



**Sociedad de Esquizofrenia de British Columbia, Canadá**  
**Oficina Provincial**  
Sociedad Registrada  
Sin Fines de Lucro

## **LA ESQUIZOFRENIA (Schizophrenia)**

No es lo que usted piensa...

### **LA ESQUIZOFRENIA ES ( Schizophrenia is) :**

- Una afección cerebral resultante de mutaciones físicas y bioquímicas en el cerebro.
- La juventud es la principal afectada: La edad de la manifestación del mal está entre los 17 y 29 años.
- Usualmente es tratada con medicación.
- Es más común de lo que usted piensa. Aflige al 1% de la población mundial; es decir, alrededor de 40.000 de sus vecinos de British Columbia.

### **LA ESQUIZOFRENIA NO ES (Schizophrenia is not):**

- Una división de la personalidad.
- Causada por traumas de la niñez, mala crianza o pobreza.
- El resultado de alguna acción o falla personal del individuo.

### **HECHOS (Facts):**

- Los síntomas de esquizofrenia incluyen desórdenes en el pensamiento, delirios, paranoia, alucinaciones, cambios en las emociones y la conducta.
- La esquizofrenia es una enfermedad devastadora. Entre el 40 y el 50 % de los afectados intentan suicidarse. Entre un 10 y un 15% lo logran.
- Con tratamiento médico adecuado, muchas personas pueden desarrollar una vida satisfactoria. Pero muchas otras necesitan apoyo por tiempo prolongado.
- Un 8% de las camas en los hospitales son ocupadas por personas con esquizofrenia; más que los que padecen cualquier otro problema médico.
- La esquizofrenia afecta al 1% de las personas. Esto significa que a unos 290.000

canadienses se les diagnosticará este mal en algún momento de sus vidas. En Canadá, el costo de tratar y brindar apoyo social a las víctimas de esquizofrenia, se estima en 4.500 millones de dólares por año. Aún así, lo que se invierte en la investigación de esta enfermedad es mucho menor que lo usado en la investigación de otras enfermedades importantes.

- Aún no hay "cura" para la esquizofrenia. Pero hay esperanza. Con los nuevos descubrimientos en la investigación del cerebro y otros desarrollos científicos, estamos finalmente en los umbrales de una era en la cual llegar a entenderla es posible.

*"La compasión sigue a la comprensión. Por esto es de nuestra incumbencia entender tanto como podamos. La carga de la enfermedad será luego más liviana para todos".*

*Dr. E. Fuller Torrey*

## **Los Síntomas de la Esquizofrenia** (Symptoms of Schizophrenia)

Mucha gente afligida por esquizofrenia simplemente "marcha trágicamente al redoble de un tambor diferente". Atemorizada por percepciones inexplicables, ansiosa sin razones visibles, se esfuerza por dar sentido a pensamientos desordenados, voces internas u otros síntomas debilitantes que con frecuencia provocan una conducta extraña. Si no es diagnosticada, la gente con esquizofrenia puede verse rechazada por amigos y familiares que, sencillamente, no pueden entender las dificultades que están experimentando.

**Los síntomas** de esquizofrenia generalmente se dividen en tres categorías: "Positivos", "Desorganizados" y "Negativos".

### **SINTOMAS POSITIVOS** (Positive Symptoms)

**Alucinaciones** (Hallucinations): Las personas con esquizofrenia pueden oír o, menos comúnmente, ver cosas inexistentes. En muchas maneras, estas experiencias son como sueños, pero ocurren cuando la persona está despierta.

**Delirios** (Delusions): Las personas enfermas pueden tener ideas extrañas y ajenas a la realidad. Pueden creer que la gente está leyendo sus pensamientos o confabulándose en su contra; que otros los están controlando secretamente y amenazándolos, o que ellos pueden controlar la mente de otras personas.

"Positivos", como lo usamos aquí, no significa "bueno". Se refiere a tener síntomas que ordinariamente no deberían existir.

Los síntomas positivos a veces son llamados síntomas "psicóticos", ya que el paciente ha perdido contacto con la realidad en algunas maneras importantes.

## **SINTOMAS DESORGANIZADOS** (Disorganized Symptoms)

**Confusión en los pensamientos y en el habla** (Confused thinking and speech): Las personas con esquizofrenia tienen a veces problemas para hilvanar sus frases o en seguir una conversación en manera que resulte coherente.

**Conducta desorganizada** (Disorganized behavior): La esquizofrenia puede hacer que el individuo se mueva con lentitud, repita gestos rítmicamente o haga movimientos ritualísticos. En casos severos, la enfermedad puede tornar catatónico al paciente; es decir, que deje de hablar o moverse totalmente o quede en una posición fija por períodos prolongados.

**Percepciones desorganizadas** (Disorganized perceptions): Las personas con esquizofrenia a veces tienen dificultad en tratar de encontrarle el sentido a lo que ven, oyen o perciben cada día. Su percepción de lo que está ocurriendo a su alrededor puede estar distorsionada, de modo que las cosas ordinarias parecen distraerlos o amenazarlos. Pueden ser ultra sensibles a los ruidos del medio ambiente, colores y formas.

## **SINTOMAS NEGATIVOS** (Negative Symptoms)

Aunque no tan dramáticos como los síntomas positivos, los negativos pueden interferir significativamente en el funcionamiento de una persona.

Aclaremos que "negativo" aquí no se refiere a la actitud de la persona, sino a la pérdida de ciertas características que debieran estar presentes.

- Afecto atenuado o “chato”: es la severa reducción de la intensidad en la expresión de las emociones
- Falta de expresión
- Habla breve carente de contenido
- Poco placer o interés por la vida
- Falta de motivación o energía
- Falta de atención a la higiene personal

**SI USTED CONOCE A ALGUIEN CON ESQUIZOFRENIA, CONTACTENOS.**

**OBTENGA LA INFORMACIÓN CORRECTA SOBRE ESTE TEMA**

# ¿Qué causa la Esquizofrenia?

## (What Causes Schizophrenia?)

*“Aunque la investigación está progresando rápidamente, todavía no entendemos cuál es la causa o las causas de la esquizofrenia”*

*Seeman, Littman, y colaboradores.*

**Los investigadores coinciden en que, aunque todavía no conocemos qué “causa” la esquizofrenia, muchas piezas del rompecabezas se están aclarando. Las áreas de estudio e interés son:**

### **Bioquímica** (Biochemistry)

Las personas con esquizofrenia parecen tener un desequilibrio neuroquímico. Por esta razón los investigadores estudian los neurotransmisores que permiten la comunicación entre las células cerebrales. Las medicaciones antipsicóticas modernas apuntan a tres sistemas de neurotransmisores diferentes: *dopamina, serotonina y norepinefrina*.

### **Flujo Cerebral** (Cerebral Blood Flow)

Los investigadores, mediante el uso de técnicas modernas como el TEP o PET scan (Tomografía de Emisión de Positrones), pueden identificar las áreas que son activadas cuando el cerebro está envuelto en el procesamiento de información. Parecería que las personas con esquizofrenia tienen dificultad en “coordinar” la actividad entre diferentes áreas del cerebro. Por ejemplo, la mayoría de las personas muestran aumento de la actividad en los lóbulos frontales cuando están pensando o hablando, y una *disminución de la actividad* en el área del cerebro usada para escuchar. Las personas con esquizofrenia muestran el mismo aumento de actividad en el lóbulo frontal pero no hay disminución de la actividad en la otra área. Los investigadores también han identificado actividad inusual en ciertas áreas durante las alucinaciones.

