntario o involuntario, pero en cualquier caso el plan terapéutico se diseña para que los pacientes vuelvan a la comunidad lo antes posible. El personal de enfermería que colabora en estos centros hospitalarios aporta la pauta cualitativa que rige en los mismos. "Sin un personal de enfermería con capacidad de introspección, comprensión, cordialidad y habilidad para dirigir grupos, el concepto de comunidad terapéutica no podría haberse convertido en realidad" (Taylor, 1994).

La práctica de la enfermería psiquiátrica ha evolucionado desde el cuidado basado en la custodia del enfermo hasta el control de los complejos entornos terapéuticos.

"En nuestros días, el personal de enfermería debe poseer los conocimientos y la experiencia necesarios para controlar dichos entornos y llevar a cabo intervenciones terapéuticas, así como coordinar e integrar la prestación de cuidados multidisciplinarios y evaluar los resultados del tratamiento para cada paciente a su cargo."

(5) Weaver, T *Enfermedad mental severa y abuso de drogas* (1999).

(18) Morrison, J, *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. (1999)

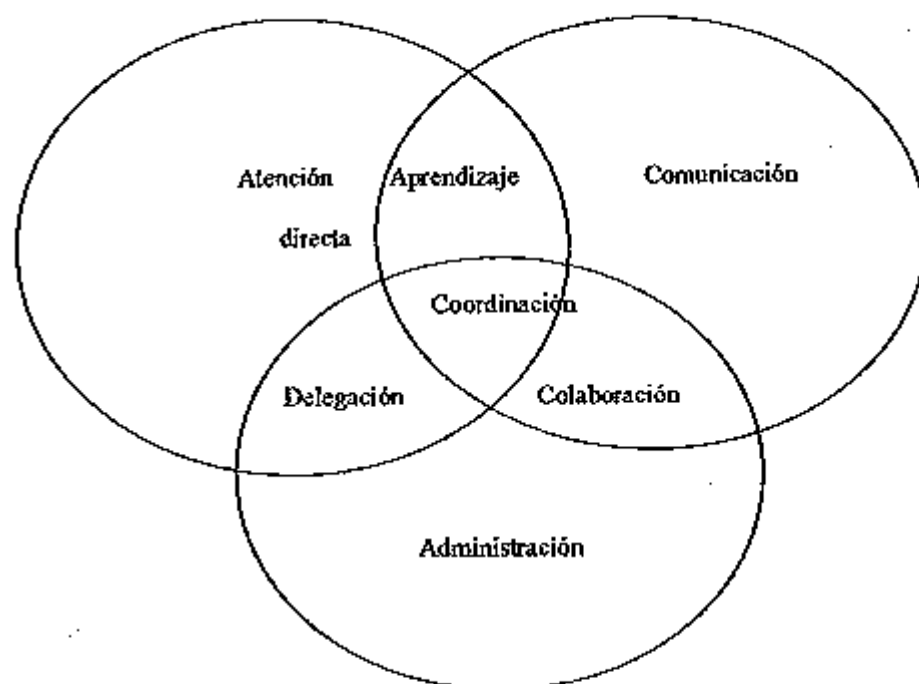
Anteriormente a la década del 60 la estancia en unidades psiquiátricas solía prolongarse durante meses e incluso años. Cuando los pacientes eran dados de alta, encontraban muy poco apoyo en la comunidad. Por lo contrario los centros psiquiátricos actuales tienden a las estancias más cortas, a terapias más intensivas y a ayudar al paciente durante la transición desde la institución a la comunidad.

OBJETIVOS DEL ENTORNO TERAPÉUTICO (18)

Los entornos terapéuticos eficaces proporcionan seguridad, protección y tiempo de resolver las dificultades (Moos, 1974). Los miembros del equipo de atención sanitaria ofrecen un contacto terapéutico humano dirigido a ayudar a los pacientes a conocerse a sí mismos y a relacionarse con los demás.

Los objetivos de un entorno terapéutico son los siguientes:

1. Proteger al paciente y a los demás durante los períodos de conducta desadaptada.
2. Ayudar a los pacientes a desarrollar la autoestima y la confianza.
3. enseñar las habilidades adaptativas más eficaces (afrontar problemas) para satisfacer sus necesidades.



Práctica de enfermería en salud mental. (Reproducido de Stuart GW, Sundeen SJ: Principles and practice of psychiatric nursing, 5ª edición, San Luis, 1995, Mosby.)

Cada paciente es asignado a un equipo de tratamiento compuesto por varios especialistas en salud mental. Al ingresar, se lo somete a una cuidadosa valoración y se desarrolla un plan de atención terapéutica. En el cuadro anterior se ilustra el papel del personal de enfermería como participante del equipo de tratamiento de salud mental.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO TERAPÉUTICO (18)

La hospitalización psiquiátrica supone una experiencia traumática. Antes de ser ingresado en el medio hospitalario, los pacientes suelen haber tenido problemas por las actividades y peculiaridades de sus vidas. El personal de enfermería del entorno hospitalario puede hacer mucho para aliviar el descontento que afecta a los pacientes. El equipo terapéutico de salud mental desarrolla el plan de tratamiento para el paciente, y cada especialista desempeña un papel en el cuidado del mismo.

Sin embargo, es el personal de enfermería el que ayuda al paciente en sus actividades diarias y controla cada paso que éste da hacia los objetivos terapéuticos.

Para lograr que el paciente cumpla con su plan terapéutico el personal de enfermería debe hacer una valoración total del enfermo, de sus actividades diarias, de sus actitudes hacia el tratamiento y de sus recursos para afrontar los problemas. Según Morrison, el conocimiento del personal de enfermería sobre estos puntos puede ayudar a los pacientes a modificar muchas de las actitudes de autoderrota que les atan a sus problemas.

Una técnica para incrementar el cumplimiento de la terapéutica por parte del paciente consiste en retar las expectativas del mismo. Es muy frecuente que las personas piensen que es imposible cambiar. Ayudar a los pacientes a eliminar estos límites auto impuestos les ofrece una esperanza de que la mejora es posible y alcanzable.

Otras técnicas implican la oferta de actitudes positivas y la reelaboración de conductas y actitudes negativas para convertirlas en otras más constructivas. La sincera preocupación es un poderoso instrumento para establecer la confianza y conseguir la cooperación. Cada una de estas técnicas se diseña para ayudar a los pacientes a mejorar sus expectativas de vida. Cuando el paciente cree que puede alcanzar el éxito, es más sencillo el cumplimiento de las terapias y la medicación prescritas en el plan de intervención.

"El principal objetivo del tratamiento es que el paciente vuelva a su entorno. La sensibilidad, la empatía y la consistencia del personal de enfermería ayudan al paciente a obtener la energía para hacer los cambios necesarios en su vida."

CONCEPTOS CLAVE (18)

- El término entorno terapéutico se utiliza para describir un entorno estructurado para ayudar al paciente a controlar las conductas inadecuadas y aprender las actividades personales y psicosociales más eficaces y adaptativas (por ejemplo, afrontar los problemas).
- Los objetivos básicos del entorno terapéutico consisten en proteger al paciente y a los demás durante los períodos de conductas desadaptadas, ayudar a las personas a desarrollar la autoestima y confianza y enseñar habilidades adaptativas más eficaces (por ejemplo, afrontar problemas) para satisfacer sus necesidades.
- Establecer límites ayuda a que el entorno terapéutico sea consistente y predecible, ya que los pacientes saben que se establecerán controles externos.
- En el entorno terapéutico, el personal de enfermería ayuda al paciente a construir sus necesidades de autoestima mediante la aceptación, las expectativas y la implicación.
- La planificación del alta hospitalaria es el puente que une el entorno terapéutico protegido y la realidad de la vida en la comunidad.
- Una importante responsabilidad del personal de enfermería consiste en educar y estimular a los pacientes a desempeñar un papel activo y responsable en su propio tratamiento.

RELACION TERAPEUTICA (18)

"La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que mueve al paciente a llevar una conducta más eficaz. La energía del enfermero se utiliza para dirigir al paciente hacia una forma más constructiva de pensamiento y una forma más eficaz de manejar sus problemas. El cuidador utiliza su caudal de energía dirigida hacia la salud para, en primer término, equilibrar o estabilizar a sus pacientes." Luego, ayuda al paciente a movilizar y dirigir su propia energía en una dirección más satisfactoria. El arte de la enfermería implica un intercambio de energía que se produce cada vez que el enfermero interactúa con su paciente.

