

PIENSA

GUÍA PARA ADOLESCENTES Y FAMILIAS QUE
QUIEREN ENTENDER Y AFRONTAR LA PSICOSIS

CHINITO GT



cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental

CHINITOGT

PIENSA

GUÍA PARA **ADOLESCENTES Y FAMILIAS** QUE
QUIEREN ENTENDER Y AFRONTAR **LA PSICOSIS**

CHINITOGT



CHINITOGT

Con el aval científico de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA)



© Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER).

Ilustraciones: Pablo Santamaría.

Diseño: Angélica Sáenz de Ormijana.

Edición de textos: Puri Ruiz.

Impresión: Origen Gráfico.

ISBN: 978-84-606-6643-1

Depósito Legal: M-8934-2015

CHINITOGT

COORDINADORAS:

Ana María Ruiz Sancho

María Mayoral Aragón

AUTORES:

Ana Belén Calvo Calvo

Lara Kehrmann Irisarri

Carmen Moreno Ruiz

Miguel Moreno Íñiguez

Marta Rapado Castro

Teresa Sánchez Gutiérrez

CHINITOGT

INDICE

PRÓLOGO.....	9
¿QUÉ PUEDO ENCONTRAR AQUÍ?.....	11
Capítulo 1: Primer paso: ¿Qué es la psicosis?	12
Capítulo 2: Profundizando: Síntomas	24
Capítulo 3: Para mejorar: Tratamiento.....	34
Capítulo 4: Algunos inconvenientes: Posibles efectos secundarios.....	46
Capítulo 5: ¿Por qué “NO a las drogas”?:	
Consumo de tóxicos y su influencia en la psicosis.....	54
Capítulo 6: Mejor prevenir que curar: Prevención de recaídas	66
Capítulo 7: S.O.S.: Manejo de una crisis.....	70
Capítulo 8: De los nervios: Influencia del estrés	74
Capítulo 9: Para cuidarme: Factores protectores en la psicosis	78
Capítulo 10: ¿Hay alguien ahí?: Importancia de la comunicación	86
Capítulo 11: Entendiéndome a mí mismo: Características propias de la adolescencia ..	92
Capítulo 12: Interconectados: Nuevas tecnologías	96
 Anexo 1: La red de salud mental y otros dispositivos sociales y educativos	 102
Anexo 2: Glosario de términos	124
Anexo 3: Para saber más... ..	134

CHINITOGT

PRÓLOGO

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) pretende trasladar los conocimientos generados por la evidencia científica a la práctica asistencial para mejorar la atención que reciben las personas con trastornos mentales. Se ha comprobado en estas últimas décadas cómo la buena formación por parte de profesionales es fundamental para mejorar la calidad asistencial, pero no lo es menos la formación de los usuarios y sus familias. Esta guía, que cuenta con el aval científico de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA), aúna ambos esfuerzos. A buen seguro servirá para que profesionales de la salud mental infanto-juvenil puedan utilizarlo en su lugar de trabajo. Por otro lado, es una estupenda herramienta para que aquellos jóvenes que experimentan síntomas psicóticos aprendan lo más importante sobre el proceso mental que atraviesan. Las familias, a las que no siempre se involucra en el plan terapéutico, cierran el círculo de los agentes implicados en la recuperación a los que va dirigido este manual.

La guía está escrita de forma pragmática, estructurada, con información descrita de forma cercana a quien va dirigida. Tiene la clarividencia de quien la ha ido forjando y puliendo, desde hace largo tiempo, a través del trabajo directo con adolescentes con psicosis y sus seres cercanos. De esta forma, los autores, con una amplia experiencia clínica, han conseguido un manual utilizando el idioma de los lectores, comunicando con mensajes claros y prácticos que se alejan de los formalismos y dogmas de otros escritos. El glosario de términos incluido al final de la guía ayudará sin duda a aquellos que necesiten clarificar el significado de los términos utilizados.

La guía está estructurada en varios apartados relacionados entre sí. Incluye aspectos que son de absoluta relevancia para la población a la que va dirigida: claves para evitar recaídas, nuevas tecnologías, drogas de diseño, cannabis, aspectos normales y conflictivos en la adolescencia, etc. Se han incluido capítulos que clásicamente pasan desapercibidos pero que son de gran importancia clínica, como el papel de los hermanos de adolescentes con psicosis en el proceso de la enfermedad. La verdad es que esta guía, si algo no es, es un manual clásico al uso. La frescura en las ideas, el optimismo —realista— que transmite y su facilidad para contestar preguntas difíciles la convierten en un instrumento muy valioso para acompañar a todos los procesos terapéuticos que se ponen en marcha —o que al menos deberían ponerse— cuando un menor tiene un episodio psicótico.

Por último, y no menos importante: los autores no solo han conseguido un estupendo e innovador producto colmando una necesidad no cubierta hasta ahora, sino que, mediante una rigurosa metodología científica, han demostrado la eficacia del mismo. Gracias a la publicación de su estudio en la más prestigiosa revista científica del mundo en psiquiatría del niño y del adolescente (JAACAP), muchas personas pueden conocer un programa de intervención que funciona en psicosis en adolescentes y que ellos han desarrollado a partir de experiencias previas para adultos en contextos muy distintos al de la sanidad pública de nuestro país. Los más afortunados tienen esta guía completa en sus manos. Todo ello no habría sido posible sin la generosa y desinteresada aportación económica que ha hecho la Fundación Alicia Koplowitz. Esta Fundación, comprometida desde hace años con la Salud Mental del niño y del adolescente, ha financiado la obra que tienen en sus manos, por lo que le estamos enormemente agradecidos.

Celso Arango, Director Científico CIBERSAM

www.cibersam.es

[@CIBERdeSaludMental](https://www.facebook.com/CIBERdeSaludMental)

@CIBER_SAM

CHINITOGT

¿QUÉ PUEDO ENCONTRAR AQUÍ?

Si tienes en tus manos esta guía, lo más seguro es que tú o alguien de tu entorno cercano haya vivido de cerca un episodio psicótico.

Quizá estés dudando si leerla o no y te debatas entre pasar página para olvidar una experiencia difícil o hacer caso a tu familia o a los profesionales que te recomiendan que leas y que aprendas para afrontar lo vivido y poco a poco manejar sus consecuencias.

No podemos resolver esa duda por ti y sabemos que es difícil lidiar con algunos recuerdos y emociones. De lo que estamos seguros es de que, cuanto más sepas acerca de lo que te ha pasado, más fácil será el camino de la recuperación.

Esta guía:

- NO es un libro de texto que debas aprender o estudiar.
- NO es un recetario con consejos para solucionar tus problemas.
- NO tiene la verdad absoluta ni debes estar de acuerdo con todo lo que contiene.

En esta guía SÍ encontrarás:

- Datos fiables sobre lo que es la psicosis y cómo afrontarla.
- Testimonios de adolescentes que han vivido esa experiencia, así como de sus familiares.
- Algunas palabras y secciones dedicadas a tus seres queridos (padres, hermanos...).
- Información sobre recursos sanitarios y sociales a los que puedes acudir cuando lo necesites.
- Un diccionario de palabras técnicas que con frecuencia escucharás en las consultas y que a lo mejor te apetece conocer.
- Ilustraciones que acompañan al texto y tratan de hacerlo más ameno, comprensible y divertido.

¡AHORA PIENSA, TÚ DECIDES!

1 PRIMER PASO:

¿Qué es la psicosis?



La psicosis es una experiencia, a menudo **transitoria**, en la que se alteran la percepción, el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, produciendo los llamados síntomas psicóticos.

Cuando tienes síntomas psicóticos puedes **perder temporalmente el sentido de la realidad**. Es como si desconectases de ella; es posible que interpretes lo que ocurre a tu alrededor de una forma extraña para los demás. Esto puede hacer que te comportes de forma distinta a como lo haces habitualmente.

A veces se trata de experiencias que puedes percibir como normales, y **son los demás los que pueden ayudarte a diferenciar la realidad**.

La presencia de estos síntomas puede suponer un **cambio en tu funcionamiento diario** (estudiar, trabajar, salir con los amigos...).



NO EXISTE UNA ÚNICA RAZÓN QUE
EXPLIQUE EL INICIO DE LA PSICOSIS.
NO EXISTE UN CULPABLE.

ETIOLOGÍA: ¿POR QUÉ SE PRODUCEN ESTOS SÍNTOMAS?

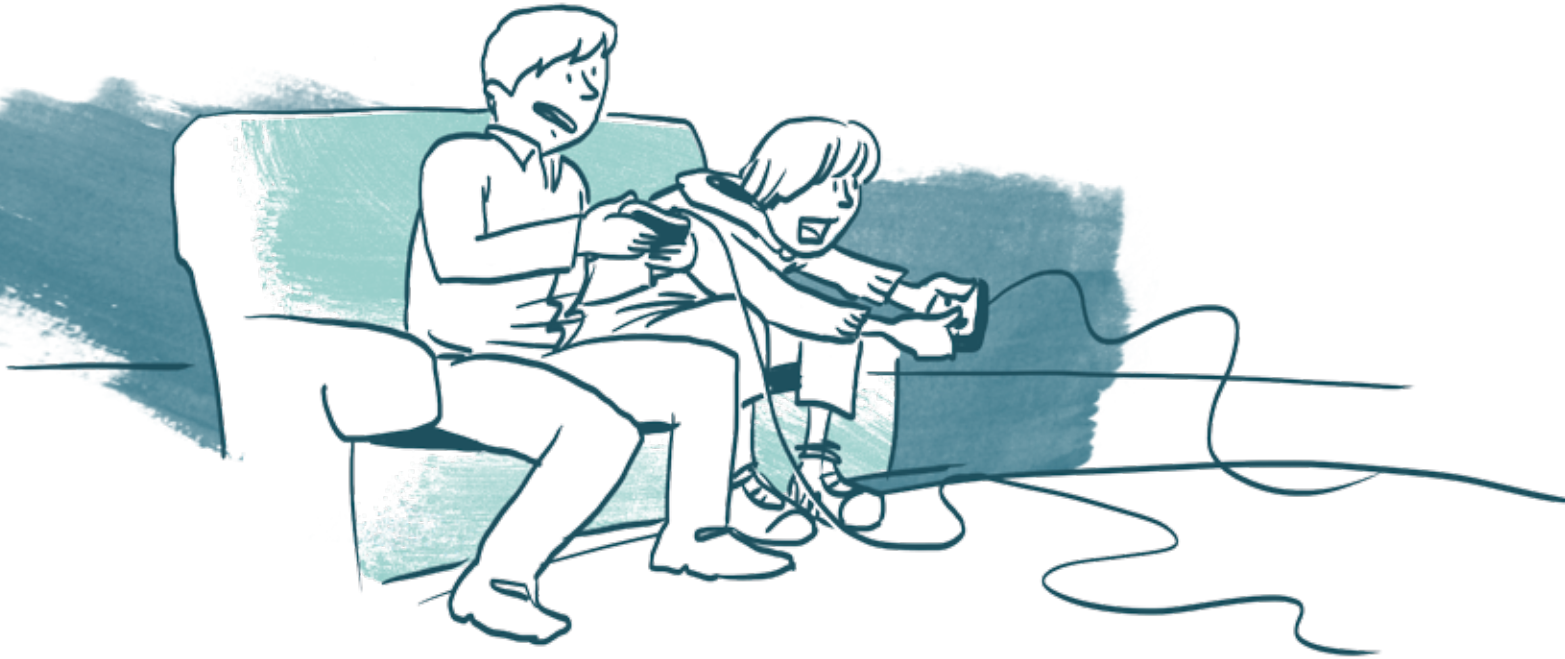
Hoy en día continúan las investigaciones acerca de posibles causas de la psicosis. Una de las teorías más aceptadas, que trata de dar una explicación a la formación y mantenimiento de estas experiencias, es el **MODELO de VULNERABILIDAD-ESTRÉS***.

Según este modelo, la persona que desarrolla los síntomas de psicosis es más sensible que otras personas debido a factores de predisposición biológica (con los que nace) y/o ambientales (del entorno* en el que vive).



El modelo es similar al que explica, por ejemplo, las infecciones. El que alguien contraiga una infección no depende solo de la capacidad de haber estado en contacto con el germen, sino de la **vulnerabilidad*** de la persona que es infectada (bajas defensas o escasa resistencia).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



En el caso de la psicosis puedes tener una predisposición innata (ej.: genética) o adquirida (ej.: complicaciones al nacer, experiencias difíciles durante el desarrollo, etc.) que te hace más sensible, lo que, unido a la presencia de estrés* (ej.: drogas*, muerte de algún familiar, excesiva presión en los estudios, etc.), termina desencadenando los síntomas.

Es muy normal que ante la aparición de estos síntomas a ti te surjan muchas preguntas,

“¿Por qué?, ¿por qué a mí?, ¿cuál ha podido ser la causa?”, o: “¿Qué podría haber hecho para evitarlo?”. Lo mismo les suele ocurrir a tu familia o a las personas más cercanas. Cuando algo es extraño o funciona de un modo diferente al habitual, buscamos entender y, en ocasiones, incluso deseamos encontrar algo o alguien a quien culpar. Los beneficios de esta reacción son dudosos y, aunque es comprensible, a veces dificulta el mirar hacia delante y tratar de mejorar.

"Tener un brote psicótico significa que tienes una alteración de la realidad; es complicado, no te preocupes si no lo entiendes."

-Chica de 15 años-

EL OBJETIVO PRIORITARIO DE TODOS LOS TRATAMIENTOS Y TERAPIAS ES ALCANZAR Y MANTENER EN EL TIEMPO LOS PERIODOS DE ESTABILIDAD Y PREVENIR LAS RECAÍDAS O HACERLAS MENOS GRAVES, FAVORECIENDO LA ADAPTACIÓN A TU VIDA DIARIA.

¿CUÁL ES EL CURSO DE LA PSICOSIS?

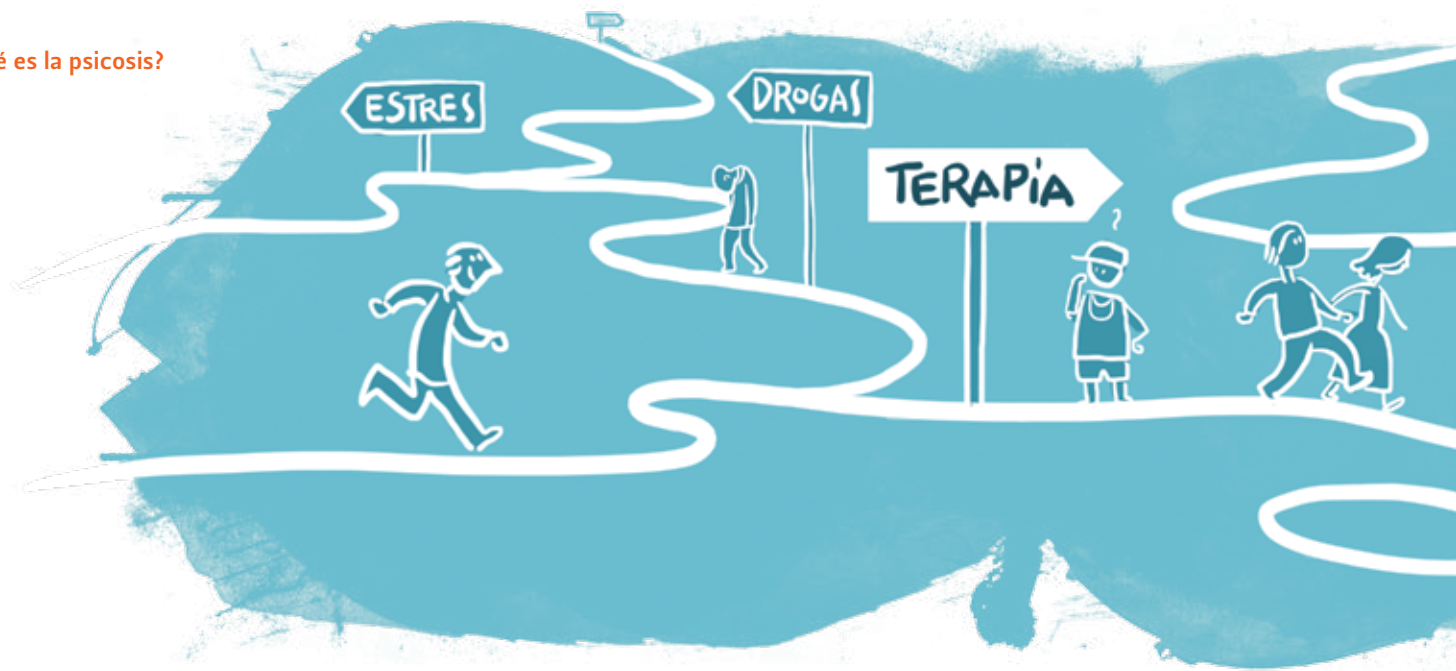
La **aparición de síntomas** psicóticos se puede dar tanto de forma aislada (un único episodio) como dentro de trastornos de corta o larga duración. En estos trastornos se pueden **alternar periodos libres de síntomas**, o en los que estos tienen un menor impacto en tu funcionamiento (estabilidad) **y otros que denominamos de crisis**, en los que estos síntomas reaparecen o aumentan (episodios y/o recaídas*).

En los momentos en los que se producen estas crisis, los síntomas se presentan más claramente y las dificultades de funcionamiento son mayores, por lo que es necesario estar alerta y **solicitar un seguimiento más cercano por parte de tus terapeutas** si la intensidad de los síntomas dificulta el desarrollo de tus actividades diarias. En ocasiones,

un ingreso en el hospital puede resultar lo más beneficioso para controlar estos síntomas.

En la mayoría de los casos, tomar **la medicación** del modo en que la han pautado tus terapeutas **es crucial para prevenir las crisis**. Sin embargo, aun cumpliendo del modo correcto las pautas recomendadas (tomando la medicación correctamente y yendo a las citas con tu terapeuta de forma regular) puedes sufrir una crisis (lo que denominamos recaída o nuevo brote*). A veces esto ocurre simplemente por el propio curso natural de los síntomas, que hacen que sea necesario reajustar la dosis de medicación y adaptar la terapia. Por eso es tan **importante que puedas hablar de cómo te sientes con tus personas de confianza y tus terapeutas**. Así será más fácil ajustar tu tratamiento.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



EVOLUCIÓN

Tras un primer episodio* psicótico, puede que:

1 Alcances la estabilidad* (los síntomas desaparezcan) y nunca vuelvas a tener otro episodio. Esta posibilidad depende de varios factores: lo que sabemos a día de hoy es que ayuda que maximices los factores protectores* y minimices los factores de riesgo* que describiremos a continuación.

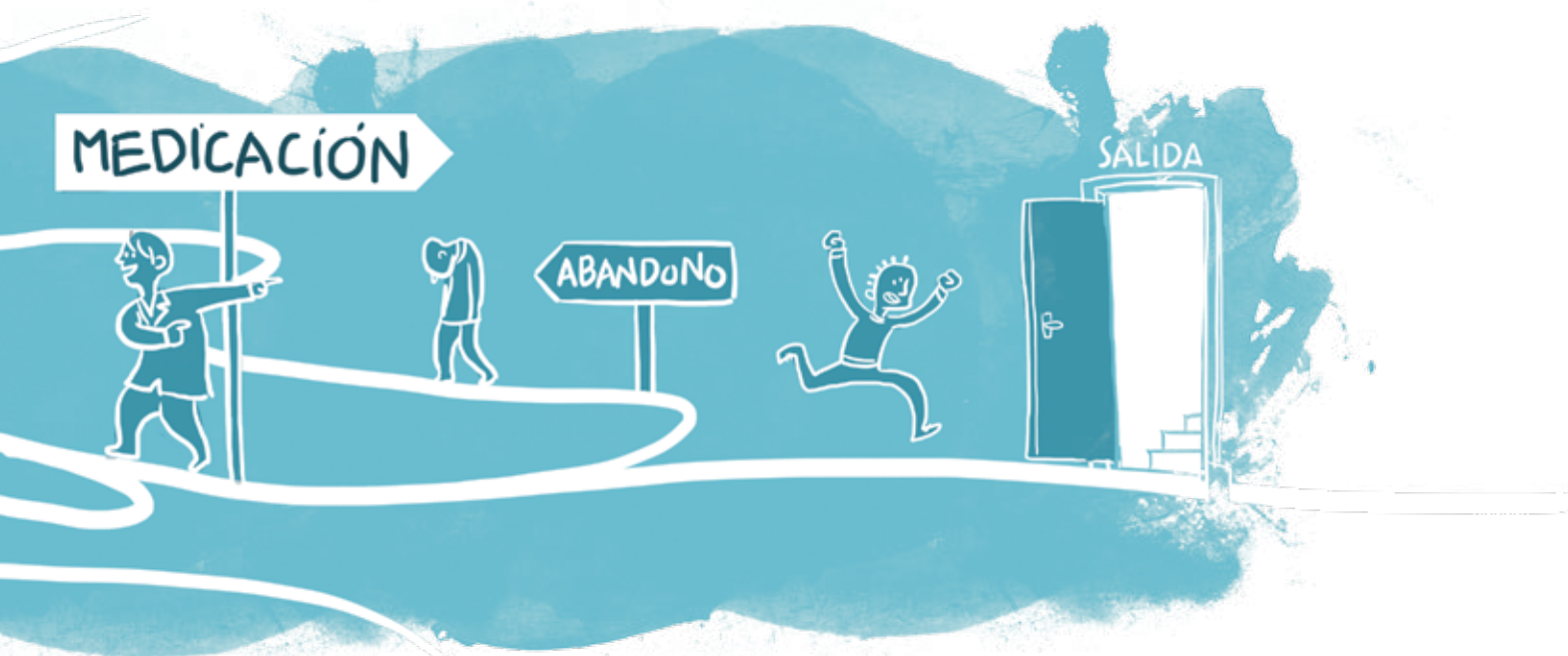
2 Alcances la estabilidad la mayor parte del tiempo aunque sufras alguna crisis o recaída en el futuro.

Los periodos de estabilidad pueden ser:

- Sin síntomas, haciendo una vida similar a la que hacías antes del primer episodio psicótico.

- Con la presencia de algún síntoma en grado leve, pero que hace que el tipo de vida sea diferente al momento antes del primer episodio. Si esto te ocurriese, podrías notar una bajada de rendimiento en tus capacidades y habilidades para adaptarte a la vida diaria.

3 Los síntomas se mantengan en el tiempo. Prevenir esta posibilidad depende en gran parte de que puedas seguir las indicaciones y tratamientos que se consideran más beneficiosos para ti.



"Si tuviera que describir cómo me sentía en aquella época, diría que fue una lucha interna por la supervivencia, por la supervivencia de mi ser, un ser que había sido utilizado, mentido y cada vez más roto con el paso de cada pensamiento que pasaba por su mente. Pasaron así meses, sintiéndome perdida, sin un yo, destrozada en el interior."

-Chica de 15 años-

FACTORES PROTECTORES

Tomar la medicación con la frecuencia y dosis que ha pautado tu médico.

Acudir a las citas con tu terapeuta.

Disfrutar de un entorno estable.

FACTORES DE RIESGO

Que abandones o no tomes del modo pautado la medicación.

Que te encuentres sometido a más estrés del que te sientes capaz de manejar.

Que consumas droga/s.



PRONÓSTICO

El término “pronóstico*” se refiere a la evolución de los síntomas con el tiempo y a cómo estos afectan tu día a día.

**“¿Voy a poder hacer una vida normal?
¿Hay algo que ya no voy a poder hacer?
¿Voy a ir a mejor o a peor?”.**

Seguro que si te has decidido a leer esta guía tienes muchas preguntas sobre los posibles cambios que se pueden o no producir en tu vida:

Lo primero que has de saber es que, aunque los síntomas pueden aparecer de forma aislada y desaparecer por completo,

*Los primeros síntomas fueron bajar todas las persianas, cerrar las puertas de su cuarto y del baño [...]. Estaba menos comunicativa en casa [...]. Miraba el móvil apagado, notábamos que se reía sola, no coordinaba las palabras. Decía que le sonaban los ojos [...] y que tenía telepatía. Es desconcertante [...]. Después de muchas pruebas, nos dijeron el diagnóstico: brote psicótico. Tiene que ingresar [en la Unidad de Psiquiatría para Adolescentes] y tomar medicación.
-Madre de chica de 18 años-*



hay varios trastornos que pueden manifestarse inicialmente en forma de un episodio psicótico.

Determinar el diagnóstico concreto es importante porque, a pesar de que los distintos trastornos pueden tener síntomas comunes, cada uno de ellos presenta particularidades, puede tener una evolución diferente y tiene un tratamiento específico.

En este sentido, es importante tener en cuenta que a veces **no es posible realizar un**

diagnóstico preciso hasta que observamos la evolución de los primeros síntomas,

o lo que es lo mismo, hasta que pasan al menos seis meses desde que aparecen estos.

Por eso es necesario que acudas regularmente a las revisiones y hables abiertamente con los profesionales que te atienden (médicos, terapeutas, enfermeras...) para que tengan en cuenta lo que vas notando, conozcan la evolución de tus síntomas y tengan datos que les permitan hacer un diagnóstico adecuado.

**SEA CUAL SEA EL DIAGNÓSTICO FINAL, LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE
—SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES Y EL TRATAMIENTO INDICADO—
Y APRENDER A MANEJAR EL ESTRÉS AYUDAN A MEJORAR Y A
DISMINUIR LAS RECAÍDAS.**

ALGUNOS TRASTORNOS QUE CURSAN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (POSIBLES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS)

1 Episodio psicótico aislado y no recurrente, es decir, que no se vuelve a repetir.

2 Trastorno bipolar (psicosis maniaco-depresiva): trastorno del estado del ánimo en que se alternan periodos de bajo estado de ánimo (fase* depresiva) con otros de euforia* desmedida (fase maniaca) y con otros de estado de ánimo estable. Puede haber síntomas psicóticos tanto en las fases de euforia como en las de depresión. Se asocia con relativa frecuencia a comportamientos de autolesión o ideas de suicidio.

3 Depresión* con síntomas psicóticos: periodo de bajo estado de ánimo (depresivo) en el que llega a perderse el contacto con la realidad. Se observan claros síntomas de depresión junto a síntomas psicóticos, como delirios y/o alucinaciones.

4 Trastorno psicótico breve: presenta uno o más síntomas psicóticos que duran menos de un mes.

5 Psicosis tóxica: los síntomas psicóticos se pueden atribuir directamente al consumo de drogas u otras sustancias.

6 Esquizofrenia: caracterizada por síntomas como delirios, alucinaciones, enlentecimiento psicomotor, aislamiento social, alteraciones en la motivación y en la afectividad... Los síntomas tienen que estar presentes durante varios meses para poder hacer el diagnóstico definitivo.

7 Trastorno esquizoafectivo: incluye síntomas como los de la esquizofrenia junto a otros de tipo depresivo o maniaco. Estos síntomas pueden aparecer juntos o alternarse. El diagnóstico de este trastorno no puede hacerse si no existen, al menos, dos episodios psicóticos.

8 Psicosis no especificada: se manifiesta con síntomas psicóticos sin pertenecer a una categoría concreta de las anteriores.

Como explicábamos anteriormente, en la mayoría de los casos **el diagnóstico definitivo se establece cuando han pasado al menos seis meses** desde el inicio de los síntomas.

Puesto que la persona con más información a este respecto suele ser el psiquiatra responsable de tu caso, cualquier duda que te surja acerca del diagnóstico puedes aclararla con él.

Datos...

Entre el **10%** y el **50%** de los trastornos psicóticos primarios y más del **50%** de las psicosis inducidas por sustancias **pueden evolucionar hacia el restablecimiento completo** tras un primer episodio.

Un **20–30%** de las personas con **esquizofrenia** logran llevar una vida relativamente normal, otro **20–30%** experimenta síntomas moderados y el **40–60%** restante tendrá en el futuro síntomas más graves que repercutirán en su día a día significativamente.

Entre el **12%** y el **22%** de personas con trastornos del espectro de la **esquizofrenia** y en torno al **15%** en el caso del trastorno **bipolar nunca tendrán otro episodio después del primero.**

Entre un **30** y un **40%** de las personas con trastorno bipolar **regresan a un estado libre de síntomas** entre episodios. El resto sigue experimentando variaciones del estado de ánimo que pueden interferir en su vida diaria.



