

PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS (Tranquilizantes e hipnóticos)

EN ATENCIÓN PRIMARIA. COLABORACIÓN DE CEDEX Y FARMACIA.

- Documento de Trabajo. Octubre 2012 -



INDICE:

PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS

	Página:
• Justificación	3
• Metodología para el diseño y presentación del programa	4
• Programa	5

Anexos:

• Sesiones Grupales	11
• Recomendaciones para la desintoxicación de benzodiazepinas	49
• Datos Epidemiológicos	53
• Hoja Informativa para los usuarios	55
• Consentimiento Informado	56
• Hoja Informativa para Profesionales de Atención Primaria	57
• Ficha de Seguimiento telefónico	58
• Cuestionario de evaluación del programa por parte de los profesionales	59
• Ficha de Seguimiento de Sesiones	60
• Cuestionario de Calidad de Vida	61

Autores y Profesionales colaboradores:	63
---	-----------

Justificación:

Las encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas indican un consumo elevado de psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos) en Extremadura en relación a la media de España y en mujeres en relación a los hombres.

Sin embargo son escasos los inicios de tratamientos en los CEDEX por abuso-dependencias de estos fármacos.

La escasa tolerancia al malestar cotidiano y el inicio precoz de la toma de psicofármacos, especialmente en mujeres, pueden estar influyendo en el alto consumo (abuso) de los mismos, lo que unido al creciente fenómeno social de la medicalización de la vida cotidiana, hacen de este programa una oportunidad para abordar el problema planteado, en sus distintos ámbitos, incluyendo su vertiente social.

Por todo ello se considera necesario evaluar otra alternativa de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las/os pacientes, reduciendo el consumo de psicofármacos.

Se desarrollará un programa de investigación descriptiva, al que se derivarán las/os pacientes que puedan beneficiarse y que estén motivadas/os para reducir o eliminar el consumo de psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos).

Epidemiología:

Los datos que nos aportan **las encuestas**, indican que después del alcohol, el tabaco y el cánnabis, los tranquilizantes e hipnóticos son las sustancias más consumidas. Del mismo modo, es más elevado el consumo de tranquilizantes e hipnóticos en Extremadura en comparación con la media nacional; también es muy significativo el elevado consumo en mujeres en relación a los hombres. Ampliada la información en el anexo de datos epidemiológicos.

Solicitudes de tratamiento en CEDEX:

En los CEDEX iniciaron tratamiento durante 2011 un total de 2999 pacientes, de los cuales solamente 17 solicitaron tratamiento por abuso de benzodiacepinas, lo que corresponde al 0,56% de los pacientes que iniciaron tratamiento ese año. Esto nos indica que las personas que pueden tener problemas de abuso de benzodiacepinas no acuden a tratamiento en CEDEX y, presumiblemente, se encuentran sin recibir una atención específica para este problema de salud.

Metodología para el diseño y presentación del programa:

1. **Creación de un grupo de trabajo en Servicios Centrales del SES:** Se creó un minigrupo de trabajo en Servicios Centrales para diseñar el inicio del programa. Este grupo se compone de profesionales de:
 - Secretaría Técnica de Drogodependencias
 - Subd. de Farmacia

Este grupo ha redactado el programa, las sesiones, hojas informativas, etc, ha evaluado la conveniencia de realizarlo y tomará las decisiones operativas a nivel general.

Por indicaciones de la Subdirección de Atención Primaria y debido a la sobrecarga asistencial, no consideran apropiado que este programa lo desarrollen médicos y enfermeros de Atención Primaria, a menos que estos profesionales por propia iniciativa se muestren interesados en realizarlo. En cualquier caso, los Médicos de atención primaria serán los responsables de la derivación de los pacientes.

2. Selección de Centros

Se le ha facilitado información del programa en Junio 2012, a los profesionales de CEDEX por parte de la Secretaría Técnica de Drogodependencias. Ha tenido muy buena acogida y un grupo amplio de profesionales han mostrado voluntariamente su interés para pilotarlo. La subdirección de farmacia ha informado del mismo a farmacéuticos de centros de salud y hay un grupo de profesionales que se ha mostrado interesado.

Durante el mes de Octubre se expone el programa en los Centros de Salud donde hay profesionales de CEDEX y farmacéuticos interesados en implantarlo como piloto. La Subdirección de Atención Primaria, cita a sesión en el Centro de Salud seleccionado, via coordinador; se les expondrá el programa por parte de los profesionales que lo han realizado, se ajustarán las personas que intervendrán y se decidirán las particularidades de la puesta en funcionamiento: procedimiento para las derivaciones, calendario, reparto de tareas, etc.

Finalmente se realizará en aquellos centros de salud que tenga buena acogida y los profesionales estén interesados en derivar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de él.

Para una mayor aceptación del programa por parte de las/os usuarias/os se considera pertinente desarrollar las sesiones en dependencias del Centro de Salud, no propias del CEDEX

3. Implementación del programa piloto.

Una vez designados los Centros de Salud donde se desarrollarán, se llevarán a cabo las sesiones incluidas en el programa, por parte de los profesionales que se han prestado a ello.

PROGRAMA

A. Objetivos:

General

- Disminuir el consumo de tranquilizantes e hipnóticos en la población diana

Específicos

- Desarrollar un programa para usuarios/as de atención primaria que abusan de tranquilizantes e hipnóticos.
- Mejorar estrategias de afrontamiento en los/as pacientes participantes en el programa.
- Detectar variables personales, sociofamiliares o culturales en los usuarios del programa que ayuden a desarrollar programas de prevención.

B. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Que cumpla uno de los siguientes criterios:

1.1. Pacientes en tratamiento con tranquilizantes e hipnóticos que estén **en disposición de reducir el consumo** de los mismos pero les sea difícil hacerlo.

1.2. Pacientes que estando en tratamiento con tranquilizantes o hipnóticos estén **motivados** a trabajar las causas de su sintomatología para afrontarlas y realizar cambios.

1.3. Hiperfrecuentadoras/es con tratamiento de tranquilizantes/hipnóticos

1.4. Pacientes que presentan sintomatología de ansiedad y el médico considere que puede beneficiarse de un programa, **antes de optar por iniciar tratamiento psicofarmacológico.**

1.5. Pacientes de A.P. de salud, que **a juicio de su médico**, puedan beneficiarse de este programa.

2. Criterio Imprescindible: voluntariedad de los pacientes para aceptar la inclusión en el programa.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes en seguimiento por los Equipos de Salud Mental, (a excepción de los derivados a este programa por el profesional del ESM).
- Pacientes con Trastornos Psicóticos.

C. Derivación al programa.

El médico de A.P. Primaria, derivará los casos susceptibles de participar en este Programa.

Otros profesionales del centro de salud, especialmente enfermería y farmacéutico de equipo, que detecten un posible paciente para este Programa pueden proponerselo a su médico de A.P. para que valore la conveniencia de derivarlo.

El médico decidirá la derivación al Programa cuando:

- Considere que una reducción de la medicación (tranquilizantes e hipnóticos) sería deseable en un paciente, una vez superada una situación aguda.
- Cuando aprecie que coexisten conflictos psicosociales en el/la paciente, que con un abordaje adecuado no requerirían tomar medicación o tomarla en menor dosis.
- Cuando mantiene un consumo crónico de tranquilizantes e hipnóticos "per se" que se pudo prescribir al inicio de un cuadro psicopatológico, pero actualmente ya no se corresponde con esa prescripción, manteniéndose la demanda de medicación por su poder adictivo y las dificultades del paciente de mantenerse estable al bajar la dosificación.

D. Sesión explicativa del programa a las/os usuarias/os.

Sería deseable que un mínimo de dos profesionales (Enfermería / T.S. / Médico/ Psicólogo/ Farmacéutico) expusieran a las personas derivadas al Programa, en qué consiste éste, cuales son sus objetivos, las fechas, lugar y nº de las sesiones del Programa. La sesión explicativa seguirá pautas de entrevista motivacional.

Aquellas personas que acepten participar, serán emplazadas para iniciar el Programa proponiéndole realizar 5 sesiones grupales básicas. Posteriormente decidirá cada persona si continua el programa completo: + 5 sesiones grupales ampliadas y + 5 sesiones grupales de seguimiento, pudiendo los usuarios decidir el número de sesiones a las que quieren asistir, según van recibiendo.

Las sesiones serán semanales, de 1 hora de duración

El grupo se formará por un número de 10 a 15 personas

Proponemos como horario de 9,30 h. a 10,30 h., aunque será cada Equipo el que decidirá el horario y el día de la semana, atendiendo a lo más pertinente para las personas que van a asistir.

En todas las sesiones de grupo se encontrará coordinando-dinamizando el grupo un profesional de referencia para ese grupo, que estará acompañado por distintos profesionales en determinadas sesiones.

E. Sesiones Grupales Básicas.

Número de Sesiones: **5 sesiones** con un contenido básico y de inicio.

Modelo de las sesiones:

- 5 minutos iniciales de presentación y comentarios de encuadre
- 10 minutos de exposición a lo largo de la sesión del tema a tratar.
- 40 minutos de dinámica semidirigida para intercambio de experiencias, motivaciones expectativas, expresión de malestar, etc.
- 5 minutos para conclusiones y despedida.

Contenidos de las sesiones.

En Anexo de Sesiones Grupales:

1. Medicalización de la vida cotidiana I. Pag. 13
2. Medicalización de la vida cotidiana II Pag. 18
3. Ansiolíticos e hipnóticos, indicaciones, efectos no deseados. Revisión de medicación de los participantes. Pag. 21
4. La toma de psicofármacos, ¿problema?, ¿genético o cultural?. Pag. 26
5. Perspectiva de su evolución. ¿Considera pertinente continuar?. Pag. 30

F. Sesiones Grupales Ampliadas.

Número de Sesiones: **5 sesiones** como continuación de las anteriores con otros contenidos

Modelo de las sesiones: Idem que las Básicas.

Contenido de las sesiones.

En Anexo de Sesiones Grupales:

6. El malestar cotidiano, afrontamiento, manejar el estrés. Pág. 32
7. El autocuidado. Autoestima. Pág. 35
8. Las responsabilidades. Las Atribuciones. Pág. 41
9. Organización familiar. Pág. 43
10. Ocio y tiempo libre. Pág. 47

G. Sesiones Grupales de Seguimiento

Número de Sesiones: 5.

Modelo de las sesiones: Idem que las Básicas a excepción de los 10 minutos de exposición

Contenidos de la Sesiones.

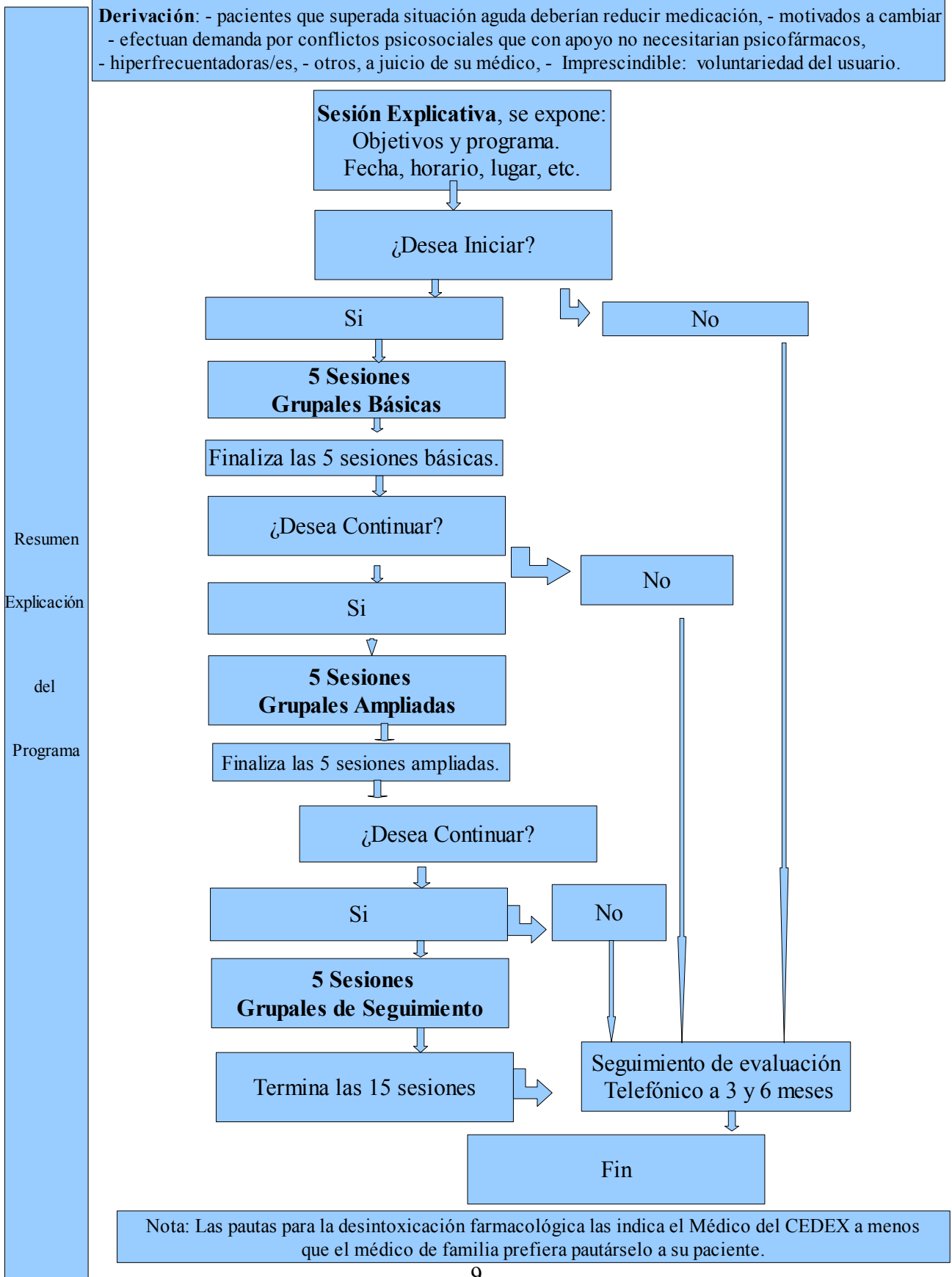
Estas 5 sesiones no se introducen con una temática particular, son sesiones donde se promociona la autoayuda en las mismas, a través de expresar su experiencia, emociones, avances y retrocesos en relación al consumo de tranquilizantes e hipnóticos, del estilo de afrontamiento y de todo aquello que se ha venido desarrollando en sesiones anteriores. Se refuerzan los cambios efectuados, tanto en la toma de la medicación como en los estilos de afrontamiento, dando mayor relevancia al grupo, a lo que expone el grupo y a las vivencias reales del grupo.