### **Biología Molecular** (Molecular Biology)

Las personas con esquizofrenia tienen un patrón irregular en células cerebrales. Ya que estas células se forman mucho antes de que el niño nazca, se especula que

- este patrón irregular podría estar señalando la posibilidad de que en la esquizofrenia exista una “causa” en el periodo prenatal; o
- el patrón puede indicar una predisposición a adquirir posteriormente la enfermedad

### **Predisposición Genética** (Genetic Predisposition)

La investigación genética continúa, pero no se ha identificado un gen hereditario en la esquizofrenia. La esquizofrenia aparece con mayor regularidad en ciertas familias, pero mucha gente con esquizofrenia no tiene historia familiar de la enfermedad.

### **Estrés** (Stress)

El estrés no causa esquizofrenia. Sin embargo se ha demostrado que *el estrés empeora los síntomas cuando ya está presente la enfermedad*.

**Abuso de Drogas (Drug Abuse)**

Las drogas en si mismas, incluyendo el alcohol, el tabaco y las drogas de uso callejero, no causan esquizofrenia. Las drogas pueden crear en individuos sanos síntomas similares a los de la esquizofrenia.

**Teorías Nutricionales (Nutritional Theories)**

Aunque una nutrición adecuada es esencial para el bienestar de la persona con la enfermedad, es improbable que la esquizofrenia sea causada por la falta de ciertas vitaminas. No se ha podido sustanciar la validez de la terapia que promueve como tratamiento el uso de dosis masivas de vitaminas o megavitaminas.

Algunas personas mejoran mientras toman vitaminas. Esto puede ser debido al uso concomitante de medicación antipsicótica o al efecto terapéutico de una buena dieta, la administración de vitamina y medicación. También puede ser que estos individuos sean parte del grupo que se va a recuperar sin importar el tratamiento que se use.

# ¿Cómo se Trata la Esquizofrenia?

## (How is Schizophrenia Treated?)

La esquizofrenia se puede tratar, pero aun no es una enfermedad que se puede “curar”. El tratamiento apropiado incluye lo siguiente:

### **Medicación** (Medication)

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia tienen que tomar medicación en forma regular, para poder mantener bajo control su enfermedad. No se puede saber por anticipado cual de las medicaciones será más eficaz para un individuo. Puede ser que se necesiten hacer muchos ajustes en la medicación. Para todos los involucrados, este período en que se prueban los medicamentos y las dosis, puede ser muy difícil. Algunas medicaciones tienen efectos secundarios desagradables: sequedad bucal, somnolencia, rigidez muscular, inquietud, etc.

### **Educación** (Education)

Los pacientes y sus familias deben aprender todo lo puedan acerca de la esquizofrenia. También deben ser incluidos directamente en hacer los planes sobre el programa de tratamiento. Las familias también deben averiguar que tipo de asistencia hay disponible en sus comunidades, incluyendo programas donde el paciente pueda pasar varias horas cada día envuelto en actividades (day programs), grupos de apoyo mutuo, y programas de trabajo y recreativos. Para el paciente y la familia de suma importancia aceptar la enfermedad y comenzar a aprender a manejarla de la mejor manera posible.

### **Consejería Familiar** (Family Counselling)

Ya que tanto el paciente como la familia a menudo están bajo gran tensión emocional, puede ser muy útil obtener el consejo de profesionales que entienden la enfermedad.

### **Hospitalización y Seguimiento Regular** (Hospitalization and Regular Follow-up)

Si alguien tiene síntomas agudos de esquizofrenia, es muy probable que necesite ser hospitalizado. Esto permite que el paciente sea observado, evaluado, diagnosticado, y que se le comience a administrar la medicación bajo de supervisión de personal entrenado. El propósito de la internación es brindar al paciente cuidado médico adecuado y protección. Una vez que la enfermedad se estabiliza y el paciente es dado de alta del hospital, el seguimiento regular reducirá las posibilidades de una recaída.

### **Programas Residenciales y de Rehabilitación** (Residential and Rehabilitation Programs)

Son muy importantes las destrezas sociales, el vivir en un sitio adecuado, la recreación y las oportunidades vocacionales adaptadas para las personas con una enfermedad mental. Pueden dar muy buenos resultados, aun en las personas más severamente incapacitadas, cuando son usadas como parte del plan de tratamiento.

## **Grupos de autoayuda (Self-Help Groups)**

Cuando las familias que tienen un miembro con esquizofrenia se reúnen para apoyarse entre sí, el apoyo suele ser muy efectivo. Además, juntas pueden abogar para que el gobierno o las instituciones provean fondos para investigación, educación pública y programas en la comunidad y los hospitales. Las personas con enfermedades mentales pueden proveer información y abogar también en estas áreas. A sí mismo pueden brindar apoyo a otros individuos con esquizofrenia.

## **Nutrición, sueño y ejercicio (Nutrition, sleep and exercise)**

Como en cualquier enfermedad, recuperarse de la esquizofrenia, requiere paciencia. Una dieta bien balanceada, sueño adecuado y ejercicio regular ayudan en la recuperación. Sin embargo, la enfermedad y los efectos secundarios de los medicamentos pueden interferir con la alimentación adecuada, el sueño y los hábitos relacionados con la actividad física. Puede haber pérdida del apetito, falta de motivación, y alejamiento de las actividades diarias normales. Alguien que está enfermo puede olvidarse de comer, o comenzar a sospechar de la comida, y puede llegar a ser necesario supervisar las rutinas diarias. Si usted es un familiar o un amigo que está tratando de ayudar, tenga paciencia. Sobre todo, no tome en forma personal la falta de cuidado o la falta de interés.

## **Terapia Electroconvulsiva o TEC (Electroconvulsive Therapy or ECT)**

La terapia electroconvulsiva no se usa normalmente en pacientes con esquizofrenia, a menos que estén sufriendo de depresión extrema, o estén suicidas por períodos prolongados, y no responden a la medicación u otros tratamientos.

# **Importancia de una Intervención Temprana en la Psicosis**

## **(Importance of Early Psychosis Intervention)**

### **Por qué una intervención temprana es tan importante. (Why is Early Intervention Important?)**

Un primer episodio de psicosis puede ser causa de mucho estrés en una persona joven. Habitualmente también afecta a sus familiares y amigos. Puesto que el comienzo de la esquizofrenia ocurre, por lo general, entre el final de la adolescencia y el principio de la mayoría de edad, esta le puede afectar adversamente el sentido de desarrollo de la identidad, tanto como sus relaciones, metas de educación y planes de estudios.

### **Desarrollo Psicosocial. (Psychosocial Development)**

Cuando aparece la psicosis, con frecuencia perturba la vida del joven en su etapa más crítica. Luego desarrolla serios problemas secundarios.

Un episodio psicótico frecuentemente aísla a la persona enferma de otros e interfiere las relaciones con sus amistades. El desarrollo personal y social se interrumpe e incluso puede retroceder. La calidad de esfuerzos académicos y vocacionales declina y puede haber graves pérdidas en términos de planes sociales y económicos para el futuro.

Durante este período, las relaciones familiares pueden también tensarse o resquebrajarse. La persona puede comenzar a abusar de las drogas o alcohol. El riesgo de suicidio se multiplica. Cuanto más tiempo la enfermedad quede sin tratar, mayor es el riesgo de que el desarrollo psicosocial quede permanentemente desviado.

### **Psicosis “Tóxica”. (“Toxic” Psychosis)**

Evidencias preliminares indican que un tratamiento demorado puede hacer que la enfermedad misma llegue a estar más **biológicamente atrincherada** y con menos posibilidades de responder al tratamiento. Esto muestra que, de alguna manera, la psicosis puede ser biológicamente tóxica.