¿CÓMO REACCIONA TU FAMILIA ANTE LOS SÍNTOMAS?

Es probable que, al igual que tú, tu familia y las personas cercanas necesiten un tiempo para entender y asimilar lo que ocurre.

Las reacciones más comunes entre los familiares (y también de la propia persona que los experimenta) suelen ser:

- Negación de los síntomas, es decir, no darse cuenta de que algo está pasando o atribuirlo a otros motivos como la edad o el carácter.
- Sentimientos de culpa: “**¿Qué hemos podido hacer mal?**”.
- Vergüenza: “**¿Qué dirán?**”.
- Pérdida: “**Está muy cambiado, este no es mi hijo**”.
- Desesperanza: “**¿Qué vamos a hacer?**”.

POR ESTO, TUS FAMILIARES NECESITAN AYUDA PARA:

1. Comprender lo que te está pasando.
2. Afrontar la situación con menos estrés.
3. Aprender qué hacer para ayudarte.
4. Mejorar la comunicación familiar y las relaciones entre vosotros.



ATENCIÓN, FAMILIARES

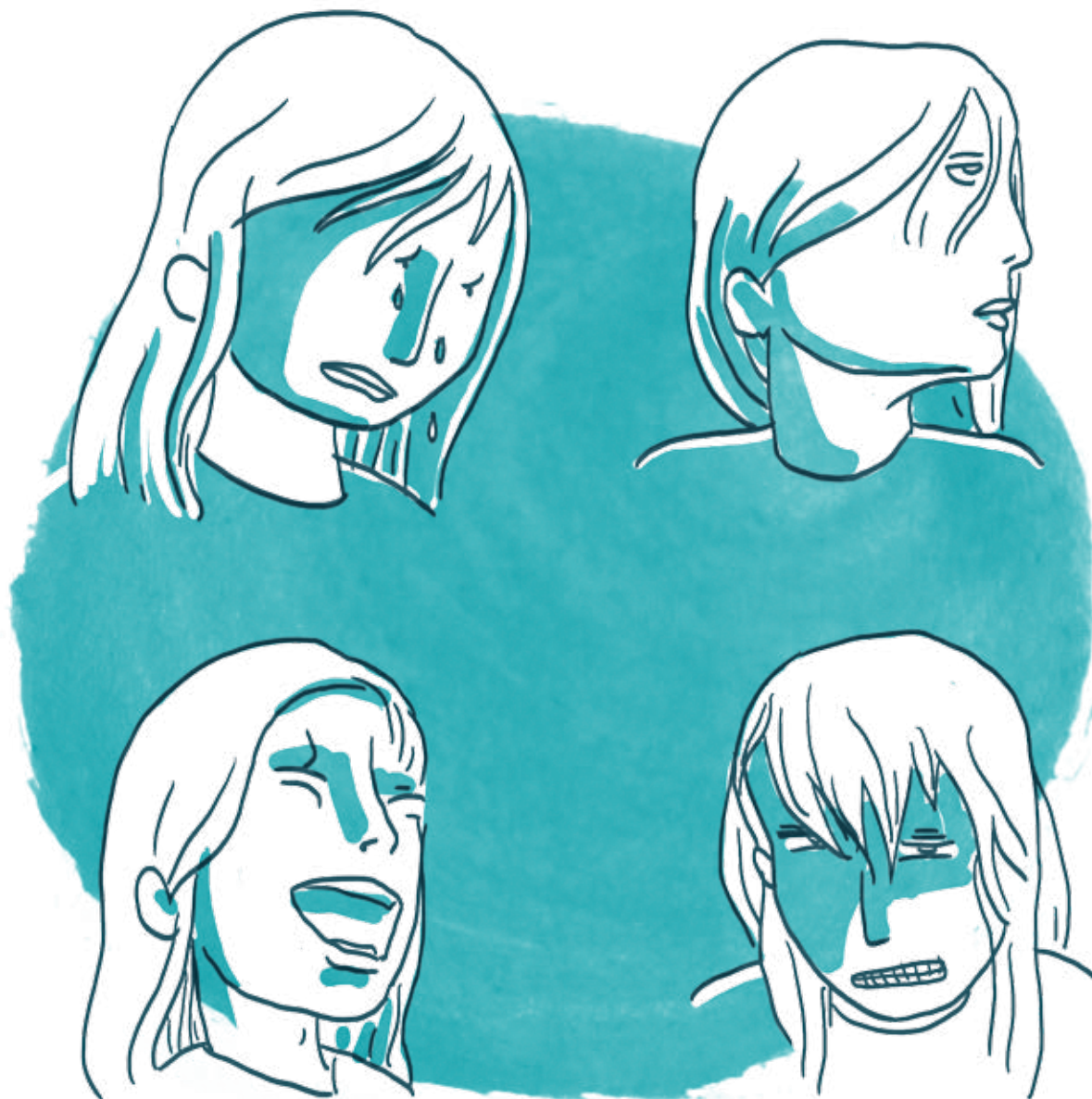
Leer esta guía que os ofrecemos os permitirá **comprender mejor los síntomas** de vuestro familiar (hijo, hermano, etc.).

Confiamos en que sus contenidos os ayuden a tomar decisiones mejor informados, a afrontar situaciones complicadas que podrían presentarse y a mejorar vuestras relaciones. Nuestro propósito es conseguir que os adaptéis a la nueva situación y que logréis crear un entorno familiar menos estresante a pesar de las dificultades que estáis atravesando.

Por supuesto, informarse sobre lo que ocurre no significa que pueda o deba abandonarse la medicación ni la atención que recibís de los profesionales que os asisten habitualmente, puesto que estos tratamientos son necesarios y complementarios. Por mucho que se conozcan y comprendan los síntomas, la medicación casi siempre es necesaria. Afortunadamente, gracias a las intervenciones precoces y al avance de los tratamientos, la psicosis presenta un curso menos grave de lo que se creía hace unos años. Esto supone un motivo para la esperanza, especialmente si se acompaña del trabajo conjunto de todas las personas implicadas en el tratamiento. **Nosotros creemos que es imprescindible que se forme un buen equipo terapéutico* en el que aúnen sus esfuerzos el propio paciente, su familia y los profesionales que os atendemos.**

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

2 PROFUNDIZANDO:



Síntomas

A continuación encontrarás una descripción de los síntomas* característicos de la psicosis.

Para ser diagnosticado de un episodio* psicótico (psicosis) **no es preciso presentarlos todos** y es posible que solo reconozcas en ti algunos de ellos. **Cada persona es única**, y la forma

en que se manifiestan los síntomas en cada una también lo es.

Además, estos **pueden ir cambiando**. En el futuro, podrías experimentar algunos diferentes a los de ahora, y/o los que sientes actualmente podrían aliviarse.

"Mi hija experimentaba cambios de humor; al principio, podía cambiar de estado en un mismo día hasta cuatro veces, donde de ser la niña más feliz del mundo pasaba a ser desconfiada, infeliz y carente de esenciales percepciones de su entorno."

-Madre de chica de 15 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Clasificación de los síntomas

SÍNTOMAS POSITIVOS

1. Delirios.
2. Desorganización del pensamiento.
3. Alucinaciones.
4. Conducta desorganizada.
5. Grandiosidad.
6. Susplicia*.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

1. Embotamiento afectivo.
2. Aislamiento emocional.
3. Contacto pobre.
4. Aislamiento social.
5. Falta de espontaneidad.

SÍNTOMAS AFECTIVOS

1. Alegría patológica.
2. Tristeza patológica.

CLASIFICACIÓN

Los síntomas psicóticos se pueden clasificar en **POSITIVOS***, **NEGATIVOS*** y **AFECTIVOS***.

Esto no quiere decir que unos sean mejores que otros, sino que se llaman así según la forma que tienen de presentarse.

Si los síntomas muestran la presencia de algo que no debería estar se llaman positivos (ej.: una alucinación*), y si muestran la ausencia de algo que sí debería estar (ej.: interés por relacionarte con otros) se llaman negativos. Los síntomas afectivos tienen que ver con el estado de ánimo.



SÍNTOMAS POSITIVOS

1 DELIRIOS*:

Son ideas de las que estás absolutamente convencido a pesar de que, para los que te conocen y te quieren, son incompatibles con la lógica y con tu forma habitual de pensar.

Por ejemplo, puedes estar convencido de que unos espías rusos te persiguen y se meten en tu pensamiento valiéndose de unas microcámaras que leen y difunden tu pensamiento por la radio, televisión o Internet.

Los delirios pueden ser:

- **“Paranoides” o persecutorios:** crees que te quieren perjudicar, te están persiguiendo, te engañan...
- **Autorreferenciales:** estás convencido de que los gestos o comentarios de otros, los programas de televisión o radio, los

periódicos..., están especialmente dirigidos a ti, se refieren o tienen un significado especial para ti (ej.: transmisión de algún mensaje).

- **Somáticos*:** piensas que determinadas percepciones corporales implican algo especial o una enfermedad (ej.: creer que el corazón no late).
- **Místico-religiosos:** estás seguro de tener una relación especial con una divinidad o de ser tú mismo un elegido (ej.: creer que has sido elegido como salvador del mundo).
- **De grandiosidad:** crees estar dotado de poder, conocimientos, identidad o de tener una relación especial con una persona famosa o muy importante (ej.: verte capaz de tocar diez instrumentos, de predecir el futuro, creer haber descubierto algo extraordinario o de ser merecedor de un premio Nobel...).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



2 DESORGANIZACIÓN DEL PENSAMIENTO:

Se trata de alteraciones en la forma en la que fluyen o se estructuran las ideas.

- **Descarrilamiento:** pérdida del hilo conductor en la conversación.
- **Tangencialidad en la respuesta:** te vas por las ramas, respondiendo a cuestiones no directamente relacionadas con el tema de la conversación.
- **Incoherencia y desorganización en el lenguaje:** dices cosas extrañas y sin sentido.

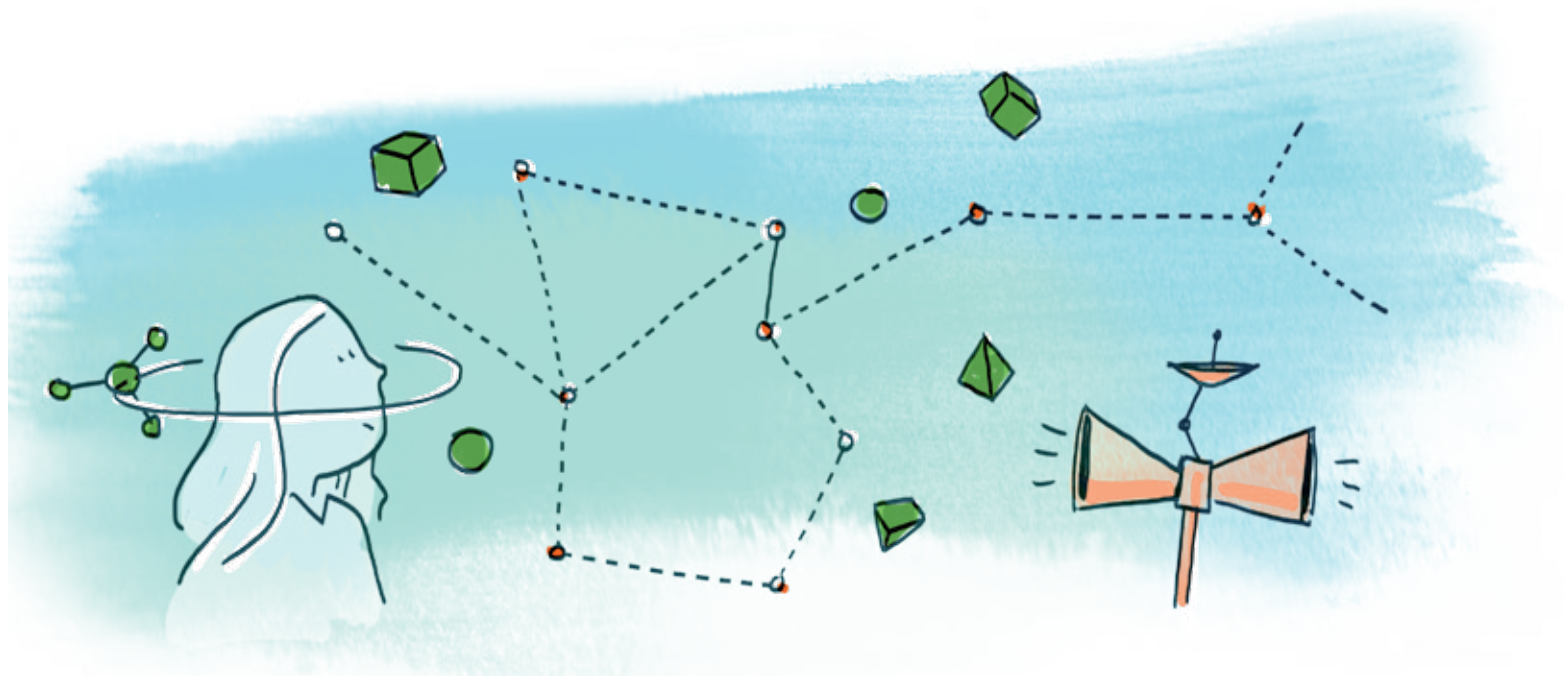
3 ALUCINACIONES

Son alteraciones de la percepción* por las cuales puedes percibir un estímulo (auditivo, visual, olfatorio, táctil o gustativo) sin que este se haya producido en realidad.

- **Auditivas:** oyes voces (insultos, críticas, amenazas, órdenes o comentarios acerca de tus conductas), sin que en realidad nadie te esté hablando. También podrían ser ruidos. Es la modalidad más frecuente.
- **Visuales:** ves cosas que no están.
- **Olfativas:** percibes olores que no están presentes.
- **Táctiles:** tienes sensaciones por el cuerpo como hormigueos, cosquillas, sensación de que pequeños animales andan por la piel, etc.
- **Gustativas:** experimentas sabores cuando no tienes nada en la boca.

"Oyes voces dentro de tu cabeza, alucinaciones, tienes pensamientos extraños sobre la realidad y estás como en otro mundo... Yo decía que eran vértigos, porque no sabía lo que me pasaba."

-Chica de 18 años-



ENTRE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS —ES DECIR, QUE MUESTRAN LA PRESENCIA DE ALGO QUE NO DEBERÍA ESTAR— PODEMOS ENCONTRAR ALUCINACIONES SENSORIALES, CONDUCTA DESORGANIZADA, ALEGRÍA EXCESIVA, ESTADO DE SOSPECHA ANTE LAS ACTUACIONES DE OTROS...

4 CONDUCTA DESORGANIZADA:

Alteraciones del comportamiento tales como:

- Deterioro en la higiene o arreglo personales.
- Conductas infantiles.
- Inquietud, irritabilidad, hiperactividad... sin una causa aparente.
- **Catatonía:** es una alteración de la conducta motora que puede manifestarse como mínima reacción al entorno* (estupor*), rigidez en las posturas y resistencia a la fuerza, posturas mantenidas inapropiadas o extrañas y otras alteraciones del movimiento.

5 GRANDIOSIDAD

Alegría y energía extremas que pueden llevarte a creer que tienes poderes especiales o que puedes con todo lo que te propongas.

6 SUSPICACIA

Estado de sospecha casi constante ante las actuaciones o conversaciones de los demás.

Puede llevarte a mostrarte desconfiado o creer que todo el mundo está en tu contra (ideas de perjuicio*).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

"Un día comenzó a mostrar actitudes violentas, absolutamente inusuales en ella, aislándose cada vez más en su mundo; un mundo donde ya no teníamos cabida. Compartía espacio con oscuras sombras, tenues voces y una sombría pérdida de la realidad, que cada vez la alejaba más de nosotros y de su hermano."

-Madre de chica de 15 años-

SÍNTOMAS NEGATIVOS

1 EMBOTAMIENTO AFECTIVO

Se debilitan tus emociones, te cuesta comunicarlas. Te muestras menos expresivo, hablas menos, haces menos gestos, tiendes a no mirar a los ojos de quien habla contigo.

2 AISLAMIENTO EMOCIONAL

Es como si no sintieras nada, te distancias emocionalmente de los demás y de tu mundo afectivo. Puedes experimentar dificultades para divertirse con lo que antes te gustaba (anhedonia*). Te es aún más difícil expresar tu estado de ánimo al hablar (alexitimia*).

3 CONTACTO POBRE

Relacionado con el anterior, el contacto se

refiere a la forma que tenemos de conectar con los demás. Cuando hablamos de contacto pobre significa que es escaso. Te muestras como alejado cuando los otros intentan comunicarse contigo y tu expresividad (tanto la verbal como la no verbal, es decir, tus gestos y movimientos) es débil.

4 AISLAMIENTO SOCIAL

Te vinculas poco emocionalmente. Evitas relacionarte con los demás, incluso con los amigos y seres queridos.

5 FALTA DE ESPONTANEIDAD

Falta de voluntad (abulia*) para iniciar actividades con un objetivo.



SÍNTOMAS AFECTIVOS

1 ALEGRÍA PATOLÓGICA (MANÍA)

Euforia*, optimismo y alegría exagerados que no son lo habitual en ti. Suele acompañarse de aceleración en lo que haces y piensas, hiperactividad, exceso de energía con menor necesidad de dormir, no parar de hablar (verborrea), excesiva autoconfianza, irritabilidad e incluso agresividad* cuando se te contradice.

En algunos casos, en lugar de estar tan “alegre” podrías más bien manifestar mucho malhumor o

rabia intensa, que serán siempre más marcados que los que son propios de ti cuando estás bien.

2 TRISTEZA PATOLÓGICA (DEPRESIÓN*)

Te sientes abatido y desanimado, sin interés por lo que te rodea, e incluso puedes perder la capacidad de disfrutar de cosas que antes te gustaban. Puedes funcionar ralentizado: al moverte, al hablar y al pensar. Los contenidos de tu pensamiento suelen ser negativos (desesperanza, culpa, vergüenza).

"Aquello era tan peculiar... Empezaba el día con mucha alegría, de no ser consciente de mis problemas... Pero el día transcurría y mi inmensa rabia aumentaba a la vez que mis ganas de romper todo, de sentir caer las cosas."

-Chica de 15 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Para reconocer el comienzo de alguna crisis y poder pedir ayuda cuanto antes, conviene estar alerta si notases cambios de comportamiento o síntomas como:

Pensamientos o sentimientos extraños.

Aislamiento excesivo.

Deseos de venganza por pequeñas cosas.

Rituales o manías excesivas.

Ánimo bajo con una actitud pasiva o ideas de muerte.

Violencia o arranques de ira.

Sensaciones de que te persiguen o quieren perjudicar.

Quejas físicas.

Dificultad para enfrentarte a los problemas cotidianos.

Disminución del rendimiento académico.

Faltar a clase sin una razón justificada claramente.

Comportamiento poco usual.

Contactos con sectas.

Promiscuidad* sexual.

Miedo a engordar, cambios en el peso o la alimentación.

Deseos de hacerte daño a ti mismo o a otros.

Usar drogas* o alcohol.

Fugas o amenazas de fuga del hogar o del colegio.

Dormir mal o tener pesadillas.

Negación obstinada de la realidad (ej.: empeñarte en que tus padres no están separados cuando es obvio que sí lo están).

ATENCIÓN, FAMILIARES

Además de todos los síntomas descritos, otra de las características de la psicosis es la **escasa capacidad para reconocer que se padece un trastorno mental**, así como la dificultad para interpretar los síntomas como manifestaciones de un funcionamiento cerebral alterado. Es algo que se entiende si pensamos que cuando nos falla el brazo, el cerebro nos avisa de que falla el brazo... pero, ¿qué pasa si el que falla es nuestro cerebro? Esta pobre conciencia de lo que ocurre (también llamada “insight”*) tiene importantes consecuencias en el pronóstico*, ya que está asociada con un peor cumplimiento del tratamiento, un mayor número de hospitalizaciones y, en general, una evolución menos favorable. Por eso es importantísimo que los familiares contribuyan a desarrollar la conciencia (o “insight”). Es muy conveniente que el paciente llegue a comprender y a aceptar que tras un episodio psicótico se encuentra en un periodo vulnerable en el que existe una mayor probabilidad de que sufra otras crisis. También, que estas **pueden ser prevenidas con las terapias y la toma de la medicación**.

Vuestras reacciones y actitudes* también son importantes. Cuando la persona recibe la comprensión y aceptación de los que le rodean y no se siente descalificado por lo que está viviendo, mejora su opinión sobre sí mismo y su apertura hacia los demás. Los sentimientos de vergüenza o de culpa hacen que las personas nos pongamos a la defensiva cerrándonos a explicaciones u otras perspectivas. En el caso de una persona que sufre síntomas de psicosis, esto puede reducir su conciencia de lo que le está ocurriendo. En cualquier caso y, aunque haya un buen apoyo familiar, la falta de conciencia suele ser uno de los síntomas más resistentes de la psicosis.

Un símil que ayuda a los pacientes a darse cuenta de la necesidad de atención continuada es el de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión. La psicosis, como la diabetes o la hipertensión son condiciones médicas que también requieren regímenes de vida especiales y unos tratamientos prolongados que, si se respetan, hacen posible seguir adelante con la vida de cada uno.

Los reingresos, aun siendo situaciones difíciles, pueden convertirse en oportunidades, pues sirven para ilustrar las circunstancias que han conducido a la recaída* (por ejemplo, tras el abandono de la medicación o el consumo de tóxicos).



*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

3 PARA MEJORAR:

Tratamiento

Tus terapeutas crearán un **PLAN DE TRATAMIENTO*** individualizado para ti, que suele constar de medicación y psicoterapia*. Seguirlo será fundamental para tu recuperación.

Alguna vez puede llegar a ser necesario que **ingreses unos días en el hospital**, especialmente en los momentos de crisis.





PSICOFÁRMACOS MÁS HABITUALES

1. Antipsicóticos* o neurolépticos*.
2. Estabilizadores del humor o eutimizantes.
3. Antidepresivos*.
4. Ansiolíticos*.
5. Hipnóticos* o sedantes.
6. Correctores*, anticolinérgicos* o antiparkinsonianos*.

Estos nombres no describen su función exacta, sino que denominan la familia a la que pertenecen, lo que puede ocasionar confusiones cuando, por ejemplo, te recomiendan un antidepresivo sin estar deprimido o un antipsicótico sin tener síntomas psicóticos.

MEDICACIÓN

El tratamiento farmacológico casi siempre va a ser necesario.

LOS PSICOFÁRMACOS son medicamentos que actúan en el sistema nervioso, ayudando a compensar o reparar los desajustes que han provocado los síntomas.

No todos los psicofármacos sirven para lo mismo ni son igualmente efectivos. Van a actuar de forma distinta en cada persona, y por eso el tratamiento debería ser individualizado.

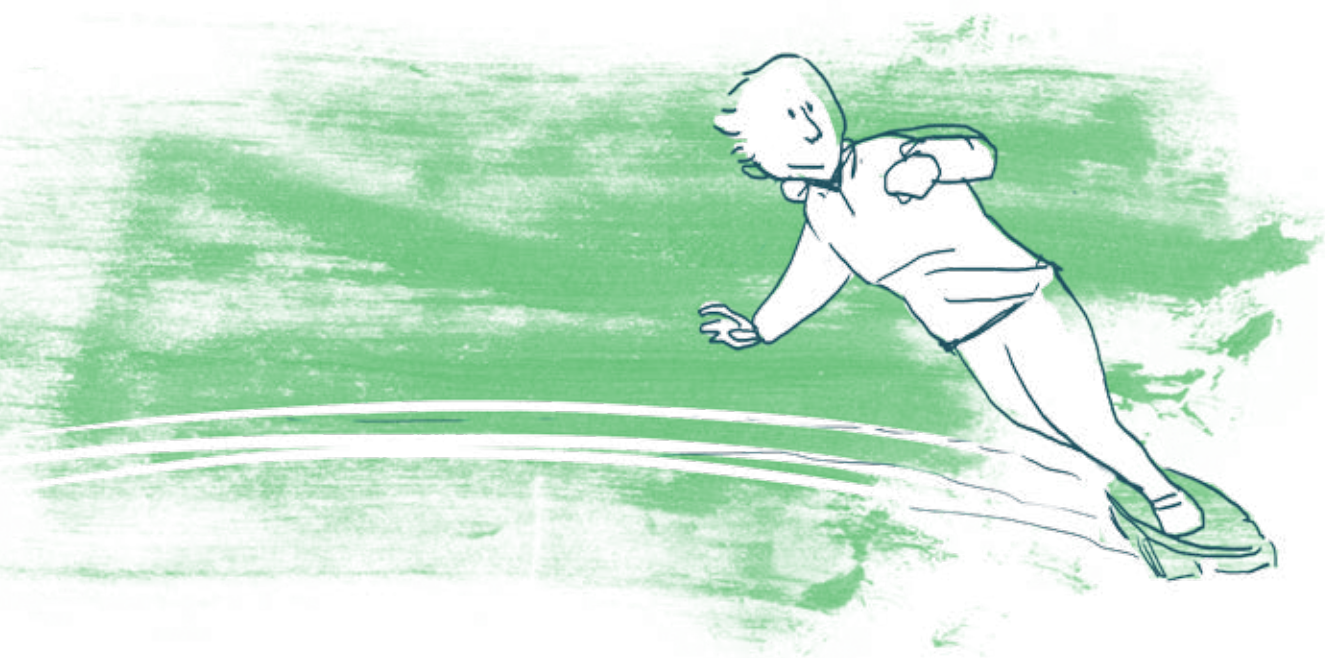
Debes tomar exactamente lo que tu médico te prescribe, independientemente de lo que tomen otras personas con síntomas parecidos a los tuyos.

Es difícil prever cómo funcionará en cada persona un determinado medicamento. Por eso, en ocasiones tu psiquiatra tendrá que **probar distintas medicaciones hasta encontrar la más adecuada para ti**. A veces necesitarás combinar más de un medicamento para conseguir la respuesta adecuada o contrarrestar los efectos secundarios* de algún fármaco.

A continuación te describiremos los psicofármacos más habituales (ver tabla pág. 36). Estos fármacos **pueden complementarse unos con otros** y, por eso, alguien con síntomas psicóticos puede estar tomando antidepresivos para tratar alguno de los síntomas afectivos* que experimenta.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

FÁRMACO	INDICACIÓN	INTERACCIÓN*	¿CÓMO TOMARLO?
Antipsicóticos, neurolépticos	Síntomas psicóticos y fases* maníacas en trastornos bipolares.	● El efecto terapéutico* puede modificarse si se combinan estos fármacos con medicamentos no indicados. ● El alcohol aumenta la acción depresora de algunos fármacos. ● El café, y el té y la nicotina disminuyen los efectos de algunos medicamentos. ● Algunos medicamentos debes tomarlos con alimentos para mejorar su absorción.	USO CONTINUO Y RESPONSABLE, manteniendo las dosis, frecuencia de las tomas y vía de administración (oral, intramuscular...). SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, NO DEBES modificar la toma sin consultar previamente con el psiquiatra. Una reducción de la medicación de forma brusca puede desencadenar un nuevo episodio* psicótico.
Estabilizadores del humor	Fases maníacas en trastornos bipolares y prevención de recaídas* en trastornos afectivos.		
Antidepresivos	Depresiones desde moderadas a graves. Ansiedad*, obsesiones y fobias*.		
Ansiolíticos	Ansiedad, agresividad* (cuando está producida por angustia o ansiedad) e insomnio*.		
Hipnóticos	Problemas de sueño.		
Correctores, anticolinérgicos, antiparkinsonianos	Efectos secundarios de los antipsicóticos.		



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (cumplimiento)*:

Para que los tratamientos sean efectivos **es muy importante CUMPLIR el régimen indicado por el psiquiatra.**

Generalmente, cuando tienes síntomas psicóticos no eres consciente de lo que te está sucediendo y, por lo tanto, no crees que necesites tomar medicación y **estarás tentado a abandonarla o tomarla “a la carta”, según tu criterio personal. Esto puede, por sí solo, desencadenar una crisis.**

NUNCA DEBERÍAS MODIFICAR EL TRATAMIENTO POR TU CUENTA SIN CONSULTAR CON TU PSIQUIATRA.