ROLES DEL ENFERMERO

A lo largo de la evolución de la relación terapéutica, el personal de enfermería desempeña diversos papeles o roles (18). Cada rol está diseñado para ayudar al paciente a alcanzar objetivos terapéuticos específicos. Los enfermeros que trabajan con pacientes de salud mental asumen los roles de agente del cambio terapéutico, profesor, técnicos y terapeuta. Cada uno de los papeles sirve para ayudar al paciente a desarrollar una conducta más fructífera y adaptada.

Agente del cambio

El entorno terapéutico es más que un espacio físico. Morrison considera que la atmósfera psicológica creada por el personal de enfermería es una de las principales contribuciones para una recuperación fructífera. El enfermero proporciona una atmósfera cálida, de aceptación, donde se valoran las aportaciones de cada individuo. Acepta el hecho de que algunas conductas del paciente puedan no ser apropiadas, pero nunca desacredita a la persona. Se apoya y anima a los sujetos a que cambien su comportamiento infructuoso por una conducta más eficaz. La actitud del cuidador favorece la creación de un clima que anticipa y promueve un cambio positivo. Es de esperar que cada miembro del equipo sanitario actúe como modelo de una vida fructífera, mostrando a los pacientes que hay otras formas de comportarse. Cuando la atmósfera promueve cambios y proporciona la seguridad para ponerlos en práctica, hay más probabilidad de que el paciente mejore.

El personal de enfermería también funciona como un agente socializador; ayuda a los pacientes a participar en actividades de grupo y en diversas interacciones sociales; presenta a los pacientes entre sí, les anima a conversar y les ayuda a orientarse hacia los aspectos saludables de la vida. La relación con los demás supone una oportunidad para que el enfermero promueva experiencias sociales gratas para sus pacientes.

(18) Morrison, M., *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental* 1999

Profesor (18)

Los enfermeros están constantemente alerta ante las oportunidades de enseñar. En el marco de la asistencia en salud mental, las ocasiones de enseñar van desde la instrucción sobre aspectos de la vida diaria hasta cambios importantes en el estilo de vida. Hay que educar a todos los pacientes sobre cuestiones como la medicación y la dieta, pero en la interacción con cada uno de ellos hay áreas igualmente importantes. En ese sentido, el enfermero puede evaluar y monitorizar problemas ya existentes, planear ocasiones de aprendizaje correctivo y adelantar posibles dificultades. Los pacientes y sus familias confían en el personal de enfermería y ha menudo hacen confidencias. Esos momentos de compartir son grandes oportunidades para un enfermero despierto. Enseñar es una parte importante de la enfermería ya que constituye un puente sólido para pasar de la mera existencia a una adaptación eficaz.

Técnico (18)

El papel técnico de los enfermeros en salud mental se centra en el paciente en su totalidad. Deben estar informados del estado físico y mental de sus pacientes. El enfermero aplica sus conocimientos sobre funcionamiento físico y psicológico a cada paciente.

El papel técnico del enfermero en el contexto de la salud mental incluye administrar, monitorizar y evaluar los medicamentos, controlar los problemas médicos en el entorno de salud mental, evaluar la diferencia entre procesos físicos y psiquiátricos, mantener la seguridad y controlar los factores ambientales.

Terapeuta (18)

Están capacitados para desarrollar el plan de asistencia al paciente y participar como miembros del equipo terapéutico multidisciplinario (18). Los enfermeros asumen numerosos papeles en su trabajo con enfermos mentales. Mediante "una conciencia puesta en práctica", son capaces de desempeñar diversos papeles para ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos. El uso terapéutico de sí mismo se aplica cada vez que el cuidador interactúa con sus pacientes, siendo cada interacción una oportunidad de aprendizaje tanto para el paciente como para el enfermero.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas que guía al paciente hacia un comportamiento más eficaz.
- Los elementos dinámicos de la relación terapéutica incluyen los conceptos de confianza, empatía, autonomía, cuidado y esperanza.
- Para establecer una relación terapéutica fructífera, el enfermero transmite al paciente las cualidades de aceptación, autenticidad y conexión.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (18)

Una intervención de enfermería importante en los pacientes con problemas inducidos por las drogas consiste en actuar como un agente terapéutico. Para Morrison es necesario practicar una escucha eficaz para llegar a comprender quien es el paciente en realidad, así como emplear el propio conocimiento de la relación terapéutica para establecer un ambiente de confianza y cooperación. "También es preciso aprender a actuar como modelo y profesor, demostrando con alma la resolución de problemas y otras aptitudes eficaces de respuesta; hay que estar dispuesta a mirar más allá de la adicción para ver a la persona." Los diagnósticos de enfermería relacionados con los pacientes que padecen problemas de abuso de sustancias se basan en los problemas y objetivos identificados. Aunque el cuidado de cada paciente se planea individualmente, hay determinadas acciones claves de enfermería que son comunes a todos los que dependen de alguna sustancia:

- Establecer una relación empática.
- Establecer un pacto de no lesión lo antes posible.
- Cumplir con las precauciones necesarias frente al suicidio.
- Evaluar y documentar el riesgo de suicidio.
- Ayudar a identificar y comentar los orígenes de la angustia.
- Mostrarle al paciente apoyo emocional y aceptación.
- Implicar a la familia del paciente en el plan terapéutico.
- Explorar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas en el pasado.

La atención a los pacientes con problemas inducidos por sustancias es desafiante y frustrante. "El personal de enfermería se encuentra en una posición muy adecuada para influir en el bienestar de estos pacientes. La demostración de respeto, aceptación y preocupación por parte de los enfermeros ofrece a muchos enfermos la conexión que les anima a trabajar para liberarse de su adicción" (18). Los enfoques personalizados del personal de enfermería permiten debatir sobre la dicta, la resolución de problemas y otras inquietudes relativas a la salud. Hay que ofrecer al paciente la oportunidad de aprender, modificar y desarrollar nuevas aptitudes que resulten más eficaces para su vida.

Es preciso trabajar para familiarizarse con el adicto y aprender lo más posible, ya que todos los miembros del personal de enfermería, deberán atender en algún momento a pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias químicas.

INTERVENCIONES CLAVES PARA LOS PACIENTES CON ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS

- Satisfacer las necesidades físicas de los pacientes durante la desintoxicación.
- Atender las alteraciones fisiológicas residuales que se derivan de la dependencia.
- Monitorizar los efectos de las terapias somáticas prescritas para controlar el consumo.
- Enseñar a los pacientes los aspectos fundamentales de la enfermedad y su evolución.
- Concentrarse en los aspectos fuertes de los pacientes y ayudarle a reforzarlos.
- Colaborar con el para que resuelva sus problemas mediante soluciones funcionales a los dilemas que temen.

(18) Morrison, M., *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental* 1999

- Animar a los pacientes que centren su atención en el presente y el futuro, y no en el pasado.
- Comportarse con ellos de forma consistente, sin hacerles frente de manera crítica ni punitiva si rompen las reglas de la institución terapéutica.
- Animar a las familias de los pacientes a que acudan a grupos de apoyo.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- Para diagnosticar un trastorno inducido por sustancias, el patrón de consumo de la sustancia debe ser incapacitante y generar angustia y un deterioro significativo de la actividad. Además, la persona debe mostrar signos de tolerancia, privación y dependencia.
- La valoración de los pacientes con problemas inducidos por sustancias debe incluir una historia de enfermería y una exploración física completa.
- La intervención de enfermería más importante en los con problemas inducidos por las drogas consiste en actuar como un agente terapéutico.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La asistencia a los psicóticos implica un esfuerzo de equipo. El personal de enfermería debe comenzar con una valoración física y mental completa. Si el paciente puede comunicarse de forma adecuada, la historia de enfermería debe incluir una descripción de sus problemas más angustiantes y un análisis exhaustivo de sus sistemas.

Las relaciones interpersonales y los sistemas de apoyo también deben explorarse. Posteriormente se realiza un examen del estado mental, se valora el riesgo de violencia y suicidio y se obtiene una historia retrospectiva de la medicación. Tras conseguir y organizar los datos, se establecen los diagnósticos de enfermería para cada problema.

