



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE SALUD PARA LA
INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

*"NURSING CARE PLAN ORIENTED TO THE SOCIAL AND
OCCUPATIONAL INSERTION OF PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA"*

Autor/es

Violeta Barrieras Lafaja

Director/es

Jorge Subías Perié

2021-2022

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. Afecta a aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial. La tasa de mortalidad de los enfermos de esquizofrenia es cuatro veces mayor que la población general, con el suicidio como principal causa de la muerte. La esquizofrenia se asocia con una discapacidad considerable, que afecta a la educación y el desempeño laboral. El objetivo de este trabajo es diseñar un programa de salud para la inserción laboral y social de pacientes con esquizofrenia tras un primer episodio psicótico.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la esquizofrenia en diferentes bases de datos (Pubmed y Medline), páginas web y libros. A partir de esta información se ha realizado un programa de salud con la finalidad de proporcionar información a los pacientes acerca de la enfermedad con actividades para realizar en el hospital de día.

Las actividades que se han realizado están enfocadas en que los pacientes conozcan la enfermedad, el tratamiento, conocer sobre las drogas, mantener hábitos saludables, realizar actividades en grupo, interactuar con otras personas y comenzar en el ámbito laboral.

Con la implantación del programa de la salud dirigido a los pacientes tras el primer brote psicótico se va a conseguir un nivel de conocimientos mayor y mejora en la inserción social y laboral. Así como mejorar la evolución del paciente y la calidad de vida de su entorno.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder that affects thinking, perception, emotions and behaviour. It affects approximately 24 million people worldwide. The mortality rate of people with schizophrenia is four times higher than the general population, with suicide as the leading cause of death. Schizophrenia is associated with considerable disability, which affects education and job. The main objective of this project is to design a health program for the labour and social insertion of patients with schizophrenia after a first psychotic episode.

A bibliographic search on schizophrenia has been carried out in different databases (Pubmed and Medline), web pages and books. Based on this information, a health program has been realized to provide information to patients about the disease, drugs, activities to be performed in the day hospital.

The activities that have been carried out are focused on making patients aware of their mental illness, the treatment, knowing about drugs, maintaining healthy habits, group activities, interacting with other people and get started in the workplace.

With the implementation of the health program aimed at patients after the first psychotic outbreak, a higher level of knowledge and improvement in social and labour insertion will be achieved. As well as improving the evolution of the patient and the quality of life of their environment.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	7
1.1.	Justificación del programa	8
1.1.1.	Prevalencia	8
1.1.2.	Mortalidad	8
1.1.3.	Factores de riesgo	9
1.1.4.	Trascendencia	9
2.	OBJETIVOS	10
3.	METODOLOGÍA	11
4.	DESARROLLO	13
4.1.	Diagnóstico	13
4.1.1.	Análisis	13
4.1.2.	Priorización	13
4.1.3.	Diagnósticos NANDA, NIC y NOC	13
4.2.	Planificación	14
4.2.1.	Objetivos	14
4.2.2.	Población	15
4.2.3.	Recursos	15
4.2.4.	Estrategia	15
4.2.5.	Actividades	16
4.2.6.	Cronograma	16
4.3.	Ejecución	17
5.	CONCLUSIONES	20
6.	BIBLIOGRAFÍA	23

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Hospital de día de Zaragoza	27
ANEXO II: Síntomas esquizofrenia	27
ANEXO III: Cuestionarios	28
ANEXO IV: Conciencia de la enfermedad.....	30
ANEXO V: Tratamiento	31
ANEXO VI: Drogas	37
ANEXO VII: Hábitos saludables	38
ANEXO VIII: Planificación diaria	39
ANEXO IX: Calendario de actividades de ASAPME.....	41

1.INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, se trata de una enfermedad compleja que afecta al pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial (2). Afecta entre el 0,5-1% de la población mundial y cada año se diagnostican entre 2-4 casos nuevos por cada 10.000 habitantes. Llega a representar casi el 66% de los ingresos en unidades psiquiátricas (3). Lo más frecuente es que aparezca entre los 20 y los 30 años, y en los hombres suele manifestarse antes que entre las mujeres. En España se calcula que existen unas 400.000 personas con esquizofrenia (1).

Esta enfermedad no se atribuye a una causa específica sino a la combinación de diversos factores como la predisposición genética, alteraciones en la neuroquímica cerebral y factores ambientales (consumo de sustancias, traumas, maltrato) (3).