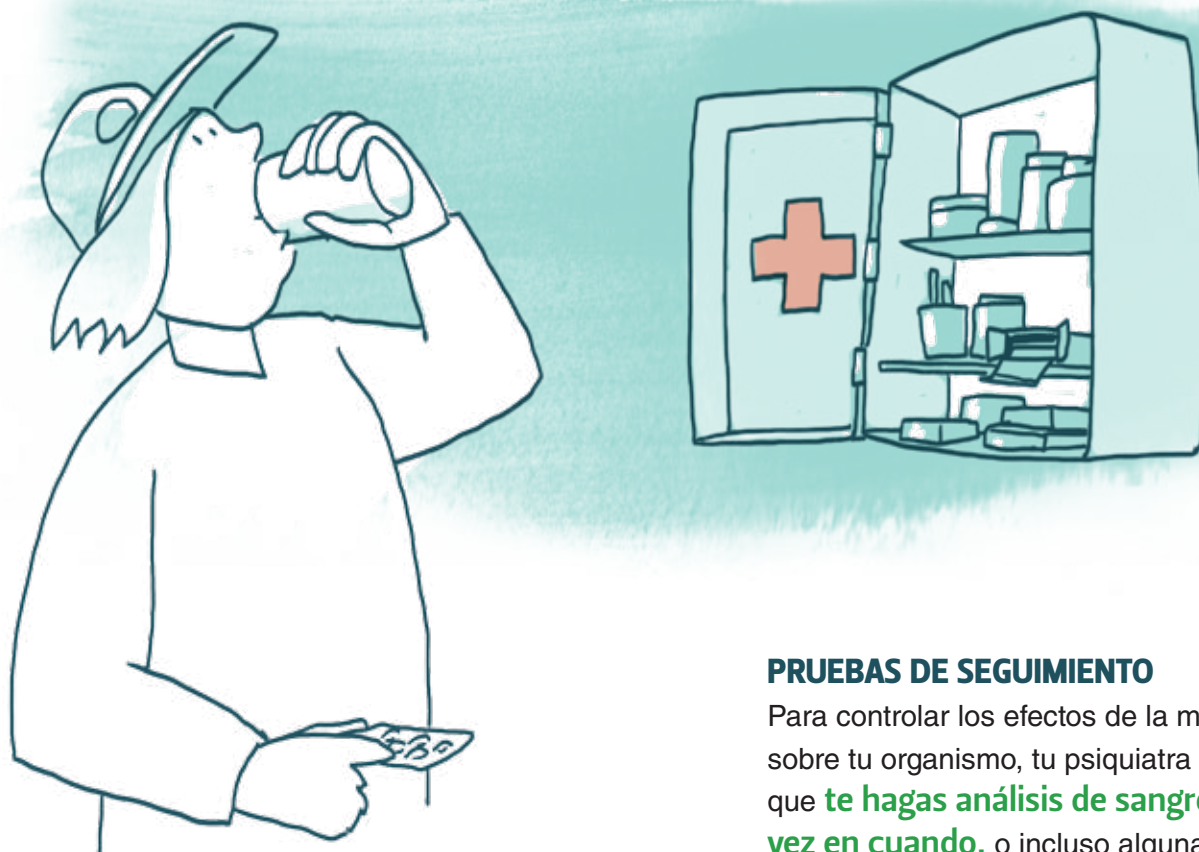
Algunos motivos que han conducido a algunos pacientes a dejar el tratamiento o modificarlo según su propio criterio son¹:

- Pensar que crea dependencia*.
- Creer que es una esclavitud.
- Sentir vergüenza.
- Tener miedo a los efectos secundarios.
- Efectos secundarios (reales).
- Sentir que no es sano o es incompatible con la salud.
- Creer que se ha mejorado y no se necesita.
- Pensar que el tratamiento no funciona.
- Estar desinformado.

(¹ Encuesta BEAM sobre las razones más frecuentes para abandonar el tratamiento de pacientes bipolares.)

Cuando se te pase por la cabeza estas ideas o similares, **es importante que las comentes con tu psiquiatra o terapeuta.** Ellos te ayudarán a abordar el problema y encontrar alternativas.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



PRUEBAS DE SEGUIMIENTO

Para controlar los efectos de la medicación sobre tu organismo, tu psiquiatra podría solicitar que **te hagas análisis de sangre y orina de vez en cuando**, o incluso alguna otra prueba.

Los resultados le ayudarán a ir realizando los ajustes* necesarios y, en caso de que algo no fuera del todo bien, corregirlo rápidamente.

También te hará recomendaciones y sugerencias respecto al ejercicio físico y la alimentación.

"Hoy en día ya tengo un diagnóstico, aunque todavía me cueste mucho asimilarlo. Tengo un trastorno bipolar y todo lo que mi familia y yo vivimos fue consecuencia de un brote psicótico. Mi medicación me impide algunas cosas... En muchos aspectos, hago una vida casi normal."

-Chica de 15 años-



CÓMO ACTÚAN LOS FÁRMACOS

Algunos medicamentos pueden tardar entre 3 y 5 semanas en dar resultados beneficiosos. Sin embargo, sus **efectos secundarios pueden aparecer desde el primer día.**

Debes tener paciencia y confiar en tu psiquiatra, porque dichos efectos suelen disminuir con el tiempo, llegando a desaparecer en muchos casos, mientras los efectos terapéuticos (los buenos) van aumentando a medida que pasan los días.

Para llevar tu tratamiento de forma responsable puedes seguir estos consejos:

- Utiliza un recordatorio y establece una rutina: toma la medicación siempre en el mismo sitio

y a la misma hora, acompañándola con zumo, leche u otro alimento.

- Lleva un registro de las medicaciones tomadas y de los efectos terapéuticos beneficiosos y también de los efectos secundarios si los experimentas (ver capítulo 6, “Prevención de recaídas”).
- Pregunta al psiquiatra todo lo que no entiendas respecto a los fármacos y comenta los efectos secundarios que notes.
- Si se te olvida una toma, informa al psiquiatra y asesórate sobre qué debes hacer en caso de que te volviese a ocurrir.
- Lleva la medicación contigo si sales fuera de casa o vas de viaje.
- No abandones la medicación, aunque te encuentres bien.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

ATENCIÓN, FAMILIARES: CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS

El uso de psicofármacos en la adolescencia* plantea unos retos específicos y requiere que se realicen una serie de consideraciones:

Una de las preguntas que los padres expresáis más frecuentemente tiene que ver con **el posible efecto de estos fármacos en el desarrollo adecuado de vuestros hijos**. En particular, la influencia negativa que pudieran tener en la adquisición de los hitos evolutivos* propios de la adolescencia, principalmente los relacionados con el aprendizaje y el rendimiento académico. No obstante, es importante que comprendáis que **las consecuencias a corto y largo plazo de una psicosis no tratada son extremadamente más graves y deteriorantes** que los riesgos implícitos en el uso de los psicofármacos. En líneas generales, los adolescentes requerirán mayores dosis que los adultos para alcanzar efectos terapéuticos semejantes, pues el metabolismo de los fármacos y su depuración es mayor. Además, el perfil de efectos secundarios es ligeramente diferente al encontrado en poblaciones adultas (dedicaremos un capítulo a los efectos secundarios).

Aunque cada vez un número mayor de psicofármacos se está estudiando en menores, muchos de los tratamientos utilizados en niños y adolescentes aún se prescriben en base a la experiencia e investigaciones realizadas en poblaciones de personas adultas. Esto significa que pueden no tener una indicación o autorización explícita de parte de las autoridades sanitarias en población infanto-juvenil. Aunque la experiencia clínica y algunos estudios realizados confirman que estos fármacos son tan necesarios y útiles como en los adultos, aún hacen falta más estudios para que se incluya la indicación y autorización de las autoridades en las guías farmacológicas oficiales. Mientras tanto, los médicos (psiquiatras y pediatras) deberían usar estos fármacos siguiendo las recomendaciones y consensos profesionales que aplican según su criterio clínico. **En algunos casos, el psiquiatra os pedirá que leáis y firméis un documento que se denomina consentimiento informado**, en el que se explican los motivos de la prescripción, los posibles efectos secundarios y las precauciones que debéis tomar.

Las actitudes* y los comportamientos propios de los jóvenes en la adolescencia pueden complicar que hagan un cumplimiento adecuado de los tratamientos. En este período evolutivo pueden surgir conflictos con figuras de autoridad. Los jóvenes pueden sentir mayor necesidad de afirmarse y sentir que son aceptados por los iguales, pueden estar más preocupados de lo habitual por su imagen y/o por su cuerpo y su esquema corporal. Además, la organización del tiempo libre y el ocio de los jóvenes en la actualidad (por ejemplo, la tendencia a trasnochar y a consumir alcohol u otros tóxicos para alternar) son difíciles de compatibilizar con los regímenes farmacológicos.





PSICOTERAPIAS MÁS HABITUALES

1. Terapia cognitivo-conductual*.
2. Rehabilitación cognitiva*.
3. Psicoeducación familiar*.
4. Entrenamiento en habilidades sociales*.
5. Apoyo al empleo.

PSICOTERAPIA

Suele consistir en **reuniones con el terapeuta** durante las cuales tú podrás explicar lo que te ocurre y expresar tus sentimientos. En esas reuniones el terapeuta podría preguntarte acerca de ti, de tus vivencias, pensamientos y sentimientos, y tú también puedes clarificar dudas haciéndole preguntas. Aunque la relación paciente-terapeuta se basa en el uso de la palabra (conversación), a veces pueden ocurrir momentos de silencio o expresión de emociones (llantos, risa...); es decir, cualquier elemento típico de una relación entre personas. A veces los terapeutas te pueden pedir que dibujes o escribas tus inquietudes, vivencias, sentimientos, etc.

Además de la terapia individual, también hay psicoterapias para familias (**psicoterapia familiar**) e incluso para grupos de pacientes con síntomas similares (**psicoterapias de grupo**).

Existen diversas modalidades de psicoterapia que varían según sus principios teóricos y su forma de trabajar. De una forma muy esquemática podríamos decir que, según incidan más en los sentimientos, los pensamientos o los comportamientos, las psicoterapias se denominarán de una u otra forma: psicoeducativas, interpersonales, cognitivas, conductuales, psicodinámicas, etc.

Algunas de las psicoterapias que han demostrado su eficacia en la psicosis son:

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



1 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Muchas personas con psicosis pueden experimentar **síntomas persistentes a pesar de estar tomando medicación**. Algunos de estos síntomas, como alucinaciones* y delirios*, producen mucha angustia e impiden que se pueda volver a funcionar con normalidad. Por ello, las terapias cognitivo-conductuales están centradas en reducir la gravedad de los síntomas psicóticos y su interferencia en el funcionamiento de las personas. Para ello, el terapeuta proporcionará información sobre los síntomas psicóticos, la forma en que estos pueden surgir como respuesta al estrés y el hecho de que sean comunes incluso en la población general. Tener esta información puede **reducir la sensación de aislamiento y la vergüenza** que muchas

personas sienten acerca de sus síntomas psicóticos, al tiempo que facilita su capacidad para hablar de ellos. En una terapia cognitivo-conductual también se aprende a diferenciar los antecedentes que preceden a los síntomas psicóticos (ej.: momentos de mucha ansiedad al estar dentro de un grupo de gente), las creencias que tengas sobre ellos (de dónde vienen esos síntomas, cuánto poder tienen sobre ti...), y sus consecuencias (ej.: abandonas el sitio donde estás y te encierras en casa). Esto **facilita que seas más consciente de cómo ocurren las cosas y puedas desarrollar estrategias para sentirte mejor**. Asimismo, se puede trabajar sobre las alucinaciones para modularlas o aprender a manejarlas de forma que repercutan lo menos posible en tu vida diaria.

EL OBJETIVO MÁS IMPORTANTE DE LA TERAPIA ES QUE TÚ LLEGUES A COMPRENDER MEJOR LO QUE TE OCURRE Y DESCUBRAS FORMAS DE SENTIRTE MEJOR Y ADAPTARTE MÁS SATISFACTORIAMENTE A LA VIDA.



2 REHABILITACIÓN COGNITIVA

La alteración de la función cognitiva en áreas como la **atención, la memoria, y las funciones ejecutivas*** puede ocurrir en personas con psicosis.

Esta es la razón fundamental por la cual la mayoría de los programas de rehabilitación cognitiva emplean **ejercicios prácticos**.

Estos ejercicios pueden ser realizados mediante ordenador o con papel y lápiz. Su objetivo es promover el aprendizaje de estrategias específicas para mejorar el rendimiento en esas áreas que están alteradas y el funcionamiento en las tareas de la vida cotidiana.

3 PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

La mayoría de los adolescentes viven con sus familiares cuando empiezan a encontrarse mal y, por lo tanto, la familia y cómo esta responde tienen un papel fundamental en la evolución del trastorno. Como ya hemos explicado, según el modelo de vulnerabilidad-estrés*, **las personas con psicosis son sensibles al entorno* más inmediato y al estrés* que experimentan en él**. Uno de los objetivos de la psicoeducación familiar es conseguir que la influencia constructiva sea la que predomine en la relación familiar, ayudando a modular las respuestas y reduciendo las tensiones.

Incluso unos padres bien capacitados para educar a sus hijos pueden verse superados

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



por la situación estresante que supone un episodio psicótico.

El reto de **hacer frente a síntomas psicóticos, sin una adecuada comprensión de los mismos, genera estrés y sobrecarga.**

Así empieza un círculo vicioso que puede acabar precipitando las recaídas, pues también sabemos que el que los padres no se encuentren bien afecta al bienestar de sus hijos.

A diferencia de otros enfoques, la psicoeducación familiar no se limita a centrarse solo en la persona que presenta los síntomas. **La psicoeducación familiar provee información que prepara a todos los familiares para responder de forma constructiva.** Además, emplea un conjunto de estrategias psicoterapéuticas que buscan potenciar los recursos naturales de afrontamiento y adaptación del sistema familiar en su conjunto y de todas las personas que lo forman.

INCLUSO UNOS PADRES BIEN CAPACITADOS PARA EDUCAR A SUS HIJOS PUEDEN VERSE SUPERADOS POR LA SITUACIÓN.



4 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Como el estrés es un factor fundamental en el desarrollo de síntomas psicóticos, es importante aprender todas las habilidades posibles para poder afrontarlo. Puesto que las situaciones sociales (relaciones con compañeros de instituto, habilidades para hablar en público, etc...) suelen generar mucha ansiedad, **el entrenamiento en habilidades sociales puede reducir los efectos del estrés en las recaídas** y ayudar a las personas a alcanzar sus metas.

Los diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales son muy parecidos a cualquier otro entrenamiento (por ejemplo, el deportivo): se fijan unas metas, te muestran cómo conseguirlas, practicas junto con tu terapeuta y luego te llevas tareas para casa para poder ensayar lo aprendido en terapia.

5 APOYO AL EMPLEO

En personas que ya están en edad de trabajar, el poder desempeñar una profesión no solo beneficia económicamente, sino que también es una fuente de autoestima* y ayuda a mejorar los síntomas.

Por este motivo, **existen recursos para preparar a personas con síntomas psicóticos para entrar en el mundo laboral.**

Estos recursos pueden incluir periodos de aprendizaje de habilidades o de formación profesional con el objetivo de adquirir las competencias necesarias para tener éxito en el lugar de trabajo.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Posibles efectos secundarios

La medicación da lugar, en ocasiones, a algún efecto secundario* (un efecto no deseado que puede llegar a ser molesto).

Los efectos secundarios de los fármacos que empleamos actualmente son cada vez menos frecuentes y se contrarrestan más fácilmente con otras medicaciones o con modificaciones de las dosis o las pautas de administración. A día de hoy, **son muy infrecuentes** los efectos realmente peligrosos.

Lo mejor para evitarlos es reconocerlos e informar a tu psiquiatra para que te ayude a combatirlos o, en el peor de los casos, para que te cambie el fármaco en cuestión por otro similar pero sin los efectos indeseables del primero.

- **VENTAJAS DE LA MEDICACIÓN:**
efecto terapéutico, reducción de síntomas, mejora del malestar generalizado. Normalización.
- **DESVENTAJAS DE LA MEDICACIÓN:**
efectos secundarios.

"El médico nos decía que había que tener paciencia... Nos decía que el tiempo que se tardaba en estabilizar a un paciente con esta enfermedad era largo, y más impacientes nos volvíamos. La medicación no le fue tan bien y tuvo efectos secundarios. Empeoró y hubo que cambiársela. En ese impasse, volvieron los síntomas. Tenían razón los médicos: hay que ser pacientes y esperar, aunque es difícil."

-Madre de chica de 18 años-



ANTIPSIKÓTICOS O NEUROLÉPTICOS

EFFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS:

Los antipsicóticos* pueden producir:

- Rigidez.
- Contracturas musculares.
- Disminución de los gestos de la cara.
- Dificultad para mover los ojos.
- Inquietud psicomotriz, incapacidad para quedarse quieto.
- Temblor (de manos, lengua o cabeza).
- Dificultades para andar ágilmente.
- Disminución del movimiento de los brazos.
- Dificultades con la escritura.
- Dificultades para vocalizar, voz monótona y apagada.
- Salivación excesiva.

Cuando aparecen, estos efectos suelen hacerlo **en la primera semana del tratamiento** y tienden a disminuir y, en muchos casos, desaparecer. **En otras ocasiones, no aparecen nunca.**

Algunos de estos trastornos del movimiento pueden aparecer después de muchos años de toma continuada de antipsicóticos.

Se les llama **DISCINESIAS TARDÍAS***.

Consisten en movimientos crónicos* de grupos musculares (ej.: músculos de la cara, especialmente de la boca, como si estuvieran siempre masticando). Afortunadamente, los fármacos más modernos no suelen causar este indeseable efecto y puede prevenirse mejor.

ANTIPSIKÓTICOS O NEUROLÉPTICOS

Son, por ejemplo:
haloperidol, olanzapina (Zyprexa®),
quetiapina (Seroquel®),
risperidona (Risperdal®),
aripiprazol (Abilify®),
paliperidona (Invega®),
ziprasidona (Zeldox®),
amisulprida (Solian®), etc.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



Una forma muy rara de reacción adversa es el **síndrome neuroléptico* maligno**. Es grave, pero extremadamente infrecuente. Su causa es desconocida y, cuando ocurre, comienza de forma brusca, manifestándose con síntomas como fiebre alta, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, palidez de piel, aceleración del ritmo respiratorio, dificultad para respirar, aumento del tono muscular y adormecimiento. Cuando aparecen síntomas de enfermedad grave, es aconsejable dirigirse inmediatamente a un servicio de urgencias hospitalarias.

La mayoría de estos efectos se pueden controlar modificando la dosis o el fármaco, o bien con otra medicación correctora.

EFFECTOS SECUNDARIOS GENERALES

Cuando se toman antipsicóticos se pueden producir en algunos casos:

- Aumento de peso.
- Sedación (somnolencia*).
- Congestión nasal.
- Visión borrosa.
- Aumento de una hormona llamada prolactina, lo que puede causar: reglas irregulares en las chicas, emisión de leche por la mama (galactorrea), crecimiento de las mamas en los chicos (ginecomastia) y disminución del apetito sexual.
- Sequedad bucal.
- Estreñimiento.
- Bajadas de tensión arterial.
- Aceleración del ritmo del corazón (taquicardia*).
- Irritaciones en la piel (dermatitis), por lo que hay que tomar precauciones y evitar el contacto directo con el sol.

La mayoría de estos síntomas son molestos, pero no alarmantes.



ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

1 LITIO

Es un estabilizador del ánimo* muy efectivo. Su nombre comercial es Plenur® y suele utilizarse para el tratamiento de los trastornos bipolares.

Puede presentar estos efectos secundarios:

- Efectos gastrointestinales: náuseas, vómitos, retención de líquidos y diarrea.
- Temblor de manos.
- Somnolencia.
- Pérdida de memoria.
- Irritación de la piel.

A largo plazo puede afectar al funcionamiento de la glándula tiroides y el riñón (por eso, para controlar esos posibles efectos, os suelen pedir unos análisis de sangre cada cierto tiempo).

INTOXICACIÓN POR LITIO*: el litio es un fármaco que requiere un seguimiento estrecho y la monitorización periódica de sus niveles

en sangre para regular la dosis terapéutica. Cuando los niveles suben por encima de un valor, el litio puede ser tóxico. El margen entre dosis terapéutica y dosis tóxica es pequeño.

Hay algunos alimentos y situaciones que pueden influir en los niveles de litio en sangre, por lo que conviene que sigas las explicaciones de tu psiquiatra cuando te lo hayan prescrito. Además, **conviene que aprendas a reconocer los signos* y síntomas de una posible intoxicación por litio, porque es un cuadro grave y requiere atención urgente.**

Son síntomas de niveles tóxicos de litio: adormecimiento; diarrea; temblor y vómitos; desorientación en tiempo, lugar o persona; pérdida del equilibrio y marcha inestable; visión borrosa y crisis convulsivas (del estilo de las que ocurren en la epilepsia).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



2 CARBAMAZEPINA

Sus nombres comerciales más frecuentes son Tegretol® y Trileptal®.

Se pueden observar con mayor frecuencia efectos secundarios como somnolencia, además de diplopía* (visión doble), visión borrosa, vértigo y náuseas.

3 ÁCIDO VALPROICO

Su nombre comercial es Depakine®.

Los efectos neurológicos más relevantes que podría producir son somnolencia, cansancio, irritabilidad, inquietud durante el sueño, hiperactividad, ataxia* (pérdida de coordinación) y temblor.

Otros efectos pueden ser la intolerancia gastrointestinal, caída transitoria del cabello, acné, edema y disminución del nivel de plaquetas en sangre (trombocitopenia*). En chicas jóvenes puede provocar cambios en el ciclo menstrual, en ocasiones acompañados de acné o hirsutismo* (síndrome de ovario poliquístico*).



ANTIDEPRESIVOS

Dentro de los antidepresivos* hay tres grupos principales cuyos efectos indeseables conviene conocer.

1 ANTIDEPRESIVOS ISRS

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la paroxetina (Casbol®, Seroxat®), la fluoxetina (Prozac®), la sertralina (Besitrán®, Aremis®) o la fluvoxamina (Dumirox®, Luvox®). Se caracterizan por dar lugar a menos efectos secundarios, aunque los más habituales son: náuseas, dolor de cabeza, inquietud, insomnio* o alteraciones del tránsito intestinal y otras molestias digestivas. Generalmente son tolerables y desaparecen pasadas las primeras semanas desde el comienzo del tratamiento.

2 ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Como la amitriptilina (Deprelío®, Tryptizol®) o la imipramina (Tofranil®) y la clorimipramina (Anafranil®). Pueden ocasionar niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia*), temblor, mayor sensibilidad a la luz y disminución en el recuento de glóbulos blancos en sangre (leucopenia*), además de un efecto sedante. Estos fármacos se usan muy poco en la actualidad.

3 ANTIDEPRESIVOS ISRSN

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina, tales como la venlafaxina (Vandral®, Dobupal®), la desvenlafaxina (Pristiq®) o la duloxetina (Cymbalta®). Tienen un perfil de efectos secundarios similar a los de los ISRS.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

BUENAS COSTUMBRES RESPECTO A LA

**ESFUÉRZATE
EN LEVANTARTE DE
LA CAMA AUNQUE TENGAS
MUCHO SUEÑO:** tu cuerpo se irá
acostumbrando y despertando
poco a poco. Pide ayuda a
quienes te cuidan si ves que
tienes dificultades en algún
momento del día y déjales
que te muevan.

**LÁVATE
LAS MANOS**
después del
contacto con los
fármacos.

En caso de
inquietud, **EXPLÍCALE
A LOS DEMÁS QUE ES
UN EFECTO SECUNDARIO
DE LA MEDICACIÓN**, para
que te traten con calma y
paciencia, y entiendan tu
necesidad de moverte.

BENZODIACEPINAS

Son fármacos indicados para reducir la
ansiedad* (ansiolíticos*), relajantes musculares
y, en algunos casos, inductores del
sueño que se suelen tolerar bien.

Dependiendo de la dosis
y de la sensibilidad de la
persona pueden disminuir
la capacidad de atención
y concentración, producir
somnolencia, sedación,
cansancio-fatiga y debilidad
muscular, pérdida de memoria
(amnesia*), dificultad para la
coordinación motora (ataxia) o

visión doble (diplopía). En sobredosis pueden
producir disminución de conciencia.

BENZODIACEPINAS

Son, por ejemplo:
diazepam (Valium®), clorazepato
dipotásico (Tranxilium®, Dorken®),
alprazolam (Trankimazin®),
loracepam (Orfidal®, Idalprem®),
bromazepam (Lexatin®), clonazepam
(Rivotril®), ketazolam (Sedotime®),
lormetazepam (Noctamid®,
Loramet®).

Excepcionalmente pueden
producir reacciones contrarias
a lo esperado (paradójicas),
esto es, nerviosismo e
intranquilidad.

**Hay que usarlos según
indica tu psiquiatra, pues
tienen el riesgo de generar
dependencia*** (necesitas esa
sustancia de forma compulsiva y
si no la tomas te sientes mal).

MEDICACIÓN

La **VISIÓN BORROSA** es un síntoma pasajero que permanece durante el comienzo de un nuevo medicamento antipsicótico, pero tiende a desaparecer con el paso de unas semanas.

Si aparece **ESTREÑIMIENTO**, sigue una dieta rica en fibra (5 frutas y verduras al día), y bebe 2 litros de agua diarios. Hay determinados alimentos que mejoran el tránsito intestinal (ej.: kiwi o ciruelas pasas). Añadir una cucharadita al día de semillas de lino a tus comidas es también un remedio natural que puedes probar.

PARA EVITAR LA BAJADA DE TENSIÓN brusca al cambiar de postura (ej.: al levantarte de la cama o de la silla), debes incorporarte muy progresiva y lentamente.

Cuando hay **SEQUEDAZ BUCAL** muy marcada te ayudará estar bien hidratado (¡atención!, no es conveniente tomar mucho más de 2 litros al día pues puede tener efectos perjudiciales para tu salud) y tomar chicles o caramelos sin azúcar. También puedes usar enjuagues bucales o colutorios especiales que encontrarás en las farmacias.

Si tienes **CONGESTIÓN NASAL**, son convenientes los lavados nasales con suero salino fisiológico.

LLEVA UN REGISTRO DE EFECTOS SECUNDARIOS PARA QUE TU PSIQUIATRA PUEDA EXPLICARTE CÓMO TRATARLOS Y QUÉ PUEDES ESPERAR DE ELLOS.

5

¿POR QUÉ “NO A LAS DROGAS”?:

Consumo de tóxicos y su influencia en la psicosis

Seguramente ya tienes acceso a mucha información sobre drogas*. Sin embargo, en ocasiones, esta **información puede proceder de fuentes poco fiables y ser inexacta.** Incluso puedes conocer chicos que las consumen y a los que parece que no les pasa nada y, por eso, pensar que no son peligrosas. Lo que a lo mejor no sabes es que **algunas drogas son un factor de riesgo* importante para que se desencadenen síntomas psicóticos en personas vulnerables** (modelo de vulnerabilidad-estrés*).

AUN CUANDO PUEDAS PENSAR: “ESO NO ME VA A PASAR A MÍ”,
INFÓRMATE SOBRE LOS VERDADEROS RIESGOS
DE LAS DROGAS Y VALORA SI SON UNA BUENA OPCIÓN PARA TI.



QUÉ SON LAS DROGAS

Son sustancias que fumadas, ingeridas, inhaladas, esnifadas o inyectadas llegan hasta el cerebro, alterando sus funciones habituales.

Las drogas pueden:

- Excitar, como los estimulantes (cocaína, cafeína, anfetamina, nicotina).
- Relajar, como los tranquilizantes (alcohol, heroína).
- Alterar las percepciones, como los alucinógenos* (cannabis, hongos, mescalina, LSD).

Algunas drogas, como el alcohol o el cannabis, pueden provocar varias de estas reacciones según el tiempo de consumo, la dosis y la persona. Por ejemplo, pueden

empezar activando (provocando un “subidón”), seguir causando un “bajón” que se percibe como relajante e incluso provocar alucinaciones* o sensaciones terroríficas de que te persiguen o de que te vas a volver loco (la popular “paranoia” que muchos describís). Además, a la larga, pueden empeorar el funcionamiento de la atención, la memoria, la concentración, etc.