Al finalizar el programa, transcurridos 3 y 6 meses se efectuará seguimiento por contacto telefónico, por parte del coordinador-dinamizador del grupo.

PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Programa realizado por profesionales voluntarios de:
 CEDEX, farmaceuticos de equipos y otros profesionales de Atención Primaria. Deriva Médico de A.P.

Derivación: - pacientes que superada situación aguda deberían reducir medicación, - motivados a cambiar
 - efectuan demanda por conflictos psicosociales que con apoyo no necesitarian psicofármacos,
 - hiperfrecuentadoras/es, - otros, a juicio de su médico, - Imprescindible: voluntariedad del usuario.



H. Pautar la desintoxicación farmacológica.

En el anexo: "Recomendaciones para la desintoxicación de Benzodiazepinas", se da información actualizada para llevarla a cabo.

¿Quién realizará esta tarea? Para este Proyecto de investigación descriptiva, podrá hacerlo, si lo desea, el médico de Atención Primaria con cada paciente que deriva a las sesiones o el médico del CEDEX que voluntariamente se ha prestado a participar, si el médico de A.P. hace derivación para las sesiones y para la desintoxicación. Al efectuar la derivación indicará si asume o no la desintoxicación.

I. Evaluación del Programa

Evaluación Objetiva:

- Consumo de tranquilizantes e hipnóticos . (Datos receta electrónica, globales del grupo.)
- Cuestionario de calidad de vida. Pre y post-tes
- Nº de consultas pre y post tratamiento.

Evaluación Subjetiva:

- Cuestionario a usuarios/as sobre las sesiones, calidad, nº, etc.
- Cuestionario a los profesionales sobre las sesiones
- Evaluación de todo el equipo participante en C. S. y de Servicios Centrales.

J. Aplicación de Mejoras

A partir de las evaluaciones del programa

K. Generalización del Programa en distintos centros.

El grupo ideará las estrategias para generalizar este programa a distintos centros, una vez evaluado y tras la aplicación de las correspondientes mejoras al mismo.

Anexos:

Página:

• Sesiones Grupales	11
• Recomendaciones para la desintoxicación de benzodiazepinas	49
• Datos Epidemiológicos	53
• Hoja Informativa para los usuarios	55
• Consentimiento Informado	56
• Hoja Informativa para Profesionales de Atención Primaria	57
• Ficha de Seguimiento telefónico	58
• Cuestionario para evaluación del programa por parte de los profesionales	59
• Ficha de Seguimiento de Sesiones	60
• Cuestionario de Calidad de Vida	61

SESIONES GRUPALES

Modelo de Sesiones:

Las sesiones grupales se plantean desde un modelo de autoayuda con apoyo de profesionales, no se pretende efectuar exposiciones power point, ni por otros medios que hagan entender a los usuarios que van a recibir información de profesionales exclusivamente. El grupo es dinámico, se facilita información y se pregunta al grupo para que interactúe. A medida que van sucediéndose las sesiones, se les ofrece menos información y se les lanzan, más preguntas para facilitar el diálogo entre los miembros del grupo favoreciendo que todas las personas del grupo participen o al menos tengan la oportunidad de hacerlo. Los profesionales intervienen cuando la conversación del grupo no fluye sobre el tema, pero si las personas expresan su visión personal, sus vivencias, emociones y experiencias, los profesionales dan libertad de movimiento al grupo y refuerzan que se interactúe entre los miembros. Interviene el profesional a posteriori, o cuando el grupo no habla, para hacer resumen, sacar conclusiones o para aclarar cuestiones sobre evidencia científica. Los cambios que queremos facilitar en los miembros del grupo son más probables que se den con los aprendizajes extraídos de las experiencias de otros miembros, que de la “doctrina” de los profesionales. Si el grupo es un momento de interacción agradable, donde hay momentos de humor, se consigue una mayor cohesión y adherencia al mismo. Por último hay que destacar lo importante de mantener la confidencialidad en el grupo; *"Lo que se habla en el grupo, se queda en el grupo"*.

Periodicidad: Semanal.

Duración: 1 hora.

Lugar: Sala en Centro de Atención Primaria.

Total Sesiones: 15 (5 sesiones básicas, 5 sesiones ampliadas, 5 sesiones de seguimiento)

Al usuario se le propone inicialmente las 5 sesiones básicas.

Según las vaya recibiendo se les ofrece continuar con las 5 sesiones ampliadas y finalmente se le ofrece las 5 sesiones de seguimiento.

5. Sesiones Grupales Básicas.

1. Medicalización de la vida cotidiana I. Pag. 13
2. Medicalización de la vida cotidiana II Pag. 18
3. Ansiolíticos e hipnóticos, indicaciones, efectos no deseados. Revisión de medicación de los participantes. Pag. 21
4. La toma de psicofármacos, ¿problema?, ¿genético o cultural?. Pag. 26
5. Perspectiva de su evolución. ¿Considera pertinente continuar?. Pag. 30

5. Sesiones Grupales Ampliadas

6. El malestar cotidiano, afrontamiento, manejar el estrés. Pág. 32
7. El autocuidado. Autoestima. Pág. 35
8. Las responsabilidades. Las Atribuciones. Pág. 41
9. Organización familiar. Pág. 43
10. Ocio y tiempo libre. Pág. 47

5. Sesiones Grupales de Seguimiento.

Las sesiones 11, 12, 13, 14 y 15.

Sin temática particular concreta, se promociona la autoayuda, a través de expresar sus propias experiencias, emociones, avances y retrocesos en relación al consumo de tranquilizantes y sedantes, su estilo de afrontamiento de los problemas y todo aquello que se ha venido desarrollando en sesiones anteriores. Se refuerzan los cambios efectuados y se anima a modificar los estilos de afrontamiento, dando mayor relevancia al grupo, a lo que expone cada persona y a las vivencias reales del grupo.

SESIONES GRUPALES BÁSICAS:

1. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA I

Olga Ortiz Rodríguez. Farmacéutica del Área de Salud de Llerena – Zafra. Abril 2012.

Al inicio de la primera sesión:

- Se presentan los profesionales.
- Exponen brevemente en qué consisten las sesiones (resumido en el primer párrafo de este anexo)
- Se presentan todas las personas asistentes al grupo, indicando:
 - Nombre
 - ¿Por qué viene al grupo?
 - Que comente una cualidad positiva suya. (Para empezar en positivo)

Posteriormente se efectúa la introducción de la sesión con el tema que se indica, lanzando al grupo las preguntas que se van exponiendo.

Actualmente es muy frecuente escuchar el término : “ Medicalización de la vida cotidiana”, fenómeno éste, que cada vez tiene un mayor alcance e impacto y que está interiorizado no sólo en la profesión sanitaria, sistemas de salud, sistemas educativos, medios de comunicación etc.. sino también en la propia sociedad, estableciéndose incluso, como un valor socio-cultural entre todos nosotros, *¿quién, no ha recibido nunca ninguna charla “médica” por parte de algún familiar, vecino, conocido, etc... incluyendo además sus correspondientes recomendaciones farmacoterapéuticas?*.

Durante esta sesión, vamos hablar fundamentalmente, de las implicaciones que esta Medicalización de la vida tiene en nuestro entorno, reflexionando sobre ella, y abordando claves, tales como ¿en qué consiste?, ¿cómo surge?, ¿quiénes son los agentes implicados , ¿cómo nos puede afectar?, ¿ nos afecta? etc...

Para empezar son muchos los ejemplos que ilustran este fenómeno *¿se os ocurre alguno?*. En realidad, nos referimos a procesos fisiológicos normales, naturales e intrínsecos al ser humano, que “de repente”, se transforman en enfermedad, o incluso en pre-enfermedad.

Se trata de un **doble movimiento**: por un lado de una normalización de lo patológico, de sacar la enfermedad de la categoría de lo patológico introduciéndola en el terreno de la normalidad, formando parte constitutiva de la vida cotidiana. Por otro lado se observa también el proceso inverso, es decir la patologización de la normalidad que transforma en enfermedad procesos cotidianos de la vida tales como la angustia, la tristeza, el duelo o el insomnio, que devienen trastorno de ansiedad, depresión, síndrome del reposo. Se desemboca así en una invención de enfermedades.

Un ejemplo muy típico es la **menopausia**, que al parecer ha dejado de ser un proceso fisiológico normal, propio del envejecimiento, pasando a ser tratada prácticamente como una enfermedad, envuelta en la casi obsesiva **“prevención”**: ¡cuidado con los huesos que se rompen!,

la menopausia nos produce una nueva enfermedad: la osteoporosis, además de los desagradables sofocos, alteraciones del ánimo, etc..... y con esto no queremos decir que estemos en contra de la prevención, ni mucho menos, sino que hay que apostar por una prevención basada en el sentido común, que luego abordaremos más despacio.

Decimos pues que a través de los medios de comunicación, servicios de salud, etc., se nos “bombardea” con la idea del peligro que supone una situación fisiológica que, vuelvo a repetir, es natural y forma parte de nuestra vida y de nuestra trayectoria como seres humanos, determinada además por nuestra propia evolución genética.

(Aquellos profesionales que lo deseen pueden seguir otro ejemplo en lugar de la menopausia, como podría ser el del duelo)

Como ejemplo ilustrativo, pasaremos a reproducir una entrevista realizada en un diario: Público, al Dr. Enrique Gavilán, médico de familia, y doctor en medicina (CC).

A este médico, le realizan algunas cuestiones como:

- **¿Le parece el estudio de los antidepresivos para la menopausia un ejemplo de medicalización?** . Esta pregunta sale a colación porque actualmente existe una tendencia en tratar médicamente todos estos alti-bajos emocionales, asociados a la menopausia, responsables de ellos las propias alteraciones hormonales. El Dr. responde que, efectivamente, se pretende tratar a un grupo de “potenciales pacientes” muy amplio (pensad que toda mujer pasará por ahí), de las cuales la mayoría no son susceptibles, ya que estas alteraciones pueden ser limitantes en muy pocos casos, no estando pues justificado tratarlas “ masivamente”. De hecho, han existido terapias hormonales sustitutivas que, lejos de reducir el riesgo asociado a la pérdida de estrógenos en la menopausia, aumentaban el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares

¿Qué pensáis sobre esto? Se deja que el grupo se exprese espontáneamente aceptando los comentarios personales.

- **¿Pero, existiendo fármacos que pueden resolver las molestias de la menopausia, aunque sean pequeñas, ¿por qué no utilizarlos?**

Se le da la palabra al grupo para que opine sobre este asunto

Hay que tener en cuenta que todos los tratamientos tienen sus riesgos, no son inocuos. Los antidepresivos, por ejemplo, tienen como efectos adversos el insomnio o el descenso del deseo sexual, entre otros. En cualquier caso, se trata de hacer un balance entre beneficios y riesgos y estudiar, además, los costes para el sistema nacional de salud.

3. ¿Considera usted que los médicos son conscientes de este fenómeno?

Está comprobado. Hay que hacer un poco de autocrítica y los médicos hemos contribuido a la medicalización; de hecho, yo diría que somos los mayores medicalizadores. Hemos tendido a tratar dentro del ámbito sanitario lo que no debía estar metido ahí, excepto en el caso de que existan complicaciones médicas.

➤ **¿Y los pacientes?.**

Bueno, los pacientes piensan: "Si ahora hay medios, es porque será bueno". Se ha contemplado la medicalización como un avance. En cualquier caso, no hay un único culpable, ni los médicos, ni la industria ni la administración. Todos estamos, en parte, implicados. Y ese fenómeno contribuye a una mayor exigencia de los servicios para que respondan a muchas cuestiones, algunas de las cuales no vamos a poder resolver nunca. Un ejemplo es la longevidad. Por mucho que queramos, nunca vamos a vivir 180 años, de algo moriremos; otro ejemplo es el "estar bien siempre": es imposible, la vida tiene sinsabores y desengaños, pero para todo no tiene que haber una pastilla.

¿Os habéis planteado alguna vez esto? ¿Qué opináis? ¿Siempre habrá una pastilla para estar bien? ¿Algunas cosas podemos soportarla /mejorarlas sin pastillas?

Pero la menopausia es sólo un ejemplo, hay más, **¿se os ocurre ahora algún otro?:**

Por desgracia son muchos los ejemplos que podemos enumerar:

1. Hiperactividad en los niños: Si la inquietud y desatención en los niños resultan tan frecuentes cabe preguntarse por qué calificarlas como trastorno. ¿No responden a la hiperactividad y sobrestimulación de la época? Los niños desatentos e inquietos aumentan en la medida en que padres y maestros, sumergidos ellos mismos en la hiperactividad de la época, tienen cada vez menos tiempo para compartir con ellos.

Fobia social (antes la llamábamos timidez).

Depresión : ¿por qué la llamamos depresión cuando lo que queremos decir es tristeza?. etc.

Bueno, y ¿cómo creéis que hemos llegado a esto?.

La causa es verdaderamente compleja y no única, sino asociada a muchos factores, tales como la **evolución tecnológica**, médica y científica que hemos experimentado en los últimos años, así como la evolución en las expectativas sociales y culturales de la población. En mi opinión, todo empieza allá por el año 1946 en la OMS (Organización Mundial de la Salud), cuando decide definir la salud marcando unas metas casi inalcanzables:

¿Cómo define la OMS la salud?

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» (La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948).

¿Y ,qué pensáis de los que fabrican los medicamentos?