Los objetivos básicos de la asistencia de enfermería consisten en ayudar al paciente a que controle sus síntomas y a que alcance el mejor nivel de funcionamiento posible. Para que ello suceda, los pacientes y sus familias deben implicarse activamente en el tratamiento. El resultado esperado es que el paciente "viva, aprenda y trabaje al máximo nivel posible de éxito definido por el individuo" (Stuart y Sundeen, 1995). Los objetivos a corto plazo se relacionan con el mantenimiento de la seguridad del paciente, la restauración de unos hábitos adecuados de nutrición y descanso, establecimiento y conservación del contacto con la realidad y el fomento de comunicaciones abiertas.

PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS (18)

- Mantener la salud y la seguridad.
- Establecer una relación interpersonal de confianza.
- Confirmar la identidad del paciente.
- Orientar al paciente hacia la realidad.
- Participar con el paciente en la comunicación para ayudarlo a que se comprenda a sí mismo, a que comprenda a los demás y a que lo comprendan.
- Disminuir las situaciones demandantes y los factores estresantes psicosociales.
- Ayudar al paciente a que controle la ansiedad.

(18) Morrison, M., *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental* 1999

- Promover el cumplimiento del régimen terapéutico prescrito.
- Colaborar en las actividades cotidianas.
- Promover las interacciones sociales.
- Regular el nivel de actividad (hipo actividad/ hiperactividad).
- Animar y elogiar las conductas socialmente aceptables.
- Estimular la implicación y la comprensión de la familia.
- Favorecer la responsabilidad por sí mismo.
- Enseñar al paciente a identificar los factores estresantes psicosociales y a reconocer, tratar y prevenir los síntomas.
- Educar al paciente y la familia sobre los potenciales efectos secundarios y tóxicos de la medicación antipsicótica.

CONCEPTOS CLAVE (18)

- Una psicosis consiste en un trastorno en el que existe incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida.
- Los objetivos de la atención hospitalaria a corto plazo consisten en estabilizar al paciente, evitar un mayor deterioro de su funcionamiento y ayudarlo a afrontar su trastorno.
- Las metas a largo plazo comprender la rehabilitación psicosocial y profesional cuando sea posible.
- Las terapias psicosociales incluyen la terapia personal, la formación de habilidades sociales, la rehabilitación profesional, la terapia conductista, la reducción del estrés y la educación familiar.

MODELO RELACIONAL de H. Peplau. (19)

Una de las autoras que más ha influido en potenciar el aspecto relacional en el marco de la enfermería es H. Peplau. "Basándose en la teoría interpersonal de H.S. Sullivan, con quien comparte la suposición de que los seres humanos tienen un impulso innato hacia la salud, para Peplau el aspecto fundamental de los cuidados al paciente es ayudarlo a través de la relación interpersonal a evaluar sus experiencias interpersonales para desarrollar nuevas habilidades (Peplau, 1952)." (19) En esta relación consideran que están implicados tanto la enfermera como el paciente, dándose un aprendizaje conjunto. La enfermera debe ayudar al paciente a ser consciente de su comportamiento, a analizarlo, a buscar actuaciones alternativas y a aplicarlas en situaciones de la vida cotidiana. Peplau, tiene en cuenta que en esta relación se producen distintas fases:

- 1- Una fase inicial o de orientación, que se caracteriza por la toma de contacto con el paciente. En ella se establece un contrato terapéutico en el que se delimitan objetivos, duración de las entrevistas, lugar en que se realizarán y horarios.
- 2- Una segunda fase o fase de identificación, en la que el paciente identifica el problema que deben afrontar.
- 3- Una tercera fase o fase de aprovechamiento, en la que se analizan los comportamientos no funcionales del paciente, su forma de resolución de conflictos y las necesidades subyacentes en el contexto de la relación. . Todo ello a través de la introspección.

(19) Rigol, A... Enfermería de salud mental y psiquiatría (1991)

- 4- Una cuarta fase o fase de resolución, en que se da por finalizada la relación con el paciente y en la que se evalúa conjuntamente la experiencia global de la relación, los aspectos más destacados y los progresos obtenidos en la fase anterior.

H. Peplau, considera también seis funciones distintas que lleva a cabo la enfermera en el curso de la relación terapéutica y que coincide con las distintas etapas de la relación y muchas veces se superponen (19):

- 1- una función de desconocida, que se produce durante la fase de identificación, en la que ambos, enfermera y paciente, son dos personas extrañas que se encuentran por primera vez y en la que la enfermera ayuda al paciente a clarificar sus roles, identificar sus problemas y delimitar las expectativas de la relación.

- 2- una función de persona recurso, en la que la enfermera proporciona al paciente información respecto a sus problemas, su situación y las posibilidades de tratamiento, y decide las respuestas apropiadas para que el paciente pueda aprender de esta experiencia. Muchas veces, el paciente puede no saber cual es la naturaleza del problema, sintiéndose bloqueado. La enfermera le ayuda a comprender que es lo que le ocurre y a planificar de forma conjunta la modificación de su situación.

- 3- una función de enseñante que se superpone con la etapa orientadora. Tiene en cuenta dos categorías de enseñanza: una instructiva a través de la información que se le proporciona al paciente y otra de experiencia, en la que se pretende que el paciente aprenda de su propia experiencia. H. Peplau considera que el paciente posee suficientes conocimientos como para conseguir el cambio en su conducta a través del aprendizaje que realiza con la enfermera. Sería el caso del paciente que se encuentra en una situación de crisis que le impide encontrar solución a problemas que otras veces hubiera solucionado perfectamente.

A través de la relación puede aprender nuevas estrategias de afrontamiento dado que ya posea un repertorio de conductas adecuadas, aunque ahora no sea capaz de utilizarlas.

- 4- Una función de liderazgo, en la que la enfermera ayuda al paciente a desarrollar los objetivos que ha de realizar a través de una participación activa y cooperadora. El hecho de que un paciente con características de aislamiento social consiga establecer interacciones puede suponer en un principio que la enfermera tenga una actitud más directiva, le oriente y dirija inicialmente, y establezca un programa gradual de actividades, de manera que el paciente colabore y obtenga el éxito adecuado.

- 5- Una función de sustituta. Muchas veces, la enfermera debe ser un modelo en la relación. Esto supone que, en situaciones en que el paciente ha olvidado formas adecuadas de hacer frente a sus problemas, a través del ejemplo de la enfermera es posible que interiorice nuevas pautas de conducta anteriores.

- 6- Una función de consejera, que se proyecta en la forma de responder a las exigencias del paciente y que podemos ver en las diferentes técnicas que utiliza en la relación.

Peplau describe también tres tipos de relación que se producen entre la enfermera y el paciente (19):

1. Interdependiente o de participación.
2. independiente o de aislamiento.
3. dependiente o de incapacidad.

"Peplau considera que el paciente es una persona adulta, que sabe cuales son sus necesidades, aunque a veces precise ayuda para poder tomar conciencia de ellas." (19) La enfermera ayuda al paciente en este proceso de reconocimiento a través de la relación, estando también implicada en el proceso, debido a que tiene necesidades y emociones que

pueden interferir en la relación, influyendo en lo que el paciente aprende durante el proceso de la enfermedad, por lo que H. Peplau considera de suma importancia el análisis de éstos aspectos.

La relación terapéutica con el paciente supone, pues una experiencia de participación mutua. En esta relación, la enfermera utiliza características personales y técnicas específicas para conseguir que el paciente sea capaz de realizar una mayor introspección y se produzcan cambios en su conducta.

Los objetivos de esta relación comprenden diversos aspectos que se exploran conjuntamente en el curso de la relación. Estos objetivos según H. Peplau son:

- 1- La autorrealización, la autoaceptación y el incremento del autorrespeto.
- 2- La adquisición de sentido de identidad personal y de integración personal.
- 3- El aumento o adquisición de su habilidad para ser interdependiente en las relaciones interpersonales, ser capaz de intimar e incrementar su capacidad para recibir afecto.
- 4- El aumento de sus habilidades para satisfacer necesidades y establecer objetivos realistas.