El consumo de cannabis es especialmente peligroso en adolescentes que han tenido un primer episodio* psicótico. Sabemos que el cannabis actúa sobre algunos de los circuitos cerebrales que resultan afectados en psicosis y que su consumo aumenta el riesgo de inicio de un episodio y/o de la recaída*.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

NOMBRE	FORMA DE CONSUMO	SÍNTOMAS INMEDIATOS	EFFECTOS TRAS CONSUMO HABITUAL	NOMBRE COMÚN
ALCOHOL	Ingerido	• Desinhibición* (ganas de hablar, mayor actividad, risas). • Descoordinación. • Confusión, torpeza, enlentecimiento. • Disminución de la vigilancia. • Irritabilidad.	Alteración del sueño. Deterioro intelectual. Alucinaciones, delirios*. Cirrosis* (daño del hígado). Cefaleas* (dolor de cabeza).	Cubata Cacharro/Cachi Mini Copa
TABACO	Fumado	• Relajación. • Disminución del apetito.	Bronquitis crónicas, enfisema pulmonar*. Enfermedades del corazón, úlceras de estómago y duodeno. Cáncer (pulmón, bucal, de laringe, faringe, esófago, etc.). Alteraciones de visión periférica y visión nocturna.	Cigarro Piti
CANNABIS Marihuana (flor) Hachís (resina) Polen	Fumados (mezclados con tabaco, generalmente)	• Excitación inicial. • Relajación, somnolencia*. • Risa fácil. • Dificultades cognitivas*: memoria, concentración, velocidad de procesamiento. • Alteraciones: colores, sonido, distancia, velocidad... • Empeora síntomas psicóticos. • Acelera recaídas psiquiátricas.	Potencia síntomas psicóticos. Alteración del desarrollo intelectual: memoria, aprendizaje, atención. Desmotivación, apatía*, desinterés. Aumento del apetito. Reducción de defensas. Asma, cáncer de pulmón o de boca. Apatía sexual. Disfunción hormonal.	Porro Peta Canuto María Hierba China Chocolate Grifa

NOMBRE	FORMA DE CONSUMO	SÍNTOMAS INMEDIATOS	EFFECTOS TRAS CONSUMO HABITUAL	NOMBRE COMÚN
COCAÍNA	Esnifada, fumada, inyectada	• Euforia*, placer y bienestar exagerado pero pasajero (conocido como “rush”). • Agitación*, ansiedad*, temor. • Insomnio*. • Dificultades para la concentración. • Aumento de tensión arterial y pulso.	Potencia síntomas psicóticos. Dificultad de la respiración, arritmias*. Dolores de cabeza. Disminución del apetito. Insomnio. Delirios, ideas suicidas, crisis de pánico. Apatía sexual.	Farlopa Perico Crack Base Nevadito (cannabis con cocaína) Loncha Tirito
OPIÁCEOS Morfina Heroína Ketamina	Inyectados, inhalados/ fumados	• Bienestar, relax, alivio de preocupaciones. • Pérdida del apetito. • Deshidratación. • Dependencia* grave con muy poca dosis.	Deterioro intelectual. Dificultad de la respiración. Insomnio. Reducción de defensas. Riesgo de contraer VIH.	Caballo Brown sugar Tailandesa Calvin Klein (ketamina y cocaína) Special K
ANFETAMINA Y DERIVADOS (speed, éxtasis, etc.)	Ingeridos	• Bienestar, desinhibición. • Hipersensibilidad al tacto. • Deseo de contacto físico. • Sequedad de boca, náuseas, sudoración. • Reducción del dolor. • Contracción de mandíbulas. • Cansancio, depresión*. • Deshidratación.	Potencia síntomas psicóticos. Deterioro intelectual. Disminución del apetito. Insomnio. Depresión, ansiedad, crisis de pánico. Apatía sexual e impotencia.	Pastillas Pirulas PCP (Polvo de ángel) Píldora de la paz Cristal

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

NOMBRE	FORMA DE CONSUMO	SÍNTOMAS INMEDIATOS	EFFECTOS TRAS CONSUMO HABITUAL	NOMBRE COMÚN
MDPV (Metilendioxi-pi-ro-valerona)	Ingerida	• Hiperactividad. • Aumento de la vigilancia. • Euforia. • Pérdida del apetito y del sueño.	Potencia síntomas psicóticos. Taquicardia*. Hipertensión. Bruxismo* (rechinamiento de los dientes). Sudoración excesiva. Dificultad para respirar. Ansiedad, pensamientos suicidas.	MTV Super coke Droga caníbal
LSD SETAS ALUCINÓGENAS (amanita y psilocybe)	Ingeridos, fumados	• Dilatación de las pupilas. • Desinhibición. • Alteraciones perceptivas (formas, colores...). • Alegría excesiva. • Elevación del tono muscular.	Potencia síntomas psicóticos. Mal “viaje”. Agitación. Alucinaciones. Ataque de pánico. Somnolencia. Alteraciones gastrointestinales.	Ácido Monguis Matamoscas Mexicanas
INHALANTES (Pegamentos)	Inhalados	• Balbuceo. • Dificultades en la coordinación. • Alucinaciones. • Hostilidad. • Mareo. • Dilatación de los vasos sanguíneos. • Sensación de calor.	Potencia síntomas psicóticos. Dolor de cabeza. Deterioro cognitivo*. Erupciones en nariz y boca. Taquicardia. Falta de coordinación.	Poppers Gases



DAÑOS QUE PUEDEN OCASIONAR

Las drogas, independientemente del efecto buscado que puedan generar, también pueden provocar daños importantes a distintos niveles:

- **FÍSICO**, cuando dañan el organismo (ej.: bronquitis crónica o cáncer de pulmón por el tabaco).
- **PSICOLÓGICO**, cuando dañan la relación de la persona con su entorno* o consigo mismo (ej.: conflictos de pareja, desconexión, violencia, pérdida de la noción del riesgo o de la conciencia del impacto de la conducta propia en los demás, algo aplicable a todas las drogas).
- **PSIQUIÁTRICO**, cuando desencadenan alguna enfermedad mental que, sin el consumo de la droga, podría no haberse manifestado nunca.

"Nunca nadie me había dicho que los porros podían causar síntomas psicóticos. Me habría gustado saberlo cuando me lo ofrecían mis amigos. Si hubiese tenido esa información, quizá no estaría aquí. ¿Por qué nadie nos lo dice?"

-Chico de 17 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



TIPOS DE CONSUMO: ¿CUÁNDO EMPIEZA A SER PERJUDICIAL?

1 ESPORÁDICO: de vez en cuando (ej.: celebraciones).

2 HABITUAL: frecuentemente y con mayores cantidades de sustancia que el consumo esporádico. El consumo de fines de semana se incluye dentro de esta categoría cuando es mayor la proporción de fines de semana que se consume que los que no.

3 PERJUDICIAL: cuando ocasiona problemas de relación con otras personas o una disminución de tu productividad en los estudios o el trabajo.

4 DEPENDIENTE: cuando se tiene una necesidad inevitable de consumir en cualquier momento y cueste lo que cueste. Cada vez se necesitan mayores cantidades de droga y el uso se convierte en un trastorno diagnosticable (que denominamos trastorno por uso de sustancias). En estos casos, aunque la persona se dice a sí misma “cuando quiero lo dejo”, en realidad no puede pasar sin la droga.

RECUERDA...

**LA PRESIÓN DE LOS
COMPAÑEROS
PUEDE LLEVAR TANTO
AL USO COMO AL ABUSO
DE LAS DROGAS.**

**NO TODO EL QUE
CONSUME DROGAS TIENE UNA
ADICCIÓN... PERO ESTÁ MÁS CERCA DE
LLEGAR A TENERLA**

Todas las drogas pueden crear dependencia, y el que la generen o no está condicionado principalmente por la **vulnerabilidad biológica y/o psicológica de cada persona**. El hecho de haber experimentado síntomas psicóticos te hace más vulnerable a los efectos de las drogas. Este efecto es comparable al que provoca el azúcar en exceso para los diabéticos. Las personas con diabetes tienen una mala regulación del azúcar en el páncreas, por lo que consumirla altera todo el mecanismo y se necesita, en los casos más graves, un fármaco que regule la actividad pancreática. En el caso del cerebro en adolescentes con psicosis, las drogas actúan alterando el funcionamiento cerebral, cuya alteración de base (ver modelo de vulnerabilidad-estrés) ha propiciado la aparición de los primeros síntomas. Como resultado, aparecen recaídas, hay que realizar ajustes de medicación, etc.

**EL ALCOHOL Y EL
TABACO SON DROGAS,**

aunque en ocasiones no se consideren así socialmente.

Producen adicción* y su consumo puede llevar a que se consuman otras o se produzca la mezcla con otro tipo de drogas (por ejemplo, si ya fumas, será más fácil que en alguna ocasión fumes un porro en vez de un cigarro).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



DEPENDENCIA

Hay circunstancias psicológicas que facilitan la dependencia a las drogas. Por ejemplo, tener una autoestima* baja, tener dificultades para resolver conflictos o para asumir responsabilidades. Además, existen factores sociales que influyen también, como rupturas o relaciones amorosas, algunos ideales, modas y la influencia de amigos que consumen, el miedo a sentirte rechazado o a quedarte solo... Todas ellas pueden tener soluciones alternativas al consumo.

GRUPOS DE RIESGO: LOS ADOLESCENTES

El riesgo de iniciar el consumo de tóxicos es mayor en la adolescencia*, entre otros motivos por la búsqueda de sensaciones fuertes propia de la edad o por los numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales que se experimentan y que se asocian a una mayor intensidad en la vivencia de dilemas personales.

Por otro lado, las diferencias con los padres pueden hacer que te sientas menos comprendidos por ellos que por tus amigos. **RESISTIR A LA PRESIÓN DE AQUELLOS QUE PARECE QUE MÁS TE COMPRENDEN PUEDE SUPONER UN DILEMA CUANDO SE TRATA DEL CONSUMO DE TÓXICOS.**

En este sentido, es importante recordar que la elección sobre el consumo de drogas es posible si dispones de toda la información necesaria en cuanto a los riesgos o consecuencias del consumo.

A través de estas líneas, nuestro objetivo es facilitar claves fundamentadas en los estudios actuales y en la experiencia de muchos años trabajando con chicos como tú.

Una de las cuestiones importantes cuando se trata del consumo de una droga son los efectos que esta produce en el cerebro, y más en concreto sobre lo que llamamos “sistema de recompensa*”. Este sistema o conjunto de estructuras cerebrales se activa con el consumo de drogas y es el responsable de las sensaciones placenteras. Su objetivo es hacer que queramos repetir uno o más comportamientos para asegurar nuestra supervivencia (por ejemplo, a través del placer que experimentamos al comer). Pero este sistema no solo actúa en favor de nuestra subsistencia.

En el caso de las drogas, la asociación que se establece entre la sustancia que se consume y el placer obtenido a través de este sistema de recompensa es muy fuerte. Tanto, que el recuerdo (memoria) y la conducta (de búsqueda) que se genera activa nuestra atención para que el placer obtenido a través de la droga se mantenga, lo que en consecuencia nubla nuestra capacidad de decisión. Por tanto, la biología juega un papel importante en la elección libre del consumo, así que es esencial valorar estos efectos —y también los que examinamos a continuación— a la hora de iniciar su uso.

¡ATRÉVETE A PENSAR!

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Infórmate, pregunta tus dudas y opiniones en un ambiente de confianza, hablando con alguien que conozca el tema y que se preocupe por ti, para que la comunicación pueda ser clara, serena y sincera y te pueda proporcionar información veraz.

PARA REDUCIR O EVITAR EL CONSUMO DE DROGAS...

Expresa en el ambiente familiar o entre los amigos aquellas ideas que te preocupen.

Realiza actividades sanas de ocio, como algún deporte.

Pasa tiempo con tu familia: el tiempo de calidad (en el que compartes aficiones, inquietudes, deseos y preocupaciones) con personas que se preocupan por ti te ayuda a mejorar la confianza y aumenta las posibilidades de que puedas recibir el apoyo que necesitas si te encuentras mal.

CONSUMO DE TÓXICOS Y SU INFLUENCIA EN LA PSICOSIS

Si tu episodio psicótico ha estado relacionado con el consumo de tóxicos, tú eres sin duda el que mejor conoce la asociación que existe entre las drogas y la aparición de síntomas psicóticos.

A lo largo de los últimos 20 años, los estudios sobre el uso de algunas de las drogas que podemos encontrar en la calle (como LSD, marihuana/cannabis/hachís, tabaco o alcohol) y su posible relación con psicosis nos hablan de un **aumento de la probabilidad para desarrollar estos síntomas a medida que aumenta la frecuencia de uso y la dosis**. Los expertos estiman que entre un 8 y un 13% de los casos de enfermedades graves como la esquizofrenia se asocian al consumo de cannabis durante la adolescencia.

En esta etapa el cerebro se encuentra en desarrollo, lo que te hace especialmente vulnerable. En este sentido, tal como sugería el modelo de vulnerabilidad-estrés que revisamos, las personas con una predisposición biológica al desarrollo de estos síntomas son las que tendrían un riesgo mayor. De esta manera, el uso continuado de estas sustancias, en un cerebro vulnerable, podría desembocar en la presencia o en el aumento de síntomas psicóticos. **Evitar el consumo de estas sustancias tras un primer episodio psicótico reduce la posibilidad de una recaída**, con la consiguiente reducción del impacto que esta puede suponer en tu vida (falta de asistencia a clase, peleas en casa, dar explicaciones a los amigos, etc.).

ATENCIÓN, FAMILIARES

Hemos incluido un capítulo específicamente dedicado al tema de consumo de tóxicos por los siguientes motivos:

- Es un tema que preocupa a la mayoría de los padres cuando tienen un hijo adolescente.
- Es una realidad desafortunada que el uso y abuso* de algunos tóxicos como el cannabis se ha extendido de una forma considerable en los últimos años. De hecho, el cannabis es la droga ilegal más consumida en la Unión Europea. En nuestro país, aproximadamente el **33,6% de la población de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años habrían consumido cannabis alguna vez en su vida**, y cerca del 16,1 % lo habrían consumido en el último año. Cuando se analizan los datos dentro de los países miembros de la Unión Europea, nos encontramos que España está a la cabeza de la lista, únicamente superada por Dinamarca y el Reino Unido. Hasta cierto punto, esta especie de normalización ha restado importancia a su consumo.
- Los adolescentes, debido a su momento evolutivo, son una población de riesgo para el consumo, abuso o dependencia. **El deseo de ser aceptado por el grupo, la tendencia a creerse invulnerables y a minimizar las consecuencias negativas de los tóxicos**, los hace particularmente vulnerables. Además, la disponibilidad de las sustancias de abuso en ámbitos de ocio de los jóvenes es grande.
- Existen creencias erróneas o contradictorias acerca de las drogas.** Conviene que los padres dispongáis de datos reales sobre las sustancias de consumo para así poder comunicar e intercambiar opiniones con vuestros hijos. En ocasiones, os sorprenderéis de que ellos tengan más información (y desinformación) de la que os podéis imaginar.
- Algunas drogas pueden producir cuadros psicóticos (**psicosis tóxicas**) o desencadenar cuadros de psicosis prolongadas en el tiempo, que no desaparecen con la eliminación del consumo en personas vulnerables.
- Las personas que han padecido un episodio psicótico son especialmente sensibles a los efectos nocivos de las drogas**, especialmente si dicho episodio psicótico tuvo relación con el consumo, de manera que las consecuencias negativas de las sustancias aparecen con patrones de uso “menores” que los de la población general.
- La tasa de consumo de drogas en pacientes con trastornos psicóticos es significativamente más alta que en población sana.** Este consumo tiene profundas implicaciones para el curso y el tratamiento de la psicosis y de hecho, existen muchas evidencias que sugieren que aquellos pacientes que abusan de drogas y alcohol tienen peor pronóstico que aquellos que no lo hacen.



*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Prevención de recaídas



Una de las características de la psicosis una vez que ha aparecido es que puede presentar recaídas*, incluso a pesar de cumplir con el tratamiento o tomar adecuadamente la medicación.

Por eso, es crucial que tú y tus familiares **conozcáis las señales** que aparecen antes de una recaída para que podáis consultar lo antes posible y evitar la posible escalada de los síntomas.

Las primeras señales de la psicosis se llaman **PRÓDROMOS*** y son cambios sutiles (leves) y poco específicos en el comportamiento que sueles experimentar antes del primer episodio*. Lo más frecuente es que, si ocurren otros episodios más adelante, las señales de una posible recaída sean muy parecidas a los pródromos que experimentaste la primera vez.



¿POR QUÉ HE DE ESTAR ATENTO A LAS SEÑALES DE RECAÍDA?

Cuando empiezas a encontrarte mal, la detección de las señales de alerta os permite a ti y a tu familia estar preparados para afrontar mejor una posible recaída y, en el mejor de los casos, evitarla.

Si sabes identificar estas señales y consultas con los profesionales que te tratan, estos podrán intervenir e impedirán que los síntomas empeoren y sea necesaria la hospitalización o aparezcan conductas perjudiciales, como intentos de suicidio o agresividad*.

Recuerda que en cada persona aparecen unas señales determinadas, por lo que es importante realizar un esfuerzo por identificar las que suelen aparecer en ti cuando te has visto a punto de tener una crisis, para así poder advertírselo a tu familia y terapeutas. Conviene incluso que vayas construyendo tu propio listado de señales que aprecias como de recaída, basándote en experiencias previas y en tu forma de ser.

En la siguiente página te presentamos un listado con las señales de recaída más frecuentes:

"Los días pasaron, los meses también; todo iba bastante bien, la verdad. De vez en cuando tenía de nuevo alucinaciones: supongo que serían recaídas, o al menos fue lo que leí en la guía del grupo de psicoeducación al que iba. Al parecer eran de lo más normales, pero aun así había que intentar que no las tuviera."

-Chica de 15 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

SEÑALES DE RECAÍDA MÁS HABITUALES

Algunas señales son como los síntomas típicos de una crisis, pero más leves. Lo importante es que aparecen cuando aún no se ha desencadenado la crisis, lo que os da a ti y a tu familia un margen de acción.

COMPORTAMIENTOS

- Inquietud.
- Dificultades en el sueño.
- Agitación*.
- Falta de energía.
- Lentitud de pensamiento y movimientos.
- Empeoramiento de los resultados en el colegio o el trabajo.
- Aislamiento social.
- Posturas extrañas.
- Mirada fija durante mucho tiempo.
- Vestir prendas estrafalarias o inusuales para ti.
- Descuido de la higiene personal.

PENSAMIENTOS

- Dificultades de concentración.
- Fácil distracción.
- Preocupación excesiva por pequeñas cosas.
- Desconfianza, suspicacia o duda constante.
- Bloqueo de pensamiento.
- Uso de palabras peculiares.
- Comentarios sin sentido.
- Obsesión con temas religiosos.
- Aumento o disminución del interés en la sexualidad.

EMOCIONES

- Tristeza.
- Irritabilidad.
- Culpa.
- Ansiedad* (nerviosismo).
- Falta de confianza en uno mismo.
- Pérdida del sentido del humor.
- Llanto excesivo o risa sin motivo.
- Dar una importancia inusual a noticias o comentarios de los medios de comunicación.
- Sentirte mal, inquieto o emocionado sin un motivo claro.

¡EL PAPEL DE TUS FAMILIARES EN LA DETECCIÓN DE SEÑALES DE RECAÍDA PUEDE SER FUNDAMENTAL! PERMÍTELES QUE TE AYUDEN A DETECTARLAS.

REGISTRO DIARIO DE CONDUCTAS BÁSICAS:

Una buena forma de detectar cambios en el comportamiento es llevar un registro diario de algunas conductas básicas como la toma de medicación. **Es importante que tú mismo hagas tu propio registro y elijas un momento concreto para rellenarlo cada día.**

DÍA	MEDICACIÓN TOMADA	EFECTOS SECUNDARIOS	ESTADO GENERAL	CONDUCTAS DESTACABLES
LUNES	Sí	Algo de sueño	Un poco ansioso	Contento con la terapia
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				

PERSONA DE CONFIANZA

Es muy útil también si tú mismo eliges a una persona de tu familia encargada de “avisarte” cuando empiece a detectar señales de recaída. Esta persona puede ser también quien te ayude a rellenar el registro diario y, sobre todo, a observar las conductas más destacables del día, de forma que termines teniendo una mejor conciencia* de lo que te ocurre.

La elección de esta persona debe ser negociada, nunca impuesta por tu familia. Es mejor si es alguien con quien tú tengas una relación más cercana o de confianza.

Una vez detectadas las señales de recaída, el siguiente paso es la elaboración de tu propio **PLAN DE ACCIÓN** para prevenir la crisis.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Manejo de una crisis

A lo largo del curso de la psicosis se pueden producir crisis. Nos referimos a cambios más o menos bruscos en el curso del trastorno* o a situaciones complicadas y difíciles de manejar.

La mejor forma de evitarlas es prevenirlas y **reconocer sus primeros síntomas**, para poder comunicarlos pronto a los profesionales y que ellos te ayuden a afrontar las crisis cuanto antes. Ya hemos hablado anteriormente de la importancia de reconocer los signos* y síntomas

tempranos. Dedicaremos también un capítulo para hablar de los factores protectores que puedes potenciar en el día a día (por ejemplo, un ambiente emocionalmente distendido). No obstante, y a pesar de ello, puede darse el caso de que ocurra una crisis. Como reza el dicho popular, “mejor prevenir que curar”. En estos casos, **conviene anticiparse y tener un plan escrito de intervención al que recurrir** y que se habrá elaborado y consensuado previamente por todas las personas que vayan a intervenir en él.



DATOS EN EL PLAN DE ACCIÓN

Este plan, que podéis escribir en una tarjeta o en el móvil para **tenerlo siempre accesible**, contendrá algunos de los siguientes datos:

Nombre y teléfono del familiar con el que más confianza tengas y cuya autoridad respetes.

Lista de medicación.

Nombre y teléfono de tu terapeuta principal (psiquiatra, psicólogo, enfermero, médico de familia, trabajador social...) y del centro de urgencias psiquiátricas al que debes acudir.

Listado de responsabilidades de tu familiar de confianza (por ejemplo, avisar a amigos, al centro de estudios o al trabajo, finanzas, cuidado de los hermanos si los hubiera, etc.).

CUANDO SIENTAS QUE LA SITUACIÓN SE ESCAPA A TU CONTROL

Evita
CONDUCTAS
RETADORAS.

Evita DISCUSIONES
SOBRE LO QUE HAY
QUE HACER: confía en
quienes te quieren.

Evita la AGRESIÓN:
la violencia solo
genera violencia.

NO GRITES
para hacerte
escuchar.

Evita AMENAZAR
Y CRITICAR de
forma destructiva.

No esperes
que tu familia o tu
entorno te VAYA A SEGUIR
LA CORRIENTE SI ESTÁN EN
DESACUERDO contigo: escucha
lo que tengan que decirte. No es
preciso que estés de acuerdo en
todo para dejarte ayudar en esos
momentos de confusión y que
así puedas retomar las
riendas de ti mismo.

En ocasiones, y a pesar de poner todos los medios a tu alcance, es preciso recurrir a un ingreso hospitalario o una atención especializada intensiva para tratar las crisis. Procura entenderlo como parte del proceso y no vivirlo como un fracaso. Si te es posible, colabora todo lo que puedas con las personas que te tratan para que la crisis sea BREVE y puedas aprovechar la hospitalización.

**NO ENGAÑES O
TRATES DE ENCUBRIR
LA REALIDAD** de lo que te
ocurre o preocupa (un ejemplo
que te puede ayudar es que,
por mucho que uno barra la
suciedad y la oculte debajo
de una alfombra, esta no
desaparece).

No trates de
convencer a los que
te rodean para que **VEAN
LAS COSAS COMO TÚ.**
¿Recuerdas alguna vez que
lo hayan hecho contigo?
¿Funcionó?

**LAS CRISIS PUEDEN OCURRIR
INCLUSO TOMANDO LA MEDICACIÓN
CORRECTAMENTE Y PUEDEN SER
DEBIDAS A QUE NECESITAS UN
REAJUSTE FARMACOLÓGICO.**



En situaciones en las que te sientes
inestable es conveniente:

- Reducir el ritmo de vida y tratar de descansar.
- Evitar el exceso de actividad.
- Evitar el alcohol.
- No tomar decisiones importantes en esos momentos y esperar a estar más estable y en condiciones de sopesar pros y contras.

8 DE LOS NERVIOS:

Influencia del estrés

¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

Es la respuesta natural de nuestro organismo (cuerpo y mente) ante cambios en el entorno o acontecimientos amenazantes o potencialmente dañinos. Para describirlo solemos decir que estamos ansiosos (nerviosos).

Gracias al estrés*, el cuerpo se prepara para la acción (instinto de supervivencia) y la mente se prepara para posibles cambios ante una situación nueva. Al ser una respuesta natural de nuestro organismo para defendernos y garantizar la supervivencia, el estrés no es malo en sí mismo. **El estrés deja de ser saludable y adaptativo cuando:**

- Es demasiado intenso o desproporcionado a la situación real que lo ha generado.
- Persiste aún si la situación que lo causó ha desaparecido.
- Aparece en situaciones que no son realmente amenazantes o dañinas.





Tu nivel de estrés depende de los acontecimientos que vives y de la valoración que hagas de tus propios recursos para hacerles frente. Por tanto, aunque no puedes cambiar los acontecimientos que ocurren a tu alrededor, sí puedes intentar modificar tu forma de percibirlos y aprender estrategias para resolverlos más eficazmente.

Para controlar el estrés es importante reconocer las señales fisiológicas*, cognitivas* y conductuales* típicas de los estados de nerviosismo. Una vez

conocidas estas primeras señales, ya estaremos preparados para identificar las situaciones que las provocan y hacer una lista de ellas. En este punto pasaremos a plantearnos las siguientes preguntas:

**¿CÓMO ME SIENTO ANTE ESTA SITUACIÓN?
¿QUÉ CAMBIOS NOTO EN MI CUERPO?
¿Y EN MI FORMA DE PENSAR?
¿CÓMO ACTÚO ANTE LO QUE
ME PONE NERVIOSO?**

"Tú no te das cuenta de lo que te está dando. No sabes lo que te pasa, solo sabes que son cambios de humor, que te dan mareos, no te tienes en pie... y una de las causas en mi caso fue el estrés."

-Chica de 15 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



Estas preguntas darán paso a la elaboración de un **PLAN DE ACCIÓN** en los tres niveles de los que hablamos antes:

- **Nivel fisiológico o corporal:** modular la activación corporal. Esto puede conseguirse con distintas técnicas como técnicas de relajación, control de la respiración, ejercicio físico, etc.
- **Nivel cognitivo o de pensamientos:** cuando estamos nerviosos acostumbramos a exagerar lo negativo. Si reconocemos estas exageraciones derivadas de la ansiedad*, podemos intentar cambiarlas por pensamientos más realistas, optimistas y adecuados a la solución del dilema que tengamos entre manos.
- **Nivel conductual o de comportamiento:** generalmente, cuando algo nos estresa

tendemos a evitarlo o a actuar impulsivamente (sin pensar las consecuencias de lo que hacemos), y ambas conductas suelen resultar bastante poco eficaces. Entre este tipo de conductas están por ejemplo el consumo de sustancias (alcohol, drogas*) o la tendencia a encerrarnos en nosotros mismos, aislándonos del mundo. Estas soluciones podrían parecer efectivas a corto plazo, pero a la larga producirán un efecto rebote*: es decir, que la próxima vez que nos enfrentemos a un problema similar la carga de ansiedad será mayor. Como ya hemos mencionado, una evaluación detenida de la situación y la petición de ayuda para afrontar el problema que no sepamos solucionar serán mejores opciones que no pensar y huir (evitar).

COMPONENTES DEL ESTRÉS

El estrés se manifiesta en tu propio cuerpo, en tus pensamientos y en tu comportamiento.

A nivel fisiológico o corporal:

tensión, sudoración en las manos, palpitaciones*, boca seca, etc.

A nivel cognitivo o de pensamientos:

“no voy a poder soportarlo”, “jamás saldré adelante”, “soy peor que los demás”, etc.