Bueno, la Industria Farmacéutica juega un papel clave en todo lo relacionado con la Medicalización de la vida. Una vez fabricado un medicamento, proceso éste extremadamente costoso, hay que venderlo, de tal forma que cuánta más gente lo tome, mejor; pero claro, los medicamentos sólo deben ser consumidos por personas enfermas, no sanas, de ahí que cuanto más gente pase a ser “etiquetada” como enferma, mayor potencial de ventas y, por tanto, mayores beneficios.

Pensemos un poco en esto de “etiquetar a las personas cómo enfermas”, **¿entendéis a qué me refiero?**.

Vamos a ilustrar esto con un ejemplo utilizado como técnicas de “marketing” de medicamentos. En Estados Unidos está permitida la publicidad directa al consumidor de medicamentos; es decir, en una revista cualquiera, un paciente puede leer las propiedades de un medicamento igual que las propiedades de un refresco, o un producto de belleza, etc....

Un par de investigadores estadounidenses se dedicaron a analizar los anuncios de antidepresivos de revistas como: Cosmopolitan; People, etc., durante los años 1997 y 2003; y ¿qué observaron?. Pues que los anuncios seguían diversas estrategias:

- Asomarse al diálogo interior con frases como: “sabes lo que se siente cuando se sufre el peso de la soledad”. Mensajes que buscan la compasión del otro y su comprensión.
- El efecto “contagio”: “No estás sólo. Como tú hay millones de personas”. Normaliza la situación para conseguir que aceptes que estás mal y que necesitas ayuda.
- Definir las meras desviaciones de la normalidad como enfermedades. Si estás triste, desganado, puede ser porque estés enfermo de depresión. Consulta con tu médico....
- Provocar disconfort con frases incompletas, cortas y directas sobre emociones y sensaciones desagradables, lo que refuerza la noción de que uno está realmente mal (“¿Cansado?; ¿Duerme mal?, ¿Te falta apetito?, ¿Incapaz de sentir placer?).
- Aportar instrucciones para el autodiagnóstico. Empujar al paciente a la consulta

porque el test de sólo dos preguntas ha dado positivo (lo cual ocurre en más de la mitad de las personas que lo hacen).

Curiosamente, había más anuncios de antidepresivos en las revistas dedicadas a un público femenino que en las masculinas.... no es casualidad.

Está comprobado que ir al médico con la expectativa de estar enfermo y por tanto considerar necesario que el médico recete un determinado medicamento antidepresivo, aumenta considerablemente (entre 3 y 8 veces) la probabilidad de que el médico termine prescribiendo el fármaco.

Hablábamos antes de la prevención. Efectivamente, es importante abordar la prevención de enfermedades en nuestra vida cotidiana, entre otras causas, porque estamos “condenados” a vivir muchos años, más de los que desde el punto de vista genético-evolutivo estamos diseñados.

Está científicamente demostrado, y así lo recogen la mayoría de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, que llevar una vida sana y saludable, cuidarse a través del ejercicio físico moderado (ej: pasear) y llevar una dieta equilibrada (nuestra dieta, la dieta mediterránea por ej) es la mejor manera de prevenir gran cantidad de enfermedades, sobre todo de origen cardiovascular. Pero... **¿hacemos esto?**, o por el contrario, **¿confiamos exclusivamente en tomar una pastilla y así tener la conciencia tranquila (estamos previniendo) y obviar ese ejercicio tan incómodo y esa dieta en ocasiones menos apetecible?**.

2. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA II

Olga Ortiz Rodríguez. Farmacéutica del Área de Salud de Llerena – Zafra. Abril 2012.

Este fenómeno de Medicalización de la vida cotidiana que ya estuvimos hablando en las sesión anterior, **¿nos afecta?, ¿qué pensáis?, y si nos afecta...¿cómo?, ¿a quién/ quiénes?**

¿Qué pasa si uno se conoce portador de un factor de riesgo, como la hipercolesterolemia?

Comentaba el Dr. E. Gavilán que, en una de sus guardias médicas, un chico joven vino a la una de la madrugada porque llevaba 4 días notándose los latidos del corazón. Decía tener miedo a que el colesterol le bloqueara el corazón. La clave de este tema es el miedo. Miedo de elevar a la categoría de enfermedad, temida y amenazante, lo que en realidad es un factor de riesgo.

Es fácil ver, incluso por televisión, como nos quieren hacer entender que quien no se controla el colesterol termina precozmente con su vida, grabándose, a fuego diría yo, en nuestras retinas, esa prevención, a mi juicio excesiva, y no justificada. De esta manera, nos puede afectar en nuestras vidas, ya que no son raras las consultas en las que un paciente dice haber tenido “un ataque de colesterol”, o achacar el dolor de cabeza a una “subida de colesterol”, o bien estar muy preocupados porque no saben “como tienen el colesterol”, es como si el miedo a vivir, nos impidiera disfrutar de estar sanos.

¿ Afecta a la sociedad la medicalización de la vida?, ¿Cómo?

- **Percepción de peor salud que nunca.** La sociedad se encuentra en la paradoja de que en el momento que mayor es el nivel de salud objetivo existente y cuando mayor es el número de servicios sanitarios prestados, peor es la sensación de salud subjetiva y mayor es la demanda de servicios sanitarios. Ello es debido fundamentalmente a que no se ven cumplidas las **expectativas existentes**, creadas de forma artificiosa, al no existir soluciones para todo tipo de problemas y/o situaciones.

- **"Sanitarización" de la sociedad.** La sociedad se hace cada vez más dependiente del sistema sanitario y se requiere la participación de sus profesionales en todos los aspectos de la vida (enfermeras en los colegios, certificados médicos para ir a un balneario, etc.).

- **Aumento del consumo de fármacos.** En estrecha relación con el punto anterior, la medicalización ocasiona un aumento del consumo de medicamentos, en muchas ocasiones innecesario y/o ineficaz, que aumenta el riesgo de reacciones adversas, interacciones, etc.

- **Sentimiento de frustración.** Cuando se llevan a cabo actuaciones no eficaces, éstas no obtienen los resultados esperados por la población y este incumplimiento de expectativas puede acabar generando frustración, desconfianza o ansiedad, que a su vez provoca la búsqueda de nuevas soluciones en el sector sanitario, fomentando nuevas medicalizaciones.

- **Disminución de la competencia individual.** La búsqueda de soluciones externas (generalmente el sector sanitario) a todo tipo de situaciones, conlleva una pérdida progresiva de las formas no médicas de afrontar las dificultades y de la capacidad de autocuidados.

¿Afecta a las instituciones y a los profesionales sanitarios?, ¿Cómo?.

- **Sistema sanitario desbordado.** La existencia de nuevas demandas, de demandas repetidas por el mismo cuadro, la petición de mayor número de pruebas complementarias, etc. está generando un sistema cada vez más masificado y con listas de espera desorbitadas o con una disminución de la calidad de la atención. En Atención Primaria genera la masificación de las consultas, lo que impide dedicar el tiempo necesario para cada paciente, contribuyendo a aumentar la insatisfacción del mismo y la inseguridad del profesional. Estas circunstancias, a su vez, generan nuevas consultas, solicitud de mayor número de pruebas, más tratamientos ineficaces, más medicalización. En Atención Hospitalaria genera la existencia de listas de espera crecientes, lo que conlleva situaciones desafortunadas que llegan a la opinión pública, generando mayor insatisfacción y descrédito del sistema.

- **Aumento del gasto sanitario.** La incorporación a la cartera de servicios de situaciones que responden a necesidades demandadas pero no reales, y la incorporación al ámbito sanitario de situaciones anteriormente atendidas por otros sectores, generan aumento del gasto sanitario. También contribuyen a aumentar dicho gasto situaciones más cercanas a los clínicos, como el incremento irracional del empleo de nuevas tecnologías o la prescripción de tratamientos ineficaces. Este aumento del gasto sanitario actúa en detrimento de otros sectores que pueden contribuir positivamente al estado de bienestar.

- **Pérdida de efectividad y equidad del sistema.** El aumento del gasto sanitario comentado en el apartado anterior, además de ir en detrimento de los recursos destinados a otros sectores, también ocasiona que actuaciones de probada eficacia se vean marginadas o retrasadas en el tiempo. Como consecuencia, puedan verse relegadas personas con necesidades reales y para las que sí existen actuaciones eficaces. Desde otra perspectiva, la demora en la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, etc., genera también pérdida de equidad, porque las personas con mayores recursos pueden utilizar sistemas paralelos (medicina privada) para la solución de sus problemas.

- **Deshumanización de la atención.** Muchos de los factores relacionados con la medicalización de la vida, como la parcelación de la atención, la superespecialización de los profesionales, la tecnificación del sistema, etc., son factores que están contribuyendo a que la

atención sanitaria vaya perdiendo una faceta esencial de la misma como es el componente humano.

- **Transformación de factores de riesgo en enfermedades.** La realización indiscriminada de actividades de cribado, las revisiones repetidas por factores de riesgo, etc. acaban convirtiendo a personas sanas en enfermos dependientes del sistema.

- **Aumento de iatrogenismo.** Ya comentado en el apartado dedicado a las consecuencias para la población.

- **Alteración de la relación profesional-paciente.** Los pacientes se ven defraudados, al no obtener los resultados esperados y no cumplirse sus expectativas; los profesionales reciben demandas de atención para las que no están preparados, al quedar fuera de su ámbito de actuación; y todo ello altera la relación entre la población y los profesionales. Una forma de valorar este aspecto es a través del aumento de las reclamaciones existentes hacia el sector sanitario, tanto de manera formal (judiciales), como informal (reclamaciones, denuncias en medios de comunicación, etc.).

- **Insatisfacción de los profesionales.** Al igual que los pacientes sienten frustración por no ver satisfechas sus expectativas, los profesionales tampoco se encuentran satisfechos con su trabajo. El síndrome de desgaste profesional o *Burnout*, que quizás represente otra forma de medicalización, es una expresión de esta insatisfacción.

Y para finalizar, solamente decir que desde esta sesión / taller, pretendemos trasladar la siguiente idea:

*No existe medicina para la felicidad
disfruta todos los momentos de tu vida.
No medicalices cualquier situación vital
eso no es enfermedad, es simplemente tu vida"* Julián
Onofre Salgado Pacheco

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Revista Clínica de Medicina de Familia. Vol 4; nº 3. Albacete. Octubre 2011.
- La Medicalización de la vida por José Alberto Mainetti. Instituto de Bioética y Humanidades.
- La Medicalización de la vida cotidiana. Liliana Cazenave.
- Blog Enrique Gavilán, entradas 18 mayo 2011; 12 abruk 2011; 11 marzo 2011;
- Blog Salud y otras cosas del comer. Jornadas de teatro .
- Entrevista Público.es , Dr. Enrique Gavilán.

3 : ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS, INDICACIONES, EFECTOS NO DESEADOS. REVISIÓN DE MEDICACIÓN.

Olga Ortiz Rodríguez. Farmacéutica del Área de Salud Llerena- Zafra.

INTRODUCCIÓN:

La sesión abordará, a modo de entrevista más o menos estructurada, algunos aspectos concretos sobre el consumo crónico de Benzodiazepinas (BZ), junto con una explicación breve sobre las características más relevantes de la pauta de reducción gradual de sus dosis.

Trataremos los siguientes aspectos:

1. ¿Qué son, y para qué sirven las BZ?, incidiendo en sus efectos beneficiosos a corto plazo.
2. Problemas derivados del uso prolongado.
3. Conceptos de dependencia, síndrome de abstinencia y de retirada.
4. Importancia de que la retirada sea gradual.
5. Se realizará una revisión de botiquines, con una puesta en común.

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS: LAS BENZODIAZEPINAS:

1. Qué son y para qué sirven:

Con este nombre “científico”, que es debido, ni más ni menos, a su compleja estructura química, se definen un grupo muy amplio de medicamentos que actúan en el Sistema Nervioso Central, es decir en el CEREBRO. Sus acciones farmacológicas son, principalmente:

- Efectos sedantes e hipnóticos.
- Efectos relajantes musculares.
- Efectos ansiolíticos.
- Incluso también algunas tienen efecto anticonvulsivante.

Este tipo de medicamentos sirven, por ejemplo, para el tratamiento de los estados de ansiedad y para ayudar a conciliar el sueño en momentos puntuales en los que, por cosas de la vida uno se encuentra desbordado por algunas situaciones. **¿Queréis plantear por qué, o cuál fue la causa por la que empezásteis a tomar el medicamento?.**

Como hemos dicho, son un grupo muy amplio de fármacos, que se suelen clasificar por su tiempo de vida media, es decir, (más o menos) por el tiempo que tardan en eliminarse del organismo; de tal forma que las hay que se eliminan muy rápido, menos rápido y otras muy lentas. Aunque también este “tiempo” de eliminación puede variar entre unas personas y otras. Luego veremos la importancia que tiene la velocidad de eliminación.

¿Pensáis que son fármacos útiles?.

Estos medicamentos **NO** suponen un **tratamiento curativo** de ninguna enfermedad, simplemente mejoran o alivian la sintomatología de ansiedad, ayudan a dormir, relajan siendo medicamentos muy eficaces en estas indicaciones si se toman de forma breve, o incluso de forma intermitente y ocasionalmente.

En realidad, son pues medicamentos que poseen un **efecto muy beneficioso**, pero a **corto plazo**.

2. Problemas derivados del uso prolongado:

¿Cuáles creéis que son sus principales efectos adversos?, ¿cuáles son pues sus principales problemas de uso?.

En realidad son medicamentos bien tolerados. Tienen propiedades sedantes, en particular cuando se administran en grandes dosis, y aunque pueden causar coma, no producen ni anestesia quirúrgica ni intoxicación letal sin la presencia de otros fármacos con acciones depresivas en el SNC; de hecho, no tienen la posibilidad de causar depresión respiratoria letal o colapso cardiovascular a menos que se encuentren presentes también otros depresores del SNC.

Es muy importante pues, **evitar el uso concomitante con alcohol**, ya que éste potenciaría el efecto depresivo a nivel del SNC.