SISTEMAS SOCIALES DE APOYO

INTRODUCCIÓN

El simple hecho de vivir conlleva siempre la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos evolutivos de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos, tales como enfermedad, cambios sociales y económicos, entre otros (20). Lo que es verdaderamente importante no es intentar evitarlos, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés o al menos una cantidad o calidad de estrés soportable. Para ello las personas disponen de una serie de recursos que si son adecuados a la situación, es decir funcionales, ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. Una buena parte de estos recursos son de tipo personal, e incluyen unas variables de personalidad del individuo y otras de aprendizaje que este ha ido incorporando a lo largo de sus experiencias vitales. Sin embargo esto no es todo, o al menos no es suficiente. A veces hay elementos externos a nuestra posibilidad de manejo de la situación que hacen que por muchas habilidades que la persona tenga en el proceso de resolución de problemas, necesite disponer y utilizar otro tipo de recursos externos; nos referimos a los "sistemas de apoyo sociales".

TIPOS DE REDES DE APOYO (20)

En general se considera que existen una serie de redes de apoyo denominadas naturales y otras organizadas. Las redes de apoyo natural incluyen:

1. la familia
2. los compañeros de trabajo.
3. los compañeros de estudio
4. los compañeros de creencias
5. los amigos, vecinos, etc.

(20) Dabas, *Redes el lenguaje de los vínculos* 1995

Las redes de apoyo organizadas las constituyen:

1. el voluntariado institucional
2. los grupos de autoayuda y asociaciones voluntarias (por Ej. alcohólicos anónimos)
3. la ayuda profesional.

Para Dabas, las redes naturales de apoyo se establecen a partir de las interacciones propias de la vida de cada persona y configuran la también denominada "red social", la cual está formada por todas aquellas personas con las que se mantiene contacto o lazos sociales. La mayoría de las veces la familia constituye la base del sistema de apoyo natural del individuo, sea la estructura familiar de tipo tradicional o no tradicional. Sin embargo, no debe desdenarse la importancia del apoyo que pueden proporcionar los amigos, etc., ya que pueden actuar de ayuda adicional o inclusive sustitutoria. El individuo no puede escoger a todos los miembros de su familia, ya que algunos vienen dados por nacimiento (padres, hermanos), sin embargo si lo puede hacer y de hecho ocurre así con los amigos, los cuales son considerados como tales por compartir intereses, objetivos, gustos; todo ello sin duda fuente de sentimientos positivos de pertenencia, de estima y en definitiva de seguridad en las relaciones con los demás como fuente de apoyo.

Por otro lado, las relaciones establecidas con compañeros de ciencias constituyen el más antiguo sistema de apoyo que ha existido, que se caracteriza por compartir un sistema de valores, y el cual siempre está disponible sea cual sea la ubicación geográfica. De las redes de apoyo organizadas cabe decir que surgen a partir de la propia incapacidad de las redes naturales para proporcionar la ayuda y el apoyo que las personas necesitan en una actualidad cambiante, radicalmente diferente de épocas anteriores por los cambios sociales. Estas redes organizadas, compuestas por grupos sociales, tienen unas características que las distinguen y que las diferencian de las redes naturales. Además de ser diferentes en cuanto a objetivos, medios de actuación y forma de creación, la relación que se establece entre los miembros que la integran también es peculiar. Mientras que la red social de un individuo está compuesta por personas relacionadas directamente con él, pero no necesariamente entre sí, la red organizada está formada por personas que mantienen relaciones y roles interdependientes y objetivos comunes.

Según Dabas, estos grupos sociales que componen las redes de apoyo organizadas pueden tener dos tipos de orientaciones:

1. los que crean, desarrollan y mantienen para ayudar a los demás. Tal es el caso del voluntariado institucional (Cruz Roja) y de "ayuda profesional".
2. los que están orientados hacia sí mismos, cuyos objetivos consisten en establecer nuevas relaciones con personas semejantes en preferencias, problemáticas, etc. y la autoayuda fundamentalmente, como son las asociaciones de mujeres, consumidores, etc.

El apoyo social se obtiene pues de estas dos redes- natural y organizada- a veces conjunta y a veces alternativamente. "Un sistema de apoyo supone, por lo tanto un conjunto de contactos personales a través de los cuales los individuos mantienen la identidad social; reciben apoyo personal, ayuda material, información y servicios, y establecen nuevos contactos sociales"(20).

Provenza de donde provenga, la obtención de apoyo social es fundamental para la supervivencia y el mantenimiento de la integridad tanto física como psicológica, ya que cubre todas las necesidades del ser humano en su vertiente bio-psico-social. El apoyo social provee al individuo del sentimiento de pertenencia a un grupo, de aceptación por las personas que le rodean y de importancia por ser tal y como es y no por lo que hace, reforzando la autoestima y el autoconcepto de las personas y haciéndolas por ello más hábiles en el manejo de situaciones difíciles y estresantes.

(20) Dabas, *Redes el lenguaje de los vínculos* 1995

La familia como sistema de apoyo natural (20)

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de dependencia, como en los de independencia o interdependencia.

Diversos estudios han demostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida, asimismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo disponible.

Este rol de apoyo familiar fundamental que caracteriza a la familia viene además facilitado por su "continuidad en el tiempo". Así los padres cuidan a sus hijos pero también a sus propios padres. Haciéndose también un sistema de apoyo entre toda la familia (por ejemplo entre hermanos).

La familia como elemento socializador y transmisor de cultura que es, influye de gran manera en las edades tempranas de las personas, y en la orientación a sus miembros de los valores, creencias, sentimientos y comportamientos adecuados, a través de experiencias y patrones de relación y de interacción.

Cada familia mantiene su propia forma de actuar y funcionar de acuerdo con las características personales de los miembros que la componen y de las costumbres y creencias que de generación en generación se han ido transmitiendo. Hay una serie de elementos que según Dabas (20), pueden resultar como recursos altamente positivos en el desarrollo del niño, proporcionando una atmósfera de apoyo y crecimiento personal:

1. Dinámica familiar sana (comunicación efectiva, existencia de participación, cooperación y ayuda mutua entre los miembros; así como capacidad para afrontar los problemas y situaciones de estrés familiar).
2. Prácticas educativas dirigidas a un aprendizaje amplio y saludable.
3. Métodos de disciplina adecuados, que establezcan y mantengan ciertos límites, pero que al mismo tiempo admitan la libertad individual.
4. Clima emocional de apoyo, aceptación y respeto a las necesidades de la persona.
5. Modelos de conducta creativa que lleven a poder desarrollar ocupaciones recreativas que compensen los esfuerzos en el trabajo.
6. Recursos materiales y económicos eficientes para llevar una vida mínimamente adaptativa.
7. Habilidades en el manejo del tiempo y del dinero para conseguir el máximo bienestar.

"La existencia o no de estos elementos en el ámbito familiar es fundamental para la salud física y sobre todo mental de cada uno de los miembros que la componen" (20). Estos factores proporcionan un "aprendizaje" en las habilidades de la vida cotidiana y unas formas específicas de sentir, pensar y actuar, mediatizadas todas ellas por el tipo de "cultura familiar" imperante en su grado de referencia. Lo más probable es que cada adulto, posteriormente incorpore a su familia de pertenencia todos estos valores y prácticas, que conjuntamente con lo que aporte su pareja conformarán un nuevo "estilo familiar".

El apoyo emocional que proporciona la familia es fundamental para el desarrollo psicológico de cada uno de sus miembros. Demasiada sobreprotección en el niño puede dar lugar a comportamientos dependientes en exceso que le hagan incapaz para manejar los problemas que se le presenten y de crecer psicológicamente a partir de estas experiencias.

Por el contrario, la falta de interés, de protección o de atención y de apoyo puede dar lugar a sentimientos de rechazo, de impotencia, desamparo así como disminución de la autoestima y un pobre concepto de sí mismo. Lo habitual es que las relaciones oscilen entre estos dos polos opuestos, de acuerdo con las características de cada miembro, de la situación familiar y de las eventualidades vitales estresantes o crisis que se presenten en el seno de la familia. El estrés y el apoyo están siempre presentes en todas las familias. De acuerdo con esta afirmación, lo importante es el equilibrio que se consiga entre uno y otro factor, intrínsecos a la vida familiar.