Existen muchos signos y síntomas diferentes de esquizofrenia y aparecen en diferentes combinaciones e intensidad según el individuo. Pueden aparecer en cualquier fase de la vida, aunque suelen aparecer por primera vez en los últimos años de la adolescencia y primeros años de la edad adulta. Los síntomas se dividen en dos grupos principales, los síntomas positivos y los síntomas negativos. Y según la fuente también se pueden clasificar en síntomas desorganizados y los síntomas cognitivos (3). **ANEXO I.**

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMV), se pueden dividir los siguientes tipos de esquizofrenia:

Esquizofrenia paranoide: Consiste en la presencia de ideas delirantes y alucinaciones generalmente auditivas, sin alteración en la afectividad, lenguaje o sin mostrar un comportamiento catatónico. Coincide con un inicio tardío. Dentro de la esquizofrenia paranoide, hay diversos tipos, el tipo persecutorio, tipo grandioso, tipo somático, tipo religioso-místico, tipo sexual y tipo nihilista.

Esquizofrenia de tipo hebefrénico o desorganizado: Es un cuadro que está caracterizado por comportamientos inadecuados y desubicados, con una

conducta desinhibida. Pueden existir ideas delirantes y alucinaciones, pero sin ninguna coherencia. Los pacientes presentan muecas, manierismos y/o rarezas del comportamiento.

Esquizofrenia de tipo catatónico: La característica principal de este tipo de esquizofrenia, es una alteración de la actividad motora (inmovilidad, actividad motora excesiva, mutismo, negativismo extremo, ecolalia o apraxia, peculiaridades del movimiento voluntario).

Esquizofrenia de tipo residual: Este término se utiliza cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, aunque en el cuadro clínico actual no haya ideas delirantes, alucinaciones o comportamiento desorganizado. Principalmente existen síntomas negativos.

Esquizofrenia de tipo indiferenciado: No se puede atribuir el cuadro clínico a ninguno de los subtipos descritos, ya que presenta una mezcla de los diferentes tipos de esquizofrenia (4).

1.1. Justificación del programa

1.1.1. Prevalencia

Según el Instituto de Medición y Evaluación (IME), en el año 2019 había 23,597,047.08 personas a nivel mundial que padecían esquizofrenia. De los cuales, 12,393,169.20 eran hombres y 11,203,877.87 mujeres.

En Europa, había 3,058,293.53 de casos, de los cuales, 153,546.31 pertenecen a España. Dentro de los casos de España, 85,054.09 son hombres y 68,492.22 mujeres, por lo que los hombres presentan una mayor prevalencia.

En 2019, se registró una incidencia de 1,289,832.81 personas, de las cuales, 465,638.99 son de los 10 a los 24 años. Es decir, prácticamente la mitad de la incidencia de esquizofrenia se presenta en la juventud (5).

1.1.2. Mortalidad

La tasa de mortalidad de los enfermos de esquizofrenia es cuatro veces mayor que la población general, con el suicidio como principal causa de la muerte, seguido por el cáncer.

Los pacientes con esquizofrenia tienen más probabilidades de fumar que la población general y son menos propensos de recibir atención médica integral. Además, en muchos casos, reciben un diagnóstico de cáncer tardío, con menos acceso a un tratamiento de calidad y falta de adherencia al tratamiento (6).

En 2015, en Europa fallecieron 84.000 personas con enfermedad mental, muchos de ellos por suicidio o por no tener un tratamiento adecuado a su enfermedad.

Los principales factores que más suicidios causan entre personas con enfermedades mentales pueden ser circunstancias adversas (como la muerte de un familiar), el aislamiento social o el contexto cultural y socioeconómico. El suicidio durante el primer episodio psicótico está asociado con la aceptación de la situación (7).

1.1.3. Factores de riesgo

Entre las posibles causas de la aparición de la enfermedad, la esquizofrenia tiene un alto componente genético. Además, existen una serie de factores externos que desencadenan la enfermedad como pueden ser el consumo de drogas y alcohol, los cambios en el patrón del sueño, acontecimientos vitales estresantes, factores sociales, el estrés, etc. (8).

1.1.4. Trascendencia

La esquizofrenia se asocia con una discapacidad considerable, que afecta la educación y el desempeño laboral. Según la OMS el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neurológicos y psiquiátricos (9).