El **consumo prolongado** de estos medicamentos produce, además de la **dependencia**, que se explicará en breve, una disminución del estado de alerta, mala coordinación, confusión. Pueden causar depresión y ansiedad, algunas personas experimentan **perdida de memoria**, principalmente de la memoria reciente, toma de decisiones erróneas, **perdida de atención**, (ojo con los accidentes de tráfico), cambios bruscos del estado emocional. En personas de edad avanzada, puede confundirse con estadios de demencia: hablar despacio, tener dificultades para pensar y comprender. Pueden ocurrir **caídas**, por la disminución de los reflejos, con consecuencias óseas como fracturas de cadera. El riesgo de todos estos efectos adversos aumenta con la edad.

3. Conceptos de dependencia, síndrome de abstinencia y de retirada:

El principal problema se asocia a **su uso prolongado**, sobre todo por el riesgo de producir **dependencia**:

Las benzodiazepinas pueden causar tanto dependencia física como psicológica, **¿sabéis qué diferencia hay entre ellas?.**

El cerebro, que es dónde actúan, se acostumbra a ellas, de manera que diríamos que las necesita para seguir funcionando con normalidad.

Esto es así por dos factores principales. En primer lugar por su capacidad de crear **tolerancia**, es decir, el cuerpo se acostumbra y necesita cada vez dosis mayores para conseguir el efecto deseado. Que se provoque tolerancia está en función principalmente del tiempo que se lleva tomando la benzodiazepina: en general, a mayor tiempo de tratamiento, mayor tolerancia y por tanto mayor necesidad de aumentar las dosis.

Por otro lado tenemos como factor clave de la creación de dependencia, el **factor psicológico**. Son fármacos que dan lo que prometen, es decir, calman la ansiedad, nos producen sueño etc... y por

tanto son reforzadores positivos, esto es, que el paciente percibe el efecto del fármaco como algo claramente beneficioso para él. Esto unido a la tolerancia serían mecanismos de dependencia. La dependencia a las benzodiacepinas puede instaurarse tanto después de un mes de consumo seguido como pasados varios meses. No hay tiempo fijo, estando éste en función del tipo de benzodiazepina, de las dosis y de la idiosincrasia del individuo.

¿Cómo se suele llegar a esto?

Hay pacientes, que por un lado debido a la tolerancia a la que antes hacíamos referencia y a veces unido al poco control médico, sin apenas darse cuenta se hacen adictos al fármaco. Muchos de estos pacientes no están informados del peligro de adicción y sólo perciben el problema cuando les falta el fármaco, bien sea por olvido de la receta o la medicación, por cambio de médico o por otras razones en las que se encuentren sin el medicamento. Es entonces cuando el paciente empieza a sufrir una serie de trastornos, que ceden con la ingesta del fármaco, cerrándose así el ciclo de adicción.

En general, las personas adictas a estos fármacos comenzaron tomándolos por razones médicas, produciéndose la adicción, bien por ser un tratamiento prolongado o bien por ser un consumo de medicación superior a la dosis prescrita por el médico. El riesgo de dependencia aumenta cuanto mayor ha sido la duración del tratamiento (>3 meses), si las dosis consumidas han sido elevadas, o si se han utilizado BZ de vida media corta y alta potencia ansiolítica.

¿Qué pensáis que ocurriría si se interrumpe su consumo?:

Si en algún momento se suspenden de forma brusca, el cuerpo puede reaccionar con un **síndrome de recaída, un síndrome de retirada**, o incluso un **síndrome de abstinencia**.

El síndrome de recaída, es la reaparición de forma persistente de las sintomatología inicial por las que se prescribió la BZ.

El síndrome de retirada, consiste en la reaparición de los síntomas por los que se inició el tratamiento, pero a diferencia de la recaída, aparecen entre el 1º y el 3º día tras la supresión, son de mayor intensidad que los iniciales y son transitorios.

El síndrome de abstinencia, consiste en una intensificación temporal de los problemas que motivaron originalmente su uso (por ejemplo, insomnio, ansiedad). Pueden ir acompañados también de disforia, irritabilidad, palpitaciones, sudoración, sueños desagradables, temblores, anorexia y desmayos o mareos, de mayor o menor intensidad en función de la dosis y del tiempo de consumo.

4. Importancia de que la retirada sea gradual:

Por lo anteriormente expuesto, es necesario **disminuir** la dosificación de **manera gradual** cuando se va a interrumpir el tratamiento, y siempre bajo la supervisión médica, para “ir adaptando el organismo” y no presentar síntomas desagradables secundarios a la interrupción del tratamiento.

¿Qué importancia tiene el que se eliminen las BZ más o menos rápido del organismo?... pues en realidad mucha.

Como explicamos anteriormente, las BZ se pueden clasificar por la duración de su acción, que a su

vez está relacionada con la semivida de eliminación, de esta forma, las de acción corta tienen mejores resultados como hipnóticos, mientras que las de larga se prefieren por sus efectos ansiolíticos, pensad... es lógico.... si queremos un medicamento para dormir es muy importante que actúe rápido para conciliar el sueño cuanto antes, y que no dure en exceso su efecto, para no estar al día siguiente durante nuestra actividad laboral “dormidos”; mientras que si buscamos un efecto ansiolítico, nos interesa que su acción dure lo más posible, y que además no tenga mucho efecto hipnótico.

Por otra parte, también comentamos que la velocidad de eliminación del organismo de las BZ varía, de tal forma que unas se acumulan más en el cuerpo que otras, tardando más tiempo en eliminarse. Esto tiene especial importancia, ya que, al dejar de consumirlas, aquellas de acción más corta, es decir, aquellas que se eliminan más rápido del organismo, tendrán mayor tendencia a producir un “síndrome de abstinencia”, de ahí que a veces, sea necesario primero sustituir la BZ inicial por otra de vida media más larga, y trabajar con esta última la disminución gradual de la dosis. Esto lo irá valorando el médico, según el tipo de BZ consumida, características de la paciente etc.....

¿Cómo será esa reducción gradual, en qué consistirá?.

El médico nos propondrá y explicará exhaustivamente una pauta de descenso de dosis, probando qué sentimos cuando se vaya reduciendo poco a poco la medicación.

Al principio, durante los primeros días del descenso de dosis podemos notar **algún ligero síntoma** como algo más de ansiedad, irritabilidad, pero son síntomas muy **pasajeros**, casi siempre muy leves y que desaparecen en el curso de unos pocos días.

La disminución se hará pues muy poco a poco, **para que el cuerpo apenas note la disminución de la dosis**, y en intervalos de 2-3 semanas.

Si notáramos algún síntoma extraño o un aumento importante de la ansiedad, que **fuera difícil tolerar**, se lo comunicaremos al médico.

5. Revisión de botiquines, puesta en común.

Se planteará una puesta en común, donde todos los asistentes explicarán qué medicamentos toman, sean o no BZ, y posteriormente nos centraremos en estos fármacos abordando cuestiones que nos informarán sobre la adherencia al tratamiento, sobre las preocupaciones que les puedan suscitar, conocimientos adquiridos en la sesión, a través de cuestiones tales como:

(Tiempo de consumo):

- ¿Desde cuándo está tomando estos medicamentos, cuándo inició el tratamiento?.
- Desde entonces, ¿no ha dejado de tomarlas?, ¿ha habido periodos en que las ha dejado de tomar?.

(Preocupación por el consumo de BZ):

- ¿Le preocupa tener que tomar estos medicamentos?, ¿cree que son malas para su salud?.
- ¿Preferiría no tener que tomarlos?.
- ¿Ha necesitado ir aumentando las dosis para conseguir el mismo efecto que cuando empezó a tomarlas?.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- 1, Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en Atención Primaria. Caterina Vicens Caldentey. Francisca Fiol Gelabert. Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, nº 2/2008.
- 2, Entrevistas incluídas en el Ensayo Clínico BENZORED. Caterina Vicens Caldentey. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca.

4: LA TOMA DE PSICOFÁRMACOS, ¿PROBLEMA? ¿GENÉTICO O CULTURAL?

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Expresar las circunstancias personales que han influido en la toma de medicación y relacionar dicha circunstancia con exigencias sociales, con el género, aspectos eminentemente adquiridos.

DINAMIZAR EL GRUPO:

- ¿QUÉ TE HA LLEVADO A TOMAR PASTILLAS? Motivo **Pedir que concreten** (ej. Ansiedad, nerviosismo ¿qué influía en que estuvieras nervioso/a?)
- Según los últimos estudios las mujeres toman más tranquilizantes e hipnosedantes que los hombres ¿QUE PENSAS? ¿A QUÉ PUEDE DEBERSE?

En la encuesta Edades 2009-10: Se destaca que el consumo de los hipnosedantes es mayor en mujeres que en hombres.

Un 11,93% (17,7% media nacional) de las mujeres habían consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses frente a un 5,06% (8,7% media nacional) de los hombres.

Entre las mujeres son las de 35 a 64 años las que consumen estas sustancias en un porcentaje más elevado.

Tabla 13. Prevalencias de consumo de hipnosedantes, según edad y sexo (%). España y Extremadura, 2009/10.

	Frecuencia	Hombre			Mujer			Total		
		15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total
Tranquilizantes	Alguna vez	3,90	16,84	10,13	10,47	22,16	16,8	7,07	19,40	12,99
	Últimos 12 meses	1,46	8,95	5,06	5,76	13,48	9,49	3,54	11,14	7,20
	Últimos 30 días	0,49	7,37	3,80	5,24	11,24	8,13	2,78	9,24	5,89
	Diario	0,00	4,74	2,28	3,66	8,43	5,96	1,77	6,52	4,06
Somníferos	Alguna vez	0,49	2,63	1,52	2,09	6,25	4,09	1,26	4,37	2,76
	Últimos 12 meses	0,00	1,05	0,51	0,52	4,49	2,44	0,25	2,72	1,44
	Últimos 30 días	0,00	1,05	0,51	0,52	3,93	2,17	0,25	2,45	1,31
	Diario	0,00	0,53	0,25	0,52	2,81	1,63	0,25	1,63	0,92

- ¿CREES QUE LO QUE CAUSA TENSIÓN, ESTRÉS EN HOMBRES Y MUJERES ES DIFERENTE? (esta última pregunta solo se haría si con la pregunta previa no se ha generado debate)

Se formulan las preguntas anteriores y se da tiempo para que cada componente del grupo pueda responderlas. Se facilitará la interacción entre todas las personas integrantes del grupo, validando todas las respuestas. Se motivará a que cada persona exprese su experiencia, si bien los consejos no deben aceptarse, especialmente si son referidos a cambio de medicación. Para ello están los profesionales. Se aprende más de la experiencia que cuenta cada persona, que es una realidad, que de recibir consejos que es gratuito.

La sesión finalizará haciendo un resumen de las circunstancias más comunes para las personas del grupo, relacionándola con la información básica que se expone posteriormente.

CONTENIDO BÁSICO PARA EL PROFESIONAL:

Los factores psicosociales de vulnerabilidad (potencialmente enfermantes) que influyen en el proceso de salud/enfermedad tienen que ver con las circunstancias sociales, la biografía y los acontecimientos vitales.

El impacto de estos acontecimientos vitales depende de que afecten a la autopercepción de integridad como grandes carencias de cualquier orden (material, social, relacional, afectivo), las pérdidas de seres queridos, tanto más cuanto más significativos fueran, la falta de la capacidad para responder a los ideales establecidos e interiorizados como el sobreesfuerzo para responder a estos ideales y la frustración al no llegar al éxito exigido.

La competitividad para demostrar que cada cual alcanza lo que se espera de él/ella, funciona como un generador de ansiedad. Si no logramos, no somos, y la ansiedad es el signo de la amenaza de no ser.

El sexo hace referencia a características biológicas de las personas, el género hace referencia a un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas que sitúa de forma diferente a las mujeres con respecto a los varones.

Se entiende el género como una construcción social, histórica y contingente que influye en todas las dimensiones de la vida social, tanto públicas como privadas. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. Es una forma primaria de relaciones significantes de poder donde las mujeres se sitúan en posiciones dependientes y en inferioridad con respecto a los varones

En la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintas entre varones y mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que no se identifican como signos de malestar.

Factores de vulnerabilidad psicosocial de género para los hombres:

<p>Sobrecarga de rol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activo (necesidad de mantener posiciones activas y de poder) • Fuerte • Independiente • Autónomo • Capaz <p>Intolerancia al Abandono y pérdida de propiedad</p>	<p>Exigencias de Ideal social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar • Alcanzar una posición social • Demostrar logros • Mantener a su familia • Proteger a su mujer
---	--

Factores de vulnerabilidad psicosocial de género para las mujeres

<p>Sobrecargas de roles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio, falta de comunicación íntima con la pareja, trabajo de ama de casa • Roles múltiples y doble jornada laboral • Cuidado de otros, hijos pequeños, cuidado de inválidos o enfermos • Conflictos de las personas a su cargo • Hijos adolescentes • Síndromes de sobrecarga: ‘Superwoman’, ‘abuela esclava’... • Falta de soporte y ayuda sociofamiliar <p>Caídas de ideales de feminidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de pareja • Hijos/as con enfermedad o marginados • Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos) • Accidentes reproductivos y ginecológicos • Cambios en ciclos vitales (menopausia...) • Carencia de proyecto propio y de otras realizaciones • Ideal corporal modélico <p>Abusos como objeto (relaciones de poder de género):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia infantiles traumáticas y abusos • Violencia, malos tratos • Dependencia económica y afectiva 	<p>Pérdidas más dolorosas por dependencia afectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte de una persona querida (Hijo/a, pareja, padre o madre.) • Suicidio o intento de suicidio en el núcleo familiar • Pérdida de la pareja • Pérdida del amor • Pérdidas de trabajo, de condiciones de vida... • Migraciones, desarraigo, aislamiento <p>Posiciones subjetivas de pasividad o carencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser objeto de otros • Dependencia • Pasividad • Impotencia • Soledad • Tristeza • Desamor • Vacío • Autodegradación
--	---

Bibliografía:

- SARA VELASCO ARIAS. (2006) Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres: intervención en Atención Primaria de Salud. Instituto de la Mujer. Madrid
- M^a JOSE DE LA CRUZ GODOY Y OTROS (2001). Adicciones ocultas: aproximación al Consumo diferencial de psicofármacos.
- NURIA ROMO AVILÉS (2006). Género y Uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Trastornos Adictivos (pag.243-50)

5. PERSPECTIVA DE SU EVOLUCIÓN. ¿CONSIDERA PERTINENTE CONTINUAR?

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Evaluar, por parte de cada componente del grupo, si asistir a estas sesiones le beneficia y desea continuar asistiendo al grupo otras 5 sesiones.