Dabas (20) considera que, la valoración de las características de las familias y de su disponibilidad como recurso de apoyo es un elemento esencial en el trabajo de las enfermeras. La pérdida o ausencia de apoyo por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedades, pérdida de un ser querido, etc.) pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual. Por el contrario, el apoyo familiar en este tipo de situaciones proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha todas sus habilidades y conocimientos para resolver la situación generadora de estrés, o adaptarse a ella con un mínimo de garantías.

Redes de apoyo organizadas.

A partir de la pérdida de seguridad y del apoyo que suponía la familia tradicional y su vasto sistema de parentesco, los individuos se han ido aglutinando en pequeños grupos, de acuerdo con intereses y/o problemas compartidos, de manera que hoy existe una red de grupos de ayuda que en parte vienen a paliar la falta de otros recursos de apoyo social y personal (20).

Pueden considerarse varias oportunidades:

1. Grupos de servicio voluntario.
2. Sistemas de ayuda profesional.
3. Grupos de autoayuda y asociación voluntarias.

Grupos de servicio voluntario o "voluntariado institucional". Son organizaciones creadas para proporcionar ayuda a los demás, es decir, a aquellas personas que están en una situación de necesidad o que por determinados motivos no pueden autocuidarse. Estos grupos de apoyo no están organizados directamente por los profesionales de la salud, aunque constituyen un elemento fundamental a su trabajo, por lo que la coordinación entre ambos es imprescindible. Aunque en algunos países este tipo de organizaciones tienen un gran arraigo. Ejemplo: cruz roja.

Sistemas de ayuda profesional. Estos sistemas de ayuda están compuestos por todos aquellos RRHH y RRMM de que dispone una comunidad determinada para este fin. Su finalidad consiste en la prestación de apoyo y de cuidados, de acuerdo con el conjunto de habilidades y servicios disponibles.

Cabe decir que este sistema de apoyo es al último al que las personas acuden en busca de ayuda. La persona primero recurre a la red natural y luego si no encuentra el apoyo necesario en esta, recurre a este sistema.

Grupos de autoayuda y asociaciones voluntarias: estos grupos están formados por individuos con fines comunes, cuya pertenencia o no es decidida libremente por ellos y cuyos intereses pueden ser básicamente los siguientes (20):

1. *fines expresivos o de sociabilidad de los miembros.* Lo que se persigue es la reunión de personas que comparten los mismos intereses, problemas y experiencias vitales. Los miembros de la asociación tienen la sensación de interés personal en los fines y propósitos de la misma, lo que les proporciona un sentimiento de participación en la marcha de la sociedad.
2. *fines de apoyo y soporte* para todos los miembros que componen dicha asociación o grupo, cuya necesidad viene determinada por la falta de lazos institucionales suficientemente fuertes como para servir de ayuda a las personas. Los grupos de autoayuda pretenden efectuar cambios en la conducta de los miembros (por ej. Alcohólicos anónimos) o promover la adaptación al cambio de vida (problemas de salud crónicos, enfermo terminal, etc.). En el seno de algunas asociaciones se establecen relaciones de ayuda mutua que pueden resultar muy beneficiosas a partir del intercambio de experiencias, conocimientos, etc. Todas las asociaciones para personas con problemas sirven a este fin (madres solteras, jubilados, etc.).
3. *fines dirigidos activamente hacia objetivos externos.* Hay asociaciones que funcionan como auténticos grupos de presión, intentando influir en las administraciones, instituciones y en general en la opinión pública, con el fin de dar a conocer su situación y encontrar salidas pertinentes al caso. Pueden citarse las asociaciones de beneficencia o de reforma social, (ejemplo, asociaciones de barrio, de profesionales, etc.).
4. *fines relativos a la participación en el cambio y desarrollo de la sociedad.* Las asociaciones voluntarias son características de sociedades en procesos de transformación, cambiantes, en las que surgen continuamente nuevos problemas y necesidades.

El papel de las asociaciones y de los grupos de autoayuda es fundamental como sistema de relación que establecen voluntariamente personas con un mismo tipo de interés, de afinidades o de problemas. Complementan las funciones que desarrolla la familia en el sentido de que amplía el marco de reacciones de apoyo y que en un momento u otro puede servir como sistema de ayuda.

Funciones de los sistemas sociales de apoyo (20):

1. función de apoyo o ayuda. Es la función primordial que puede ser desarrollada por parientes o no. La ayuda puede ir encaminada a contribuir al mantenimiento de la salud, disminuir los efectos de los cambios de vida y del estrés acompañante, a través de la información, consejo o asesoramiento, del apoyo emocional, instrumental o material. Ello permite a la persona a poner en marcha respuestas de afrontamiento al estrés adecuadas a la situación. El apoyo que el individuo en esta forma le ayuda a hacer frente a cuanto amenaza el mantenimiento de su bienestar, a realizar modificaciones interpersonales o de las condiciones ambientales, a restaurar su equilibrio, aumentar su consistencia personal y adquirir una sensación de "mayor control del medio", a través de la seguridad que supone la expectativa de ayuda asegurada en las situaciones de crisis, de la escucha empática, expresión de intereses, consejo y provisión de ayuda material y de servicios.

2. función de establecimiento de relaciones de amistad o camaradería. El fin de estos grupos es el aumento de la satisfacción de los integrantes y el aumento de la calidad de la salud mental, a través de actividades recreativas, discusión de intereses comunes, etc. Esto proporciona a los integrantes intimidad, compartir intereses, prevenir el aislamiento, servir como agentes de referencia y proporcionar metas o retos mutuos.
3. función de regulación. La regulación social promueve el bienestar de la persona proporcionándole un marco normativo de actuación, impidiendo que éste adopte conductas desadaptativas y animando, por el contrario las conductas adaptativas y de salud. Habitualmente se dan en el contexto familiar, evitando la desviación social.

EL PROCESO DE CUIDADOS VALORACIÓN DE LOS SISTEMAS DE APOYO

El conocimiento de las fuentes de apoyo que se tienen al alcance de la mano es primordial para posibilitar su uso. Las enfermeras podemos ayudar al paciente a identificar que personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos de dificultad. Según Dabas (20), para revisar la cantidad y calidad de las fuentes de apoyo existentes, pueden usarse diferentes métodos.

Enfoque del Diagrama de apoyo emocional. consiste en plasmar en un diagrama las fuentes de apoyo emocional así como los conflictos corrientes que ocurren entre los individuos implicados en la red de apoyo. La codificación se realiza según los supuestos de fuente de apoyo fuerte, moderado y débil. Este sistema de valoración de la red de apoyo del individuo constituye en modo simple y rápido de visualizar el estado real de la ayuda real y potencial disponible por parte del paciente.

“A partir de la clarificación de la situación de cada individuo de la red social de apoyo, el paciente puede tomar conciencia de ella y decidir emprender actuaciones concretas para mantener o incrementar este tipo de relaciones que le proporcionan apoyo emocional y material” (20).

El papel de la enfermera es primordial en el proceso de identificación de las personas significativas que son fuente de ayuda, así como de los conflictos que surgen con estas personas y el modo de resolverlos o de disminuir su incidencia; en el tiempo o en las consecuencias. asimismo, en el caso de que el apoyo sea débil o prácticamente inexistente, la ayuda de la enfermera es fundamental para evitar o neutralizar la posible ansiedad asociada a tal situación de desamparo, así como para ayudar a buscar medidas alternativas que proporcionen el apoyo necesario sustitutorio.

Objetivos:

- Ayudar a los miembros del grupo familiar a identificar las necesidades de apoyo y las personas. Recursos disponibles para tal fin.
- Ayudar a la familia a que aprenda a solicitar y proporcionar ayuda, con el fin de aumentar las redes de apoyo sociales de los miembros del grupo familiar.
- Ayudar a la familia a utilizar las redes naturales de apoyo y las organizadas.

Intervención de enfermería: lo principal es que estrategias son necesarias para ayudar a incrementar los sistemas sociales de apoyo. La intervención psico-social de la enfermera debe ir encaminada a dos actuaciones concretas, asesoramiento y apoyo, que se llevarán a cabo en el marco de las relaciones terapéuticas.