Un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden llevar significativamente a una mayor probabilidad de recuperación y mejores resultados a largo plazo. Por el contrario, cuanto más quede la enfermedad sin tratamiento, más tiempo tomará la remisión de sus síntomas, será menor el grado de remisión y habrá mayores posibilidades de una recaída temprana.



Los estudios muestran que la duración de la esquizofrenia no tratada –intervalo entre los primeros síntomas de la enfermedad y el tratamiento- es de aproximadamente tres años. También muestran dilaciones prolongadas (alrededor de un año) entre el comienzo de la psicosis aguda y el comienzo del tratamiento adecuado.

En razón de que puede haber un daño tan grave en la vida del joven cuando los síntomas tempranos de la psicosis son ignorados, debemos desarrollar algunas estrategias claras y efectivas para que haya cambios en nuestros sistemas que se ocupan de la salud.

## **QUE SE PUEDE HACER? (What Can be Done?)**

### **1. ACTUALIZAR A LOS PROFESIONALES. (Updating Professionals)**

Los profesionales de la educación y del sistema de salud deben tener un conocimiento actualizado sobre las enfermedades mentales. Maestros de escuelas, consejeros, enfermeras y médicos de familia, todos deben estar en conocimiento de los síntomas tempranos de la esquizofrenia y otras enfermedades que pueden causar psicosis.

**Maestros y consejeros.** Trabajan diariamente con gente joven. Con frecuencia son los primeros que notan los cambios que pueden señalar el comienzo de psicosis temprana. El video “**Tendiendo la Mano**”(“**Reaching Out**”) de la Sociedad de Esquizofrenia de British Columbia y el material llamado Recurso del Currículum de Escuela Secundaria (High School Curriculum Resource), permiten a los maestros escoger entre una o dos lecciones fáciles. Esta es una fuente “única” y puede ser utilizada por educadores con pequeño o ningún conocimiento de las enfermedades mentales. Especialmente los profesores de secundaria necesitan esta información actualizada tocante a las enfermedades mentales severas que, comúnmente, se desarrollan en la adolescencia. (Todo Distrito Escolar en la provincia de British Columbia cuenta con un consejero que ha recibido preparación clínica y pedagógica sobre este tópico tan importante. Tienen también, por lo menos, una copia completa de “**Tendiendo la Mano**” disponible para ser prestada a toda escuela del distrito. Contacte, pues, a la persona encargada de coordinar a los consejeros en su distrito.)

**Médicos.** La Sociedad de Esquizofrenia de la BC posee un video “**Tendiendo la Mano**” de doce minutos sobre la psicosis temprana que es utilizado para ayudar a preparar médicos y otros profesionales de la salud sobre el diagnóstico temprano y el tratamiento para evitar que la enfermedad se vuelva crónica.

## **2. EDUCACIÓN PARA LOS JOVENES.**

Ya que la edad de la aparición de los desórdenes psicóticos es en la adolescencia y el principio de los veinte, los programas de estudio deben incluir una información interesante y actualizada sobre enfermedades mentales. Las buenas estrategias educacionales se pueden combinar con un nivel de información apropiada y adaptada para diferentes grupos según edades. La Sociedad de Esquizofrenia de BC tiene varios programas importantes que están siendo utilizados exitosamente en escuelas y universidades de la provincia. 1) “**Tendiendo la Mano: La Importancia de Tener Ayuda Temprana**” (ver arriba). “Tendiendo la Mano” contiene todo el conocimiento y herramientas corrientes para ayudar a los estudiantes a entender las enfermedades mentales como un serio problema que toca sus vidas. El recurso del currículum consiste en un video de veinte minutos más un manual que incluye opcionalmente planes para una o dos lecciones para maestros, hojas con información para fotocopiar, transparencias, y otros materiales para los alumnos. 2) La Sociedad asimismo ha hecho trabajo pionero en un programa que creo para las escuelas primarias. Este consiste en una función de marionetas dirigida esencialmente a los niños del cuarto grado. 3) “**Niños en control**” (“Kids in Control”. Un excelente programa de apoyo y educación para niños que tienen un padre o ambos padres con enfermedades mentales.

## **3. EDUCACIÓN PÚBLICA (Public Education).**

La Sociedad de Esquizofrenia ha desarrollado también muchos programas de educación pública para incrementar el conocimiento de la población general sobre los desórdenes psicóticos, primeras señales de advertencia, y la importancia de intervenir con prontitud. Cuando la gente es capaz de reconocer los síntomas de los desórdenes psicóticos, parece que está mejor dispuesta a proveer comprensión y apoyo a aquellos que están enfermos. La educación pública también reducirá el temor injustificado y el estigma que aún pueden causar que algunas personas demoren la búsqueda de un adecuado tratamiento médico para sus enfermedades.

# ¿Qué es la Psicosis?

## (What is Psychosis?)

La palabra psicosis se usa para describir una condición médica que afecta el cerebro de modo que hay una pérdida de contacto con la realidad. Cuando alguien se enferma de esta manera, se lo llama *episodio psicótico*.

La psicosis ocurre con mas frecuencia en la adultez temprana y es bastante común. De cada 100 personas, 3 experimentarán un episodio psicótico, haciendo esto que la psicosis sea más común que la diabetes.

La psicosis le puede ocurrir a cualquier persona y debe ser tratada como cualquier otra enfermedad.

## ¿Cuales son los Síntomas? (What are the Symptoms?)

La psicosis puede conducir a cambios en el estado anímico y del pensamiento, y a ideas anormales, lo cual hace difícil entender como se siente realmente la persona.

Para poder entender lo que la persona experimenta cuando tiene psicosis, es útil agrupar algunos de los síntomas característicos.

### ***Pensamientos Desorganizados*** (Disorganized Thinking)

Los pensamientos de la vida diaria se vuelven confusos o no se conectan en manera apropiada. No se puede entender bien de que está hablando la persona o lo que dice no tiene sentido. Puede tener dificultades en concentrarse, seguir una conversación o recordar cosas. Los pensamientos pueden parecer acelerados o enlentecidos.

### ***Alucinaciones*** (Hallucinations)

En la psicosis la persona ve, oye, siente, huele o siente sabores que no existen. Por ejemplo, puede oír voces o ver cosas que no están allí. Algunas cosas pueden tener mal olor o mal sabor, o parecer venenosas.

### ***Creencias Falsas o Delirios*** (False Beliefs or Delusions)

Es común que una persona que está experimentando un episodio psicótico tenga ideas falsas, conocidas como delirios. La persona está tan convencida de su delirio que aun el argumento más lógico no le hará cambiar de idea. Por ejemplo, alguien puede estar convencido de que porque hay automóviles estacionados en la calle, la casa está siendo vigilada por la policía.

### ***Sentimientos Cambiados*** (Changed Feelings)

Los sentimientos de la persona con psicosis pueden cambiar sin que haya una razón aparente. Se pueden sentir extraños o aislados del mundo, y como que todo se mueve con lentitud. Los cambios de humor repentinos son comunes, de modo que pueden sentirse extrañamente alegres o deprimidos. O las emociones parecen estar apagadas, sienten ser menos de lo que eran antes, o demuestran tener menos emociones frente a aquellos que los rodean.

### ***Conducta Cambiada*** (Changed behavior)

Las personas con psicosis se comportan de manera diferente a la habitual. Pueden estar extremadamente activos o muy letárgicos, pasando el día sentados y sin hacer nada. Pueden reírse en manera inapropiada, o enojarse sin causa aparente.

Los cambios de la conducta frecuentemente se asocian con los cambios antes mencionados. Por ejemplo, una persona a causa de lo que creyó oír o ver, puede llamar a la policía o estar demasiado asustada como para poder dormir. Algunos dejan de comer si piensan que la comida está envenenada. Si alguno cree que es Jesucristo, puede pasar los días predicando en las calles. Los síntomas pueden ser diferentes en cada persona, y pueden variar en el correr de los días.