EXPOSICIÓN:

Durante las 4 sesiones anteriores hemos estado hablando sobre la medicalización de la vida cotidiana; las indicaciones y los efectos no deseados de los ansiolíticos e hipnóticos, las situaciones personales y la necesidad de ayuda farmacológica, los planteamientos que han podido conducir al aumento del consumo de psicofármacos. Hemos conocido la diferencia en la toma benzodiazepinas entre hombres y mujeres y hemos reflexionado sobre los motivos que han llevado a cada uno a tomar estos fármacos. Se han revisado las medicaciones individuales y se han efectuado sugerencias.

Estas 5 primeras sesiones, que denominamos básicas, han podido producir cambios en algunas personas en cuanto a su relación con la toma de medicación, y consideran muy positivo seguir acudiendo a más sesiones donde se profundizará en diversos temas, especialmente en los motivos que llevan a tomar estas medicaciones y qué se puede hacer para superar ciertos avatares de la vida sin tenerlas que tomar. Otras personas considerarán que lo que han aprendido es suficiente o que no ha colmado sus expectativas estas sesiones, por lo que no desean seguir asistiendo a más.

DINAMIZAR EL GRUPO:

Se formularán las siguientes preguntas y se dará tiempo para que cada componente del grupo pueda responderlas. Se facilitará la interacción entre los miembros del grupo. Se permitirá que cada uno cuente su experiencia. Se aprende más de la experiencia que cuenta cada uno, que es una realidad, que de recibir consejos que es gratuito.

- ¿Qué habéis aprendido en estas sesiones?
- ¿De qué os habéis beneficiado?

Se procurará que respondan todos los asistentes, no es preciso que exista orden, dejando que interactúen en los comentarios. Una vez se haya hablado de este tema lo suficiente, dado que pueden tomar la palabra en varias ocasiones, se formularán las siguientes preguntas

- ¿Qué personas consideraréis que se beneficiarían de estas sesiones?
- ¿Por qué?

No es pertinente que se digan nombres, es preferible que se refieran a esas personas como una compañera, una amiga, un familiar, etc

- ¿Creéis que os quedan cosas por aprender?
- ¿Os apetece seguir asistiendo a más sesiones?

Se facilitará que hablen todos los asistentes, tomando la palabra las veces que lo deseen. Cada uno expondrá en el grupo su deseo-compromiso de continuar asistiendo o no.

Se concluye la sesión agradeciendo la asistencia, despidiéndose de las que hayan expresado que no van a continuar con más sesiones, entendiendo sus causas (ya han entendido el mensaje que se les iba a transmitir, les gustaría pero otras ocupaciones no se los permite, etc.)

6: EL MALESTAR COTIDIANO, AFRONTAMIENTO. MANEJAR EL ESTRÉS.

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Asimilar que el malestar cotidiano puede afrontarse con diversas alternativas, que básicamente es la persona quien se entrena en utilizar una u otra.

EXPOSICIÓN:

Todas las personas, en determinados momentos de la vida, y por determinadas circunstancias podemos tener síntomas de malestar. Estar nerviosos, intranquilos, no dormir bien, tener insatisfacciones diversas, etc. En determinados casos podemos claramente identificar el motivo de este malestar: problemas de salud, problemas de relación, preocupaciones laborales, económicas, etc. En otros casos puede que no se sepa exactamente porqué se encuentra así. Cada persona afronta estas situaciones de manera diferente, que suele coincidir con su estilo personal de afrontamiento, sabiendo que siempre no se reacciona igual, en momentos diferentes se pueden dar respuestas distintas.

Ejemplo 1. Ante la noticia de un accidente grave de un familiar, estando en la distancia y con pocas posibilidades de viajar, una persona podrá tomarse una tila/valeriana, otra podrá contárselo a amigos y familiares para desahogarse y otra considerará que es tan fuerte que tomará el ansiolítico que tiene a mano porque cree que no va a dormir.

Ejemplo 2. Una ruptura de relación de pareja o una crisis continuada en una pareja que se mantiene, puede ser una situación muy estresante o vivirse con un estado emocional negativo. Las respuestas a esta situación por parte de una persona pueden ser diversas. Una de ellas puede ser la toma de tranquilizantes. Cuales pueden ser otras.....

DINAMIZAR EL GRUPO:

- ¿Os ha ocurrido en alguna ocasión el ejemplo 1 u otro parecido?
- ¿Qué hicisteis?

Se le da la palabra a todo el grupo procurando que salgan respuesta sobre este ejemplo u otro parecido de situación aguda estresante. Todas las personas tienen experiencia de este tipo, es importante que las expresen y sobre todo expresen qué hicieron para superarlo.

Posteriormente se formula otra pregunta para seguir con la dinámica del grupo:

En relación al ejemplo 2 comentar algún caso que no sea vuestro, sino de algún familiar o amigo/a que le haya ocurrido, ¿Qué hizo? ¿Cómo lo afrontó? ¿Que te gustó de la manera de afrontarlo de tu amigo-conocido? ¿Qué no te gustó de su forma de afrontamiento?

Es importante que el grupo exprese cuestiones de este tipo, si lo hacen con cuestiones que no son personales les será más fácil identificarlas y dar su parecido sobre la conveniencia de utilizar una u otra forma de actuar.

Finalmente se formula si alguno conoce alguna situación distinta que quiera contar, sobre todo por conocer la forma de afrontarlo.

Tras escuchar a quien exprese otros ejemplos se preguntará:

- ¿Por qué tratamos este tema? ¿Que idea es la que se quiere transmitir con él?

Se anima al debate entre los asistentes, sin matizarles, para dejar que fluya todo lo que piensan. Se puede observar el grado que hemos conseguido transmitir el objetivo.

Se recoge toda la información aportada al grupo y además se señala que hay distintas formas de afrontar el malestar cotidiano, descubrir cuales son las más adaptativas y ponerlas en práctica es una tarea que redundará en nuestro beneficio personal.

Posteriormente se pasa a entrenar algunos recursos para afrontar el estrés, técnica de respiración y técnica de relajación.

Recursos para afrontar el estrés¹:

Aprende a respirar: la respiración abdominal

- Tumbate cómodamente: cierra los ojos, quítate los zapatos y libérate de prendas de ropa que te opriman.
- Pon la mano sobre el vientre, inspira todo el aire que puedas y trata de llenar los pulmones hasta su parte inferior: Lo estarás haciendo bien si la mano se eleva cuando tomas aire. Toma aire lentamente por la nariz y no te preocupes si las primeras veces no consigues llenar del todo los pulmones. Cuando sueltes el aire, hazlo por la boca, y también muy lento hasta que sientas que los pulmones están vacíos. Practica durante tres o cuatro minutos descansando de vez en cuando. Repite la sesión las veces que sea necesario hasta que domines la técnica.

Aprende a relajarte

La relajación es un estupendo ansiolítico natural.... y sin efectos secundarios.

La relajación paso a paso:

- a. Elige un lugar tranquilo y el momento adecuado.
- b. Adopta una postura cómoda: la postura idónea es sentado con la espalda recta en un asiento cómodo. Es aconsejable que mantengas los ojos cerrados porque te resultará más sencillo abstraerte del entorno.
- c. Comienza por dirigir tu atención al entorno y hazte consciente de todos los ruidos que puedan surgir. Deja de prestarles atención y piensa que a partir de ahora todos esos ruidos van a ayudarte a relajarte todavía más. A continuación dirige la atención hacia tu interior, empezando por tu respiración.

¹ Carmen Serrat- Valera; Tu puedes aprender a ser feliz : Explora tus recursos, gestiona tus emociones, aprovecha tus talentos y construye la vida que deseas

d. Concéntrate en tu respiración, en la forma en la que el aire entra y sale del cuerpo. Empieza realizando varias respiraciones lentas y profundas. Respirar de forma profunda es una buena manera de empezar tu relajación diaria. Inspira lentamente todo el aire que puedas para después expulsarlo muy despacio, imaginando que expulsas con él toda la tensión del cuerpo. Al inspirar piensa que el aire que entra te va aportando paz y tranquilidad, energía y bienestar.

e. Dirige tu atención hacia las diferentes partes de tu cuerpo.

f. Vuelve a la respiración y céntrate en la palabra CALMA. Es probable que, después de realizar un lento y relajante recorrido por el cuerpo, tu respiración sea más lenta que al principio, señal de que ahora estás más tranquilo. Vuelve a concentrarte en inspirar y espirar lenta y profundamente, pero esta vez hazlo repitiéndote la palabra CALMA cada vez que expulses el aire para dejar que los restos de tensión se vayan mientras espiras. Te será de gran ayuda visualizar una escena que para ti simbolice la calma absoluta: las olas del mar rompiendo con suavidad en la arena, un cielo estrellado, la hierba meciéndose con la brisa...

No te preocupes si pierdes la concentración de vez en cuando y otras ideas acuden a tu mente. Es normal. No luches contra esos pensamientos intrusos, deja que vengan y límitate a regresar tantas veces como sea necesario a la parte del proceso que estés trabajando: la respiración, las partes del cuerpo o la sensación de calma.

g. Adopta una actitud pasiva: Por una vez en la vida, dejar que las cosas ocurran, no intervenir, es positivo. No importa si apenas consigues relajarte las primeras veces, si otros pensamientos te interrumpen de forma constante, de fijar la Tu única misión es perseverar, practicar a diario y, tarde o temprano, conseguirás aprender a relajarte.

Si se percibe que al grupo le ha gustado aprender estas técnicas, puede ser beneficioso repetir su práctica al finalizar otras sesiones posteriores.

7: EL AUTOCUIDADO, LA AUTOESTIMA

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Conocer cómo autocuidarnos e incrementar nuestra autoestima.

DINAMIZAR EL GRUPO:

- ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA AUTOCUIDARNOS?
- ¿QUÉ PASA CUANDO ME AUTOCUIDO Y CUANDO NO LO HAGO?

*estas dos preguntas serían suficiente para lanzar al grupo y al recoger todas las opiniones de las personas integrantes del grupo, se puede hablar de autoestima y asertividad. Si no son suficientes se pueden lanzar las restantes preguntas.

- ¿QUÉ ES AUTOESTIMA?
- ¿QUÉ AFECTA A NUESTRA AUTOESTIMA? ¿QUE REPERCUTE POSITIVAMENTE Y QUE DAÑA NUESTRA AUTOESTIMA?

CONTENIDO BÁSICO PARA EL PROFESIONAL:

¿Qué es autocuidarse?

Reconocer el derecho a proporcionarse a sí mismo/a los cuidados necesarios para proteger la salud y aumentar así la calidad de vida.

El autocuidado se puede definir como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

De lo expuesto, se desprende que todas las personas tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

¿En qué ayuda el autocuidado?

- Autocuidados físicos. Hacer ejercicio, mantenerse en forma, alimentarse sanamente, utilizar técnicas de relajación, dormir las horas necesarias, ayuda a combatir la sensación de

FATIGA y ESTRÉS. Así como los masajes, la meditación, la musicoterapia y la aromaterapia.

- Autocuidados psicológicos. Cultivar el sentido del humor, (reír es un magnífico antídoto para la desesperanza,) hablar de los propios sentimientos, reconocer éstos como normales y comprensibles, no enfocar la vida exclusivamente desde su papel de cuidador, atender a sus necesidades. Esto ayuda a aliviar los sentimientos generales de INSATISFACCIÓN.

“Está bien sentir lo que sienta. Las emociones no son buenas ni malas. Simplemente son lo que son. Nadie puede decirle lo que debe usted sentir. Es bueno y necesario hablar de emociones” John Bradshaw

La detección de determinados pensamientos y su modificación también es parte de nuestro autocuidado, darse cuenta de nuestro “autodiálogo”. Algunas estrategias claves de pensamiento positivo son:

La flexibilidad

El optimismo

La comprensión o empatía

El relativismo para evaluar los problemas. Ellos también pueden ser una oportunidad para el aprendizaje, para encontrar un sentido a la vida o cambiar patrones desgastantes de conducta.

La responsabilidad de nuestras decisiones y acciones

Pensar en el presente

Proverbio chino: *“No podemos evitar que los pájaros de la tristeza vuelen sobre nosotros, pero podemos evitar que hagan un nido en nuestra cabeza”*. Si dejamos que nuestros pensamientos autodestructivos y distorsionados se adueñen de nosotr@s, viviremos en la llamada “cultura del déficit”, con pensamientos de escasez y pobreza. Y aquello en lo que nos centramos... crece

El acto de cuidar de uno mismo requiere de una serie de conductas:

- La toma de conciencia del propio estado de salud
- Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado
- Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado
- Analizar los pro y los contra de las alternativas
- Tomar una decisión acerca de la situación de salud
- Diseñar un plan o procedimiento
- El compromiso de implementar y continuar con el plan.

¿Para qué sirve autocuidarme?

- Tener fortaleza personal
- Prevenir dificultades
- Ser protagonistas de nuestras vidas

- Evitar el cansancio y desgaste personal
- Hacer más grato el trabajo y disfrutar más
- Estar más seguro de sí mism@
- Mejorar la calidad de vida
- Saber cuándo pedir ayuda

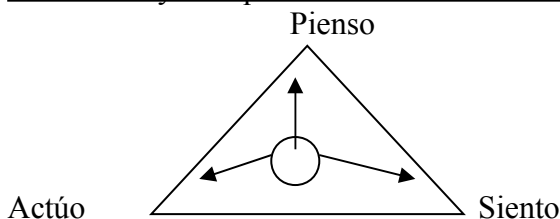
¿Qué necesito para un autocuidado efectivo?