Asesoramiento a las familias. (20) Este debe ir encaminado, en primer lugar, a informar sobre los sistemas de apoyo disponibles en la comunidad, después de haber valorado en profundidad los recursos que la persona tiene por ella misma, sus necesidades y, consecuentemente, sus carencias. En segundo lugar es imprescindible la enseñanza de todos aquellos aspectos referidos a:

1. como identificar las personas significativas en la vida de uno y, al mismo tiempo, aquellas que pueden entrar en la red de apoyo individual como potenciales proveedoras de apoyo.
2. como incrementar la red social de apoyo (recomendar el aumento de la frecuencia de contacto con individuos con los que se deseen reforzar los lazos personales; recomendar iniciar relaciones con individuos que comparten valores, problemas o intereses, recomendar solicitar ayuda cuando se crea necesario).
3. como mejorar las relaciones interpersonales (recomendar el establecimiento de objetivos comunes con otras personas significativas; ayudar a incrementar el autoconocimiento, la autoestima y el autoconcepto).
4. como usar adecuadamente los diferentes recursos disponibles (uso de la familia estricta, de la familia extensa, de los amigos y de los vecinos como fuente de apoyo; uso de los grupos de autoayuda y de ayuda profesional como recurso de apoyo comunitario; uso de las asociaciones u organizaciones religiosas como fuente de apoyo psicológico y espiritual).
5. como utilizar la experiencia actual para el propio crecimiento personal (ayudar a tomar conciencia del apoyo de que se dispone; ayudar a valorar las capacidades de búsqueda y aceptación de ayuda; recomendar sacar provecho de los lazos establecidos con los grupos sociales de apoyo, que aportan nuevas experiencias de conocimiento y de crecimiento personal).

Apoyo a la familia (20): este debe ser tanto material como emocional. Es fundamental para que la persona ponga en marcha sus habilidades sociales y personales en el proceso de búsqueda y de aceptación de apoyo. Incluye en este caso los siguientes aspectos:

1. apoyo en el cambio de actitudes hacia sí mismo y hacia los demás, sea individual o grupalmente, reforzando los comportamientos de búsqueda y de aceptación de apoyo.
2. apoyo psicológico a los miembros de la familia, utilizando actitudes favorecedoras de la relación, tales como empatía, aceptación, disponibilidad y escucha.
3. apoyo a las personas que forman parte de la red social de apoyo, ofreciendo ayuda frecuente a los individuos de la red social para mostrar interés y aumentar el nivel de confianza.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo: está dirigido a determinar como es o como está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población. (21)

La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y, en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

Retrospectivo: son aquellos en los que el investigador indaga hechos del pasado.

De corte transversal: se estudian las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se desarrollará en el Hospital Vilardebó, Institución que se encuentra en la ciudad de Montevideo, Capital de la República Oriental del Uruguay.

Brinda atención de primer, segundo y, tercer nivel a la población que posee carné de asistencia y a personas en proceso judicial que requieren atención psiquiátrica.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Universo: es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación.

Muestra: es un subconjunto o parte del universo o población en el que se llevará a cabo la investigación.

La población de estudio se constituye por los pacientes esquizofrénicos internados en las salas 7 y 21 en Enero-Febrero 2003.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilística por conveniencia; se caracteriza porque el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines de estudio.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La estrategia integral del trabajo consiste en el empleo de un instrumento para la recolección de datos elaborado para tal fin en el cual se registra la información de las historias clínicas.

(21)Pineda, F., *Metodología de la Investigación* (1994).

RECURSOS HUMANOS:

Cinco estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la República, generación 97 y 98, autores de la investigación, dos docentes tutores del Departamento de Salud Mental.

RECURSOS MATERIALES:

- Insumos de papelería (lapiceras, lápices, gomas, hojas, correctores, fotocopias,)
- Formularios fotocopiados
- Computadora e insumos
- Transporte.

RECURSOS FINANCIEROS:

Serán aportados por los cinco estudiantes responsables de la investigación.

PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS

Luego de recolectar los datos, se procederá a realizar tablas. Las variables serán presentadas en tablas de distribución de frecuencia y/o gráficas, como se sugiere para este tipo de estudio en la bibliografía consultada.

VARIABLES

- 1) Sexo.
- 2) Edad.
- 3) Estado Civil.
- 4) Ocupación
- 5) Nivel de instrucción.
- 6) Con quién vive.
- 7) Procedencia.
- 8) Uso de drogas.
- 9) Drogas de uso.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE / DEFINICIÓN	CATEGORÍAS
SEXO: clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	- Femenino - Masculino
EDAD: periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.	- de 15 a 24 años - de 25 a 34 años - de 35 a 44 años - de 45 a 54 años - de 55 a 64 años - de 65 a 74 años - más de 75 años
ESTADO CIVIL: Estado legal del individuo en relación al matrimonio.	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo - Unión libre
OCUPACIÓN: tarea que lleva a cabo periódicamente por la que recibe o no una remuneración económica.	- Trabaja. - No trabaja. - Estudia.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: grado o nivel que alcanza en caudal de conocimientos académicos.	- Primaria: Incompleta / Completa. - Secundaria: Incompleta / Completa. - Terciaria: Incompleta / Completa - Otros.
CON QUIEN VIVE: conjunto de personas que conviven en un mismo lugar físico.	- Padres - Pareja - Institucionalizado - Solo. - Otros
PROCEDENCIA: lugar de residencia habitual de un individuo.	- Capital - Interior.

DROGAS DE USO: cualquier sustancia mineral, vegetal, animal, medicamentosa de efecto estimulante, depresivo o narcótico, utilizada por el usuario.	- Tabaco - Alcohol - Marihuana - Cocaína - Otras
USO DE DROGAS: utilización de sustancias con efecto estimulante o depresivo.	- Sí - No

DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	MAYO 2002	JUNIO 2002	OCTUBRE 2002	NOVIEMBRE 2002	DICIEMBRE 2002	ENERO 2003
Revisión bibliográfica						
Selección del problema						
Elaboración del protocolo						
Recolección de datos y aplicación del instrumento						
Análisis de datos						
Redacción del informe final y presentación						

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HYMAN, S., TESER, G., Manual de Urgencias Psiquiátricas. 3ª edición Ed. Masson 1996. Boston.
- (2) DIXON, L. HAAS, G. Abuso de drogas en pacientes con esquizofrenia correlación clínica y razones del uso. En: American Journal of Psychiatry. 1991
- (3) ADDINGTON, J. DUCHAK, V. Razones para el uso de sustancias en la Esquizofrenia, 1997.
- (4) www.siicsalud.com Hospital Alvear Argentina (1998)
- (5) WEVER, T. RENTON, A. Enfermedad mental severa y abuso de drogas. En: British Medical Journal, 1998.
- (6) JOHNSON, S. Diagnóstico dual de la enfermedad mental severa y el abuso de sustancias. En: British journal of Psychiatry, 1997, 205.
- (7) KAPLAN, H., SADOCK, B. Compendio de Psiquiatría. Salvat. 2ª Edición. 1987.
- (8) HENRI, EY BERNARD, P. BRISSET, Ch. Tratado de Psiquiatría, Masson, Octava Edición. España 1998.
- (9) FREEDMAN, A. KAPLAN, H. SADOCK, B. Tratado de Psiquiatría, Salvat, 1982.
- (10) PICHOT P., DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Editorial MASSON. 1995
- (11) TAPIA, R. Las adicciones dimensión, impacto y perspectivas, El manual moderno. México. 1994.
- (12) MANUAL MERCK, Ed. Harcourt, 10 edición 1999.
- (13) Abordaje de las recaídas en las adicciones. Alamo, Lopez, Nuñez. , Cap1 En: Adicciones Vol. 12, ed. Socialdrogalcohol año 2000 Madrid.
- (14) FARRERAS, ROZMAN, Medicina Interna 13 edición CD-ROOM, 1995.
- (15) MARTÍ, B. CERVERA, G. DUEÑAS, R. Recomendaciones terapéuticas en patología dual. Barcelona, Ars Médica, 2002. 150 p.
- (16) ESTES, J. NADA, R. Alcoholismo. Desarrollos, Consecuencias y Tratamientos. 3ª Edición, 1989.
- (17) -www.osakidiza.svs.org.