## **¿Qué es el Primer Episodio de Psicosis?** (What is First-Episode Psychosis?)

Es la primera vez que alguien experimenta síntomas de psicosis. Las personas que tienen su primer episodio psicótico pueden no saber que les está ocurriendo. Los síntomas perturban mucho y al no estar familiarizados con ellos, se sienten confusos y angustiados. Si no conocen acerca de enfermedades mentales, los mitos y estereotipos negativos aumentan la angustia.

Los episodios psicóticos ocurren en tres fases. La duración de cada una varía de persona a persona:

### ***Fase 1: Pródromo*** (Prodrome)

Los signos tempranos son vagos y poco perceptibles. Puede haber cambios en la forma como la persona describe sus sentimientos, pensamientos y percepciones.

### ***Fase 2: Aguda*** (Acute)

Se experimentan síntomas claramente psicóticos, tales como pensamiento desorganizado, alucinaciones, o delirios.

### ***Fase 3: Recuperación*** (Recovery)

La psicosis es tratable y la mayoría de la gente se recupera. El patrón de recuperación varía de persona a persona.

**La gente se recupera del primer episodio de psicosis. Muchos nunca vuelven a experimentar otro episodio.**

# ¿Cuáles son los Tipos de Psicosis?

## (What are the Types of Psychosis?)

Cuando alguien tiene psicosis, generalmente es diagnosticado con una enfermedad psicótica en particular. El diagnóstico identifica a la enfermedad a través de los síntomas, de modo que el mismo dependerá de lo que causó la enfermedad y por cuando tiempo han estado presentes los síntomas.

Cuando alguien experimenta psicosis por primera vez, puede ser difícil hacer un diagnóstico preciso, porque pueden no estar claros muchos de los factores que causaron la enfermedad. Sin embargo, es importante que usted entienda algunos de los diagnósticos que puede escuchar.

### ***Psicosis Inducida por Drogas*** (Drug-Induced Psychosis)

Los síntomas psicóticos pueden ser causados por usar o dejar de usar drogas y alcohol. A medida que la sustancia se elimina, los síntomas desaparecerán rápidamente. En otros casos, la enfermedad puede durar mas, pero puede comenzar por una psicosis inducida por drogas.

### ***Psicosis Orgánica*** (Organic Psychosis)

Los síntomas de psicosis pueden ser causados por una lesión cerebral o una enfermedad física que altere el funcionamiento cerebral, por ejemplo la encefalitis, el SIDA o un tumor. Generalmente hay presentes otros síntomas, tales como problemas con la memoria o confusión.

### ***Psicosis Reactiva Breve*** (Brief Reactive Psychosis)

Los síntomas psicóticos pueden aparecer en forma súbita, en respuesta a un evento extremadamente estresante, tal como la muerte de un familiar o un cambio importante de circunstancias. Los síntomas pueden ser severos, pero la persona se recupera en unos pocos días.

### ***Esquizofrenia*** (Schizophrenia)

La esquizofrenia se refiere a una enfermedad en la cual los cambios en la conducta o los síntomas han estado presentes por un periodo de por lo menos seis meses. Nuevamente, los síntomas, la severidad y la duración de la enfermedad varían de persona a persona. La esquizofrenia, al contrario de lo que antes se creía, es una enfermedad bastante común (1 de cada 100 personas), y muchas personas con esta enfermedad viven vidas felices y satisfactorias.

### ***Trastorno Esquizofreniforme*** (Schizophreniform Disorder)

Se hace este diagnóstico cuando los síntomas han durado menos de seis meses

### ***Trastorno Bipolar*** (Bipolar Disorder)

Este es un trastorno del “estado de ánimo o del humor”. La psicosis aparece como parte de una perturbación mas general del estado anímico que se caracteriza por estados de ánimo extremadamente elevado (manía) o bajones en el mismo (depresión). Los síntomas de psicosis tienden a estar en armonía con el estado de ánimo de la persona. Si está muy excitada o feliz, puede creer que es muy especial y hacer cosas increíblemente descabelladas. Si está deprimida, puede escuchar voces que le dicen que se suicide.

### ***Depresión Mayor*** (Major Depression)

Este es también un trastorno del “estado de ánimo o del humor”. Es un cuadro de depresión clínica severa con síntomas de psicosis, pero sin que ocurran periodos de manía.

***Trastorno Esquizoafectivo*** (Schizoaffective Disorder)

Se hace este diagnóstico cuando el cuadro clínico no es típico ni del trastorno del estado anímico ni de la esquizofrenia, pero la persona tiene síntomas concurrentes o consecutivos de ambas enfermedades.

## ¿Qué es lo que Causa la Psicosis? (What causes Psychosis?)

Todavía hay que investigar mucho más, pero se han sugerido varias teorías respecto a lo que causa la psicosis.

En el presente hay indicaciones de que la psicosis es causada por una combinación poco entendida de factores biológicos, que crean una vulnerabilidad en la adolescencia o adultez temprana. Los síntomas pueden emerger en respuesta al estrés o al abuso de drogas, o pueden ser determinados biológicamente para aparecer en un cierto estadio del desarrollo, sin importar las experiencias por las cuales pase la persona. Algunos factores pueden ser más o menos importantes en una persona que en otra.

La causa es particularmente no clara en el primer episodio de psicosis. Por lo tanto, es necesario que durante el mismo la persona tenga un examen médico completo, incluyendo un estudio neurológico, para hacer el diagnóstico lo más claro posible.

**La psicosis tiene muchas formas. El curso y los resultados varían de persona a persona.**

**Cuanto más rápido se reconozcan los síntomas y se comience el tratamiento, mejor el pronóstico.**

# INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE LA MEDICACIÓN (Medication Update)

*“No hay manera de predecir qué medicación beneficiará a quién” - E.Fuller Torrey*

Este artículo expone los pros y contras de cambiar una medicación antipsicótica más antigua por una de las más modernas llamadas atípicas. Como siempre, una nota de precaución... esta no es la última palabra sobre el tema. Nada puede ser mejor que hablar con un médico acerca de los medicamentos para un individuo específico.

## **Antipsicóticos "Standard"** (“Standard” Antipsychotics)

Es una buena idea aprender algo de la jerga que usan los profesionales de salud mental cuando se refieren a los medicamentos. Hasta hace poco los médicos llamaban neurolépticos a los medicamentos antipsicóticos, por su tendencia a causar efectos secundarios neurológicos. Los medicamentos que han estado disponibles por algunos años son ahora llamados antipsicóticos "standard". Thorazine, Mellaril, Modecate, Proloxin, Navane, Stelazine y Haldol son ejemplos de antipsicóticos standard.

Tratar de entender toda la variedad de estos medicamentos puede resultar frustrante. El uso de un buen libro de referencia como "Sobreviviendo la Esquizofrenia" (“Surviving Schizophrenia”) de Fuller Torrey, puede ser de gran ayuda en este aspecto.

## **Efectos Secundarios** (Side Effects - EPS)

Los efectos secundarios pueden ser un problema serio con los antipsicóticos standard. Estos efectos secundarios neurológicos son llamados "efectos secundarios extrapiramidales" debido a la zona del cerebro donde las drogas los causan. Ejemplos específicos de tales efectos son la acinesia (lentitud en el movimiento), acatisia (inquietud en los miembros) y discinesia tardía.