- Conocer nuestros recursos y limitaciones, en definitiva incrementar nuestro autoconocimiento y aceptarnos.
- “Escuchar” nuestras emociones y lo que nos están transmitiendo. Liberarnos de la culpa y la vergüenza asociada a nuestros sentimientos y acciones negativas.
- Asumir la responsabilidad de nuestros actos
- Flexibilidad para modificar actividades inoperantes
- Enfrentar constructivamente problemas y conflictos
- Favorecer nuestras relaciones a través de la observación de nosotr@s mism@s y una comunicación directa
- Tener una red de apoyo

LA AUTOESTIMA

- Favorecer nuestra autoestima es parte de nuestro autocuidado.
- Podemos definir la autoestima como el conjunto de percepciones, imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre nosotros mismos. Es lo que yo pienso y siento sobre mí. Es la suma de la confianza y el respeto por uno mism@. La autoestima es una cuestión de grado
- Claves para el desarrollo de la autoestima:
 - **Autoconocimiento**
 - **Autoaceptación** (no negar lo que sentimos, esto no significa que no deseemos cambiar, mejorar o evolucionar)
 - Las **autovaloraciones**, ya sean globales o específicas, tienen un componente de pensamiento “qué es lo que pienso de mí” y otro de sentimiento “Cómo me siento conmigo mismo”.
 - **Autoafirmación** (defender lo que pensamos)
 - **Asumir la responsabilidad** (no esperar que otras personas hagan realidad nuestros sueños)
- Dos componentes de la autoestima:
 - **Sentimiento de capacidad personal:** habilidad para enfrentarnos a los desafíos de la vida
 - **Sentimiento de valía personal:** respetar y defender nuestros intereses y necesidades

➤ Factor influyente que determina la autoestima: Los PENSAMIENTOS



El diálogo que tenemos con nosotros mismos es a menudo negativo es decir, si me autovaloro continuamente de forma destructiva por todo lo que soy y por todo lo que hago, llega un momento que este estilo de pensamiento se convierte en un hábito (distorsión cognitiva). No nos planteamos que nuestro pensamiento sea incorrecto.

LA ASERTIVIDAD

- Comunicarnos de forma asertiva es parte de nuestro autocuidado

¿Qué significa comunicarnos de forma asertiva?

Significa tener la capacidad de expresar directamente qué es lo que usted desea, necesita u opina, pero nunca a expensas de los demás. Es decir, la capacidad de expresar nuestro punto de vista respetando a nuestro interlocutor.

La asertividad es una herramienta de la comunicación que facilita la expresión de emociones y pensamientos. Está diseñada para defenderse inteligentemente.

¿qué no significa asertividad?

No es hacer la propia voluntad y ganar siempre, no es querer manipular a otras personas. No significa pretender llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean correctos o no. Todos tenemos derecho a equivocarnos.

- Pensamientos típicos de personas no asertivas:
 - Los derechos de los demás son más importantes que los míos.
 - No debo herir los sentimientos de los demás, ni ofenderlos aunque yo tenga razón y me perjudique actuar así.
 - Si expreso mis opiniones, seré criticado o rechazado.
 - No sé qué decir, ni como decirlo. No soy hábil para expresar mis emociones.

Pasos a seguir en la asertividad

- **Escuchar** activamente y con expresiones como:
 - Te entiendo.
 - Me pongo en tu lugar.
 - Comprendo lo....
- **Decir** lo que piensa y opina y con expresiones como:
 - Sin embargo, yo....
 - No obstante, yo....
 - A pesar de..., yo....
- **Expresar** lo que quiere que ocurra y con expresiones como:
 - Por lo tanto, me gustaría....

- Es por ello que quiero....
- Así que debería.....

Derechos asertivos:

1. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto
2. el derecho a experimentar y expresar sentimientos.
3. El derecho a tener y expresar opiniones y creencias.
4. El derecho a decidir qué hacer con mi propio tiempo, cuerpo y propiedad.
5. El derecho a cambiar de opinión.
6. El derecho a decidir sin presiones.
7. El derecho a cometer errores y a ser responsable de ellos.
8. El derecho a ser independiente.
9. El derecho a pedir información.
10. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
11. El derecho a tener éxito y a fracasar
12. El derecho a estar solo
13. El derecho a estar contento
14. El derecho a no ser lógico.
15. El derecho a decir: “No lo sé”.
16. El derecho a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás.
17. El derecho a no ser asertivo.

Historia por si se considera oportuno leerla en la sesión: CREENCIAS CREAN REALIDADES

Dice Una historia que dos ranas cayeron en un enorme cubo de nata en una lechería. Una le dijo a la otra:

-Es mejor que nos demos por vencidas, estamos perdidas. No podremos salir de aquí

-Sigue nadando –le dijo su compañera-. Conseguiremos salir de alguna forma.

-Es inútil –Chilló la otra-. Es demasiado espeso para nadar, demasiado blando para saltar, y demasiado resbaladizo para arrastrarse. Ya que de todas formas voy a morir, es mejor que sea ahora.

Y dejándose caer, murió ahogada. Su amiga, en cambio, siguió moviéndose intentando nadar, sin rendirse. Cuando se hizo de día se halló encima de un bloque de mantequilla que ella misma había batido. Y allí se quedó, sonriente un buen rato, mientras se comía las moscas que llegaban en bandadas en todas las direcciones.

Crear que puedes conseguir algo, es el primer paso para que así suceda.

Bibliografía: (* los libros se pueden recomendar a l@s participantes)

- BRANDEN, NATHANIEL (2009). Cómo mejorar su autoestima. Ed. Paidós
- COSTA, MIGUEL Y OTROS. Programas de entrenamiento en autocuidado en atención primaria de salud. Infocop (Revista de Psicología)

- LINDENFIELD, GAEL. Autoestima: aprenda a potenciar la seguridad en sí mismo. Ed. Plaza y Janes
- RISO WALTER (2009). El derecho a decir no: cómo ganar autoestima sin perder asertividad. Ed. Planeta. Barcelona.
- SOLER, JAUME Y CONANGLA, M. MERCÉ (2004). Aplícate el cuento: relatos y anécdotas de ecología emocional para una vida inteligente y equilibrada. Ed. Amat
- TOBÓN CORREA, OFELIA El autocuidado: Una habilidad para vivir. Revista de autocuidado

8. LAS RESPONSABILIDADES. LAS ATRIBUCIONES.

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Detectar, por parte de las personas asistentes al grupo, las responsabilidades que en relación a su familia, trabajo, etc se atribuyen en exceso, y por sobrecarga puedan crearles malestar.

EXPOSICIÓN:

“Ya no puedo más, todo es para mí, estoy harto/a”

Muchas personas asumen demasiadas cargas, familiares, laborales, etc. El resto asume como normal estas cargas “siempre ha sido así”. Si paráramos la cinta (porque fuera una película) podríamos analizar si esa persona ha asumido demasiadas cargas en la familia o en el trabajo, y el resto están más descargados; todos lo ven como normal y no entienden porqué las cosas tienen que cambiar.

Las capacidades de las personas varían mucho de unas a otras. Pero ni la persona más capacitada tiene que asumirlo todo. Es justo que haya un reparto de responsabilidades. Nos estamos refiriendo en este caso a responsabilidades o tareas familiares que se relacionan con cuestiones menos tangibles, pero que son muy importantes como: la educación de los hijos, el mediar en los conflictos familiares, asumir problemas ajenos, etc.

DINAMIZAR EL GRUPO:

¿Cuándo habéis escuchado esta frase? “Ya no puedo más, todo es para mí, estoy harto/a”

¿Porqué lo decía esa persona?

El profesional que dinamiza el grupo escogerá entre los casos que se exponga, aquellos que se ajustan más a la sesión que planteamos.

Si el grupo está poco hablador; ponemos un caso de ejemplo, si el grupo ha expuesto casos reales, interesantes, no es necesario comentar éste, dado que el objetivo del ejemplo es ayudar al grupo a sacar sus propias experiencias.

Caso de Ejemplo: Juana tiene 35 años, está atravesando un momento difícil en su relación de pareja y además aparece una persona con quien le gusta estar. Juana, que es la mayor de 5 hermanos, ha asumido muchas de las preocupaciones o problemas que ocurren en su familia extensa. Le da mucho apoyo a su madre, tanto en tareas, como emocionalmente y también lo recibe de ella. Cuando alguno de sus hermanos tiene problemas, en sus relaciones, conflictivos vecinales, etc, ella es llamada como “la solucionadora”, parece que todos han asumido que ella tiene ese “papel”. Además ocurre que tiene hermanos que suelen tener problemas varios. Desde muy joven, en su casa, ella se ha volcado siempre en solucionar las cosas. Esto también lo ha hecho con algunas amigas cuando han tenido algunas dificultades en sus vidas. En este momento ocurren problemas en su entorno que le llegan y ella tiene los propios. Considera que no puede más, no puede dormir, no se concentra, no está bien en ningún sitio, su madre le ha dicho que vaya al médico para que le

mande algo. Ha acudido a su médico, le ha explicado lo que le ocurre y le ha prescrito benzodicepinas. Nunca hasta ahora había tenido que ir al médico por esta causa. *¿Tiene solucionado el problema?*

Indagando más en los casos que se han expuesto en grupo se les preguntará:

¿Que hizo esa persona? ¿Le funcionó?

Y posteriormente se le preguntará a todo el grupo

¿Qué opciones más adaptativas veis en esa situación?

Finalmente se le puede pedir al grupo que vayan exponiendo qué conclusiones sacan de esta sesión. ¿Qué se ha querido transmitir en esta sesión?.

9. LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Plantearse, las personas asistentes al grupo, si es importante una buena organización de las tareas en casa. Si la reorganización puede ser positivo para la persona que se sienta más sobrecargada.

EXPOSICIÓN:

El siguiente cuadro es real, indica cómo se organiza una casa en uno de los pueblos de Extremadura.

El padre es trabajador por cuenta ajena en horario de mañana y tarde

La madre es trabajadora por cuenta ajena por turnos

La hija es trabajadora por cuenta ajena en horario de mañana

El hijo es estudiante de bachillerato

CALENDARIO TAREAS-CASA (Semana:						
LUNES	MARTES	MIÉRCOL	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA
Hija	Hija	Hija	Hija	Madre	Madre	Madre
BASURA	BASURA	BASURA	BASURA	BASURA	BASURA	BASURA
Hijo	Padre	Hija	Hijo	Padre	Hija	Hijo
ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO	ARREGLAR BAÑO
Madre	Padre	Hijo	Hija	Madre	Padre	Hijo
SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS	SACAR LAVAVAJILLAS
Hijo	Padre	Madre	Padre	Hija	Hermano	Hija
BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR	BARRER COMEDOR
Hijo	Hija	Hijo	Hijo	Hija	Hijo	Hija
COCINA	COCINA	COCINA	COCINA	COCINA	COCINA	COCINA
Padre	Hijo	Hija	Madre	Padre	Hija	Madre
PAN	PAN	PAN	PAN	PAN	PAN	PAN
Padre	Padre	Padre	Padre	Padre	Padre	Padre
PONER MESA	PONER MESA	PONER MESA	PONER MESA	PONER MESA	PONER MESA	PONER MESA
Hijo	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo
COMPRA	COMPRA	COMPRA	COMPRA	COMPRA	COMPRA	COMPRA
	Madre e Hija					
LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER	LAVADORA, TENDER
Hija		Padre		Hijo		

Nota:

La limpieza del piso se realiza el sábado por la mañana. Todos intervienen. No tienen cuadrante de estas tareas, se las reparten entre ellos. (No tienen cuadrante porque dicen que no les da problema el reparto). Todos tienen asumido que el sábado por la mañana se hace “de sábado”.

La plancha normalmente la hace la hija porque a la madre no le gusta mucho y a ella no le disgusta

El tener cuadrante no exime de que existan algunas discusiones. Además este cuadrante es móvil, semana a semana, dado que hay que ajustarlo a los turnos de la madre. La hija, que es la mayor de los hermanos, es la encargada de organizar el cuadrante.

DINAMIZAR EL GRUPO:

Se le entrega el cuadrante anterior y las notas a todas las personas asistentes al grupo.

¿Qué opináis?

Se escucharán todas las opiniones de los participantes, no es momento de juzgar las opiniones de los participantes, sino de dar libertad para que expongan todo lo que se les ocurra al respecto.

Posteriormente se puede indicar

“Este sistema está muy estructurado, quizás no sea el prototipo de la mayor parte de las familias, pero...” ¿Consideráis que es posible implicar a toda la familia en algunas tareas de casa?

Se deja que fluya el debate

¿En qué casos creéis que es imposible que alguien pueda participar en alguna tarea de casa?

Se deja que fluya el debate

¿Creéis que una vez pasados los primeros momentos de ajuste, si se consigue algún reparto de las tareas del hogar, será una descarga para la persona más sobrecargada?

Se deja que fluya el debate

¿Pensáis que hay otras cosas, otros cambios, que a algunas personas les beneficiaría en su malestar?

Se puede recoger las conclusiones del grupo y devolvérselas. Algunas personas indicarán que un reparto de tareas les beneficiaría. Otras podrán indicar, que en sus casos concretos, serían otros cambios en la familia los que les beneficiarían, más que el reparto en las tareas del hogar.

10. OCIO Y TIEMPO LIBRE

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Conseguir que las personas que asisten al grupo entiendan que tener actividades de ocio y tiempo libre, en grupo o individuales es muy positivo para todas las personas.

EXPOSICIÓN:

Resumiendo mucho sobre que hace una persona en la vida. Podemos decir que las personas tienen: Ocupaciones, relaciones familiares, de amigos y realizan actividades de ocio y tiempo libre.

- La personas suelen tener ocupaciones (tareas que tienen que realizar) que pueden ser remuneradas, entonces le llamamos que tiene un trabajo, o no remuneradas, como por ejemplo las tareas del hogar, cuidado de hijo u otros familiares, etc.
- La mayor parte de las personas no están solas, suelen tener familiares con los que se relacionan, y usualmente se relacionan con amigos, vecinos, etc.
- Muchas personas hacen actividades simplemente porque les gusta hacerlas, no son una obligación, a eso llamamos actividades de ocio y tiempo libre, por ejemplo: Pasear, leer, ver una película, visitar a un amigo por gusto, viajar, practicar algún deporte, coleccionar (cualquier cosa), pintar, hacer punto de cruz.