- (18) MORRISON, M. , Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. 1999
- (19) RIGOL, C., UGAL, M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Series Manuales de Enfermería. Ed. Salvat 1991. Barcelona.
- (20) DABAS, NAJMANOVICH, Redes el lenguaje de los vínculos, Ed. Piados Bs. As. 1995.
- (21) PINEDA, E. ALVARADO, E. CANALES, F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de Personal de Salud. 2ª Edición. 1994. Estados Unidos.

■

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1) SEXO: - masculino
- femenino
- 2) EDAD:
- 3) ESTADO CIVIL :
- Soltero / a
 - Casado / a
 - Divorciado / a
 - Separado / a
 - Viudo / a
 - Unión Libre
- 4) CON QUIEN VIVE: Padres.....
- Pareja.....
- Institucionalizado.....
- Solo.....
- Otros.....
- 5) OCUPACIÓN: Trabaja:
- No trabaja:
- Estudia:.....
- 6) NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Primaria: - Incompleta.....
- Completa.....
- Secundaria: - Incompleta.....
- Completa.....
- Terciaria: - Incompleta.....
- Completa.....
- Otros:
- 7) PROCEDENCIA: Capital:
- Interior:
- 8) ¿CONSUME ALCOHOL? SI.....
- NO.....
- 9) ¿FUMADOR? SI.....
- NO.....

10) ¿CONSUME DROGAS?

SI..... Cuales ?.....

NO.....

11) ¿CONSUME MÁS DE UNA?

SI..... Cuales.....

NO.....

TABULACIÓN Y GRÁFICAS DE DATOS OBTENIDOS DE LA POBLACIÓN QUE UTILIZA ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA.

Tabla N° 1- Distribución de la población según la utilización de sustancias psicoactivas.

Uso de sustancias Psicoactivas	FA	FR%
SÍ	13	45
NO	16	55
N	29	100

Se halló un importante porcentaje de usuarios que usa sustancias psicoactivas (45 %).

Gráfico N° 1-

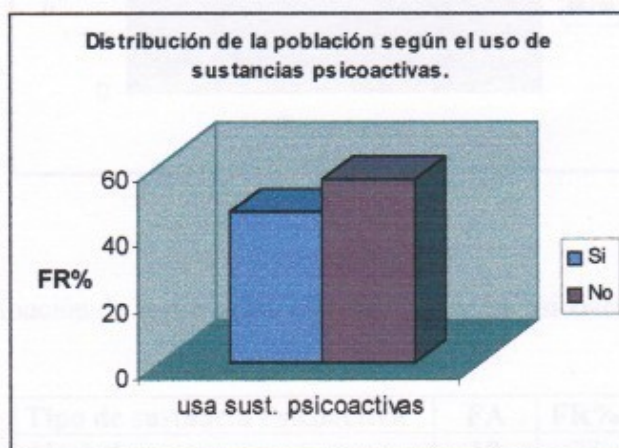


Tabla N° 2 - Distribución de la población según el hábito de fumar.

Fumador	FA	FR%
SÍ	17	59
NO	12	41
N	29	100

Se apreció que el 59 % de los usuarios fuma.

Gráfico N° 2 -

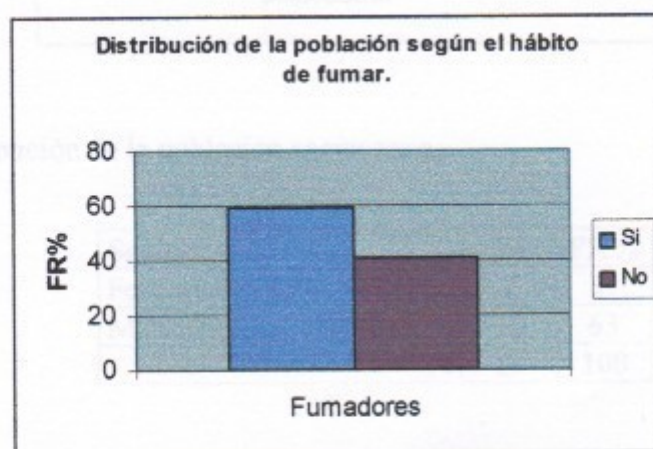


Tabla N° 3 - Distribución de la población que usa sustancias psicoactivas según tipo.

Tipo de sustancia Psicoactiva	FA	FR%
Alcohol	10	77
Marihuana	9	69
Cocaína	6	46
Nafta	1	8
Cemento	2	15

El mayor porcentaje está representado por el uso de alcohol. El 69% de los usuarios que usan sustancias psicoactivas utilizan marihuana, el 46 % además utiliza cocaína.

Gráfico N° 3- Distribución de la población según edad

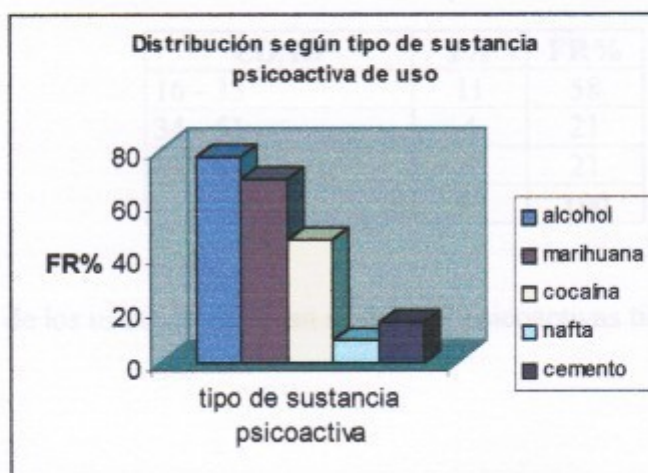


Tabla N° 4- Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR%
Femenino	7	37
Masculino	12	63
N	19	100

El 63% corresponde a individuos del sexo masculino.

Gráfico N° 4 -

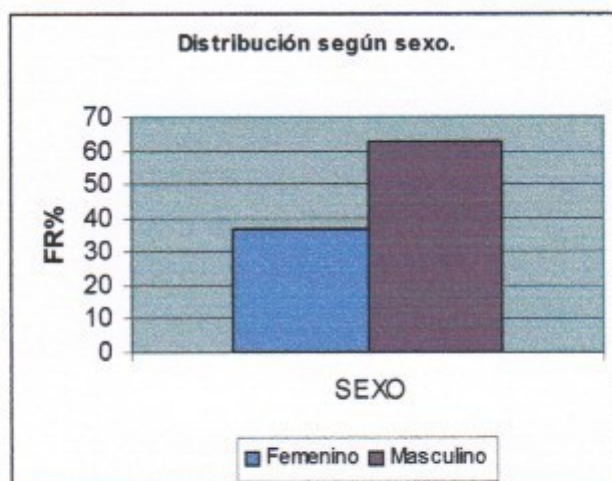


Tabla N° 5 - Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR%
16 - 33	11	58
34 - 51	4	21
52 - 69	4	21
N	19	100

La mayor parte de los usuarios que usan sustancias psicoactivas tienen entre 16 y 33 años.

Gráfico N° 5 -

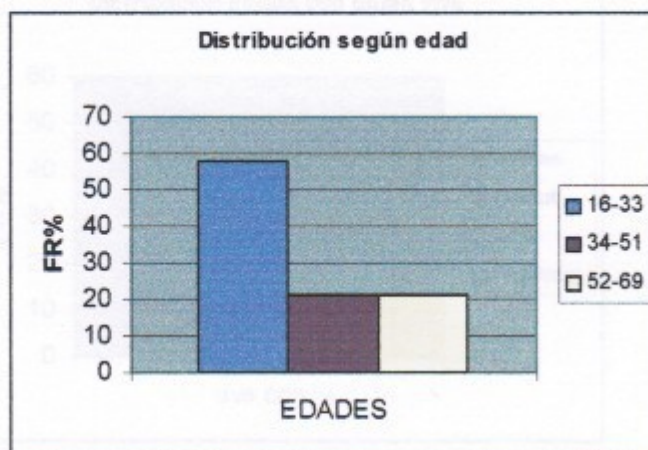


Tabla N° 6- Distribución de la población según con quien vive.

Vive con	FA	FR
Padres	10	53
Institucionalizado	2	11
Solo	3	16
Familiares	4	20
N	19	100

La mayor parte de los usuarios vive con familiares directos.