A nivel conductual o de comportamiento:

huida de la situación, comer compulsivamente, uso de tóxicos, etc.

PSICOSIS Y ESTRÉS

Igual que el estrés puede favorecer la aparición de síntomas psicóticos, **padecer una psicosis suele resultar estresante.**

Esto puede derivar en un círculo vicioso en el que el estrés que generan los síntomas te cree más tensión aún, lo que a su vez puede agravar los síntomas. Por eso es tan importante aprender a reducir el estrés y las situaciones que lo generan.

Es muy importante que no estés ni **HIPOESTIMULADO** (es decir, aislado del resto)

ni **SOBREESTIMULADO*** (con alguien encima todo el tiempo).

Algo que ayuda a modular el estrés es ajustar las expectativas. Por ejemplo, ten en cuenta que cuando predominan los síntomas negativos* (falta de energía, dificultades para disfrutar...), puede resultar difícil que hagas ejercicio físico a horas fijas todos los días. Entonces puede resultar menos estresante marcarse otros objetivos realistas y menos ambiciosos, como hacer la cama o poner la mesa.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

Factores protectores en la psicosis

Son los factores que pueden mejorar tu evolución y prevenir la aparición de crisis.

RELACIÓN CON LA FAMILIA¹

Una buena relación familiar es un factor esencial para la recuperación y el mantenimiento de la mejoría. **Un entorno* acogedor, previsible y ordenado te ayudará a recuperar la sensación de seguridad.** Sin embargo, en ocasiones, la convivencia diaria está desgastada por la presión de la vida cotidiana, por tensiones entre los miembros de la familia o por algún problema de comunicación que exista. La convivencia entonces supone un agotamiento y un sobreesfuerzo que puede terminar desencadenando estrés* entre los miembros de la familia. Por eso es tan importante que los profesionales, además de dar información

a tus familiares para que comprendan qué te está ocurriendo, los apoyen, potencien sus fortalezas y los ayuden a resolver las diferencias que surgen fruto del natural desgaste de la convivencia.

Por la tendencia al aislamiento social que podría producirte la psicosis, **es probable que durante un tiempo haya algún miembro de tu familia que pase más tiempo contigo en casa,** acompañándote o haciéndose responsable de tus cuidados. Es importante que tu familia mantenga un contacto fluido con el terapeuta para que aprenda cómo puede ayudarte.



RELACIÓN CON EL TERAPEUTA

El terapeuta te apoyará de forma individualizada y estará, en la medida de sus posibilidades, a disposición de tus familiares para asesorarlos y orientarlos. **Dispone de los conocimientos necesarios y trabaja en equipo* para buscar la recuperación y mantenimiento de tu salud.**

Es muy importante que la comunicación con el profesional responsable de tu caso sea buena,

que confíes en él y le expliques con sinceridad tus vivencias y sentimientos. Él podrá ayudarte mejor si te conoce bien y sabe todo lo que te ocurre.

Esa información es confidencial, pero a él le ayudará a tomar las decisiones más convenientes con respecto a tu tratamiento (ej.: cambio en la dosis de medicación, periodicidad en las citas...) para que así puedas recuperarte cuanto antes.

"Sí: mi hija, esto lo repito todos los días de mi vida, tiene un trastorno bipolar. Pero no hay diagnóstico en la vida que impida quererla cada día más, y jamás dejaré de luchar para llegar a ver y compartir junto a ella todo lo que nos queda por vivir."

-Madre de chica de 15 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



ESTABILIDAD

El reto básico que debemos plantearnos es alcanzar la estabilidad* de los síntomas:

llegar a un estado lo más parecido posible a cuando te encuentras bien.

El tratamiento tiene también como objetivos tu bienestar personal, fomentar una adecuada autoestima* y que puedas mantener relaciones personales satisfactorias.

En último término, debe promoverse una mejoría duradera.

Para ello es importante que te entrenes y adquieras habilidades que te preparen para resolver y afrontar

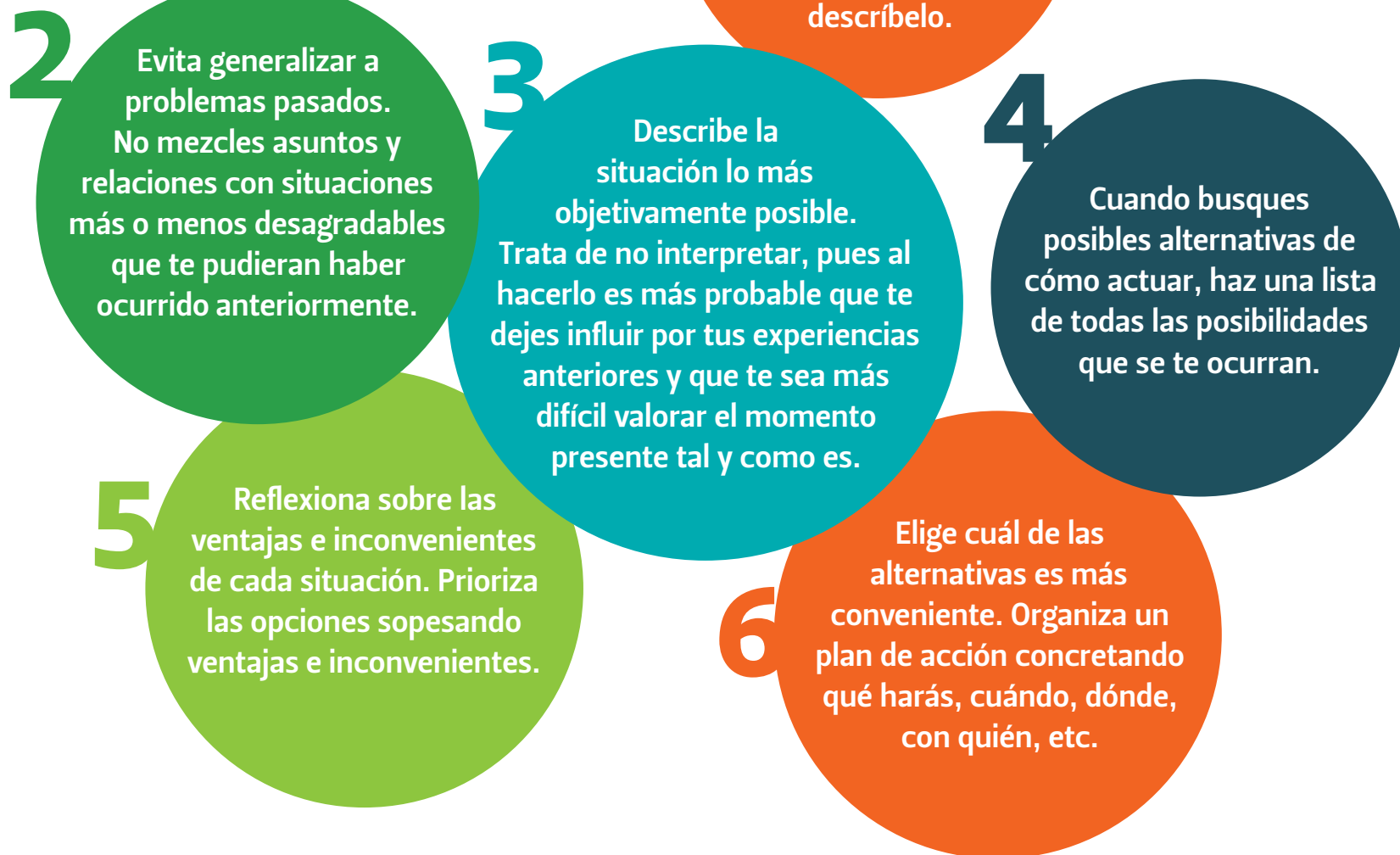
los problemas que la psicosis te plantea y los que te vayan surgiendo en tu relación cotidiana con tu familia, amigos, profesores y compañeros de colegio.

Para que las dificultades y los conflictos no te desborden y tu vida sea lo más estable posible, puedes aprender habilidades que te ayuden a resolverlos.

En la siguiente página podrás ver algunas actitudes y habilidades útiles.

HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Estas son algunas actitudes* y habilidades de afrontamiento para resolver los dilemas que se te plantean en cada momento:



"El objetivo ahora es que ella pueda llevar una vida lo más normalizada posible, que sepa identificar los síntomas y, sobre todo, que sea feliz."
-Madre de chica de 18 años-

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

No comas muchas grasas, evita el picoteo y procura hacer cinco comidas al día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena).

Realiza actividades que te gusten, como sacar al perro, ir al fútbol, realizar manualidades, etc.

Ve a la cama solo para dormir cuando tengas sueño y sea la hora, y levántate de la cama rápidamente al despertar.

Relaciónate con amigos y familiares que te hagan sentir bien.

Practica algún deporte (mejor que no sea de riesgo). Evita practicar deporte justo antes de ir a dormir.

Mantén horarios regulares de sueño: cena temprano y de forma ligera.
INTENTA EVITAR EL ALCOHOL.

Realiza actividades relajantes, como un baño nocturno y un vaso de leche caliente antes de dormir.



ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Es fundamental que tu familia o las personas con las que vives se impliquen apoyándote para lograr estos objetivos. Repartir las tareas y responsabilidades de casa entre todos para no sobrecargar a uno de los miembros de la familia tiene muchas otras ventajas. Seguramente, te hará bien que hagan todo lo posible por motivarte e incentivarte. Una forma muy efectiva de hacerlo es cuando refuerzan tus logros e iniciativas por pequeños que sean. **Explícales cómo pueden apoyarte y pídeles que cuenten contigo para la planificación de cualquier actividad que haya que realizar.**

También **es importante que te organices para poder hacer lo que te gusta, en especial**

si es un hábito saludable*. Sabemos que algunas actividades son muy beneficiosas para nuestro sistema nervioso, en especial cuando éste está en desarrollo. Realizar ejercicio físico, interpretar algún instrumento musical, cantar, bailar o simplemente escuchar música un ratito cada día, o leer algo que te guste (quince minutos al día, por ejemplo) y dedicar varios momentos al día a relajarte (encontrar una postura cómoda, respirar correctamente y centrar la atención en la respiración, conseguir dejar la mente en blanco o dirigir nuestra actividad mental hacia contenidos positivos) pueden facilitar una mejoría muy importante de tu calidad de vida. Todas ellas son fáciles de realizar y seguro que alguna de ellas incluso te apetece.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

ATENCIÓN, FAMILIARES

A menudo, cuando las familias tienen conflictos importantes o se enfrentan a la tarea de manejar problemas emocionales graves, se olvidan de hablar de otros temas diferentes a lo que les preocupa. **Los problemas se convierten en el centro de las conversaciones, lo que termina empobreciendo la vida familiar.** Las personas de esa familia comienzan a sentir que prefieren evitar el contacto entre unos y otros. Progresivamente, puede terminar produciéndose un enrarecimiento de las relaciones, una ruptura de los lazos emocionales y un aislamiento de las personas en el seno de la familia hasta el punto de que, el núcleo social que nos debería sostener y apoyar, acaba siendo un grupo de “enemigos en casa”.

Al centrarse sobre todo en los problemas, la familia también puede influir negativamente en el paciente a quien, sin querer, se señala, y **puede llegar a transmitírsele la imagen de que todo en él es problemático lo que también le resta oportunidades de expresión de sus aspectos más sanos y adaptativos.** Este mismo efecto puede producirse en el resto de los miembros de la familia, que al volver una y otra vez sobre los aspectos negativos y preocupantes de sus vidas, van viendo disminuido su sentimiento de competencia.





Sabemos que, debido al ajetreo propio del estilo de vida actual, **a las familias les resulta complicado encontrarse de forma relajada y placentera y aplicar lo que recomendamos a continuación.** Por eso, queremos enfatizar lo conveniente que es que las familias (o las personas que convivan con los chicos) hagan lo posible por conseguir:

1. **Crear un ambiente predecible:** mantener rutinas familiares.
2. **Cuidarse:** no perder contacto con los amigos, mantener espacios de disfrute y ocio.
3. **Crear una cultura familiar de comunicación fluida** (ver siguiente capítulo: “Importancia de la comunicación”). Crear espacios de charla neutra o no cargada emocionalmente (hablar de temas agradables).
4. **Evitar discusiones acaloradas o expresiones de emociones excesivas;** esto no quiere decir que uno no exprese el desacuerdo. Los desacuerdos son normales, pero pueden transmitirse de forma que no resulten dañinos. Dedicaremos un **capítulo completo a cómo mejorar la comunicación.**
5. **No dejar para mañana lo que puedas decir hoy.** Únicamente deja para mañana lo que no puedas decir hoy de una forma modulada.

10 ¿HAY ALGUIEN AHÍ?:

Importancia de la comunicación



Las relaciones familiares o con otras personas no son, en sí mismas, causa de psicosis.

Sin embargo, ciertos estilos de relación y/o comunicación pueden contribuir a crear tensiones, y estas pueden precipitar la aparición de síntomas y recaídas en personas vulnerables o que ya hayan experimentado algún episodio* psicótico.

CUANDO QUIERAS DECIR ALGO, DILO CLARAMENTE, EXPRÉSALO SIN RODEOS Y TRATA DE HACERLO EN UN TONO CALMADO. SI TE CUESTA MUCHO HACERLO DE FORMA ESPONTÁNEA, PUEDES PREPARARLO CON TU TERAPEUTA.

ORÍGENES DE LOS CONFLICTOS DE COMUNICACIÓN

UNA INTERPRETACIÓN ERRÓNEA DEL MENSAJE NO VERBAL

(ej.: tu padre tiene mala cara porque ha tenido un día duro en el trabajo y tú piensas que está enfadado contigo).

QUE LA PARTE VERBAL Y LA NO VERBAL SEAN POCO CLARAS Y ESTO DIFICULTE SU COMPRENSIÓN

(ej.: ante una pregunta directa respondes con evasivas como “déjame”, “no me pasa nada”).

QUE EL MENSAJE VERBAL Y EL NO VERBAL SEAN CONTRADICTORIOS

(ej.: dices que estás bien pero lo dices gritando y enfadado).

MODOS DE COMUNICACIÓN

Hablaremos de dos modos de comunicación: la **verbal** o “lo que se dice” y la **no verbal*** o “cómo se dice.” La verbal permite transmitir mensajes claros. La no verbal es indirecta y debe ser interpretada por quien te escucha. A veces esta última tiene más fuerza comunicativa que la verbal.

La comunicación con las personas que te rodean debe ser **CLARA, DIRECTA Y CONCRETA**, basada en el componente verbal y sin dar pie a una interpretación errónea del componente no verbal por parte de las distintas personas implicadas en la comunicación, porque esto suele ser una fuente de confusión y conflictos. Puede que a veces no te sientas bien y actúes llamando la atención de tus seres queridos

con conductas inadecuadas porque nos cuesta transmitir lo que nos pasa. En el fondo, con esto lanzamos el siguiente mensaje: “Quiero que me queráis” o “quiero que escuchéis lo que tengo que decir y no sé cómo decir”.

Usar **estos comportamientos como llamada de atención** (por ejemplo, las desobediencias, el no ir a clase, etc.) **resulta ineficaz** porque estos comportamientos:

- No comunican realmente lo que deseas, lo que necesitas de la otra persona o lo que sientes.
- Confunden a las demás y dan lugar a malentendidos.
- En lugar de solucionar los problemas, en ocasiones los agrandan.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



LA AUSENCIA DE COMUNICACIÓN EMOTIVA Y PROFUNDA EN UNA FAMILIA PUEDE PROVOCAR EN SUS MIEMBROS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD O DE ABANDONO.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

- **COMUNICACIÓN INFORMATIVA:** hablar únicamente de lo que ha sucedido, sin transmitir lo que ese acontecimiento supone para quien lo está contando. Es una comunicación “tipo telediario”.
- **COMUNICACIÓN RACIONAL:** además de contar lo sucedido, se introducen opiniones y reflexiones de uno mismo para influir en quien le escucha.
- **COMUNICACIÓN EMOTIVA Y PROFUNDA:** informa sobre sentimientos, afectos* y emociones. Es la mejor forma de comunicación con tus seres queridos, pues así compartes tu intimidad y conectas más profunda y satisfactoriamente con ellos.

Generalmente, solemos emplear una **mezcla de los distintos tipos**. Según el contexto y el momento, utilizamos preferentemente una forma de comunicación u otra. Saber comunicar bien es un arte que se puede aprender.

La ausencia de comunicación emotiva y profunda en una familia puede provocar en sus miembros sentimientos de soledad o de abandono y a la larga conducir a la búsqueda de gratificaciones en otro lugar; a menudo esto se hace de forma inadecuada (ej.: entablar relaciones con personas que pueden perjudicarnos para satisfacer la necesidad de cariño, consumir tóxicos, etc.).



COMUNICACIÓN DE ASPECTOS POSITIVOS

Es muy frecuente encontrar familias o entornos* en los que **solo se habla cuando hay problemas o para llamar la atención a los demás por lo que hacen mal**. No están acostumbrados a comunicar emociones positivas. **La comunicación de aspectos positivos sirve para reforzar el vínculo* entre las personas y crear un marco de respeto mutuo**. Además, es mucho más fácil lograr que una conducta se repita cuando ha sido reforzada (sobre todo cuando el refuerzo es de tipo social: una sonrisa, un halago, un abrazo...), por lo que cada vez que uno de los miembros de la familia realiza una conducta positiva, debería ser reconocida y premiada por los demás.

Las personas que han experimentado síntomas psicóticos pueden temer ser rechazadas. Por eso, este tipo de refuerzos positivos son de vital importancia para restablecer un buen concepto de ellas mismas.

También es crucial evitar la crítica constante y la descalificación personal, o mostrar otro tipo de actitudes extremas como la sobreprotección*. Esto no quiere decir que se les tenga que dar la razón en todo momento ni seguirles la corriente.

Un dilema que suelen presentar los familiares es cómo comunicarse con las personas con síntomas psicóticos cuando están condicionadas por los contenidos delirantes del pensamiento y están convencidas de algo que es irrefutable con ninguna argumentación lógica. **En esos casos, no conviene ponerse a discutir con ellas intentando sacarlas del error**. Es más adecuado escucharlas y expresar claramente y con enorme respeto que se entiende la vivencia, al tiempo que se les comunica que se duda de la realidad última de los pensamientos delirantes. Además, conviene añadir que nos damos cuenta de aquello por lo que están pasando y que no nos gusta verlas sufrir.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Evita etiquetar negativamente a los demás. Las etiquetas negativas ponen al otro a la defensiva.

Discute los temas de uno en uno.

Elige el lugar y el momento adecuados para cada conversación en función de lo que quieras comunicar: si se trata de una crítica, es mejor hacerla a solas con el otro, mientras que si se trata de un elogio será bueno que esté rodeado de personas importantes para él.

No acumules emociones negativas sin expresarlas, ya que, cuando se “estalla”, se suele hacer de forma destructiva y desproporcionada.

Da mensajes específicos. Decir “eres un pesado” es mucho menos útil que “me gustaría que no me repitieses tantas veces que ordene mi habitación; basta con que me lo digas una vez”. Más que una crítica, lo que se hace es una propuesta de cambio.

Evita los términos “siempre” y “nunca”, pues raras veces son ciertos y suelen poner al otro a la defensiva.



Características propias de la adolescencia



Algunos de tus comportamientos rebeldes o desconcertantes no se deben a los síntomas psicóticos, sino al momento vital en que te encuentras: la adolescencia*.

La adolescencia puede ser una época difícil por los numerosos cambios (físicos, emocionales y sociales) que tienes que experimentar.

A veces te tratarán como a un niño (tu opinión no se tiene en cuenta, no puedes expresar libremente tus sentimientos...), mientras que otras te exigirán como a un adulto (tienes que ser responsable, emocionalmente estable...).

"Fui a muchos psicólogos y a algún que otro psiquiatra. Algunos decían que era rebeldía; otros opinaban que formaba parte de la adolescencia."

-Chica de 15 años-



CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia las personas descubrimos nuestra identidad y nos vamos definiendo como personas. Para ello, tenemos que responder tres preguntas: “**¿Quién soy yo?**”, “**¿qué quiero?**” y “**¿de qué soy capaz?**”. Obviamente, esto es algo que uno sigue haciendo toda la vida. Sin embargo, en la adolescencia esas preguntas se hacen más importantes.

El papel de tus padres en este período de tu vida es el de crear un entorno* que te ayude a responder a estas preguntas satisfactoriamente y sin graves desarreglos ni sufrimiento.

En ocasiones, esa búsqueda de identidad te lleva a rechazar algunas de las aficiones y costumbres típicas de tu niñez o a mostrar intereses que se apartan de los del resto de la familia, lo que tus padres pueden interpretar negativamente porque a ellos también les cuesta reconocer que te haces mayor y sienten amenazada la autoridad que tenían sobre ti cuando eras pequeño. Que vayas siendo más independiente no significa que tengas que desobedecer o rechazar la autoridad de tus padres. Significa que podrás ir relacionándote más de igual a igual y usando formas de interaccionar más adultas (hablando, negociando, etc.).

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.



Durante la adolescencia aparecen tres necesidades fundamentales:

- **Intimidad** (tu vida personal).
- **Autonomía** (valerte por ti mismo, sin necesitar tanto a tus padres).
- **Originalidad** (encontrar la forma de diferenciarte de los demás).

La búsqueda de esas necesidades requiere consejo, apoyo, supervisión y comprensión por parte de las personas que te quieren y que tienen más experiencia en la vida que tú (ellos pasaron por lo mismo).

Para ti, en esta etapa los amigos íntimos, los secretos, los diarios personales... son muy importantes y **las personas adultas de tu**

entorno deberían saber dejarte un espacio personal para encontrar tu propia identidad.

Necesitas tomar decisiones y asumir la responsabilidad sobre ellas. **Los padres que no respetan esas necesidades suelen provocar la infantilización del adolescente o su ruptura violenta con los modelos familiares.**

Cuanto más inflexible y rígida sea la familia, más radical será la forma de buscar la autonomía.

En ocasiones, tus padres podrían reaccionar de forma impositiva ante tu necesidad de expresar tu originalidad. Por ejemplo, forzándote a que te comportes de una determinada manera “porque en nuestra familia siempre lo hemos hecho así”. Estas actitudes podrían llevarte a veces a



"Yo misma empecé a pensar que todo eso que me sucedía no formaba parte de ninguna etapa de crecimiento, sino que esos cambios tan bruscos de humor y tanta violencia eran la consecuencia de algo más grave."

-Chica de 15 años-

expresar tu originalidad entre tus amigos o en tus ámbitos de relación usando comportamientos inadecuados o perjudiciales que a la larga solo consiguen distanciarte aún más de tus seres queridos. En el mejor de los casos, deberías poder sentir que tienes un lugar propio y un papel singular dentro del entorno familiar. Muchas veces, las "crisis de originalidad" no son más que formas de protesta para que te escuchen y te reconozcan. Tienes derecho a que los demás te admitan tal y como eres, pero para eso has de dar indicios de que sabes quererte y respetarte, mostrando actitudes responsables y sanas hacia ti mismo y hacia los demás.

Además de todo esto, durante la adolescencia necesitas que te dediquen **TIEMPO, INTERÉS,**

ATENCIÓN y, sobre todo, que te reconozcan como persona única y valorada. **Para que te consideren mayor, también habrás de comportarte como mayor.** Es decir, deberás dar muestras de ser una persona de la que se pueden fiar y que sabe cuidarse (no como los niños, que necesitan que los cuiden y hagan las cosas por ellos). También tú deberás dedicarles tiempo a tus padres e interesarte por ellos como personas. Conforme creces, te darás cuenta de que ellos no son dioses, no lo saben todo, que sufren, que tienen dudas y sentimientos propios. Crecer significa también ir modificando la idea que tenemos de nuestros padres y verlos como personas (con sus sentimientos, logros, equivocaciones, dudas, gustos, aficiones, miedos, etc.).

Nuevas tecnologías



Hoy en día los móviles, la “tablet”, la PSP... forman parte de nuestra vida cotidiana.

Solo hay que fijarse cuando uno sube al metro o al autobús y mirar alrededor: rara es la persona que no va mirando un aparato electrónico.

Estas tecnologías, llamadas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), están cambiando nuestros hábitos y costumbres. Aunque están diseñadas para facilitarnos el día a día, debemos ser cuidadosos porque también tienen riesgos.

Por ejemplo, te puedes quedar “wasapeando” toda la tarde en vez de hacer los deberes o bajar al parque con los amigos. O puedes mandar una foto sin saber que en minutos puede estar en los móviles de medio instituto. Por eso, es importante cuidarte y proteger tu intimidad. Las nuevas tecnologías favorecen la confusión entre lo privado y lo público. Se suben fotos, se da información de lo que uno hace en cada



EL ABUSO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS FAVORECE LA CONFUSIÓN ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO, Y ENTRE LO REAL Y LO FICTICIO. NO TIENE POR QUÉ SER LO MISMO UN AMIGO DE VERDAD QUE UN SEGUIDOR EN TWITTER, INSTAGRAM...

momento, si tiene o no pareja... Esta información está en “la nube”, más accesible a desconocidos de lo que puedes imaginar. Además, existe el riesgo de crearse una identidad ficticia y pensar, por ejemplo, que tienes muchos amigos por tener muchos “amigos” o seguidores en Facebook, Twitter, Instagram o Tuenti.

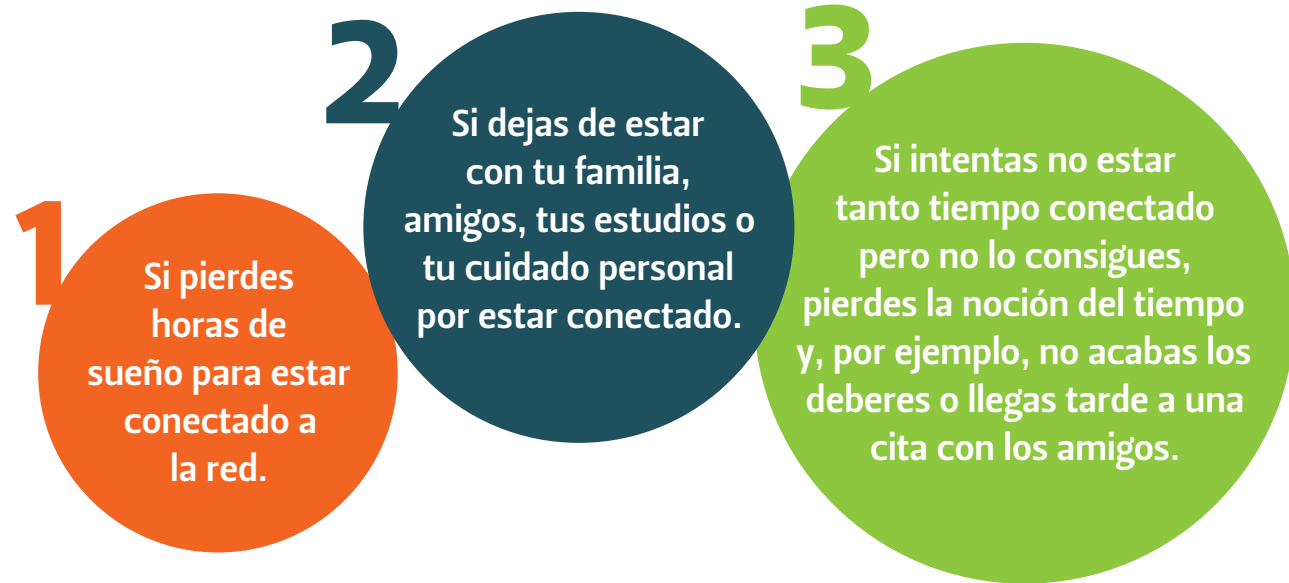
En ocasiones, el uso de las TIC se convierte en un comportamiento difícil de controlar. **Cuando cumple las siguientes características puede denominarse ADICCIÓN*:**

- **Tolerancia:** cada vez necesitas más horas de conexión a Internet para contestar todos los mensajes que te envían tus amigos.
- **Síndrome* de abstinencia:** cuando vas al pueblo de tus padres, donde no hay Internet, estás que te subes por las paredes.
- **Compulsividad:** tienes que conectarte todos los días; si no, piensas que no vas a estar informado de lo que pasa en tu grupo de amigos.
- **Pérdida de control:** te gustaría dejar de “wasapear” durante todo el día... pero no puedes.
- **Efectos perjudiciales:** tanto para ti como para tu familia; no puedes estudiar porque estás constantemente “wasapeando”, las discusiones con tus padres han aumentado desde que estás más tiempo conectado a Internet.