Parece que cuando una persona tiene carencia en alguno de estos aspectos, se encuentra peor, que si estos aspectos de su vida los tiene cubiertos, es como una balanza, si estos aspectos están por igual (obligaciones y ocio) la balanza está equilibrada, si falta alguno se desequilibra. Si alguien que lleva muchos años trabajando se queda en paro, o si alguna persona pierde relaciones familiares o de amistades suele temporalmente encontrarse mal. Pero si alguien sólo se dedica a ocupaciones y a la familia y no tiene actividades de ocio y tiempo libre también puede encontrarse mal. Parece que el tener actividades de ocio y tiempo libre sanas producen bienestar y el no tenerlas hace más difícil desconectar, relajarse, etc. Quien tiene actividades de ocio, además, le es más fácil ampliar el grupo de personas con las que se relaciona.

Las actividades de ocio y tiempo libre no tienen que ser sofisticadas, hay multitud de ellas. En algunos casos se practican diariamente (tener un huerto por ocio, charlar con vecinas en determinado lugar, leer, etc) en otros se realizan semanal o mensualmente (salir con los amigos, quedar a tomar café, montar en bicicleta) y en determinados casos sólo puede ser alguna vez al año (ir a la playa).

Las actividades de ocio son conductas que requieren un tiempo para instaurarse. A lo largo de la vida pueden variar, algunas mantenerse y en determinados casos solo existir actividades de ocio poco sanas (bar y copas en exclusiva).

Comentar sobre familiares o amigos próximos: ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre tienen?

Se escucharán todas las respuestas. Se hará ver lo variadas que pueden llegar a ser, además de lo

simple, básicas y económicas que son algunas.

¿Qué actividades de ocio y tiempo libre practicáis vosotros/as?

Se refuerzan todas las actividades de ocio sanas que se practican

¿Que actividades de ocio y tiempo libre practicabais cuando erais más jóvenes?

Se le van haciendo las preguntas y dejando tiempo para que el grupo responda

¿Cómo os sentíais?

¿Qué actividades de ocio os hubiera gustado realizar pero por determinadas circunstancias no habéis llegado a ponerla en práctica?

¿Cuanta importancia le dais vosotros a tener actividades de ocio y tiempo libre?

Se concluye retomando lo expuesto por el grupo, las conclusiones a las que se han llegado, que tendrán relación con lo beneficioso que es para las personas tener actividades de ocio y tiempo libre.

Se le informa al grupo que el programa continúa con otras cinco sesiones de seguimiento para reforzar todo lo que se ha tratado en las 10 sesiones realizadas.

RECOMENDACIONES PARA LA DESINTOXICACIÓN A BENZODIACEPINAS (BZ):

Olga Ortiz Rodríguez. Farmacéutica del Área de Salud Llerena – Zafra.

El médico de familia tiene una posición estratégica y privilegiada, en cuanto a la cercanía y el conocimiento del entorno de sus pacientes, para abordar adecuadamente la retirada del consumo crónico de benzodiazepinas, siendo pieza fundamental en la motivación del paciente a seguir un proceso de deshabitación.

Cuando un paciente consume BZ de manera prolongada (durante meses o años), lo primero que hay que hacer es cuestionar la necesidad de continuar con ese tratamiento y saber cuál fue el motivo inicial para prescribirlo. De este modo es posible identificar a los pacientes candidatos para suspenderles el tratamiento, en los que el motivo inicial de la prescripción se confunde con la necesidad actual de mantenerlo, que en muchos casos es evitar el efecto desagradable de los síntomas de abstinencia.

Una vez que se ha tomado la decisión de intentar retirar las BZ, es muy importante que el paciente se implique y que esté de acuerdo con esta decisión. Por lo general, suele aceptar el intento de retirarlas si recibe una información adecuada acerca de los efectos adversos a largo plazo, haciendo hincapié en el riesgo de sufrir caídas, fracturas de cadera y alteraciones de la memoria, y abordando los conceptos de dependencia y de síndrome de abstinencia.

Cuando intentamos que un paciente deje de tomar benzodiazepinas podemos encontrarnos con 3 fenómenos:

Recidiva: Reparición de los síntomas que motivaron el inicio de la prescripción.

Rebote: Con síntomas incluso de mayor intensidad que los del inicio.

Abstinencia: Síntomas nuevos, de intensidad variable. Este cuadro puede adquirir cierta gravedad.”

PAUTA GRADUAL DE DESCENSO DE DOSIS:

Dependiendo de la dosis, de la duración del tratamiento y del tipo de BZ consumida, hay que plantear una pauta diferente de reducción progresiva de la dosis, que por lo general implica reducir entre un 10% y un 25% la dosis total diaria consumida en intervalos de dos a tres semanas. Esta acción resulta más efectiva si se acompaña de información de refuerzo por escrito.

Las BZ de semivida corta (lorazepam, alprazolam), están más relacionadas con la aparición de dependencia y de síntomas de abstinencia que las de semivida larga. Por ello, en pacientes con dificultades para retirárselas se pueden cambiar por alguna de vida media larga (como el diazepam) para facilitar el proceso de retirada. La dosis diaria de diazepam debe ser equivalente a la de la BZ consumida (**Tabla anexa**). Una vez estabilizado el cambio, debe reducirse paulatinamente

la dosis de diazepam.

Reducir la dosis de Diazepam en 2 ó 2.5mg cada 15 días; si aparecen síntomas de retirada, mantener esta dosis hasta que mejore.

Seguir reduciendo la dosis, aunque puede ser necesario disminuir la cuantía en que se reduce cada 15 días..

Suspender completamente la medicación puede llevar desde 6-8 semanas hasta 6-12 meses.

A pesar de ello, hay un grupo de pacientes que tienen un grado de dependencia muy alto y sobre los cuales es muy difícil intervenir. La ansiedad, cuando persiste de forma crónica, provoca gran malestar y sufrimiento psicológico, y el tratamiento con dosis bajas de benzodicepinas puede proporcionar un pequeño alivio sintomático y de la capacidad funcional. En estos casos, es interesante intentar cambiar al consumo intermitente del fármaco e incluso puede estar indicado mantener el tratamiento de manera continuada.

INTERVENCIONES “AUMENTADAS O AMPLIADAS”:

Una entrevista con unos contenidos determinados junto con una pauta gradual de descenso de dosis, consigue buenos resultados para llegar a la deshabitación. También se ha evaluado si el añadir otras técnicas de apoyo basadas en fármacos o en **terapias cognitivas conductuales (TCC)** mejora la tasa de respuesta. Son las **intervenciones “aumentadas o ampliadas”**.

Se puede usar un tratamiento farmacológico cuyo fin es minimizar los síntomas de abstinencia/ retirada. Entre los diferentes abordajes con fármacos se han utilizado propanolol, buspirona, carbamazepina, trazodona e imipramina; también recientemente se ha realizado un ensayo clínico con paroxetina. La comparabilidad de dichos estudios es escasa y su heterogeneidad limita los resultados, siendo la imipramina la que consigue añadir un beneficio de forma estadísticamente significativa a la tasa de deshabitación. La paroxetina, en un único ensayo clínico con escaso número de pacientes, parece ofrecer resultados favorables. Podemos decir que el beneficio que aporta añadir otros fármacos a la intervención estructurada es limitado. Sin embargo, añadir **TCC** a la pauta de retirada gradual de las BZs podría incrementar la probabilidad de éxito de la retirada.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA SIN PAUTAS DE DISCONTINUACIÓN:

En ocasiones, los clínicos también pueden elegir la opción de interrumpir de forma brusca la BZ de la que abusa el paciente y recurrir al tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia. En estos casos se han utilizado antiepilépticos: carbamazepina, antidepresivos sedativos u otros. De los antiepilépticos, el más utilizado hasta ahora ha sido la carbamazepina, cuya alternativa por tener menos efectos adversos sería la oxcarbazepina. Posteriormente se han publicado algunos trabajos en

los que se ha utilizado la pregabalina. Se apunta que puede ser una estrategia farmacológica para el tratamiento de la dependencia, aunque los estudios llevados a cabo en dependencia a BZs se han desarrollado con carbamazepina y gabapentina.

No está claro que esta pauta de deshabitación tenga más beneficios frente a la pauta gradual de disminución de dosis de la BZ. Se necesitarían más estudios para determinar qué personas y en qué situaciones se podrían beneficiar de esta estrategia.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- El comprimido. N° 21; Marzo 2011.C. Vincens Calldentey, medico de familia. Área Sanitaria de Mallorca. L. Álvarez Arroyo, farmacéutica. Área Sanitaria de Mallorca.
- Abordaje para la deshabitación en A. P. S.N.S, 2008; 32.
- SVMFIC: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria; Fichas de consulta rápida, tratamiento de deshabitación a Benzodicepinas..
- Actualización sobre la utilización de Benzodicepinas: Gabriel Rubio; Guillermo Ponce; Isabel Martínez-Gras.
- Addiction to medication: what can help when trying to stop taking sleeping pills and sedatives?. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG).

Tabla. Vida media y dosis orales equivalentes de las principales benzodiazepinas.

<i>Principio activo</i>	<i>Vida media en horas*</i>	<i>Dosis equivalentes(mg)**</i>
<i>Acción ultracorta (menos de 6 horas)</i>		
Bentazepam	2-5	25
Brotizolam	3-8	0,25
Midazolam	1-5	7,5
Triazolam	3-5	0,125-0,25
<i>Acción corta (de 6 a 24 horas)</i>		
Alprazolam	12-15	0-25-0,5
Bromazepam	10-20	3-6
Flunitrazepam	15-30	0,5-1
Loprazolam	4-15	0,5-1
Lorazepam	11-30	0,5-1
Lormetazepam	11-30	0,5-1
Oxazepam	5-10	15
<i>Acción larga (más de 24 horas)</i>		
Clobazam	18	10
Cloracepato dipotásico	30-48	7,5
Diazepam	20-100	5
Flurazepam	24-100	15
Halazepam	30-100	10
Ketazolam	6-25	7,5
Nitrazepam	15-48	5
Quazepam	40-55	10
Clonazepam	18-50	0,25-0,5

*La vida media presenta una variabilidad interindividual considerable.

**Adaptación del British National Formulary (BNF).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

En 2009-10 en Extremadura un 15,75% de la **población de 15-64** años había consumido hipnosedantes alguna vez en la vida (13,4% media nacional) un 12,99% tranquilizantes, y un 2,76% somníferos, en los últimos 12 meses, un 8,64% consumió hipnosedantes (7,1% media nacional), un 7,20% tranquilizantes y un 1,44% somníferos; en los últimos 30 días los porcentajes fueron de un 7,20% para hipnosedantes (5,2% media nacional), un 5,89% tranquilizantes y un 1,31% somníferos. Además el 4,98% había consumido hipnosedantes diariamente en los últimos 30 días (2,7% media nacional), un 4,06% tranquilizantes y un 0,92% somníferos.

Prevalencias de consumo de hipnosedantes, según edad y sexo (%). Extremadura, 2009/10.

	Frecuencia	Hombre			Mujer			Total		
		15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total
Tranquilizantes	Alguna vez	3,90	16,8	10,1	10,4	22,1	16,8	7,07	19,4	12,99
			4	3	7	6			0	
	Últimos 12 meses	1,46	8,95	5,06	5,76	13,4	9,49	3,54	11,1	7,20
						8			4	
	Últimos 30 días	0,49	7,37	3,80	5,24	11,2	8,13	2,78	9,24	5,89
						4				
	Diario	0,00	4,74	2,28	3,66	8,43	5,96	1,77	6,52	4,06
Somníferos	Alguna vez	0,49	2,63	1,52	2,09	6,25	4,09	1,26	4,37	2,76
	Últimos 12 meses	0,00	1,05	0,51	0,52	4,49	2,44	0,25	2,72	1,44
	Últimos 30 días	0,00	1,05	0,51	0,52	3,93	2,17	0,25	2,45	1,31
	Diario	0,00	0,53	0,25	0,52	2,81	1,63	0,25	1,63	0,92

Las proporciones de consumidores sin receta médica para los últimos 12 meses, son mucho más bajas, siendo de 0,76% en la población de 15-34 años y de 0,81% en la de 35-64 años, siendo la prevalencia total en los últimos 12 meses de 0,78% en 2009-10.

Conviene destacar que el consumo de los hipnosedantes es mayor en mujeres que en hombres. Un 11,93% (17,7% media nacional) de las mujeres habían consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses frente a un 5,06 (8,7% media nacional) de los hombres.

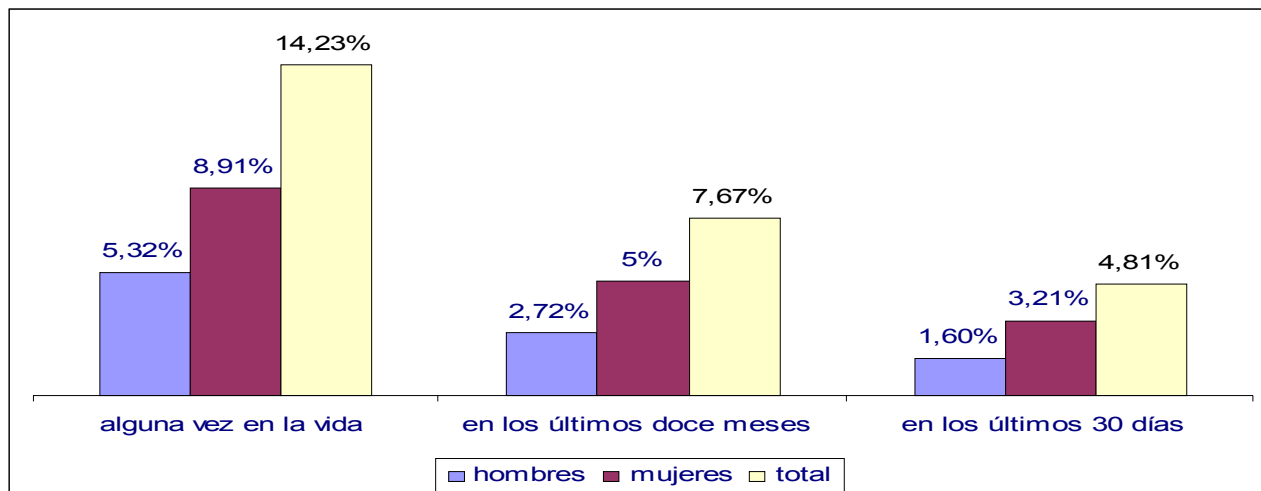
Entre las mujeres son las de 35 a 64 años las que consumen estas sustancias en un porcentaje más elevado.