## **Antipsicóticos "Atípicos"** (“Atypical” Antipsychotics)

Las drogas más recientes son llamadas antipsicóticos “atípicos”. Los medicamentos atípicos están siendo usados cada vez más frecuentemente. Son llamados "atípicos" porque:

- No tienen los mismos perfiles químicos de los medicamentos standard
- Parecen actuar de un modo diferente a los medicamentos standard
- Parecen causar menos efectos secundarios extrapiramidales que las medicaciones “standard”

"Hay muchos tratamientos nuevos y excitantes para los síntomas psicóticos. Los antipsicóticos atípicos brindan a los pacientes algunas elecciones que no tuvieron hasta hace pocos años. No obstante, nuevas elecciones implican nuevos desafíos... para obtener de los nuevos medicamentos lo mejor con el menor riesgo posible" - Peter Weiden - MD

Por el momento en Canadá hay cuatro antipsicóticos atípicos disponibles: risperidone, clozapine, olanzapine y quetiapine.

## **Los Nuevos Medicamentos (New Medications): Risperidone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel)**

Los resultados obtenidos con estos tres medicamentos antipsicóticos "atípicos" son muy alentadores. Aunque no son efectivos en todos los casos, por su gran efectividad, son considerados por muchos profesionales como el tratamiento de primera línea en pacientes diagnosticados por primera vez.

\* Nota: Pese a que los pacientes, familiares y médicos han hecho solicitudes al gobierno provincial, el plan Pharmacare de la Provincia de British Columbia aun no cubre el costo del uso de olanzapine y quetiapine como tratamientos de primera línea, situación que esperamos cambie en un futuro cercano.

## **Clozapine (Clozaril)**

"Clozapine" ha sido aclamado en razón de que un tercio de pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento, que no han respondido a otros medicamentos, muestran, por lo menos, alguna mejoría con clozapine. Es también recomendado para personas que han mostrado síntomas de discinesia tardía, ya que éste raramente causa o empeora esta condición.

El principal elemento negativo de clozapine es el leve riesgo (1%) de que produzca un a disminución del número de glóbulos blancos en la sangre y, en consecuencia, una reducción de la resistencia de la persona a las infecciones. Por tanto, quienes están tomando clozapine deben tener controles de sangre con regularidad.

## **Nuevos Antipsicóticos en Desarrollo (New Antipsychotics Under Development)**

Otros medicamentos antipsicóticos nuevos están siendo probados. Si todo sigue bien, se espera que estas drogas estarán disponibles en un futuro próximo.



## **Razones Para Hacer Un Cambio de Medicamentos (Reasons for Switching Medication)**

Las razones principales para pasar de una medicación antipsicótica standard a una atípica, son:

- Persistencia de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc.) pese a tomar la medicación regularmente.
- Persistencia de síntomas negativos (entorpecimiento de las emociones, alejamiento de la sociedad, etc.), pese a tomar la medicación.
- Severas molestias por efectos secundarios y poco o ningún alivio con la medicación usada para tratar estos efectos.
- Discinesia tardía severa y persistente.

En la mayoría de los casos, el cambio de medicaciones puede hacerse en cualquier momento. El paciente debería tomarse tiempo para pensar acerca de esto y hablarlo con su familia, sus amigos y con el equipo de profesionales que lo trata.

La gente debería ser advertida de que los antipsicóticos atípicos pueden producir también efectos secundarios, tales como aumento de peso y problemas sexuales. Es cierto que las nuevas drogas tienden a provocar menos síntomas extrapiramidales, pero aún pueden causar un poco. Las personas que estén tomando antipsicóticos atípicos deben seguir bajo control médico para detectar posibles efectos secundarios neurológicos.

Si alguien está pensando pasar de un antipsicótico standard a uno atípico, por favor, recuerde que este artículo sólo contiene una reseña general de algunos de los aspectos. Esperamos que contar con esta información básica le ayudará a comenzar a hacer las preguntas correctas.

*Adaptado de un folleto para consumidores escrito por el Dr. Peter Weiden del St. Luke's – Roosevelt Hospital Centre, Nueva York*

# **ZIPREXA (Olanzapine)**

## **(Fact Sheet on Zyprexa)**

- Ziprexa (olanzapine) fue aprobado por la oficina de Protección de la Salud de Canadá el 28 de octubre de 1996 para el tratamiento de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos. Previamente fue aprobado en los Estados Unidos y en la Comunidad Europea
- Es uno de los últimos antipsicóticos atípicos de la nueva generación que fuera aprobado y la primera droga que probó ser efectiva en todos los grupos de síntomas de esquizofrenia en las pruebas clínicas.
- Las ventajas de Ziprexa sobre las medicaciones más antiguas incluyen el ser más segura y tener menos efectos secundarios, y su eficacia no solo contra los síntomas psicóticos positivos, sino también contra síntomas negativos o síntomas de déficit, y los síntomas afectivos o del estado de ánimo.
- Los efectos secundarios causados por los medicamentos antiguos pueden ser dañinos y permanentes. Estos incluyen el síndrome extrapiramidal (SEP) que imita los síntomas del mal de Parkinson, tanto como sedación severa y efectos cardíacos. Los efectos secundarios más comunes con Zyprexa son mucho menos serios e incluyen somnolencia, mareos y aumento de peso.
- Zyprexa actúa restaurando niveles más normales de varios de los neurotransmisores (químicos cerebrales) en personas con esquizofrenia.
- A diferencia de uno de los nuevos antipsicóticos aprobados, Zyprexa no ha mostrado causar agranulocitosis, un desorden raro pero potencialmente fatal en la sangre que requiere que los pacientes se hagan frecuentes exámenes de sangre.
- El tratamiento con Zyprexa y otros antipsicóticos más nuevos tiene un costo efectivo menor. Ya que son efectivos contra más síntomas y causan menos efectos secundarios, los nuevos medicamentos están asociados con un promedio menor en la cantidad de recaídas y una necesidad menor de hospitalización de las personas con esquizofrenia. La hospitalización en establecimientos de salud mental puede costar al sistema de salud canadiense entre \$ 400 y 750 por día.

# DE ALTA DEL HOSPITAL

## (Hospital Discharge Planning)

Los miembros de la familia deben tener en claro que para un paciente con esquizofrenia el Plan de Alta es una parte integral del cuidado psiquiátrico del enfermo. El plan de alta debería comenzar tan pronto como alguien es admitido al hospital.

El plan de alta de un paciente puede involucrar a varias personas, pero, sobre todo la *coordinación* del plan debería ser responsabilidad de una persona: una enfermera designada, el terapeuta en la oficina de salud mental comunitaria, el líder del equipo que atiende al enfermo, un trabajador social u otro miembro del grupo; todo depende del sistema de atención en el hospital donde está el enfermo. Es importante averiguar quién es la "persona a cargo".

La "Lista de Alta" debería ser utilizada por los miembros de la familia como una guía para asegurarse que han sido tenidos en cuenta los seis aspectos esenciales para un alta correcta. Ellos son:

- **MEDICACIÓN** (Medication): Todo lo referente a la medicación debe ser anotado en el formulario correspondiente tan pronto se conozca. La educación sobre este aspecto debe quedar documentada con instrucciones sobre la dosificación, veces que debe tomarla y toda otra indicación especial, tales como la conveniencia de tomar los medicamentos con las comidas, o con leche, etc. Esta información es dada generalmente por médicos o enfermeras registradas, pero la importancia de su cumplimiento puede ser enfatizada por cualquiera de todos los responsables del cuidado del paciente, ya que la interrupción de la medicación antipsicótica es causa frecuente de recaídas y reingreso al hospital.
- **RESIDENCIA** (Residence): Hacer planes para que el paciente, si no vive con su familia, tenga un lugar de residencia adecuado, que le brinde el apoyo básico que necesita para poder permanecer en la comunidad y evitar el salir del hospital e inmediatamente tener que volver a ser admitido. Algunos pensionados, llamados "boarding homes", proveen supervisión de la medicación y otros no. Las viviendas grupales o "group homes", esperan que los pacientes estén en condiciones de hacerse responsables de tomar sus medicamentos.
- **SEGUIMIENTO EN LA COMUNIDAD** (Follow-up Community Care): El seguimiento, cuidado y control de la medicación es necesaria para todo individuo con esquizofrenia. Además de una cita con un psiquiatra privado o con el psiquiatra de un equipo de salud mental, algunos pacientes pueden requerir ser referidos a programas para el día (day treatment programs), a grupos de apoyo o programas para el abuso de alcohol y drogas.
- **ACTIVIDADES PARA LA VIDA DIARIA** (Activities of Daily Living): La mayoría de las personas con esquizofrenia deben volver a aprender a relacionarse con los demás. Volver a entrenarse en éstas y otras habilidades básicas de la vida diaria son un aspecto importante en la recuperación. Todas las opciones para la rehabilitación psicosocial deben

ser tenidas en cuenta cuando se hace el plan de alta.