*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

SEÑALES DE ALARMA

¿Cuándo pensar que tienes un problema con las nuevas tecnologías?



BENEFICIOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS:

1 Sirven para **pedir ayuda**, llamar por teléfono o mandar un “wasap” a un amigo o familiar.

2 Te **“acercan” a la gente**. Puedes hablar con varios amigos a la vez e incluso con alguno que viva en el extranjero.

3 Te pueden ser útiles para **recordar la toma de medicación**, mediante alarmas o recordatorios.

4 Te ayudan a **conocer y acceder** a recursos.

5 Te ayudan a acceder a **muchísima**

información (aunque esto puede ser un riesgo si la información no está contrastada o es errónea).

6 Cada vez será más frecuente su **utilización terapéutica a través de terapias “online” o páginas web con contenido psicoeducativo**.

Otros avances recientes en esta línea son los programas destinados a detectar factores de riesgo de recaída* (movimiento, actividad, lugares a los que vas...) que pueden suponer un avance importante en el manejo de los síntomas o crisis.

4

Si mientes cuando te preguntan acerca del tiempo que empleas en Internet, videojuegos, chats, etc.

5

Si no paras de pensar en ello (ej.: “¿Qué foto voy a subir?”, “¿me habrá contestado al ‘wasap’?”, “no tengo batería... SOS”).

8

Si tus familiares, amigos o alguien cercano se queja del uso que haces de las nuevas tecnologías.

6

Si estás pensando en ello constantemente incluso cuando no estás conectado, y te enfadas en exceso cuando la conexión falla o va lenta.

7

Si estás eufórico y excesivamente activado cuando estás delante del ordenador, “tablet”, etc.

ATENCIÓN, FAMILIARES

Es positivo que exista una relación recíproca, donde vuestros hijos os enseñen a usar el “wasap” o descargar una “app” y vosotros les ayudéis a que hagan un uso adecuado de las nuevas tecnologías. Privar a vuestros hijos de las nuevas tecnologías puede alejarles de su realidad cotidiana y de su grupo de iguales. Es de más utilidad ayudarles a usarlas correctamente que prohibir su uso de forma rígida.

¿CÓMO AYUDAR A VUESTROS HIJOS?

1. Limitad el uso de aparatos y pactad las horas de uso del ordenador. Un tiempo aconsejable de uso entre semana estaría entre 1,5–2 horas diarias (para controlar el tiempo, es de utilidad colocar alarmas que les indiquen el tiempo de finalización de la conexión). Es recomendable también ubicar el ordenador en un lugar común de la casa, como por ejemplo el salón.

INTERNET

- Elaborad con vuestro hijo un horario realista dentro del cual se contemple no solo el tiempo dedicado a navegar, sino también otras actividades como el estudio, que en ocasiones precisará el uso de nuevas tecnologías.
- Instalad filtros de contenido que impidan el acceso a páginas con contenido no adecuado.

TELEFONÍA MÓVIL

- Retrasad al máximo la edad de posesión del móvil y haced que se hagan responsables de los costes de una manera factible.
- Realizad actividades incompatibles con el uso del móvil. Si lo primero que vuestro hijo realiza al levantarse es consultar alguna red social, pedidle que haga su cama, desayune, recoja los platos del desayuno... y después puede consultar el móvil.
- Negociad sitios o momentos del día donde pueda usar el móvil (ej.: no usarlo durante la comida, cuando hay visitas en casa...).

VIDEOJUEGOS

- Negociad el tiempo de juego y el lugar (común y accesible en la casa).
- Informaos de la recomendación de la edad para el juego.

TELEVISIÓN

- Es importante que los hijos no tengan la tele en su cuarto y compartir ese espacio con ellos. Así, sabréis qué contenido ve vuestro hijo y podréis comentar o reflexionar con ellos.
- Evitad ver la televisión en las horas de las comidas: es un buen momento para compartir y dialogar.

2. Fomentad la relación habitual con otras personas. Animadles a que salgan con los amigos y con la familia.
3. Potenciad aficiones tales como el cine, el teatro, la lectura y el deporte.
4. Estimulad la comunicación y el diálogo en la propia familia. Ayudadles a desarrollar una adecuada autoestima* y unas buenas habilidades sociales* que les permitan el desarrollo de relaciones interpersonales saludables.
5. Haced de modelo: “de tal palo, tal astilla”. Vuestros hijos os tienen como modelos e imitan vuestras conductas. Así, si os pasáis toda la cena con el móvil en la mano, no podéis esperar que vuestros hijos no lo hagan cuando les estéis hablando.

ATENCIÓN: si hay un cambio en la vida diaria del adolescente. Por ejemplo, dejar de estudiar o de hacer una actividad extraescolar por estar chateando por “wasap” o subiendo fotos en Instagram.



*Si quieres entender mejor este término, consulta el glosario en las últimas páginas.

LA RED DE SALUD MENTAL Y OTROS DISPOSITIVOS SOCIALES Y EDUCATIVOS

En las últimas décadas, un número cada vez mayor de grupos de trabajo han desarrollado programas clínicos y de investigación centrados en el primer episodio psicótico. Esto ha sido crucial para la mejora de la asistencia clínica y el avance del conocimiento.

Los estudios sobre el primer episodio psicótico han dado a conocer las necesidades clínicas especiales de los jóvenes que, como tú, han recibido este diagnóstico y han puesto en evidencia que es necesario desarrollar programas y centros específicos para su tratamiento.

Como has ido leyendo a lo largo de este manual, la psicosis necesita abordarse desde múltiples frentes, lo que significa que **su tratamiento no es solo farmacológico, sino también psicológico, social y educativo**. Cuando el episodio psicótico ocurre durante la adolescencia, es necesario también atender a las necesidades educativas y formativas propias de tu edad.

El lugar desde el que se centraliza y organiza la atención de los adolescentes que han tenido un episodio de psicosis es el **Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)**. Sin embargo, a lo largo del proceso de recuperación podría ser necesario que interviniesen profesionales que trabajan en otros centros sanitarios o instituciones. En este capítulo os presentaremos una descripción de la mayoría de los dispositivos que podrían ser relevantes para tu tratamiento.

"Cuando estuve ingresada estaba muy triste; no tenía ganas de vivir. Los otros chicos intentaban que estuviera bien. Me sentí querida y me llevé grandes personas de las que me acompañaron en esos momentos. Era un sitio en el que, al principio, no quería estar. Fue difícil, pero fue mejorando día a día..."

-Chica de 18 años-

LA RED DE SALUD MENTAL

● CENTRO DE SALUD MENTAL:

Los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) **son unidades especializadas, preparadas para tratar cualquier trastorno mental en niños y adolescentes.** En ellas trabajan psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Suele ser el recurso más próximo a tu casa, ya que en la mayoría de los casos existe un equipo por barrio o distrito de salud. Para poder acudir a ellos debes visitar primero a tu pediatra o médico de cabecera. Allí podrás recibir tratamiento farmacológico, terapias psicológicas, intervención social y atención de enfermería. Los profesionales del CSMIJ conocen los recursos de la Red de Salud Mental y te asesorarán en el caso de que fuese necesario realizar una derivación a otros dispositivos.

● UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB):

Son unidades que **están ubicadas en los hospitales.** Su función es atenderte y cuidarte mediante un ingreso hospitalario en momentos de crisis o cuando tus síntomas hacen inviable

un tratamiento ambulatorio. Otras veces se te propondrá un ingreso para realizar una evaluación en profundidad (incluyendo pruebas biológicas, psicológicas y de neuroimagen) que permita un diagnóstico más exacto (ej.: cuando existen dudas). La estancia media de estas unidades es corta: puede ir desde unos días a uno o dos meses como máximo.

En estas unidades puedes ingresar programándolo con antelación (según lo consideréis tú, tu familia y tus terapeutas) o de forma urgente. Suele ser menos estresante y más fácil si el ingreso se realiza de forma programada a petición de tu psiquiatra del CSMIJ o del que te sigue habitualmente. Este es quien se pone en contacto con los médicos de la UHB, les explica las razones por las que conviene en el ingreso y solicita una plaza en la Unidad. Para los casos en los que no es posible programar el ingreso con antelación, es necesario acudir al servicio de urgencias de tu hospital de referencia, donde los psiquiatras de guardia te asesorarán sobre cómo proceder. El ingreso siempre lo realiza, al menos,

un médico y, en el caso de los menores de 18 años, siempre se informa a un juez para que este lo autorice. Este requisito legal es imprescindible siempre, aun cuando tus padres, tú mismo y el médico estéis de acuerdo en que el ingreso es necesario. Este es un trámite con el que están perfectamente familiarizados los profesionales que os van a atender. Tiene por objeto asegurar que se respeten tus derechos en todos los casos.

● HOSPITALES DE DÍA:

Si el tratamiento ambulatorio no es suficiente para que te encuentres bien, es posible que tus terapeutas te deriven a este recurso.

El Hospital de Día es un centro sanitario en el que se ofrece una combinación de terapias individuales y grupales de una forma más intensiva que en el CSMIJ, pero menos que en la hospitalización total. El horario de funcionamiento es parecido al horario escolar, y se puede regresar a casa a mediodía o por la tarde. Algunos de estos centros tienen un aula escolar que permite que sigas con los estudios mientras estás en tratamiento.

Afortunadamente, cada vez más hospitales de día desarrollan programas específicos para el tratamiento temprano de la psicosis. La estancia media es de varios meses hasta uno o dos años. Existen hospitales de día de financiación pública y otros que son privados. Las plazas en centro privado están cubiertas por el seguro escolar.

● CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Estos centros están dirigidos no ya a adolescentes con un episodio psicótico, sino a personas en una fase más avanzada.

En los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) se ayuda a las personas con trastornos mentales* de larga duración a recuperar o mantener su autonomía personal y social y a mejorar su funcionamiento en el día a día (en casa, con sus amigos, en sus actividades de ocio, laboralmente, etc.). Se promueve también su integración en la comunidad (que no se aíslen) y se apoya a sus familias.

*"Al llegar a la Unidad de Hospitalización, separarnos de nuestra hija, ver las medidas de seguridad... No dábamos crédito. Incrédulos del diagnóstico, pensábamos que nos habíamos explicado mal o que no nos habían entendido."
-Madre de chica de 18 años-*

UNIDADES ESPECIALIZADAS

Tal y como explicábamos al principio del capítulo, afortunadamente cada vez existen en nuestro país más recursos especializados para tratar las fases tempranas de la psicosis.

Un ejemplo de ello es el Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA), implantado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid desde el año 2007 (<http://www.madrid.org/hospitalgregoriomaranon/psiquiatriainfantojuvenil>). PIENSA es un programa en el que trabajan distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.) cuya actividad principal es la realización de intervenciones psicoeducativas con adolescentes como tú y con sus familias tras el diagnóstico de un primer episodio psicótico. Las intervenciones que ofrecen son complementarias al tratamiento habitual y consisten en una combinación organizada de sesiones individuales, grupales y talleres multifamiliares con los que se pretende acompañar y guiar tanto a los adolescentes como a sus familias, con el objetivo de prevenir las recaídas y mejorar el pronóstico y la adaptación al entorno (instituto, barrio, etc.).

Asimismo, PIENSA promueve el desarrollo y la investigación de terapias psicológicas eficaces en personas como tú.

Otro recurso específico, recientemente inaugurado en la comunidad de Madrid, es la Unidad de Atención Temprana Joven o UAT Joven. Esta Unidad surge como iniciativa de la Fundación Manantial para ofrecer tratamiento integral a los jóvenes que experimenten síntomas psicóticos. La UAT dispone de un equipo multidisciplinar conformado por psicólogos clínicos, médicos especialistas en psiquiatría, enfermera especialista en salud mental, trabajador social, educador social, terapeuta ocupacional y administrativo.

En otras comunidades autónomas también hay programas específicos diseñados para el tratamiento integral de los primeros episodios psicóticos.

El Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI) se desarrolla en 13 centros distribuidos por toda la Comunidad (6 en

"No podíamos haber pasado este proceso sin la ayuda, el apoyo, la comprensión ni el cariño de su psiquiatra y psicóloga. Han estado a nuestra disposición en todo momento; no nos hemos visto solos, nos hemos sentido muy arropados por ellos, siempre mostrándose tranquilos y demostrando que estaba todo bajo control. El programa PIENSA nos ha ayudado a saber más de la enfermedad, a entenderla, y nos enseñan a ver los síntomas antes y a poder prevenir recaídas."

-Madre de chica de 18 años-

diferentes distritos de la ciudad de Barcelona, 2 en la provincia de Barcelona, 2 en la provincia de Tarragona, 2 en la provincia de Gerona y 1 en la provincia de Lérida). Está dirigido a las personas con edades comprendidas entre 14 y 35 años y ofrece una atención frecuente y pluridisciplinar (psiquiátrica, psicológica, psicoeducativa, de control de la salud física, abordaje familiar, vocacional, etc.) a los pacientes y sus familias.

El grupo de Estudio y Tratamiento de Episodios Psicóticos reúne de forma coordinada a profesionales de la psiquiatría implicados en las diferentes fases del

tratamiento de estos trastornos (atención de urgencias, atención hospitalaria y seguimiento ambulatorio). El eje coordinador del programa permite ofrecer una asistencia integral al paciente, constituir grupos de familiares y pacientes y llevar a cabo investigación clínica de alto nivel para mejorar cada vez más la atención, el tratamiento y la evolución de estos trastornos.

En el siguiente cuadro, presentamos un resumen de los planes estratégicos y programas específicos para la psicosis de inicio temprano existentes en nuestro país:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO	PROGRAMA ESPECÍFICO DE PSICOSIS	DESCRIPCIÓN
Andalucía	Plan Integral en Salud Mental (2008-2012)	No	
Aragón	Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón (2002-2010)	No	
Asturias	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2011-2016)	Sí	-Programa de atención al Trastorno Mental Grave en la Infancia y la Adolescencia. -Tres programas de atención infanto-juvenil en los CSM para la detección precoz de la psicosis.
Cantabria	Plan Regional de Salud Mental (1998-2002)	Sí	-Dos unidades de salud mental ambulatorias (USMA). -Protocolo de detección precoz de la psicosis.
Castilla y León	Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	No	
Mancha	Plan Regional de Salud Mental (2005-2010)	Sí	-Proceso asistencial integrado de intervención precoz en primeros episodios psicóticos en el que participan las Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).
Cataluña	Plan de Salut de Catalunya (2011-2015)	Sí	-Programa de atención a la psicosis incipiente. -Grupo de Estudio y Tratamiento de Episodios Psicóticos (ETEP).
Comunidad de Madrid	Plan Estratégico de Salud Mental (2010-2014)	Sí	-Programa de Intervención en Psicosis Adolescente (PIENSA). -Unidad de Atención Temprana (UAT*) Joven. -Hospital de día Ponzano*.
Comunidad Valenciana	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (2001)	No	

*Modificado del Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente (<http://catedra.psiquiatriainfantil-fundak.es>).

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO	PROGRAMA ESPECÍFICO DE PSICOSIS	DESCRIPCIÓN
País Vasco	Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2010)	Sí	-Programa de primeros episodios psicóticos: programa conjunto de la Red de Salud Mental de Vizcaya y los servicios de psiquiatría de los hospitales de Cruces y Basurto.
Extremadura	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012)	No	
Galicia	Plan Estratégico de Salud Mental (2006)	No	
Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares (2006)	Sí	-Programa de psicosis precoz -En estrecha colaboración con servicios de salud mental en adultos. -Grupos de trabajo con padres.
Islas Canarias	Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias (2006)	No	
La Rioja	Plan de Salud Mental (2010)	No	
Región de Murcia	Plan de Salud Mental (2010-2013)	No	
Navarra	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (2012-2016)	No	
Ceuta	No disponible	No	
Melilla	No dispone de recursos propios para la población infanto-juvenil		



SERVICIOS SOCIALES

El objetivo de los Servicios Sociales es asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida.

A veces, en personas que tienen un trastorno mental, es preciso atender no solo a las necesidades sanitarias sino también a las necesidades sociales (vivienda, situaciones de dependencia, riesgo de exclusión social, etc.).

Alguno de los recursos de los Servicios Sociales a los que tú o tu familia podéis acudir son:

- Programas para menores en riesgo social.
- Educadores terapéuticos.
- Centros de Atención a la Familia.
- Centros de Atención a la Infancia.
- Servicios de intervención con menores extranjeros.
- Centros de ocio en horario extraescolar.
- Ludotecas.
- Actividades en vacaciones de verano.



INICIATIVA SOCIAL

Además de los servicios que las Administraciones proveen, existen actividades y servicios desarrollados gracias al impulso de familiares de afectados que se han organizado en asociaciones y federaciones. En España existe un movimiento asociativo

amplio. Estas asociaciones se organizan a nivel nacional o local.

A continuación os facilitamos las direcciones y teléfonos de algunas de las asociaciones que se encuentran en nuestro país:

NACIONALES **CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA** **DE AGRUPACIONES DE** **FAMILIARES Y PERSONAS** **CON ENFERMEDAD MENTAL** **(FEAFES)**

c/ Hernández Mas, 20-24,
28053 Madrid. Tel.: 915 079 248
www.feafes.org

ANDALUCÍA **FEAFES ANDALUCÍA**

Avda. de Italia, 1, bloque 1
(local), 41012 Sevilla.
Tel.: 954 238 781
www.feafesandalucia.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y **PERSONAS CON ENFERMEDAD** **MENTAL (AFEMEN)**

c/ California, s/n (polígono
San Benito), 11407 Jerez de la
Frontera (Cádiz).
Tel.: 956 333 068
www.asociacionafemen.org

ASOCIACIÓN DE ALLEGADOS **Y PERSONAS CON** **ENFERMEDAD MENTAL DE** **CÓRDOBA (ASAENEC)**

c/ Isla de Tabarca, 7,
14011 Córdoba.
Tels.: 957 610 377 - 622 088 168
www.asaenec.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES **Y ENFERMOS MENTALES DEL** **VALLE DE LOS PEDROCHES** **(AFEMVAP)**

c/ Antonio Porras, 15,
14400 Pozoblanco (Córdoba).
Tels.: 957 771 174 - 678 413 107
www.afemvap.com

ASOCIACIÓN SEMILLAS **DE FUTURO**

c/ El Carpio, s/n,
14600 Montoro (Córdoba).
Tel.: 957 162 486
www.semillasdefuturo.com

ASOCIACIÓN GRANADINA DE **FAMILIARES Y PERSONAS** **CON ENFERMEDAD MENTAL** **(AGRAFEM)**

c/ Alhamar, 33, entresuelo
izquierdo,
18004 Granada.
Tel.: 958 279 155
agrafem.blogspot.com

ASOCIACIÓN PROVINCIAL **DE ALLEGADOS Y** **ENFERMOS MENTALES** **(FEAFES APAEM)**

Travesía Menéndez y Pelayo, 7,
bajo, 23003 Jaén.
Tel.: 953 083 392

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES **CON ENFERMOS DE** **ESQUIZOFRENIA (AFENES)**

c/ Juan Benet, 8, 1ª planta,
29010 Málaga.
Tel.: 952 217 779
www.afenes.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COSTA DEL SOL (AFESOL)

Explanada Mar del Sur, 6,
29630 Benalmádena (Málaga).

Tel.: 952 440 664

www.feafes-afesol.org

Delegación de Ronda:

952 914 083

Delegación de Mijas:

951 269 980

Delegación de San Pedro:

952 780 331

Delegación de Marbella:

952 824 440

Delegación de Benalmádena:

952 440 664

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE LA AXARQUÍA (AFENEAX)

c/ Pozos Dulces, 2,
29700 Vélez-Málaga (Málaga).

Tels.: 952 500 163 -

653 491 176 - 677 516 286

www.afeneax.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (ASAENES)

c/ Villegas y Marmolejo, 2, portal M,
41005 Sevilla. Tel.: 954 932 584

www.asaenes.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ALLEGADOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES HUELVA)

c/ Jerez de la Frontera, 8
(local), 21004 Huelva.

Tel.: 959 247 410

www.feafes-huelva.org

FAEM

c/ Parlamento, 9, dupl., 4º A,
11008 Cádiz.

Tel.: 609 909 160

AFEMAC

c/ Doctor Fleming, s/n - Avda.
Blas Infante, s/n (Centro de
Iniciativas Sociales),
23740 Andújar (Jaén).

Tel.: 628 884 483

BIPOLARES DE ANDALUCÍA ORIENTAL INADALO-ALMERÍA (BAO INDALO ALMERÍA)

c/ Montilla, 4, 04740 Roquetas
de Mar (Almería).

Tel.: 672 199 014

<http://baoindaloalmeria.blogspot.com.es>

ASOCIACIÓN BIPOLARES DE GRANADA (GRANABIP)

c/ Chile, 10, 18007 Granada.

Tels.: 958 818 767 - 630 455 605

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE JAÉN (ABIJA)

Centro municipal de barrio
El Recinto, AA.VV. Cauce,
c/ Fuente de Don Diego, 28,
23001 Jaén.

c/ Isaac Albéniz, 3, 2º dcha.,
23009 Jaén.

Tels.: 953 083 353 - 629 075 046

asociacionbipolarjaen.blogspot.com.es

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MÁLAGA

Plaza Santa María, 20, 2º D,
29015 Málaga.

Tels.: 952 005 087 - 678 924 287

ASOCIACIÓN BIPOLARES ANDALUCÍA ORIENTAL EN MÁLAGA (BAO)

c/ las Moreras, 2, 1º,
despacho 5,
29014 Málaga.

Tels.: 952 005 087 - 678 924 287

www.trastornobipolarbao.com

ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE ANDALUCÍA (ABA)

Centro cívico Las Sirenas,
Alameda de Hércules, s/n,
41002 Sevilla.

Tels.: 954 901 201 - 628 057 057

ASOCIACIÓN TRASTORNO BIPOLAR, ESQUIZOFRENIA Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES DE LA PROVINCIA DE SEVILLA

Local El Timón, Avda. de los Pirralos, 74,
41700 Dos Hermanas (Sevilla).

ARAGÓN FEAFES ARAGÓN / ASAPME ZARAGOZA

c/ Ciudadela, s/n, parque de las Delicias (Pabellón de Santa Ana), 50017 Zaragoza.
Tel.: 976 532 499
feafesaragon.blogspot.com

ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR TRASTORNO BIPOLAR DE ARAGÓN (ATBAR)

Sede social: c/ Monegros, 5,
3º A, 50003 Zaragoza.
Lugar de reunión:
Centro cívico La Almozara,
Avda. Puerta de Sancho, 30, 3ª
planta, 50003 Zaragoza.
Tel.: 617 192 214
www.atbar.es

ASTURIAS AFESA-FEAFES-ASTURIAS

Plaza Fuente la Braña, 17-19,
bajo, 33011 Oviedo.

Tels.: 985 115 142 - 985 113 919
www.afesasturias.org

ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE ASTURIAS

c/ Manuel Llana, 68 bajo.
33208 Gijón (Asturias).
Tels.: 635 392 744 -
687 095 010 - 626 078 001
es.groups.yahoo.com/neo/
groups/bipolaresasturias/info

BALEARES FEBAFEM

c/ Quartó de Portmany, 2, local
9, 07800 Ibiza (Islas Baleares).
Tel.: 971 392 694

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE MENORCA (AFEM)

c/ San Fernando, 30, bajo,
07703 Mahón (Islas Baleares).
Tel.: 639 676 901

ASOCIACIÓN DE USUARIOS SALUD MENTAL DE MENORCA (S'OLIVERA)

c/ San Fernando, 30 bajo.
07703 Mahón (Islas Baleares).
Tel.: 971 357 750

ASSOCIACIÓ ESTEL DE LLEVANT

Vía Portugal, 54, 07500

Manacor (Islas Baleares).
Tel.: 971 559 891
www.esteldellevant.es

ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA (ADIPE)

c/ dels Horts, 1º B, bajo,
07003 Palma de Mallorca
(Islas Baleares).
Tel. 971 727 842
www.adipe.org

ASSOCIACIÓ BIPOLARS DE LES ILLES BALEARS – MENORCA (ABIB)

Plaza de la Biosfera, 3, (Fundació),
07703 Mahón (Islas Baleares).
Tel.: 647 078 229

ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE LES ILLES BALEARS – DELEGACIÓN DE MALLORCA

c/ de la Rosa, 3, Casal Ernest
Yuc, 07003 Palma.
Tel.: 971 402 040

ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE LES ILLES BALEARS – DELEGACIÓN DE MENORCA

Apartado de Correos 398,
07760 Ciutadella de Menorca
(Islas Baleares).