Gráfico N° 6-

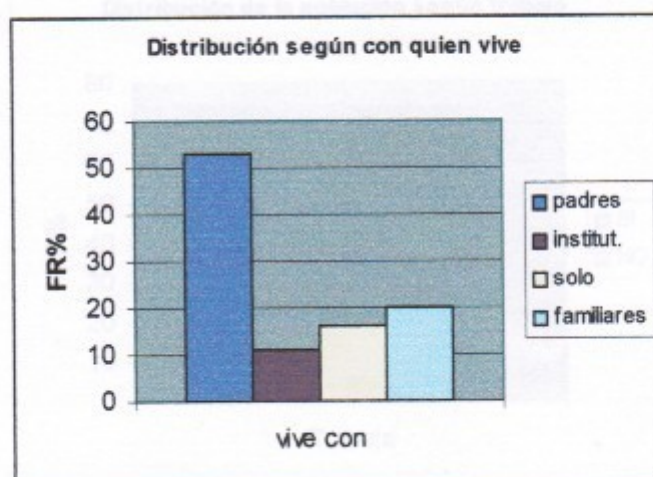


Tabla N°7 - Distribución de la población según si trabaja o no.

Trabaja	FA	FR%
SI	5	26
NO	14	74
N	19	100

La mayor parte de los usuarios no trabaja (74%).

Gráfico N° 7-

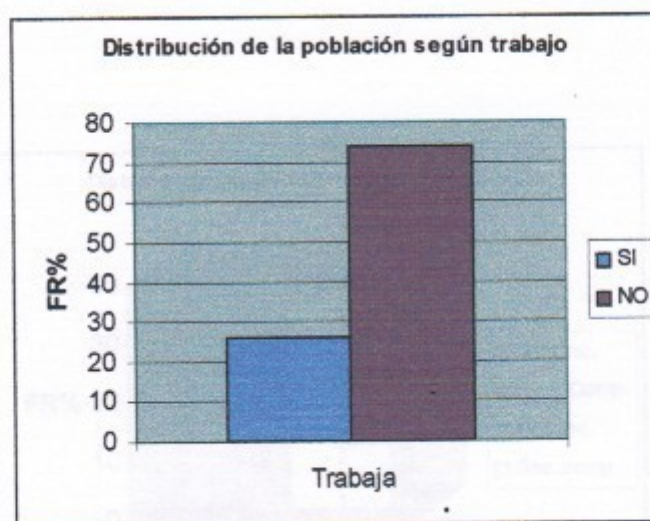


Tabla N° 8- Distribución según nivel de instrucción. *

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria incompleta	5	26
Primaria completa	5	26
Secundaria incompleta	7	37
Secundaria completa	2	11
N	19	100

Se apreció que la mayoría de los usuarios posee secundaria incompleta.

Gráfico N° 8-

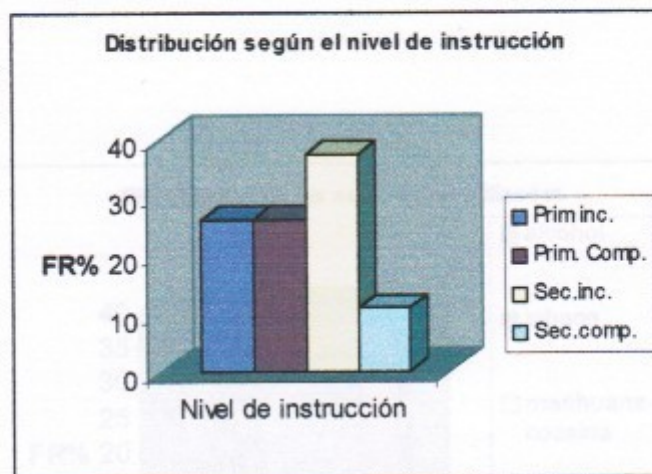
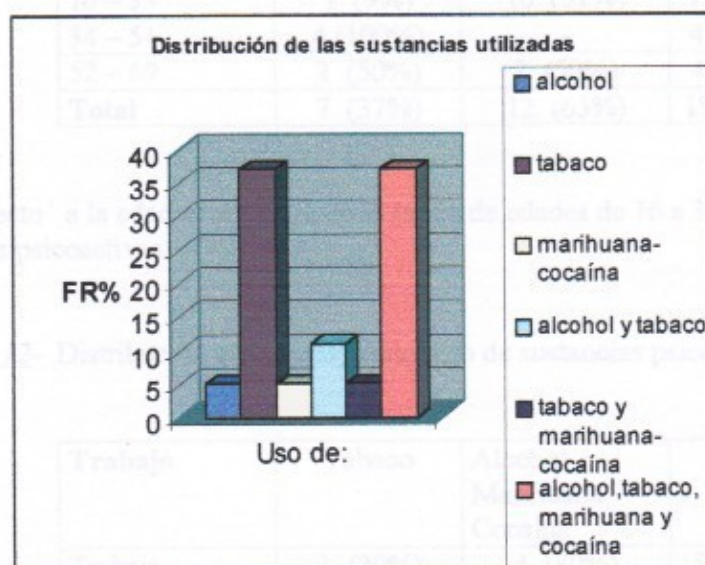


Tabla N° 9 - Distribución de la población que utiliza sustancias psicoactivas según su preferencia.

Uso exclusivo de:	FA	FR%
Alcohol	1	5
Tabaco	7	37
Marihuana - Cocaína	1	5
Alcohol y tabaco	2	11
Tabaco, Marihuana y Cocaína	1	5
Alcohol, Tabaco, Marihuana y Cocaína	7	37
N	19	100

Se aprecia que existe un porcentaje muy importante (37%) que realiza policonsumo.

Gráfico N° 9-



TABULACION BIVARIADA DE DATOS

Tabla N° 10- Distribución según sexo, uso de sustancias psicoactivas.

Sustancias de uso	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Tabaco	5 (71%)	2 (28%)	7 (37%)
Cocaína, Marihuana, Alcohol	8 (67%)	4 (33%)	12 (63%)
Total	13 (68%)	6 (32%)	19 (100%)

Se encontró que de los pacientes que utilizan sustancias psicoactivas un 67% son del sexo masculino, mientras de los que usan solo tabaco el 71% son hombres.

Tabla N° 11- Distribución según edad, uso de sustancias psicoactivas.

Edad	Tabaco	Alcohol Marihuana Cocaína	Total
16 – 33	1 (9%)	10 (91%)	11 (58%)
34 – 51	4 (100%)	-	4 (21%)
52 – 69	2 (50%)	2 (50%)	4 (21%)
Total	7 (37%)	12 (63%)	19(100%)

Con respecto a la edad se encontró en el rango de edades de 16 a 33 años, que el 91% usa sustancias psicoactivas.

Tabla N° 12- Distribución según ocupación, uso de sustancias psicoactivas.

Trabajo	Tabaco	Alcohol Marihuana Cocaína	Total
Trabaja	1 (20%)	4 (80%)	5 (26%)
No trabaja	6 (43%)	8 (57%)	14 (74%)
Total	7 (37%)	12 (63%)	19(100%)

Se encontró que el 74% de los usuarios no trabaja de los cuales el 57 % usa sustancias psicoactivas.

Tabla N° 13- Distribución según con quien/es vive, uso de sustancias psicoactivas.

Con quien vive	Tabaco	Alcohol Marihuana Cocaína	Total
Padre	3 (33%)	6 (67%)	9 (47%)
Solo	1 (33%)	2 (67%)	3 (16%)
Institucionalizado	1 (50%)	1 (50%)	2 (10%)
Familiares	2 (40%)	3 (60%)	5 (26%)
Total	7 (37%)	12 (63%)	19(100%)

Del 47% de los usuarios que viven con los padres, el 67% realiza policonsumo.

Tabla N° 14 - Distribución según nivel de instrucción, uso de sustancias psicoactivas.

Nivel de instrucción	Tabaco	Alcohol Marihuana Cocaína	Total
Primaria incompleta	-	5 (100%)	5 (26%)
Primaria completa	3 (60%)	2 (40%)	5 (26%)
Secundaria incompleta	3 (43%)	4 (57%)	7 (37%)
Secundaria completa	1 (50%)	1 (50%)	2 (10%)
Total	7 (37%)	12 (63%)	19(100%)

El 37% de los usuarios tienen secundaria incompleta de los cuales el 57% realiza policonsumo.