Según la encuesta realizada en 2010-2011, El 14,23% de la población adolescente de 14 a 18 años en Extremadura dice haber tomado tranquilizantes o pastillas para dormir alguna vez en su vida, un 7,67% los consumió en el último año y un 4,81% lo hizo en el último mes.

En el gráfico I se reflejan las prevalencias referidas al consumo total y por sexo. En todos los casos el consumo es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

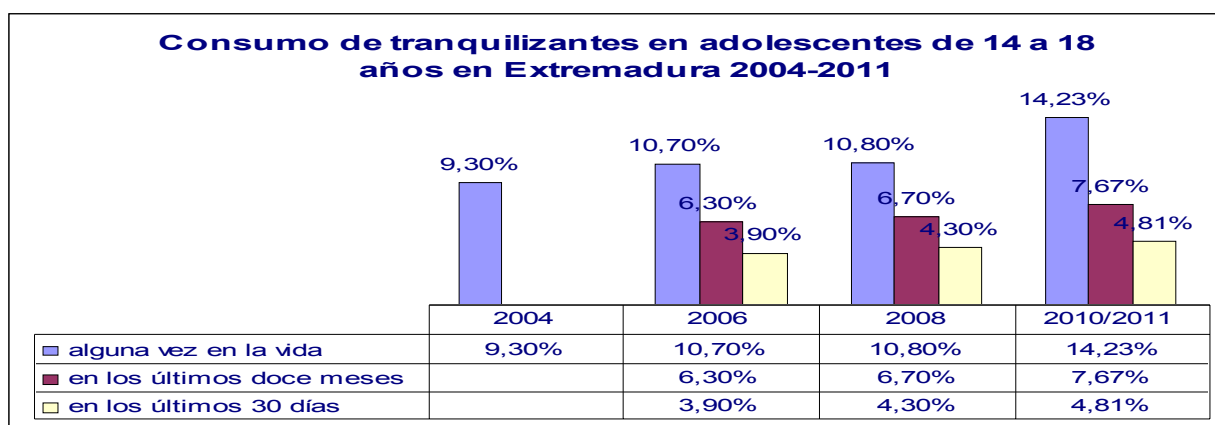
Gráfico I. ENCUESTA ESTUDES 2011

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS. EXTREMADURA



En la evolución del consumo a lo largo de los últimos años se puede observar el creciente aumento que se va experimentando. Gráfico II.

Gráfico II.



**PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS
(Tranquilizantes e hipnóticos)
EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- Información al USUARIO -**

¿POR QUÉ?

Varias encuestas indican un **consumo elevado de psicofármacos** (fundamentalmente medicamentos tranquilizantes y para dormir) **en Extremadura** en relación a la media de España y **en mujeres** en relación a los hombres.

La **sintomatología del malestar cotidiano**, y la **medicalización de la vida cotidiana**, especialmente en mujeres, puede estar influyendo en el alto consumo (abuso) de estos psicofármacos.

¿QUÉ SE VA A HACER?

Un **programa de investigación descriptiva**, al que se derivarán las/os pacientes que puedan beneficiarse y que estén motivadas/os para reducir o eliminar el consumo de medicamentos tranquilizantes o de medicamentos para dormir. Es un programa de **sesiones grupales** con apoyo de diversos profesionales y la voluntaria participación de las/os usuarios.

¿QUIÉN LO VA A HACER?

Médicos, psicólogos, farmacéuticos de equipo, enfermeros y trabajadores sociales, son los distintos profesionales que pueden participar en este programa.

¿QUIÉN ME DERIVA?

El médico de Familia derivará a las personas que puedan participar en este programa

¿PARA QUÉ SE HACE ESTE PROGRAMA?

Para evaluar otra alternativa de tratamiento que mejore la calidad de vida de las/os pacientes, reduciendo el consumo de estos medicamentos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa de Investigación para el Buen Uso de Psicofármacos en Atención Primaria.

Yo _____

con DNI _____ nº de CIP _____ Tf. _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el/los responsables del Programa:

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que lo que comente en el grupo no será utilizado fuera del entorno de este programa.

Entiendo que puedo abandonar el estudio/programa piloto:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Doy mi consentimiento sólo para extraer datos a efecto de este proyecto de investigación.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ABUSO DE PSICOFÁRMACOS, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

DNI/Pasaporte

Firma:

Fecha:

Nombre del responsable del programa piloto/proyecto investigación:

DNI

Firma:

**PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE PSICOFÁRMACOS
(Benzodiacepinas fundamentalmente)
EN ATENCIÓN PRIMARIA, CON LA COLABORACIÓN DE CEDEX Y FARMACIA.
- Información Básica para Profesionales de A.P.**

¿POR QUÉ?

Varias encuestas indican un **consumo elevado de psicofármacos** (Benzodiacepinas fundamentalmente) **en Extremadura** en relación a la media de España y **en mujeres** en relación a los hombres.

La **sintomatología del malestar cotidiano** y el inicio precoz de la toma de psicofármacos, especialmente en mujeres, puede estar influyendo en el elevado consumo (abuso) de los mismos

¿QUÉ SE VA A HACER?

Se va a desarrollar un programa de investigación descriptiva, al que se derivarán las/os pacientes que puedan beneficiarse y que estén motivadas/os para reducir o eliminar el consumo de psicofármacos (benzodiacepinas fundamentalmente). Es un programa de sesiones grupales.

¿QUIÉN LO VA A HACER?

Profesionales voluntarios de CEDEX, farmacéuticos de equipo y, si lo desea, cualquier profesional de Atención Primaria

¿A QUIÉN SE DERIVA?

1. El médico de Atención Primaria derivará los casos que considere susceptibles de beneficiarse de este programa:

1.1. Pacientes en tratamiento con benzodiacepinas fundamentalmente que, una vez **superada la causa** por la que se les indicó, estén **en situación de reducir o eliminar las dosis**.

1.2. Pacientes que estando en tratamiento con benzodiacepinas fundamentalmente estén **motivados** a trabajar las causas de su sintomatología para afrontarlas y realizar cambios.

1.3. Hiperfrecuentadoras/es con tratamiento de benzodiacepinas fundamentalmente.

1.4. Cuando se aprecien **conflictos personales o psicosociales** en el/la paciente que, con un abordaje adecuado, **no necesitaría iniciar tratamiento** .

1.5. Pacientes de A.P. de salud, que **a juicio de su médico**, puedan beneficiarse de este programa.

2. Condición Necesaria: voluntariedad de los pacientes para aceptar la inclusión en el Programa.

Se excluye a pacientes que estén en seguimiento en Salud Mental,
a menos que lo derivara el especialista.

¿PARA QUÉ SE HACE ESTE PROGRAMA?

Para evaluar otra alternativa de tratamiento que mejore la calidad de vida de las/os pacientes, reduciendo el consumo de psicofármacos.

FICHA DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Nombre y apellidos del usuario:

Tf. Edad. F. Inicio del Programa.

Fecha de finalización del programa. N° de sesiones a las que asistió.

Profesional que efectúa el seguimiento telefónico:

PRIMER SEGUIMIENTO TELEFÓNICO (a los tres meses). Fecha:

Comentarios del usuario sobre su evolución, preguntar inicialmente que relate los beneficios mantenidos del programa: (que aprendió que le sigue sirviendo o siendo útil).

(Felicitación y reforzar los éxitos. Animar en caso de recaídas a situación anterior. Ofrecer disponibilidad para ayudar)

SEGUNDO SEGUIMIENTO TELEFÓNICO (a los seis meses). Fecha:

Comentarios del usuario sobre su evolución, preguntar inicialmente que relate los beneficios mantenidos del programa: (que aprendió que le sigue sirviendo o siendo útil).

(Felicitación y reforzar los éxitos. Animar en caso de recaídas a situación anterior. Ofrecer disponibilidad para ayudar)

Despedirse dando por finalizados los seguimientos.

**EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL
"PROGRAMA PARA EL BUEN USO DE LOS PSICOFÁRMACOS"**

Nombre del profesional:

Centro:

Marcar con una x la alternativa.

	Nada Adecuado	Poco adecuado	Bastante adecuado	Muy adecuado
1. Los temas de las sesiones les han parecido:				
2. La dinamica creada en el grupo le ha parecido:				
3. La relación entre los distintos profesionales que intervienen en el grupo le ha parecido:				
4. El desarrollo de este programa en Atención Primaria le ha parecido:				
5. ¿Cree que el programa de sesiones le ha ayudado a los usuarios a la reducción o eliminación de psicofármacos (Benzo principalmente)?				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
¿Le ha gustado como se han desarrollado las sesiones?				
¿Le ha gustado el ambiente creado en el grupo?				
¿Ha satisfecho el programa sus expectativas?				
¿El proceso de implantar el programa y la coordinación con otros profesionales de atención primaria ha transcurrido de manera fluida?				
	Muy Pocas	Pocas	Bastantes	Muchas
El número de sesiones de grupo me han parecido				

De todo el Programa ¿Qué es lo que considera como más útil?

¿ Y lo que menos?

Indique por la otra cara cualquier otro comentario que desea hacer.

Cuestionario de Calidad de Vida

Reducido del CAD-4

NOMBRE.....

FECHA :

Señalar una X donde considere

(EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES)		MUCHO	BASTANTE	NI MUCHO NI POCO	POCO	NADA
1	¿Ha considerado bueno su estado de salud?					
2	¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de las tareas domésticas?					
3	¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de sus tareas laborales?					
4	¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de su higiene personal?					
5	¿Su estado de salud le ha dificultado la movilidad?					
6	¿Su estado de salud le ha impedido tener una actividad sexual satisfactoria?					
7	¿Ha tenido dolor en alguna parte del cuerpo?					
8	¿Se ha sentido agotado?					
9	¿Ha pensado que su estado de salud podría empeorar?					
10	¿Ha pensado que su estado de salud es excelente?					
11	¿Se ha sentido cansado la mayor parte del día?					
12	¿Se ha sentido desanimado?					
13	¿Se ha sentido solo?					
14	¿Se ha sentido lleno de energía?					
15	¿Ha tenido esperanzas en el futuro?					
16	¿Se ha alterado por pequeñas dificultades?					
17	¿Ha estado de buen humor a lo largo del día?					

CONTINÚA AL DORSO



Cuestionario de Calidad de Vida

(REFIRIÉNDOSE AL ÚLTIMO MES)

		MUCHO	BASTANTE	NI MUCHO NI POCO	POCO	NADA
18	¿Ha tenido miedo de acabar dependiendo de otra persona?					
19	¿Se ha sentido muy nervioso?					
20	¿Se ha sentido calmado y tranquilo?					
21	¿Se ha sentido bajo de moral, que nada puede animarle?					
22	¿Se ha sentido feliz?					
23	¿Su salud física le ha preocupado?					
24	¿Ha tenido conflictos familiares con cierta frecuencia?					
25	¿Se ha encontrado aislado o alejado de su familia?					
26	¿Ha tenido problemas en su relación de pareja actual?					
27	¿Ha tenido discusiones o conflictos con sus amigos con cierta frecuencia?					
28	¿Ha tenido problemas o conflictos con la gente de su barrio?					
29	¿Ha considerado su situación laboral actual como problemática o dificultosa?					
30	¿Ha ocupado su tiempo libre de manera variada?					
31	¿Ha tenido dificultades para desarrollar actividades de tiempo libre con normalidad?					
32	¿Ha tenido dificultades para realizar trámites, papeleos, etc...?					

Coordinadores y Redactores del Programa:

Olga Ortiz Rodriguez, farmacéutica del área de salud de Zafra-Llerena.
 Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias. SES. Mérida.
 Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias. SES. Mérida.
 Antonia M^a Vas Falcón, médico. Jefa de Sección. Secretaría Técnica de Drogodependencias. SES.

Colaboración:

Manuela García Simón, Enfermera. Subdirección de Atención Primaria. SES. Mérida.

Centros de Salud Colaboradores para los programas pilotos/investigación: Don Benito-Oeste, Villafranca, Coria, Castuera, Fregenal y Cáceres (Mejostilla)

Autores e Implementadores:

Román Reviriego Rolo, psicólogo	CEDEX de Coria
Carmen M ^a Ballesteros Grados, médico	CEDEX de Coria
Manuela Coronado Portillo, médico	CEDEX de Villafranca
Raquel Gaspar Galán, enfermera	CEDEX de Villafranca
Asunción Oliveros Rodríguez, psicóloga	CEDEX de Don Benito
Beatriz Bravo Yuste, médico	CEDEX de Don Benito
Mercedes Nicolau Ramos, enfermera	CEDEX de Don Benito
Gemma Santos Donoso, trabajadora social	CEDEX de Don Benito
Carmen Parejo Cortés, enfermera	CEDEX de Don Benito
Sila Sánchez Tena, trabajadora social	CEDEX de Castuera
Ricardo Bueno Pozo, médico	CEDEX de Castuera
Victoria Boticario Villaroel, médico	CEDEX de Cáceres
M ^a Paz Mateos Ayúcar, médico	CEDEX de Cáceres
M ^a Jesús Borralló Berjón, médico	CEDEX de Fregenal
Raquel Hierro Fresno, psicóloga	CEDEX de Fregenal
Carmen Ramos, farmacéutica de equipo	EAP Coria
Arancha Aranguez, farmacéutica de Area	Área de Mérida
M ^a José Barragán, farmacéutica	EAP Cáceres (Mejostilla)
M ^a José García Redondo, farmacéutica	EAP Valdefuentes
Miguel Angel Martín de la Nava, farmacéutico	EAP Zorita
Olga Ortiz Rodriguez, farmacéutica de Area	Área de Zafra-Llerena
Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo	STD. Mérida
Antonia Gallardo Becerra, psicóloga	STD. Mérida