Lugar de reunión: Avda. Palma de Mallorca, 1, bajo.
07760 Ciutadella de Menorca
Tels.: 971 382 793 - 649 433 295

CANARIAS

FEAFES CANARIAS

c/ Marianao, 45,
35016 Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).
Tel.: 928 313 398

ASOCIACIÓN TINTERFEÑA EN LUCHA SALUD MENTAL (ATELSAM)

c/ Lorenzo García del Castillo, 4, local 3, edificio Mirador II, 38008 Santa Cruz de Tenerife.
Tel.: 922 205 215
www.atelsam.net

ASOCIACIÓN CANARIA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFES)

c/ Lorenzo García del Castillo, 4, local 3, edificio Mirador II, 38008 Santa Cruz de Tenerife.
Tel.: 922 630 856
www.afescanarias.org

ASOCIACIÓN MAJORERA POR LA SALUD MENTAL (ASOMASAMEN)

Avda. Paco del Hierro, s/n, 35620 Gran Tarajal (Las Palmas).
Tel.: 626 503 119
elblogdeasomasamen.blogspot.com

AGRUPACIÓN PARA LA DEFENSA DEL PACIENTE PSÍQUICO "EL CRIBO"

c/ Gobernador José García Hernández, 7, 35500 Arrecife (Las Palmas).
Tel.: 928 804 545
www.elcribo.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIAS Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LA PALMA (AFEM – LA PALMA)

c/ Tanasú, 2, edificio Europa, local 5, 38760 Los Llanos de Aridane (Santa Cruz de Tenerife).
Tel.: 922 464 375
afem-lapalma.blogspot.com.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIAS Y USUARIOS PARA EL APOYO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFAES)

c/ Marianao, 45, 35016 Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). Tel.: 928 313 398
www.afaes.es

ASOCIACIÓN COMARCAL DE FAMILIARES Y PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA (AFE SUR)

c/ Colón (esquina Isla Graciosa), local 5, colectivos El Zaguán, 35110 Vecindario (Las Palmas).
Tel.: 928 125 329
www.afesur.org

GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA AFECTADOS DE TRASTORNO BIPOLAR

Centro ciudadano:
c/ San Agustín, 54, 38201 Santa Cruz de Tenerife.
Tels.: 922 630 500 - 686 810 500 - 637 832 716

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE LAS PALMAS (ABILAP)

c/ Pino Apolinario, 84, 35014 Las Palmas de Gran Canaria.
Tels.: 928 266 200 - 928 058 394 - 627 101 292 - 634 585 869
www.asociacion-bipolar-de-las-palmas.blogspot.com

**CASTILLA LA MANCHA
FEDERACIÓN REGIONAL
DE CASTILLA-LA MANCHA
(FEAFES – CLM)**

Ronda de Buenavista, 15,
1ª planta, oficina 3,
45005 Toledo.
Tel.: 925 284 376
www.feafesclm.com

**ASOCIACIÓN TALAVERANA
DE AMIGOS, FAMILIARES
Y ENFERMOS PSÍQUICOS
(ATAFES)**

c/ Marqués de Mirasol, 19,
45600 Talavera de la Reina
(Toledo). Tel.: 925 823 763

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y AMIGOS DE PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL
(DESPERTAR)**

Avda. Río Jarama, 118,
45007 Toledo.
Tels.: 925 337 191 - 676 408 727
despertar.com

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y AMIGOS DE PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL
(LA PALOMA)**

c/ Arroyuelo bajo, 31,
45710 Madridejos (Toledo).
Tel.: 925 461 439

**ASOCIACIÓN PARA LA
INTEGRACIÓN DE ENFERMOS
PSÍQUICOS ALCARREÑOS
(APIEPA)**

Avda. de Barcelona, 18, bajo,
19005 Guadalajara.
Tel.: 949 222 607
www.apiepa.es

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES,
AMIGOS, USUARIOS
PRO SALUD MENTAL (AFAUS)**

c/ Felipe Solano Antelo, 11,
19002 Guadalajara.
Tel.: 949 235 140
www.afaus.es

**ASOCIACIÓN PRO SALUD
MENTAL (VIVIR)**

c/ San Damián, 20 (Barrio
Fuente del Oro), 16002 Cuenca.
Tel.: 969 230 232
www.asociacionvivir.com

**ASOCIACIÓN PRO SALUD
MENTAL (NUEVA LUZ)**

Plaza Cruz de la Iglesia, 10,
16400 Tarancón (Cuenca).
Tel.: 969 324 962
www.asociacion-nuevaluz.es

**ASOCIACIÓN PROVINCIAL
DE AMIGOS, FAMILIARES
Y ENFERMOS PSÍQUICOS**

(APAFES)

c/ Ronda del Carmen, s/n,
13003 Ciudad Real.
Tel.: 926 256 258
www.apafes.org

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y AMIGOS DE ENFERMOS
MENTALES (PUERTAS
ABIERTAS)**

c/ San Antonio, 42, 13700
Tomelloso (Ciudad Real).
Tel.: 926 513 866

**ASOCIACIÓN BIPOLAR
DE TOLEDO**

c/ Inmaculada Concepción, 31,
45006 Toledo.
Tel.: 666 382 467

**CASTILLA LEÓN
FEAFES CASTILLA Y LEÓN**

c/ San Blas, 14, entreplanta
derecha, 47003 Valladolid.
Tel.: 983 301 509
www.feafescyl.org

**ASOCIACIÓN SEGOVIANA
DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL,
FAMILIARES Y AMIGOS
(AMANECER-FEAFES)**

c/ Altos de la Piedad, s/n, 40002
Segovia. Tel.: 921 431 608

FEAFES BURGOS PROSAME

c/ Juan de Padilla, 12-14,
09006 Burgos.
Tel.: 947 223 916
www.prosame.es

FEAFES LEÓN – ALFAEM

Plaza de las Cortes Leonesas,
9, 1º izda., 24003 León.
Tel.: 987 210 126
www.feafescyl.org/asocindex/leonalfaem.htm

FEAFES PALENCIA

c/ Asterio Mañanós, 6,
34005 Palencia.
Tel.: 979 746 342
www.feafescyl.org/asocindex/palencia.htm

FEAFES SALAMANCA – AFEMC

c/ Castroverde, 22,
37008 Salamanca
Tel.: 923 190 150
www.feafescyl.org/asocindex/salamanca.htm

FEAFES SORIA – ASOVICA

Polígono industrial Las Casas
c/ D, parcela 54, nave 7,
42005 Soria.
Tel.: 975 232 196
www.asovica.es

FEAFES VALLADOLID – EL PUENTE

c/ Tajahierro, 2,
47009 Valladolid.
Tel.: 983 356 908
www.asociacionelpuente.org

FEAFES ZAMORA

c/ Cantón, 1 A, local 2,
49028 Zamora
Tel.: 980 536 831
www.feafeszamora.es

FEAFES ÁVILA – FAEMA

c/ Capitán Méndez Vigo, 10,
bajo, 05003 Ávila.
Tel.: 920 352 732
www.asociacionfaema.org

FEAFES MIRANDA DE EBRO – ASAYEME

c/ Los Almacenes, 18-20,
09200 Miranda de Ebro
(Burgos).
Tel.: 947 312 801
www.asayeme.com

FEAFES ARANDA DE DUERO – FESMA

Plaza San Esteban, 8, bajo,
09400 Aranda de Duero
(Burgos).
Tel.: 947 546 080
feafesaranda.org

ASOCIACIÓN CASTELLANO-LEONESA DE AFECTADOS POR EL TRASTORNO BIPOLAR (TRABICALE)

c/ Renueva, 38, entresuelo B,
24002 León.
Tel.: 655 543 180
www.asociaciontrastornobipolartrabicale.com

CATALUÑA FEDERACIÓ SALUT MENTAL CATALUNYA

c/ Nou de Sant Francesc, 42
(local), 08002 Barcelona.
Tel.: 932 721 451
www.salutmental.org

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DEL BARCELONÈS NORD (AFAMMEBAN)

Avda. Doctor Bassols, 62,
08914 Badalona (Barcelona).
Tel.: 933 835 839
www.afammeban.org

ASSOCIACIÓ SALUT MENTAL LA NOGUERA (ASM LA NOGUERA)

c/ Noguera Pallaresa, 32, bajo.
25600 Balaguer (Lleida).
Tel.: 973 449 488
asmlanoguera.wordpress.com

ASSOCIACIÓ CATALANA DE FAMILIARS I MALALTS D'ESQUIZOFRÈNIA (ACFAMES)

c/ Garrotxa, 25, bajo,
08041 Barcelona.
Tel.: 932 174 661
www.acfames.org

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DE CATALUNYA (AFAMMCA)

c/ Garrotxa, 25, bajo,
08041 Barcelona.
Tel.: 934 351 712
www.afammca.org

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DE NOU BARRIS (AFEM DE NOU BARRIS)

c/ de l'Estudiant, 22-24,
08016 Barcelona.
Tel.: 654 154 382

ASSOCIACIÓ PER A LA REHABILITACIÓ DE LES PERSONES AMB MALALTIA MENTAL (AREP)

Passeig de Maragall, 124,
08027 Barcelona.
Tel.: 933 521 339
www.arep.cat

FUNDACIÓ PRIVADA VIA – GUASP PER A LA TUTELA DEL MALALT MENTAL (FUNDACIÓ VIA GUASP)

Passeig Maragall, 130,
3º planta, 08027 Barcelona.
Tel.: 934 988 031
www.via-guasp.com

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS DE PERSONES AFECTADES DE MALALTIA MENTAL (RESSORGIR)

c/ Bruc, 88, 6º, despacho 13-14,
08009 Barcelona.
Tel.: 932 725 055
www.ressorgir.org

SALUT MENTAL. ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS BERGUEDÀ (ASFAM)

Plaza del Doctor Saló, 6,
(Hospital Vell), 08600 Berga
(Barcelona). Tel.: 630 189 841
www.asfamberga.org

SALUT MENTAL BAIX LLOBREGAT

Plaza Enric Prat de la Riba, 6-9,
08940 Cornellà de Llobregat
(Barcelona). Tel.: 659 961 016

EL FAR

c/ La Noguera, 12,

08530 La Garriga (Barcelona).
Tels.: 679 672 452 - 617 251 268
www.associacioelfar.entitats.
lagarriga.cat
associacioelfar.blogspot.com

FAMÍLIA I SALUT MENTAL GIRONA

c/ Rutlla, 20-22, 17002 Girona.
Tel.: 972 200 463
familiaisalutmental.entitatsgi.cat

ASSOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE HOSPITALET (AFEMHOS)

c/ Molí, 5-7, bajo, 08906
L'Hospitalet de Llobregat
(Barcelona).
Tels.: 934 386 577 - 626 062 267
www.afemhos.org

ASSOCIACIÓ SALUT MENTAL PONENT

c/ Teuleries, 6, entresuelo,
25004 Lleida.
Tels.: 973 221 019 - 973 231 525
www.salutmentalponent.com

ESQUIMA

c/ Mossèn Joaquim
Verdaguer, 53, bajo,
08320 El Masnou
(Barcelona). Tel.: 935 404 338
www.esquima.org

ASSOCIACIÓ PER LA SALUT MENTAL PLA D'URGELL (ASMPU)

c/ Orient, 14, bajo,
25230 Mollerusa (Lleida).
Tel.: 973 606 076

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS CEMORIBA

c/ Masia, 39, 08110 Montcada i Reixac (Barcelona).
Tel.: 618 755 047

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DOCTOR FRANCESC TOSQUELLES (AFFMMT)

c/ Mare Molas, 18-20,
43202 Reus (Barcelona).
Tel.: 977 344 565
www.clubsocialelporxo.blogspot.com

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DE LES TERRES DEL L'EBRE (AFMMTE)

c/ Lleida, 1, 43540, Sant Carles de la Ràpita (Tarragona).
Tel.: 977 744 510
www.afmmebre.org

AMICS DEL MALALT MENTAL (AMMAME)

c/ Nápoles, 41, 08921

Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).
Tels.: 934 684 627 -
626 683 543
www.ammamesc.es
<http://csgramenet.blogspot.com>

ASSOCIACIÓ DE FAMÍLIES AMB MALALTS MENTALS DE LES COMARQUES DE TARRAGONA (AURORA)

Avda. dels Pins, s/n
(urbanització Sant Salvador),
43130 Tarragona.
Tel.: 977 520 205
www.associacioaurora.org

ASSOCIACIÓ MENT I SALUT LA MURALLA (AMSLM)

c/ Sant Miquel, 16, bajo,
43004 Tarragona.
Tel.: 977 227 656
www.clubsociallamuralla.com

ASSOCIACIÓ ALBA

c/ Onze de Setembre, s/n,
25300 Tàrrega (Lleida).
Tel.: 973 312 221
www.aalba.cat

ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS DE MALALTS MENTALS DE TERRASA (ASFAMMT)

c/ Martín Díez, 7, 1ª dcha.,
08224 Terrasa (Barcelona).
Tel.: 937 809 329

PORTA OBERTA PERSONAS AMB MALALTIA MENTAL I FAMILIARS (POPAMMF)

c/ dels Metges, 19, bajo,
43800 Valls (Tarragona).
Tel.: 977 609 675
www.associacioportaoberta.blogspot.com

ENTIDAD: ASSOCIACIÓ DE FAMILIARS I AMICS DE MALALTS MENTALS (EQUILIBRI)

c/ Major, 43,
08014 San Boi de Llobregat (Barcelona).
Tels.: 936 351 207 - 690 795 710
www.associacioequilibri.wordpress.com

ASSOCIACIÓ SALUT MENTAL ONDARA SIÓ

c/ Victoria, 18 (L'Espàtula),
25200 Cervera i Tàrrega (Lleida).
Tel.: 696 159 132

ASSOCIACIÓ DE BIPOLARS DE CATALUNYA

c/ Cuba, 2, hotel d'entitats

Can Guardiola,
08030 Barcelona.
Lugar de reunión: c/ Gerona,
69, 08009 Barcelona.
Tels.: 932 741 460 -
932 749 338 - 938 701 617
www.bipolars.org

ASSOCIACIÓ DE BIPOLARS DEL BAGES, BERGUEDÀ I EL SOLSONÉS

c/ Dr. Joan Soler, s/n,
edificio CESAM,
08241 Manresa (Barcelona).
Tels.: 938 774 286 -
690 088 206 - 636 123 475

ASSOCIACIÓ DE BIPOLARS I DEPRESSIUS DEL VALLÈS

Sede social: c/ Campoamor,
93-95, Casal Rogelio Soto,
despacho 3,
08204 Sabadell (Barcelona).
Lugar de reunión:
Casal Sant Oleguer.
Tels.: 937 120 451 - 937 118 372
www.abdv.org

EXTREMADURA FEAFES EXTREMADURA

c/ Molino, 6, apartado de
correos 161, 06400 Don Benito
(Badajoz). Tel.: 924 805 077
www.feafesextremadura.com

ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL (FEAFES AEMIS)

c/ Alconchel, 3, local 3 A,
06011 Badajoz.
Tels.: 924 238 421 -
924 241 417

GALICIA FEAFES GALICIA

c/ Belgrado, 1, bajo,
15703 Santiago de Compostela
(A Coruña).
Tel.: 900 102 661.
www.feafesgalicia.org

ASOCIACIÓN PRO SAÚDE MENTAL (A CREBA)

Delegación Noia:
Pol. Ind. Augalevada, 19,
15210 Noia (A Coruña).
Tels.: 981 824 921 - 638 914 096
Delegación Riveira:
c/ Abesadas, 11,
15960 Riveira (A Coruña).
Tels.: 981 107 013 - 648 232 718
www.acreba.org

ASOCIACIÓN PRO ENFERMOS MENTALES (APEM)

Plaza dos Chopos, 1, bloque 22,
barrio das Flores, 15008 A Coruña.
Tel.: 981 132 218

ASOCIACIÓN FONTE DA VIRXE DE FAMILIARES E AMIGOS DOS ENFERMOS MENTAIS DE GALICIA

c/ Quintilans, s/n, Bugadillo
(Centro de rehabilitación),
15866 Ames (A Coruña).
Tel.: 981 884 239
www.fontedavirxe.com

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE LOS ENFERMOS PSÍQUICOS PORTANOVA

c/ Río Sil, 1-3, bajo,
15570 Piñeiros (A Coruña).
Tel.: 981 393 018
www.feafesportanova.org

ASOCIACIÓN BERGANTIÑÁN DE FAMILIARES, AMIGOS E ENFERMOS MENTAIS (BERGANTIÑÁN)

c/ Peralta, 1, Nantón,
15149 Cabana de Bergantiños
(A Coruña). Tel.: 981 734 987

ASOCIACIÓN DE AXUDA A ENFERMOS PSÍQUICOS ALBA

c/ Príncipe Felipe - Montecelo,
s/n, 36161 Pontevedra.
Tel.: 986 868 639

ASOCIACIÓN DE AXUDA Ó ENFERMO MENTAL AVELAÍÑA

2ª transversal Coruto Vello, 33,
Salcidos, 36789 A Guarda
(Pontevedra). Tel.: 986 610 021
www.avelaina.org.es

ASOCIACIÓN DE AXUDA Ó ENFERMOS PSÍQUICO DOA

c/ Romil, 84, 36211 Vigo
(Pontevedra). Tel.: 986 483 208
asodoa.org

ASOCIACIÓN PRO SAÚDE MENTAL LAR

c/ Rúa do Muiño Novo, 1-3
(A Laxe), 36619 Vilagarcía de
Arousa (Pontevedra).
Tel.: 986 502 571
[www.afundacion.org/es/
socialia/ong/asociacion_lar_
pro_salud_mental](http://www.afundacion.org/es/socialia/ong/asociacion_lar_pro_salud_mental)

ASOCIACIÓN DE AXUDA Ó ENFERMO PSÍQUICO LENDA

c/ Reveriano Soutullo, 57,
36800 Redondela (Pontevedra).
Tel.: 986 404 200

ASOCIACIÓN LUCENSE DE AXUDA A ENFERMOS MENTAIS ALUME

c/ Nicomedes Pastor Díaz, 6-8,
27001 Lugo.
Tel.: 982 251 602
www.alume.org

ASOCIACIÓN MONFORTINA DE APOIO ÓS ENFERMOS MENTAIS ALBORES

Ronda Emilia Casas
Bahamonde, s/n, 27400
Monforte de Lemos (Lugo).
Tel.: 982 404 968

ASOCIACIÓN DE AXUDA Ó ENFERMO MENTAL A MARIÑA

c/ Vilaestrofe, 18,
27880 Burela (Lugo).
Tel.: 982 581 620

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES E ENFERMOS MENTAIS MOREA

c/ Marcelo Macías, 5, baixo,
32002 Ourense.
Tels.: 988 237 454 -
988 255 684
c/ Castelao, 8, baixo,
32300 O Barco (Ourense).
Tel.: 988 320 934
Finca Toubes, 1, 1º dcha.,
32600 Verín (Ourense).
Tel.: 988 412 557
c/ Arenal, 7, baixo,
36500 Lalín (Pontevedra).
Tel.: 986 781 460
www.morea.org

ANDAÍNA PRO SAÚDE MENTAL

Urb. Porto Aveira, manzana 6,
nº 32, 15688 Oroso (A Coruña).

Tel.: 650 270 824
[www.andainaprsm.
blogspot.com](http://www.andainaprsm.blogspot.com)

ASOCIACIÓN DE BIPOLARES DE GALICIA (ASBIGA)

Avda. de Monelos (CCM
Monelos), 2 A,
15008 A Coruña.
Tels.: 646 107 713 - 981 276 799
asbiga.org

ASOCIACIÓN OURENSANA DE TRASTORNO BIPOLAR

c/ Pérez Serantes, 2,
32004 Ourense.
Tel.: 660 452 388

COMUNIDAD DE MADRID

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE AMIGOS Y FAMILIARES DE ENFERMOS CON ESQUIZOFRENIA (AMAFE)

c/ Ruiz Perelló, 7,
28028 Madrid
Tels.: 913 612 768 - 917 242 529
www.amafe.org

FEDERACIÓN MADRILEÑA PRO SALUD MENTAL (FEMASAM)

c/ Manuel Fernández
Caballero, 10, 28019 Madrid.
Tel.: 914 729 814

ASOCIACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE ENFERMOS PSÍQUICOS (APISEP)

c/ Pablo Coronel, 34 (local),
28802 Alcalá de Henares
(Madrid). Tel.: 918 832 970

FUNDACIÓN MUNDO BIPOLAR

www.mundobipolar.org

FUNDACIÓN MANANTIAL

Avda. del Arroyo del Santo, 12,
28042 Madrid. Tel.: 913 717 212
www.fundacionmanantial.org

ASOCIACIÓN BIPOLAR DE MADRID (ABM)

c/ General Zabala, 14,
28002 Madrid.
Tels.: 915 339 515 - 913 195 260
www.asociacionbipolar-demadrid.com

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES (AFAEM 5)

c/ Hospitalet del Llobregat, 4,
28034 Madrid. Tel.: 917 340 357
www.afaem5.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ENFERMOS

MENTALES (AFAEMO)

c/ Arroyo Fontarrón, 369,
28030, Madrid. Tel.: 91 371 35 29
<http://afaemo.org/>

ASOCIACIÓN FAMILIARES Y AFECTADOS SALUD MENTAL (AFASAME)

c/ Dos de Mayo, 6 (centro
ACTUA), 28700 San Sebastián
de los Reyes (Madrid).
Tel.: 916 637 882

ASOCIACIÓN LUCHA POR LA SALUD MENTAL Y CAMBIOS SOCIALES (ALUSAMEN)

c/ Peña Gorbea, 4,
28053 Madrid. Tel.: 914 771 866
alusamen.org.es/blog

ASOCIACIÓN PRO AYUDA SALUD ESPERANZA Y VIDA (APASEV)

c/ Timanfaya, locales 15-23,
28924 Alcorcón (Madrid).
Tels.: 916 100 793 - 648 943 353
www.apasev.org

ASOCIACIÓN SALUD Y AYUDA MUTUA (ASAM)

c/ Los Yébenes, 241, (colegio
Hernando de Soto), 28047 Madrid.
Tels.: 917 179 729 - 915 099 477
www.asam.org.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LEGANÉS / FUENLABRADA (ASAV)

c/ Isabel la Católica, s/n,
28911 Leganés (Madrid).
Tels.: 696 428 687 -
659 927 141 - 692 230 647
asav.org.es

MURCIA

FEAFES REGIÓN DE MURCIA

c/ Cigarral, 6, bajo, 30003
Murcia. Tel.: 968 232 919
www.feafesmurcia.com

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (AFES MURCIA)

c/ Azarbe del Papel, 30,
30007 Murcia. Tel.: 968 224 402
www.afesmurcia.org

ASOCIACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA DE ENFERMOS PSÍQUICOS DE CARTAGENA Y COMARCA (APICES)

Finca Ventorrillos, carretera de
Madrid a Cartagena, km 431,
30319 Santa Ana - Cartagena
(Murcia). Tel.: 968 169 215

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL Y TRASTORNO
GENERALIZADO DEL
DESARROLLO INFANTO-JUVENIL
DEL MAR MENOR (AFEMAR)**

c/ San Francisco de Asís, 4,
30740 Lo Pagán - San Pedro del
Pinatar (Murcia). Tel.: 968 181 910
asociacionafemar.blogspot.com

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y ENFERMOS MENTALES DE
LORCA (ASOFEM)**

c/ Pérez Casas, 93, bajo, 30800
Lorca (Murcia). Tel.: 968 471 180
asofem.org

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL DE
CIEZA Y COMARCA (AFEMCE)**

c/ Mariano José de Larra, 2,
30530 Cieza (Murcia).
Tel.: 968 760 848
www.afemce.com

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL DE MOLINA (AFESMO)**

c/ Gregorio Miñano, 52,
30500 Molina de Segura
(Murcia). Tel.: 968 645 387
www.afesmo.es

**ASOCIACIÓN DE FAMILIARES
Y PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL
DE YECLA (AFEMY)**

c/ Águilas, 16, bajo,
30510 Yecla (Murcia).
Tel.: 968 79 15 51

**NAVARRA
ASOCIACIÓN NAVARRA
PARA LA SALUD MENTAL
(ANASAPS)**

c/ Río Alzania, 20 (trasera),
31006 Pamplona (Navarra).
Tel.: 948 248 630
www.anasaps.org

**PAÍS VASCO
FEDEAFES**

c/ Tres Cruces, 14, bajo
derecha, 01400 Llodio (Araba).
Tel.: 944 069 430
www.fedeafes.org

**ASOCIACIÓN AYALES DE
FAMILIARES Y PERSONAS
CON ENFERMEDAD MENTAL
(ASASAM)**

c/ Tres Cruces, 5 bajo, 01400
Llodio (Araba). Tel.: 944 034 690
www.asasam.org

**ASOCIACIÓN GUIPUZKOANA
DE FAMILIARES Y ENFERMOS**

PSÍQUICOS (AGIFES)

Paseo de Morlans, 3, bajo,
20009 Donostia (Gipuzkoa).
Tel.: 943 474 337
www.agifes.org

**ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE
FAMILIARES Y PERSONAS
CON ENFERMEDAD
MENTAL (AVIFES)**

c/ Santutxu, 40, bajo,
48004 Bilbo (Bizkaia).
Tel.: 944 456 256
www.avifes.org

**ASOCIACIÓN ALAVESA DE
FAMILIARES Y PERSONAS
CON ENFERMEDAD (ASAFES)**

c/ Amadis, 2 (entrada por
c/ Blas de Otero),
01010 Vitoria-Gasteiz (Araba).
Tel.: 945 288 648
www.asafes.org

**ASOCIACIÓN VASCA DE
PACIENTES BIPOLARES
(AVASPABI)**

c/ Pintor Vicente Abreu, 7, bajo,
01008 Vitoria-Gasteiz (Araba).
Tel.: 659 035 532

**COMISIÓN DE BIPOLARES
DE AGIFES (ASOCIACIÓN
GUIPUZCOANA DE**

FAMILIARES Y ENFERMOS PSÍQUICOS)

Paseo de Morlans, 3,
20009 Donostia (Gipuzkoa).
Tel.: 943 474 337
www.somospacientes.com/agifes

LA RIOJA**ASOCIACIÓN RIOJANA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES – ARFES PRO SALUD MENTAL)**

c/ Cantabria, 33-35,
26004 Logroño (La Rioja).
Tel.: 941 236 233
www.arfes.org

COMUNIDAD VALENCIANA FEAFES COMUNIDAD VALENCIANA–COMUNITAT VALENCIANA

c/ Vinaroz, 12, bajo duplicado dcha., 46020 València.
Tel.: 963 535 065
www.feafescv.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES RIBERA BAJA (AFEM RIBERA BAIXA)

c/ Francisco Vitoria, 45,
46410 València.
Tel.: 961 711 886

ASOCIACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL DEL ENFERMOS MENTAL (ASIEM)

c/ Quart, 19, 46001 València.
Tel.: 963 922 859
www.asiem.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES DE BURJASSOT, BENIMANET Y BENIFERRI (AFEM BBB)

Avda. Pi i Margall, 56,
bajo izquierda, 46100 Burjassot (València). Tel.: 963 631 193
www.afem-burjassot.org

ASOCIACIÓN EN APOYO A LA SALUD MENTAL (AASAM)

c/ Sant Pascual, 12, bajo,
46960 Aldaia (València).
Tel.: 617 138 327

INSERCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (ISPEN)

c/ Hierros, 5, bajo, 46022 València. Tel.: 963 247 225
mentaliapuerto.com/familias/ispem

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES PARA LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL (AFDEM)

c/ Obispo Salinas, 6, bajo,

12003 Castelló de la Plana.
Tel.: 964 232 245
www.afdem.com

FAMILIARES ASOCIADOS DE ENFERMOS MENTALES (FADEM)

c/ Matilde Bel, 18, 12600 La Vall d'Uixó (Castelló de la Plana).
Tel.: 692 111 555
www.fadem.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES DE ELCHE, CREVILLENTE, SANTA POLA E ISLA DE TABARCA (ASFEME)

Avda. del Elche Club de Fútbol, 03204 Elx (Alacant).
Tel.: 966 636 334
www.asfeme.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE/Y ENFERMOS MENTALES DE LA MARINA BAJA (AFEM MARINA BAIXA)

c/ de los Jardines, 2, bajo, 03502 Benidorm (Alacant).
Tel.: 965 869 292
www.afem.org.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE ELDA, PETRER Y COMARCA

(AFEP-EPC)

Avda. Reina Victoria, 3,
03600 Elda (Alacant).
Tel.: 965 395 594

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DEL ALTO VINALOPÓ (AFEPVI)

c/ Santa María de la Cabeza, 2,
bajo, 03400 Villena (Alacant).
Tel.: 965 808 194

ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA E INTEGRACIÓN DEL ENFERMO MENTAL (ADIEM VEGA BAJA)

Plaza de Torrevieja,
bloque 1, bajo,
03300 Orihuela (Alacant).
Tel.: 966 342 340
c/ La Paz, 194, bajo
03182 Torrevieja (Alacant).
Tel.: 966 705 294
www.adiem.org

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE LA COSTERA Y DEL DEPARTAMENTO (ACOFEM 13)

c/ Taquígrafo Martí, 25, bajo,
46800 Xàtiva (València).
Tel.: 962 273 960
www.acofem13.com

ASOCIACIÓN DE AYUDA A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (ACOVA)

c/ Lebón, 3-5, bajo,
46023 València.
Tel.: 963 812 860
www.asociacionacova.org

ASOCIACIÓN DE LA SAFOR DE AYUDA A ENFERMOS MENTALES (ASAEM)

c/ Santa Ana, 59,
46701 Gandía (València).
Tel.: 962 870 823

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y ALLEGADOS DE LA RIBERA ALTA PARA LOS DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL (AFARADEM)

c/ Tavernes, 1,
46600 Alzira (València).
Tel.: 962 401 010

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE PATERNA, ELIANA Y SAN ANTONIO DE BENAGEBER (AFEMPES)

c/ Músico Antonio Cabeza, s/n,
46980 Paterna (València).
Tel.: 961 101 452
afempes.blogspot.com.es

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES L'ALT MAESTRAT (AFEM L'ALT MAESTRAT)

Plaza de la Iglesia, 7 (edificio
del Ayto.), 12140 Albocàsser
(Castelló de la Plana).
Tel.: 964 428 259

ASOCIACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN DE ENFERMOS MENTALES DE ALICANTE (AIEM)

c/ Bazán, 49, 1º dcha,
03001 Alacant.
Tel.: 966 592 950
www.aiemalicante.org

ASSOCIACIÓ D'AMICS DE LA MARINA ALTA D'AJUDA ALS MALALTS MENTALS (AMADEM)

c/ Doctor Gómez Ferrer, 44,
03740 Gata de Gorgos
(Alacant). Tel.: 966 469 120
www.amadem.es

ASOCIACIÓN FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DEL ALTO PALANCIA (AFEMAP)

c/ Almagrán, s/n (centro social
Almagrán), 12400 Segorbe
(Castelló de la Plana).
Tel.: 620 735 489



GLOSARIO

Absentismo: abandonar tareas y deberes propios de un cargo. Por ejemplo, en este contexto, el absentismo escolar hace referencia a no acudir al colegio.

Abulia: falta de voluntad para iniciar actividades con un objetivo.

Abuso: uso desproporcionado o por exceso en una acción o consumo. Por ejemplo, abuso de alcohol significa un uso excesivo de alcohol.

Acatisia: trastorno del movimiento caracterizado por un sentimiento de inquietud y una necesidad imperiosa de estar en constante movimiento.

Actitud: disposición ante algo. Una actitud colaboradora significaría que se está dispuesto a colaborar.