- **SEGUIMIENTO EN EL CUIDADO DE LA SALUD FÍSICA** (Follow-up Physical Health Care): Pese al hecho de que ven al médico con frecuencia, los pacientes psiquiátricos tienen más enfermedades físicas que la población general. Los síntomas psiquiátricos pueden ser causa de que los pacientes se muestren negligentes con sus problemas físicos; por tanto, el seguimiento de la salud física en la comunidad es importante para promover el bienestar físico y la prevención de enfermedades; se deben incluir el cuidado dental y de los ojos.
- **EDUCACION, ASISTENCIA FINANCIERA Y OTRAS NECESIDADES** (Education, Financial Assistance, and Other Needs): antes de dejar el hospital, los pacientes deben tener una buena educación básica acerca del reconocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual, prevención de las mismas y del SIDA. También necesitan conocer las distintas opciones para prevención del embarazo. Muchas personas necesitarán ayuda con el transporte para poder ir y volver de las citas médicas. Otros necesitarán ayuda para solicitar asistencia financiera y/ o beneficios por incapacidad. Los arreglos que se necesitan hacer deben ser mencionados a los miembros del equipo de salud mental, el terapeuta o los trabajadores que vinculan la comunidad con los servicios de salud mental.

# PASOS PARA MANEJAR LOS DELIRIOS

## (Steps for Working with Delusions)

*Manejar los delirios es similar a manejar las alucinaciones, con la excepción de que se requieren más técnicas no verbales. Usted necesitará sentarse en silencio por más tiempo y con más paciencia puesto que los delirios nunca tienden a desaparecer. La persona tal vez pueda no expresarlos en forma verbal con tanta frecuencia, pero ellos habitualmente son omnipresentes.*

### **1. Establezca una relación interpersonal de confianza** (Establish a trusting, interpersonal relationship):

- No razone, discuta ni desafíe el delirio. Intentar negar el delirio no será de ayuda.
- Haga que la persona se sienta segura con usted y que no le sobrevendrá ningún daño.
- No deje sola a la persona. No le oculte nada; sea abierto y honesto en todo momento.
- Anímela a expresar sus sentimientos de ansiedad, temor e inseguridad. Hágale ver que se interesa por ella y quiere protegerla de daños hacia ella misma o hacia otros.
- Hágale sentir que acepta la necesidad de tener una falsa creencia.
- Céntrese en la persona, más que en la necesidad de controlar los síntomas. Permanezca calmado.

### **2. Identifique el contenido o tipo de delirio** (Identify the content / type of delusion):

- Ayude a entender a la persona el propósito que tiene el delirio.
- Aclare cualquier confusión en lo que dice la persona, preguntándole qué es lo que quiere decir.
- Si usted no intenta aclarar las confusiones, el resultado puede ser una mayor confusión y ansiedad, y el delirio se reafirma.
- No confirme ni alimente el delirio haciendo preguntas acerca de éste cuando la persona no está delirando. Por ejemplo, NUNCA PREGUNTE: "¿Cómo está la CIA hoy?".
- Identifique la presencia de un tema central.
- Identifique la presencia de un tono de sentimiento central.

### **3. Investigue el significado del delirio** (Investigate the meaning of the delusion):

- Evalúe áreas en la vida de la persona que ya le son imposibles de manejar o controlar, o aquellas en las cuales ya no puede participar.
- Evalúe las maneras concretas en que el delirio interfiere en el funcionamiento.
- Pregunte si la persona ha tomado acción basándose en su delirio.
- Sin asentir ni discutir, cuestione la lógica o razón que yace detrás del delirio. Por ejemplo: "Si la CIA te está acosando, ¿quién es la persona de contacto?".

### **4. Evalúe la intensidad, frecuencia y duración del delirio** (Assess the intensity, frequency and duration of the delusion):

- Los delirios fugaces permiten que se trabaje en ellos dentro de un tiempo breve.
- Es preferible evitar temporalmente los delirios que han permanecido fijos por largo tiempo a fin de prevenir que lleguen a ser piedras de tropiezo en la relación.
- ¿La persona lo saluda siempre a usted con el delirio? Si es así, sólo escuche calmadamente y luego diríjalo a las tareas por hacer que están a mano.
- Si pareciera que el individuo no puede dejar de hablar acerca del delirio, pregunte suavemente si recuerda lo que usted ha estado haciendo y dígame que es tiempo para usted de reanudar esa actividad.
- Si la persona está muy resuelta a hablarle del delirio, sólo escuche calmadamente hasta que ya no haya más necesidad de hablar sobre él. Recuerde que es útil dar a la persona la seguridad, durante el delirio, de que él o ella, como persona, está bien.

# **BARRERAS QUE AFECTAN EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN**

## **(Barriers to Successful Intervention)**

### **1. Ponerse ansioso y evitar a la persona** (Becoming anxious and avoiding the person):

- Esto conduce a fastidio, enojo, un sentimiento de desesperanza y fracaso, sentimiento de no ser adecuado, y potencialmente a reírse de la persona.

### **2. Reforzar el delirio** (Reinforcing the delusion):

- No le siga el delirio, especialmente para obtener la cooperación de la persona.

### **3. Intentar probar que la persona está equivocada** (Attempting to prove the person is wrong):

- No procure una explicación lógica.

### **4. Establecer metas no realistas** (Setting unrealistic goals):

- No subestime el poder del delirio y la necesidad de la persona de tenerlo.

### **5. Llegar a incorporarse en el sistema del delirio** (Becoming incorporated into the delusional system):

- Esto le causará gran confusión a la persona e imposibilitará el establecer límites.

# ESTADIOS DE LAS ALUCINACIONES

## (Stages of Hallucinations)

**Estadio 1: Reconfortando (Comforting)** (se correlaciona con un nivel moderado de ansiedad):

- El individuo experimenta ansiedad, soledad y culpa.
- Se enfoca en pensamientos reconfortantes para tratar de aliviar la ansiedad.
- El individuo llega a darse cuenta de que los pensamientos son propios y que puede controlarlos.

**Estadio 2: Condenando (Condemning)** (se correlaciona con un nivel de ansiedad moderado a severo):

- Si la ansiedad se incrementa, el individuo se pone en un estado de "escuchar" la alucinación y comienza el proceso alucinatorio.
- El individuo es incapaz de controlar su propio sentido de realidad y puede sentir terror.
- El individuo comienza a tener temor de los demás, puede oír las voces y comenzar a alejarse de las personas.
- El individuo intenta alejarse de lo que él percibe como la fuente de origen de la alucinación.
- La frecuencia cardiaca y respiratorias se aceleran y la presión sanguínea puede comenzar a incrementarse.
- La capacidad de prestar atención comienza a reducirse.