La esquizofrenia se asocia a la ansiedad y un deterioro de los círculos personales, familiares, sociales, educativos y ocupacionales. Las causas más comunes de discapacidad son la depresión, el trastorno por consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Otros problemas que se relacionan con la enfermedad son:

- La conciencia de enfermedad: a menudo las personas con esquizofrenia no son conscientes de su enfermedad, o de la gravedad y consecuencias. En algunos casos la niegan totalmente, y como

- consecuencia a menudo rechazan el tratamiento, lo que genera un mayor número de recaídas.
- La conducta violenta: en determinados momentos, especialmente en las recaídas y crisis, el comportamiento puede verse muy afectado y las personas pueden suponer un riesgo para sí mismas y su entorno. Suele estar causado por los síntomas como alucinaciones e ideas delirantes.
 - Hábitos de vida: la esquizofrenia se suele relacionar con hábitos de vida poco saludables, como el consumo de tabaco, alcohol, alimentación desorganizada, inactividad, falta de ejercicio físico y/o consumo de drogas.
 - El suicidio: esta conducta es muy frecuente en personas que padecen esquizofrenia. Debido a que puede estar motivado por síntomas psicóticos, angustia, depresión y desesperanza.
 - Riesgo de exclusión: diversos factores como aislamiento social, ausencia de apoyo familiar, falta de empleo, etc. Puede conducir a situaciones de exclusión social y deterioro de sus condiciones de vida.
 - Estigma: la esquizofrenia actualmente es la enfermedad que conlleva mayor estigma y prejuicios (10). Este, es intenso y generalizado, causa de exclusión social. Por lo que contribuye a la discriminación, que a su vez limita el acceso a la atención médica general, la educación, la vivienda y el empleo (1).

2.OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar un programa de educación para la salud de pacientes jóvenes con esquizofrenia impartido por los profesionales de enfermería.

Objetivos específicos

Definir las características del grupo diana.

Describir las principales características y curso de la esquizofrenia.

Analizar los problemas que tienen este grupo de pacientes a raíz de su enfermedad.

Planificar diversas actividades educativas para pacientes con esquizofrenia.

Detallar los recursos disponibles para el cuidado de pacientes con esquizofrenia.

3.METODOLOGÍA

Con el fin de realizar un programa de salud y responder al objetivo principal, he realizado una búsqueda bibliográfica para analizar los artículos y poder realizar la búsqueda de información adecuada sobre la enfermedad y para las actividades del programa de salud con evidencia científica.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversos recursos de información como bases de datos (**Tabla 1**), páginas web (**Tabla 2**), libros y revistas (**Tabla 3**).

Las bases de datos utilizadas han sido Pubmed y Medline. Esta búsqueda se redujo a textos completos, en idioma inglés o español y se limitó la fecha desde el año 2010 hasta el año 2022. Se usaron las palabras clave tanto en español como en inglés: "schizophrenia", "nursing", "healthy habits", "suicide", "esquizofrenia", "estigma". Además, se ha realizado la búsqueda con el operador booleano "AND" para conjugar los términos.

Tabla 1- Resultados de las bases de datos consultadas.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS ELEGIDOS
Pubmed	"schizophrenia" AND "suicide"	450	6	1
	"esquizofrenia" AND "estigma"	5	3	1
	"esquizofrenia" AND "hábitos saludables"	2	2	1
Medline	"esquizofrenia"	122	2	1
	"hábitos saludables"	326	5	1

Tabla 2- Resultados de las páginas webs consultadas.

PÁGINA WEB	ENLACE	TOTAL
Organización Mundial de la Salud	https://www.who.int/es	7
National Institute of Mental Health	https://www.nimh.nih.gov/	
Gobierno de Aragón	https://www.aragon.es/	
NNNConsult	http://www.nnnconsult.com/	
Asociación Aragonesa Pro Salud Mental	https://asapmebajoaragon.org/	
Osakidetza	https://www.osakidetza.euskadi.eus/portada/	
Institute of health Metrics and Evaluation	https://www.healthdata.org/	

Tabla 3- Resultados de las revistas y los libros consultados.

LIBROS Y REVISTAS	TOTAL
Revista de neurología	8
Manual diagnóstico DSM-IV	
Descubre un nuevo camino: Apoyo y consejos para personas con esquizofrenia	
Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo	
Afrontando la esquizofrenia	
Un camino de vuelta: el tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento	
Guía de los primeros episodios psicóticos	
Lo que debo saber sobre la clozapina: Guía de información y uso de clozapina para pacientes y familiares	

4. DESARROLLO

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Análisis

Numerosos estudios determinan que la mayoría de los casos de esquizofrenia comienzan en la adolescencia e inicios de la edad adulta. Con respecto al pronóstico de la enfermedad se ha comprobado que los pacientes con una mayor recuperación estaban relacionados con el inicio precoz de la enfermedad. Por tanto, con una intervención temprana, los pacientes podrían tener una mejor adaptación al medio social y laboral, consiguiendo una recuperación más completa.