Activación: puesta en marcha o preparación para la acción. En este contexto, alerta, con energía, con el cuerpo y la mente dispuestos a actuar.

Acontecimiento estresante: algo que al ocurrir genera inquietud, nerviosismo y tensión psíquica, física y del pensamiento (“esto es horrible, no puedo soportarlo, me da mucho miedo”).

Adaptación funcional: proceso de adaptación de nuestras acciones a las necesidades que nos plan-

tea el entorno, de modo que lo que hacemos resuelve las demandas con las que nos encontramos.

Adicción: necesidad compulsiva de alguna sustancia o actividad para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.

Adolescencia: etapa del desarrollo en la que se produce el paso desde la niñez hacia la edad adulta. Generalmente comprende desde los 13-14 años de edad hasta los 18-20. Implica numerosos cambios en la persona a nivel físico, psicológico y social.

Afecto/afectivo: sentimiento de cercanía y muestra de cariño hacia otra persona. El término “afectivo” se usa también para referirse a todo aquello relacionado con los sentimientos, las emociones o los estados de ánimo (ej.: trastorno afectivo).

Agitación: estado de gran inquietud psicomotriz durante el cual, en momentos en los que esta inquietud es extrema, un individuo no dispone de un adecuado control de su conducta, lo que genera un riesgo para sí mismo y/o para los demás (a veces puede ser un estado anterior a la agresividad o acompañarlo).

Agresividad: uso de la violencia en la respuesta o interacción con algo o alguien. Cuando se produce en la interacción con uno mismo recibe el nombre de autoagresividad.

Agudo: referencia temporal que señala la corta duración o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará días (suelen ser inferiores a un mes).

Ajuste de medicación: es el cambio en la pauta definida de medicación que generalmente conlleva una subida o bajada de alguna dosis o toma, y/o supresión o adición de algún nuevo fármaco.

Alexitimia: dificultad para identificar y describir verbalmente las emociones y sentimientos en uno mismo y en los demás.

Alucinación: percepción de algo que no es real. Es una percepción (ya sea oír, ver, oler o sentir algo) que se produce sin que exista un estímulo real que la desencadene.

Alucinógeno: sustancia que altera la percepción.

Amnesia: pérdida total o parcial de memoria.

Anhedonia: dificultad de una persona para disfrutar con lo que antes le gustaba.

Ansiedad: sensación subjetiva de aprensión y pensamientos anticipatorios que se acompaña de síntomas físicos de nerviosismo (sensación de fal-

ta de aire, temblor...) y que ocurre ante un estímulo externo en principio aparentemente neutro.

Ansiolítico: psicofármaco indicado para la ansiedad o la angustia, también indicado para el insomnio.

Anticolinérgico: compuesto que reduce los efectos del neurotransmisor acetilcolina en el sistema nervioso. Se dice también de un fármaco cuando tiene dichos efectos. Algunos de estos compuestos anticolinérgicos se usan en ocasiones para contrarrestar trastornos del movimiento (tipo Parkinson) que pueden producir algunos antipsicóticos (ver antiparkinsonianos).

Antidepresivo: psicofármaco indicado para depresiones (moderadas y graves), ansiedad, obsesiones y fobias.

Antiparkinsoniano: Ver “anticolinérgico”

Antipsicótico: psicofármaco indicado para síntomas psicóticos y fases maníacas.

Apatía: falta de motivación, estado de indiferencia ante los acontecimientos de la vida emocional, social o física.

Arritmia: alteración en la frecuencia de los latidos del corazón.

Ataxia: dificultad para la coordinación motora.

Autoestima: valoración que las personas hacen de sí mismas.

Brote: cada uno de los episodios de una enfermedad donde se produce una exacerbación o aumento de los síntomas. Ver “fase.”

Bruxismo: hábito involuntario de apretar o rechinar los dientes y la zona mandibular.

Cefalea: dolor de cabeza.

Cirrosis: daño hepático que, entre otras causas, puede estar producido por el consumo elevado y continuado de alcohol.

Cognitivo: relativo a la capacidad de pensar y dirigir nuestras acciones hacia una meta. Es decir, comprende las llamadas funciones mentales superiores (ej.: memoria, atención, aprendizaje, reconocimiento).

Comunicación no verbal: componente de la comunicación que no incluye la palabra. Esto es, todo lo que comunicamos con los gestos, las miradas, posturas, movimientos, tono de voz, etc.

Conciencia de enfermedad: grado en el que

alguien es consciente de que tiene una dolencia. La presencia de conciencia de enfermedad ocurre en los casos en que la persona tiene claro que lo que le ocurre forma parte de una afección y cuál es su nombre. La ausencia de dicha conciencia se da cuando la persona afectada no admitiera que está enferma o si, aun reconociendo que tiene algún problema, no lo atribuyese a la enfermedad.

Conductual: relativo a la conducta, es decir, al comportamiento.

Corrector: ver “anticolinérgico.”

Crónico: referencia temporal que señala la duración prolongada o evolución de larga duración de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará años.

Cumplimiento terapéutico: realización de las instrucciones del terapeuta en referencia a la dosis y frecuencia del tratamiento (también adherencia al tratamiento).

Delirios: ideas o creencias que cumplen las siguientes características: son falsas, imposibles de rebatir usando la lógica y aparecen de forma patológica (a diferencia de las creencias ancestrales o

las religiosas, que forman parte de una cultura o tradición social).

Dependencia: necesidad inevitable de consumir sustancias de abuso que generan principalmente tolerancia (aumento progresivo de la cantidad de sustancia consumida) y abstinencia (reacciones adversas cuando se deja de consumir la sustancia), lo cual afecta al funcionamiento generalizado de la persona.

Depresión: síndrome caracterizado por una tristeza profunda o pérdida significativa del interés por las cosas, mantenido en el tiempo al menos durante dos semanas. Suele acompañarse de otros síntomas como la pérdida de energía, de apetito o alteraciones del sueño. Son habituales también los sentimientos de culpa, de vergüenza, el pesimismo excesivo, etc.

Descompensación: estado de funcionalidad en que el individuo pierde la capacidad de enfrentar las exigencias habituales de la vida diaria; pérdida de un estado previo de estabilidad.

Desinhibición: aumento de la motivación por hablar, elevada actividad, humor más positivo, etc.

Dinámica familiar: patrón habitual de interacciones entre los miembros de una familia.

Diplopía: visión doble.

Discinesia tardía: movimientos crónicos involuntarios de grupos musculares que pueden estar causados por el tratamiento con algunas medicaciones antipsicóticas.

Doble vínculo: en este contexto, el doble vínculo hace referencia a la transmisión de informaciones contradictorias a través de dos canales distintos de comunicación. Por ejemplo, se produce cuando verbalmente transmitimos un contenido y no verbalmente el opuesto (ej.: decir “te quiero” mientras das una patada). Se postuló como un factor favorecedor de la aparición de psicosis.

Drogas: sustancias que fumadas, ingeridas, inhaladas, esnifadas o inyectadas llegan hasta el cerebro, alterando sus funciones habituales.

Efecto rebote: aparición o reaparición de los síntomas que estaban ausentes o controlados mientras se tomaba un medicamento o sustancia cuando su consumo se interrumpe o se reduce la dosis. La intensidad de los síntomas es a menudo mayor que antes de iniciar el tratamiento o consumo.

Efecto secundario: efecto no deseado de un fármaco o intervención que puede llegar a ser molesto.

Efecto terapéutico: efecto deseable de una medicación o intervención, que implica reducción de los síntomas y del malestar.

Emoción expresada (EE): concepto usado para referirnos a distintos aspectos de la comunicación e intensidad de la conducta emocional en la familia. Se mide considerando la implicación emocional, el grado de hostilidad y el número de comentarios críticos entre los distintos miembros de la misma. El nivel de EE se ha relacionado con la evolución de la psicosis.

Enfisema pulmonar: enfermedad que produce insuficiencia respiratoria y cuya causa más común es el consumo de tabaco.

Entorno: ambiente que rodea a algo o alguien y que incluye, además de la superficie física, componentes psicológicos y sociales.

Episodio: periodo en el que los síntomas de la enfermedad son evidentes.

Equipo terapéutico: conjunto de profesionales que tratan a la persona que manifiesta unos síntomas o enfermedad determinada. Puede incluir a médicos, psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores y/o trabajadores sociales.

Estabilidad: periodo de tiempo en el curso de una enfermedad, trastorno o síndrome, en el que el individuo no sufre los síntomas o estos están atenuados.

Estabilizador del estado de ánimo: psicofármaco indicado en el trastorno bipolar en fases maníacas y en la prevención de recaídas.

Esteriotipia: manifestación motora, verbal o del pensamiento que es repetida durante un tiempo por la persona con un carácter reiterativo. Puede consistir en posturas, palabras, gestos, balanceos, o desplazamientos.

Estigma: señal. En este contexto, se refiere a la marca o prejuicio social (temor, desconfianza, pena, desvalorización, etc.) que se relaciona con la presencia de una enfermedad, trastorno o síndrome o con las personas que la padecen (pacientes y/o familiares).

Estimulación: proceso de generación de reacciones a través de la presentación de estímulos. Por ejemplo, cuando llamamos a alguien estamos estimulando su oído y generando la reacción de atención a través de nuestra voz (estímulo auditivo).

Estímulo: cualquier cambio en el entorno que desencadena una reacción o genera una percep-

ción en nosotros. Si recibimos muchos, diremos que estamos sobreestimulados (o hiperestimulados); si recibimos muy pocos, diremos que estamos hipoestimulados.

Estrés: reacción de alta activación de nuestro organismo que se desencadena para dar respuesta a las demandas del ambiente (ej.: nuestro corazón late más fuerte, nuestras pupilas se dilatan y nuestra energía aumenta para salir corriendo si nos encontramos a un león). Si esta activación se mantiene en el tiempo, suele acompañarse de nerviosismo o ansiedad.

Estupor: disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierto aire o aspecto de asombro o de indiferencia.

Euforia: alegría desproporcionada y sensación de bienestar exagerado.

Evitación: conducta tendente al no afrontamiento o al alejamiento de algo o de alguien. En este contexto, se utiliza en referencia al no afrontamiento de los dilemas o situaciones difíciles.

Evolutivo: relativo al desarrollo o cambio en el estado de algo. En el ámbito médico, la evolución de una enfermedad se refiere a los cambios en la aparición de los síntomas o a su desarrollo. Tam-

bién suele utilizarse en el ámbito psicopedagógico y de la medicina para hacer referencia al progreso de las etapas del desarrollo de una persona.

Expectativa: suposición sobre aquello que se espera sea más probable que suceda.

Factor de riesgo: aquel que facilita el padecimiento de una enfermedad o crisis o que agrava los síntomas de la misma.

Factor protector: es cualquier factor que disminuye las posibilidades de padecer una enfermedad o una crisis o hace más resistente a la persona frente a los síntomas, haciendo que se atenúen.

Fase: episodio de una enfermedad. Suele emplearse para nombrar las recaídas del trastorno bipolar o los trastornos afectivos (ver “brote”).

Fisiológico: relativo a lo físico (corporal). También es utilizado en el ámbito médico para referirse a que algo pasa de forma natural, por oposición a patológico.

Fobia: temor irracional a algo.

Funciones ejecutivas: conjunto de capacidades esenciales para obtener un comportamiento autónomo y adaptado.

Habilidades sociales: recursos, herramientas para iniciar y/o mantener relaciones interpersonales.

Hábitos saludables: conjunto de costumbres basadas en la promoción de la salud.

Hipnótico: psicofármaco indicado para problemas de sueño.

Hipoglucemia: nivel bajo de glucosa en sangre.

Hirsutismo: exceso de vello.

Ideas de perjuicio: creencia de que los demás están en contra de uno mismo.

Impulso / impulsividad: acción de (o tendencia a) llevar a cabo conductas sin haber evaluado previamente las consecuencias de las mismas.

Individuación: proceso por el cual un individuo dependiente consigue cobrar entidad propia frente al resto, diferenciándose significativamente de los demás. En este contexto, hace referencia a uno de los procesos propios del desarrollo humano que suele producirse durante la adolescencia, en el que los hijos se diferencian de los padres.

“Insight”: tomar conciencia de lo que ocurre.

Insomnio: alteración del sueño consistente en una disminución del mismo. Puede ser de conciliación, de mantenimiento o de despertar precoz.

Suele ser un síntoma acompañante de muchas enfermedades o aparecer en periodos de tensión, cansancio extremo o antes de una recaída.

Interacción: relación mutua entre dos o más elementos.

Intoxicación por litio: cuando los valores del litio suben por encima de un valor, ya no tiene un efecto terapéutico sino que es tóxico para el organismo.

Lenguaje desorganizado: lenguaje incoherente y sin sentido.

Leucopenia: disminución del número de glóbulos blancos en sangre.

Modelo vulnerabilidad-estrés: teoría que explica la etiología de la psicosis, según la cual la persona que desarrolla síntomas psicóticos puede tener una predisposición innata o adquirida que la hace más vulnerable al estrés que termina desencadenando estos síntomas psicóticos.

Neuroléptico: ver “antipsicótico”.

Oposicionismo: actitud de resistencia activa y actuaciones contrarias a las que se solicitan o esperan de alguien (llevar la contraria).

Palpitaciones: sensación subjetiva por la que se hace consciente el latido del corazón en el área pectoral.

Percepción: fenómeno de captación y procesamiento de estímulos.

Plan de tratamiento: pautas de intervención, diseñadas por el equipo terapéutico para cada persona de manera individual.

Prejuicio: opinión formulada sobre algo que no se conoce, basada en informaciones indirectas. En este contexto se refiere a lo que se espera de una intervención que realmente no se conoce, en función de experiencias que nos han contado o hemos leído o simplemente intuimos (ej.: ante una medicación concreta o una persona).

Pródromo: síntoma temprano, atenuado e inespecífico que sucede antes de la aparición (o antes de la descompensación) de una enfermedad o trastorno.

Programas de rehabilitación cognitiva: ejercicios prácticos que promueven el aprendizaje de estrategias específicas para mejorar el rendimiento cognitivo y el funcionamiento en las tareas de la vida cotidiana.

Promiscuidad: conducta sexual no selectiva por la que un individuo mantiene relaciones con múltiples personas a lo largo del tiempo.

Pronóstico: predicción del desarrollo y evolución de una enfermedad o trastorno en base a los síntomas que la han precedido o la acompañan; predicción sobre su duración y terminación.

Psicoeducación familiar: conjunto de estrategias psicoterapéuticas que buscan potenciar los recursos naturales de afrontamiento y adaptación del sistema familiar en su conjunto y de todas las personas que lo forman. Implica proveer información que prepara a todos los familiares para responder de forma constructiva.

Psicoterapia: reuniones con el terapeuta durante las cuales el paciente puede explicar lo que le ocurre y expresar sus sentimientos. El objetivo de esta intervención terapéutica es la mejora en la calidad de vida del paciente a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.

Recaída: empeoramiento o reaparición de los síntomas de un determinado trastorno o enfermedad tras una mejoría.

Recurrencia: reaparición de los síntomas después de un intervalo de estabilidad. Aparición de crisis repetidas a lo largo del curso de una enfermedad.

Resiliencia: capacidad del sujeto para no padecer una enfermedad o síntomas pese a la existencia de factores de riesgo (facilitadores o desencadenantes). Podría definirse como lo opuesto a vulnerabilidad.

Ritual: acto elaborado que un sujeto lleva a cabo con un fin concreto. En este contexto hace refe-

rencia al típico síntoma del trastorno obsesivo compulsivo por el cual el paciente lleva a cabo un acto más o menos complejo y estrictamente organizado, sin un claro fin en sí mismo más que el indirecto de evitar la ansiedad que le produce una determinada situación.

Sedentarismo: tendencia a permanecer inactivo largos periodos de tiempo. También se refiere a la evitación del ejercicio físico y la actividad.

Signo: expresión objetivable de algún proceso que está sucediendo (ej.: enrojecimiento, inflamación).

Síndrome: conjunto de signos y síntomas que caracteriza a una entidad patológica.

Síndrome de ovario poliquístico: trastorno endocrino frecuente en mujeres en edad reproductiva que se manifiesta con menstruación irregular, infertilidad ligada a las alteraciones en la ovulación y exceso de hormonas masculinizantes, lo que puede producir acné e hirsutismo.

Síntomas negativos: las manifestaciones de la psicosis que implican la no aparición de una habilidad o función que debería estar presente. (como la abulia: falta o pérdida de la voluntad).

Síntomas positivos: se emplea para referirse a manifestaciones productivas de la psicosis que no ocurrirían si no existiese el trastorno (ej.: alucinación).

Sistema de recompensa: conjunto de estructuras cerebrales que hace que nos sintamos bien después de realizar una actividad o consumo. Las reacciones bioquímicas que desencadena son capaces de modificar comportamientos mediante el refuerzo positivo (placer) que supone un determinado estímulo (en este caso, las drogas).

Sobreestimulación: exceso en la presentación de estímulos, actividades, etc., que dificultan el proceso de desarrollo del individuo.

Sobreprotección: patrón de conducta en la que se exceden las atenciones necesarias hacia una persona con el fin de evitarle un sufrimiento real o imaginado o el malestar que habitualmente acompaña a las dificultades y problemas de la vida cotidiana. Un patrón educativo sobreprotector o superprotector puede interferir con los fenómenos de autonomía e individuación del individuo en desarrollo. Suele ser una reacción habitual que se genera en los familiares de las personas enfermas (especialmente cuando son niños o adolescentes).

Somático: referente al cuerpo, a lo orgánico, a lo físico.

Somnolencia: sueño excesivo.

Subagudo: relativo al tiempo de evolución de un proceso (síntoma, enfermedad, trastorno...) que no es ni crónico ni agudo. Suele implicar una duración o evolución de meses (no llegando a años pero pasando de un mes).

Subjetivo: que procede de la vivencia personal del sujeto y no puede ser objetivable por los demás.

Susplicacia: estado de sospecha casi constante ante actuaciones o conversaciones de los demás.

Taquicardia: aceleración del ritmo del corazón por encima de lo habitual (en sentido estricto, más de 120 latidos por minuto).

Terapia cognitivo-conductual: tipo de psicoterapia centrado en el manejo de las emociones, pensamientos y comportamientos disfuncionales, y los antecedentes y consecuentes de los mismos.

Trastorno mental: proceso en que se ven afectados nuestros comportamientos, pensa-

mientos y capacidad de tomar decisiones. Está asociado a un malestar (ej.: dolor), a una discapacidad (ej.: deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Trombocitopenia: disminución del nivel de plaquetas en sangre.

Vigilia: estado de la conciencia consistente en estar despierto.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Se trata de un virus que daña las células del sistema inmunitario del organismo.

Vínculo: proceso que se establece entre dos personas que están relacionadas. Es el sustrato de un compromiso dentro de la relación entre dos o más personas.

Vulnerabilidad: capacidad de una persona para verse afectada o dañada por algo o alguien (física, emocional o moralmente). En el ámbito médico nos referimos a la susceptibilidad o tendencia a sufrir un daño o enfermedad. Cuanto mayor es la vulnerabilidad, mayor probabilidad de que la persona enferme o experimente síntomas.

PARA SABER MÁS...

1. PARA JÓVENES Y FAMILIARES

Libros para jóvenes

- Colom, F., Vieta, E., 'Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar', Barcelona, Ars Médica, 2004.
- De Hert, M., Thys, E., Magiels, G., Wyckaert, S., 'Anything or nothing. Self-guide for people with bipolar disorder', Janssen-cilag / Organon, 2004.
- Díaz Marsá, M., 'Afrontando la esquizofrenia: Guía para pacientes y familiares', Enfoque Editorial S.C., 2013 [disponible en <http://www.amafe.org/afrontando-la-esquizofrenia/>]
- Elgie, R., et al., 'Descubre un nuevo camino. Apoyo y consejos para personas con esquizofrenia', Bristol, Myers-Squibb & Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd., 2005.

Libros para familiares

Información clara y asequible para hermanos de personas que tienen síntomas psicóticos:

- Rico, J.L., 'El reto de ser hermanos: enfermedad mental grave. Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia', AMAFE, 2013 [disponible en <http://www.amafe.org/el-reto-de-ser-hermanos-enfermedad-mental-grave/>]
- Mulder, S., Lines, E., 'A sibling's guide to psychosis - Information, ideas and resources', Canadian Mental Health Association, 2005.

Para el resto de familiares:

- Arango, C., 'Esquizofrenia: 125 preguntas, algunas respuestas', Madrid, EDIMSA, 2006.
- Bernardo, M., '¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Guía para familiares y pacientes', Barcelona. Ars Médica, 2004.
- Cánovas, G., García de Pablo, A., Oliaga, A., Aboy, I., 'Tecnoadicciones. Guía para familias', Fundación Mapfre, 2014.
- Colom, F., Vieta, E., 'Convivir con el trastorno bipolar', Panamericana, 2003.

- “Guía de Psicoeducación para las Familias de personas diagnosticadas de Psicosis”, Gob. de Cantabria, Consejería de Sanidad, 2010.
- Rapado Castro, M., Díaz-Caneja Greciano, A., “Estrategias de modificación de conducta para padres y educadores y su uso en adolescentes: cómo conseguir una comunicación efectiva con mi hijo/alumno adolescente” [capítulo perteneciente al libro “Fracaso escolar y dificultades académicas: causas médicas y orientaciones terapéuticas”, Madrid, ed. Everest, 2011].
- Rebolledo Moller, S., Lobato Rodríguez, J. M., “Cómo afrontar la esquizofrenia: una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas”, Madrid, Aula Médica, 2005.
- Woolis, R. “Cuando un ser querido sufre una enfermedad mental: un manual para familiares, amigos y cuidadores”, Universe ed., 2010.

Recursos web: iniciativas nacionales

- Consejos para amigos y familiares de personas con esquizofrenia. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.esquizofrenia24x7.com/consejos-amigos-familia>
- Cómo ayudar a familiares con un brote psicótico. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://apol.fundacionmapfre.org/19399/como-ayudar-a-familiares-con-un-brote-psicotico>
- 10 formas de ayudar a mi hijo con psicosis. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://salud.uncomo.com/articulo/10-formas-de-ayudar-a-mi-hijo-con-psicosis-20609.html>
- Puedo ser: información sobre el trastorno bipolar. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.puedoser.es>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://feafes.org>
- Toda la información que necesitas sobre las drogas, veraz y actualizada, en el app para dispositivos móviles del Plan Nacional sobre



drogas que puedes descargar de forma gratuita. Recuperado el 17 de octubre de 2014, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/publicaciones/AppPNSD.htm>

- Página web sobre las adicciones a las nuevas tecnologías. Asociación Protégeles. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de www.tecnoadicciones.com
- Fundación para salvaguardar la integridad y el desarrollo emocional e intelectual del menor de edad en Internet. Asociación Alia2. <http://www.alia2.org>. Incluye información de interés sobre el uso de los medios por parte de los adolescentes. En particular, la Dra. Marta Rapado y el Dr. Carlos Chiclana (2011) discuten aspectos relevantes acerca de “Los adolescentes y sus formas de comunicación: redes sociales.” Recuperado el 16 de octubre de 2014, de <http://www.alia2.org/index.php/es/sala-de-prensa-es/blogs/17?view=blog>
- Información para pacientes con trastornos de esquizofrenia, familiares y amigos. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.vocesenlacabeza.com

Recursos web: iniciativas internacionales

- Más información sobre síntomas y tratamiento en esta web canadiense: EPI. Helping overcome psychosis early. Recuperado el 15 de octubre de 2014, de <http://www.hopevancouver.com>
- Dirección que contiene información fácilmente accesible sobre el tratamiento y recuperación tanto para personas con síntomas psicóticos como para familiares. Enfocada a describir el funcionamiento de los servicios de intervención temprana en Canadá, proporciona información clara y sencilla para entender y manejar las manifestaciones sintomáticas características de la psicosis. Recuperado el 15 de octubre de 2014, de www.psychosissucks.ca
- Asociación de Salud Mental con recursos de apoyo para personas con síntomas psicóticos y familiares. MIND - Mental health charity. Psychosis. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/psychosis>
- Información para padres, cuidadores y todo aquel que trabaja con los más jóvenes. Psychosis: information for parents, carers and anyone who works with young people. Recuperado el 14 de

octubre de 2014, de <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/parentsandyouthinfo/parentscarers/psychosis.aspx>

- Recursos para padres, personas con síntomas psicóticos y cuidadores. Rethink (formerly the National Schizophrenia Fellowship NSF). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.rethink.org>
- Recursos para detectar signos de riesgo en los más jóvenes. YoungMinds. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.youngminds.org.uk>
- Toda la información que necesitas acerca del consumo de sustancias. Frank: Friend, confidential drug advice. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.talktofrank.com>
- Página que proporciona material de autoayuda para manejar la paranoia, delirios y las voces. Self help for paranoia, delusions & voices. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.getselfhelp.co.uk/psychosis.htm>
- Para jóvenes que ven y oyen cosas que los demás no ven. Voice Collective. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.voicecollective.co.uk
- Información para hermanos y para los más pequeños de la casa. Rethink for kids and siblings - Advice and support for siblings and kids with mental health problems. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.rethink.org/siblings
- Información para jóvenes de 11 a 18 años. Youthoria. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.youthoria.org
- Descargas con información de interés. Strangedays (downloads). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.strangedays.org.uk/Downloads.htm>
- Contra la discriminación y el estigma. Talk about mental health. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.time-to-change.org.uk/talk-about-mental-health>
- Guía de autocuidado para padres, amigos y familiares. Caring for yourself guide. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.rethink.org/carers-family-friends/caring-for-yourself-guide>
- Información sencilla para gente joven. Young Persons and Psychosis. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.sabp.nhs.uk/eiip/young-persons>



Vídeos de interés

- Qué es lo que me está ocurriendo o cómo funciona el servicio al que me derivan son algunas de las preguntas que de un modo cercano y sencillo contesta el siguiente vídeo: “Simon Says: Psychosis!”. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.youtube.com/watch?v=GXh9hPzHHi4>
- La recuperación es posible. Este vídeo incluye el esperanzador relato de uno de los famosos componentes de la banda The Sunnyboys y de cómo el amor incondicional de su familia hizo posible que volviese a los escenarios y aprendiese a convivir con sus síntomas. “The Sunnyboy 2013”. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <https://www.youtube.com/watch?v=dil0llqa4iM>

2. PARA PROFESIONALES: ¿CÓMO INTERVENIR EN PSICOSIS ADOLESCENTE?

Guías clínicas

- AACAP, O.A., “Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(4S): 23S, 2001.
- Arango, C., Fraguas, D., Castro-Fornieles, J., Fernández, A., Fernández, A., Payà, B., Imaz, C., Moreno, C., Baeza, I., Dolz, M., Graell, M., Barbeito, S., Ruiz de Azúa, S. (en preparación). “Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia”. Grupo de trabajo del CIBERSAM para la elaboración de una guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia.
- Early psychosis guidelines writing group, 2ª ed. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. Orygen Youth Health Research Centre, 2010.
- International Early Psychosis Association Writing Group, International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry Suppl, 48:s120-4, 2005.

- National Collaborating Centre for Mental Health, Psychosis and schizophrenia in children and young people. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2013.

Recursos web: iniciativas nacionales

- Fundación Alicia Koplowitz. <http://www.fundacionaliciakoplowitz.org>
- Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-UCM.
- Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://cibersam.es/cibersam>
- Intervención psicoeducativa con familias tras un primer episodio de psicosis. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2959
- Programa de Prevención de Psicosis (P3). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.p3-info.es>
- Vídeos para profesionales de psiquiatría 24x7.com. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.psiquiatria24x7.tv>



Recursos web: iniciativas internacionales

- Detect. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.detect.ie/psychosis-recovery-programme.html>
- Cameo. Early intervention services. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.cameo.nhs.uk/Home/tabid/1556/language/en-US/Default.aspx>
- Treating psychosis (resources). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://treatingpsychosis.com/resources/other-resources>
- EPPIC Online. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.eppic.org.au
- Lilly's mental health information. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de <http://www.lillymentalhealth.co.uk/>
- Schizophrenia.com. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.schizophrenia.com
- IEPA (International Early Psychosis Association). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.iepa.org.au
- Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia (IRIS). Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.iris-initiative.org.uk
- Tips. Early Intervention in Psychosis. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de www.tips-info.com