**Estadio 3: Controlando (Controlling)** (correlacionado con un nivel de ansiedad severo):

- El individuo deja de combatir la alucinación y cede a ella.
- La persona puede sentirse sola cuando la imagen o las voces se van.
- Las voces se vuelven omnipotentes. El individuo, más que objetarlas, seguirá las instrucciones dadas por la alucinación.
- El individuo puede ser incapaz de relacionarse con otras personas de su medio ambiente.
- La capacidad de prestar atención puede ser no mayor que unos pocos segundos.
- La persona puede estar transpirando.



**Estadio 4: Conquistando (Conquering)** (correlativo con una ansiedad a nivel de pánico).

- Las voces se tornan amenazantes si el individuo no sigue sus mandatos.
- La alucinación se torna elaborada y puede estar entrelazada con delirios.
- La alucinación puede permanecer por horas o días si no hay intervención terapéutica.
- El individuo puede sentirse suicida.
- El individuo puede ponerse violento o catatónico.
- Siga la dirección del individuo y ayude a observar y describir la alucinación presente y la que ocurrió recientemente.

Usted necesita averiguar lo que la persona está viendo, oyendo, gustando, tocando u oliendo para comenzar a descubrir si existe un patrón.

**Sea paciente y ESCUCHE.**

- Haga recordar a la persona lo que observó en las alucinaciones que tuvo en el pasado.

Esto le hará sentir a la persona que usted la acepta y llevará a que se cree confianza. Anímela a recordar cuándo comenzó a experimentar alucinaciones.

**Sea paciente y ESCUCHE**

- Recuerde: Las alucinaciones son síntomas de una afección cerebral. Esto es similar a tomar los datos para hacer la historia clínica antes de hacer el examen físico. Es casi imposible entender el presente sin una clara comprensión del pasado.
- Anime a la persona a que observe y describa pensamientos, sentimientos y acciones, tanto presentes como pasadas y su relación con la alucinación.

Con frecuencia los individuos con esquizofrenia parecen capaces de "encender y apagar" sus síntomas. Muchos han aprendido a "sobrevivir" esta enfermedad "encubriendo" sus síntomas para poder parecer normales. Esto demanda tremenda energía y concentración para controlar la enfermedad. Si usted escucha por lo menos por quince minutos, los síntomas generalmente vuelven a aparecer y la persona hablará acerca de los pensamientos y distorsiones de su percepción y proveerá indicios que permitirán ver la psicosis que existe por debajo.

**Sea paciente y ESCUCHE**

- Recuerde: NO SE LE PUEDE ECHAR LA CULPA A NADIE, pero todos compartimos la responsabilidad por el manejo de esta enfermedad.

# Que Hacer y Que No Hacer

## (Do's and Dont's)

**Las familias enfrentadas con la esquizofrenia deben saber** (Families coping with schizophrenia need to know):

- Cómo ser efectivos en obtener ayuda para alguien que está seriamente enfermo
- Qué preguntas se deben hacer.
- A quién ver y dónde ir.
- Cómo funciona "el sistema" y como interactuar mejor con él.

## Que Hacer

### (Do's)

#### 1. MANTENER UN REGISTRO (Record Keeping)

**Procure mantener un registro de todo. ¡Todo es importante!**

- Tenga una lista de nombres, direcciones, números de teléfonos, fax, dirección de correo electrónico, etc.
- Ponga en uso un cuaderno de notas o pequeño diario. La capacidad de ser preciso en cuanto a fechas y horas de incidentes, quién dijo qué cosa y qué ocurrió a continuación, es crucial.
- Conserve todas las notificaciones y cartas que reciba.
- Mantenga copia de toda correspondencia que usted envíe.

#### 2. COMUNICACION EFECTIVA (Effective Communication)

Cuando alguien padece esquizofrenia, pacientes y familiares se ven frecuentemente tan abrumados por la experiencia que una información o jerga vaga llega a ser aceptada como sustancial. **LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NECESITAN UNA INFORMACION HONESTA Y DIRECTA.** También necesitan sugerencias prácticas y específicas acerca de cómo enfrentar los períodos agudos y los períodos estables de la enfermedad.

**Para obtener resultados positivos:**

- Sea cortés. Mantenga todas las conversaciones enfocadas en el tema de la conversación. Pida información específica y anótela.
- Obtenga el nombre de la persona que es responsable por el caso (case manager), la persona que sabe más acerca del paciente. Arregle una entrevista con ella. Pida que también esté presente el psiquiatra o médico a cargo del enfermo. Durante la reunión pida rever el "Plan de Tratamiento" de su familiar. Pida participar en el desarrollo de ese Plan.

- Ayude a que tales reuniones sean breves. Traiga una lista de preguntas específicas. Por ejemplo: "¿Qué síntomas son los que deben preocuparnos más?. ¿Qué podemos hacer para ayudar al paciente a tratar con ellos?. ¿Qué medicamentos han sido prescritos?. ¿Qué cantidad y con qué frecuencia?. ¿Cómo se controla la medicación?. ¿Puede haber efectos secundarios?" (También, si el paciente está en el hospital: "¿Cuándo podemos reunirnos para hablar acerca del plan de alta?").
- Mantenga al paciente informado de sus planes.
- Sea cortés pero asertivo. Usted paga los impuestos y tiene derecho a que se le informe, respete y trate con cortesía. Sus impuestos pagan el sueldo de los que trabajan en el sistema de salud. Usted no está pidiendo favores: *simplemente está tratando de recibir ayuda para poder hacer el trabajo.*
- Edúquese acerca de cómo funciona el sistema de salud mental, comenzando desde ahora. Aprenda acerca de los departamentos envueltos y las jerarquías que rigen en cada departamento que tenga que ver con las necesidades de su familiar. Familiarícese con los servicios y recursos fuera del centro de salud mental.
- Escriba cartas de agradecimiento cuando esto sea importante. Escriba cartas de crítica cuando sea necesario. Envíelas a quien dirige los Servicios de Salud Mental o al hospital involucrado.

## Que No Hacer (Dont's)

### RECORDATORIOS (Reminders)

- 1. Algunas acciones son efectivas; otras, contraproducentes.**
- 2. La mayoría de los profesionales desean hacer un buen trabajo.**
- 3. Mucho personal que trabaja dando servicios directos están sobrecargados de trabajo.**

Estos puntos son ciertos a través del sistema: centros de salud mental, alojamientos supervisados, hospitales e institutos forenses. El personal directo, es decir, aquellos que trabajan directamente con los pacientes: trabajadores sociales, terapeutas, médicos, enfermeras, trabajadores de cuidado extendido, etc., a veces tienen a su cargo un número enorme de casos. Saber esto puede ayudarle a usted a mantener una perspectiva de lo que es razonable esperar.

Siempre comience por suponer que el personal a cargo del cuidado de su familiar desea ayudar a su restablecimiento. Lo siguiente le ayudará a usted y a los profesionales.

- No llegue tarde a sus citas.
- No les haga excesivas demandas ni los acose con pedidos especiales.

- No esté llamando todo el tiempo ni tenga largas conversaciones telefónicas con lujo de detalles.

### **Evite formas de actuar que NO FUNCIONAN!**

- Tratar con personas sólo porque parecen accesibles, pero que no pueden hacer gran cosa, porque tiene poco o ningún poder. (Por ejemplo, secretarias o recepcionistas).
- Siempre criticar y nunca reconocer a los profesionales de salud mental por sus buenas intenciones y arduo trabajo.
- Llamar sólo cuando hay una crisis, en lugar de establecer y mantener una buena relación con quienes trabajan en el caso: trabajadores sociales, psiquiatras, etc.
- Esperar siempre atención inmediata y estallar si no la obtiene.

### **Ser corteses es algo a lo que todos apuntamos. Sin embargo, no pase por alto el hecho de que los profesionales también son responsables:**

- No sienta que usted debería conocer el significado de términos o frases técnicas.
- No titubee en pedir que le aclaren en un lenguaje simple algo de lo que usted no está seguro.
- No acepte respuestas vagas o afirmaciones confusas. Si alguien dice: "Estamos observando cuidadosamente a su hija", no le está proveyendo ninguna información!
- No tema pedir una explicación de los procedimientos. Trate de entender quién hace la observación, qué es exactamente lo que está siendo observado, cómo se está documentando la observación y cuando puede usted recibir un informe de los progresos, etc.
- No permita que lo intimiden (y no intente intimidar a otros).
- Finalmente, NUNCA permita que sentimientos de culpa o vergüenza estén involucrados en este proceso. Su meta es ayudar a obtener el cuidado médico apropiado para alguien que sufre un desorden neurológico. Aquí hay que olvidarse de las nociones anticuadas de estigma.

**AYUDE A ALIVIAR EL SUFRIMIENTO CAUSADO POR LA  
ESQUIZOFRENIA.....UNASE A NOSOTROS!**

# PREGUNTAS PARA HACER AL PSIQUIATRA

## (Questions to Ask the Psychiatrist)

Una lista para las Familias de Pacientes con Esquizofrenia y Otras Enfermedades Mentales Serias

- ¿Cuál es el diagnóstico? Desde el punto de vista médico ¿cuál es la naturaleza de esta enfermedad?
- ¿Que se sabe en particular acerca de esta enfermedad?
- ¿Cuan seguro está usted de este es el diagnóstico correcto? Si no está seguro acerca del diagnóstico, ¿cuales son los otros posibles diagnósticos? ¿Porqué?
- ¿Incluyó el examen físico un examen neurológico? Si se hizo un examen neurológico, ¿cuan exhaustivo fue y cuales fueron los resultados?
- En este momento ¿hay otras pruebas o exámenes que usted recomendaría?
- ¿Recomendaría usted en este momento una segunda opinión de otro psiquiatra?
- ¿Qué programa de tratamiento piensa que será el más beneficioso? ¿En qué manera será beneficioso?
- ¿El tratamiento incluirá los servicios de otros especialistas (neurólogos, psicólogos, profesionales relacionados con salud mental)?
- Cuando usted no esté disponible ¿quién podrá contestar nuestras preguntas?
- ¿Qué clase de tratamiento piensa utilizar y cual será la contribución del psiquiatra en el programa de tratamiento?
- ¿Qué espera conseguir con el tratamiento? ¿Cuánto va a durar? ¿Con cuanta frecuencia verá al paciente?
- ¿Cuál será la mejor evidencia de que el paciente está respondiendo al tratamiento y cuanto tiempo hay que esperar para que esto ocurra?
- ¿Cómo ve usted el rol de la familia en el plan de tratamiento? ¿Cuánto acceso tendrá la familia a los profesionales que traten al paciente?
- Si su evaluación actual es solo diagnóstico preliminar, ¿cuánto tiempo pasará hasta que nos pueda dar un diagnóstico definitivo?
- ¿Qué medicación piensa usar? (averigüe el nombre y la dosis) ¿Cuál es el efecto biológico de esta medicación, y qué espera lograr con ella? ¿Cuáles son los riesgos asociados con esta medicación? Si los hay ¿cuáles son los efectos secundarios o adversos? ¿Cuan pronto vamos a saber si la medicación es efectiva? ¿Cómo lo sabremos?
- ¿Hay otras medicaciones que también pueden ser apropiadas? Si es así, ¿por qué prefirió la que ha elegido?
- ¿Actualmente está usted tratando otros pacientes con esta enfermedad? (Los psiquiatras varían en el nivel de experiencia en el tratamiento de enfermedades mentales severas y crónicas. Es bueno saber cuan envuelto está el psiquiatra en tratar estos problemas)
- ¿Cuáles es el mejor momento para contactarlo y asegurarnos que podemos encontrarlo?
- ¿Tiene conocimiento acerca de las actividades de grupos en la comunidad local que brinden apoyo al paciente y la familia?
- ¿Cómo controla la medicación? ¿Qué síntomas indican que debería ser aumentada, disminuida o cambiada?
- Si fuera necesaria una internación en el hospital ¿en qué hospital sería? Cuando el paciente esté por salir del hospital ¿participará la familia en los planes que se hagan? ¿Cuáles son las leyes acerca de admitir al paciente en el hospital involuntariamente (committal) y tratarlo en forma obligada?

## **Algunas preguntas útiles para situaciones especiales:**

### **Si su familiar tiene síntomas maníacos o depresivos:**

¿Evaluaron la función de la tiroides? Si es así ¿cuál fue el resultado? Si no lo hicieron ¿piensa que sería apropiado hacerlo?

### **Si su familiar toma medicación antipsicótica:**

¿Está o estará controlando si hay síntomas de depresión? ¿Qué arreglos se harán para supervisar diariamente la medicación cuando el paciente salga del hospital? ¿Será necesario hacer análisis de sangre en forma regular? Si es así, ¿con cuanta frecuencia y donde se harán?

### **Si su familiar tiene más de 45 años:**

¿Qué efecto tiene la medicación sobre las funciones cardíacas? ¿Le han hecho un electrocardiograma? Si lo hicieron, ¿cuál fue el resultado? Si no lo hicieron ¿piensa que sería recomendable hacerlo? ¿Se han hecho exámenes y pruebas para descartar otros problemas médicos?

### **¿Tiene otras preguntas?**

Es bueno anotar las preguntas que quiere hacer. Ya que el tiempo de la consulta con el psiquiatra será probablemente limitado, llevar las preguntas anotadas le ayudará a obtener la información que necesita antes de termine la cita. Algunas personas encuentran útil anotar las respuestas que les dan; esto puede ayudar a recordar la información, particularmente aquella relacionada con resultados de pruebas de laboratorio y medicaciones.

# Links to More Information in Spanish

National Institute on Mental Health: [www.nimh.nih.gov/publicat/spanishpub.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/spanishpub.cfm)

New York Online Access to Health: [www.noah-health.org/Spanish](http://www.noah-health.org/Spanish)

University of Texas Harris County Psychiatric Center:

[www.hcpc.uth.tmc.edu/spanish\\_esquizofrenia.htm](http://www.hcpc.uth.tmc.edu/spanish_esquizofrenia.htm)

[www.emedicine.com](http://www.emedicine.com)

[www.xarop.com/esquizo](http://www.xarop.com/esquizo)

[www.psiquiatria24x7.com](http://www.psiquiatria24x7.com)

[www.aepag.org](http://www.aepag.org)

[www.feafes.com/esquizofrenia/que\\_es.htm](http://www.feafes.com/esquizofrenia/que_es.htm) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales

[www.who.int/es/](http://www.who.int/es/) Organización Mundial de la Salud

<http://usuarios.lycos.es/igonzal/>

[www.psiquiatria.org.co](http://www.psiquiatria.org.co) Sociedad Colombiana de Psiquiatría

[www.sepsiquiatria.org](http://www.sepsiquiatria.org) Sociedad Española de Psiquiatría

[www.residentesdepsiquiatria.org.ve](http://www.residentesdepsiquiatria.org.ve) Sociedad Venezolana de Psiquiatría

[www.medicos.sa.cr/asociaciones/psiquiatria/](http://www.medicos.sa.cr/asociaciones/psiquiatria/) Sociedad Costarricense de Psiquiatría

[www.diariomedico.com/psiquiatria](http://www.diariomedico.com/psiquiatria)