El inicio de la esquizofrenia en la edad joven a menudo da lugar a dificultades en los estudios y en la búsqueda de trabajo; el apoyo para continuar, o, reorientar la formación, la búsqueda y el mantenimiento de un empleo y la ocupación es muy importante.

Se han observado en estudios que el apoyo emocional y mantener las conexiones sociales tanto con la familia como con los amigos, es imprescindible para mantener la relación social y una actitud positiva. Esto puede producir un impacto positivo en la reducción del estigma y favorecer la evolución de la enfermedad (11).

4.1.2. Priorización

El programa de salud va dirigido a un grupo de pacientes con un diagnóstico reciente de esquizofrenia, desde la adolescencia a primeros años de juventud (16-25 años). Se escoge este grupo de pacientes porque generalmente presentan el primer brote psicótico en este rango de edad. Los jóvenes podrán acudir acompañados a algunas sesiones con algún miembro de su familia o persona cercana de confianza puesto que la relación enfermero-paciente-familia se considera fundamental en esta intervención.

4.1.3. Diagnósticos NANDA, NIC y NOC

(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente, conocimiento insuficiente de los recursos m/p conducta inapropiada, verbalización de conocimientos insuficientes.

(00053) Aislamiento social r/c enfermedad mental m/p expresa insatisfacción con la conexión social

(00058) Riesgo de deterioro de la vinculación r/c síntomas y aislamiento que provoca la enfermedad

(00265) Riesgo de lesión ocupacional r/c enfermedad mental incapacitante

Tabla 4- Diagnósticos NANDA (12)

NANDA	NOC	NIC
(00126) Conocimientos deficientes	[1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad [1813] Conocimiento: Régimen terapéutico [1806] Conocimiento: recursos sanitarios	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento [5240] Asesoramiento [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria
(00053) Aislamiento social	[1503] Implicación social [2002] Bienestar personal [0123] Desarrollo: adulto joven	[5100] Potenciación de la socialización [4310] Terapia de actividad [5270] Apoyo emocional
(00058) Riesgo de deterioro de la vinculación	[1502] Habilidades de interacción social [1211] Nivel de ansiedad	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo [7200] Fomentar la normalización familiar [5230] Mejorar el afrontamiento
(00265) Riesgo de lesión ocupacional	[1300] Aceptación: estado de salud [1501] Desempeño del rol [1504] Soporte social	[5240] Asesoramiento [5430] Grupo de apoyo

4.2. Planificación

4.2.1. Objetivos

Objetivo general: Ayudar a pacientes adolescentes y/o jóvenes (16-25 años) con un diagnóstico reciente de esquizofrenia a una mejora de las relaciones sociales y laborales. Además de evitar el estigma que conlleva.

Objetivos específicos:

- Informar acerca de la enfermedad, tratamiento y recursos disponibles para personas con esquizofrenia.
- Ayudar y promover a mantener relaciones sociales adecuadas.
- Enseñar distintos recursos de adaptación laboral

4.2.2. Población

La población diana a la que va dirigido este programa son pacientes de 16 a 25 años con esquizofrenia en Zaragoza tras el diagnóstico de este trastorno. También está diseñado para proporcionar ayuda e información a familiares y personas de apoyo.

4.2.3. Recursos

Para la realización de dicho programa son necesarios diversos recursos materiales:

- Sala amplia en el Hospital de día de Zaragoza. **ANEXO I.**
- Folios, cuestionarios, bolígrafos, infografías, sillas, mesas, pizarra, rotuladores, material del taller prelaboral (proporcionado por ASAPME).

Además, como recursos humanos: una enfermera especializada en Salud Mental, la cual impartirá las sesiones.

4.2.4. Estrategia

Este programa se realizará en aproximadamente 6 meses, para que los pacientes tengan un tiempo de adaptación a las actividades y a las nuevas relaciones terapéuticas con la enfermera y con sus compañeros.

El grupo de pacientes va a estar formado por 15 participantes como máximo.

Cada actividad tendrá una duración de aproximadamente 2 horas y tendrá lugar como máximo 1 actividad a la semana.

La captación de los participantes será a través de las unidades de salud mental de Zaragoza, siendo derivados desde el psiquiatra que le ha diagnosticado.

Las unidades de salud mental de Zaragoza desde las cuales son captados son, la USM Actur Sur, USM Rebojería, USM Casablanca,

USM Sagasta-Ruiseñores, USM Las Fuentes, USM Hospital Clínico , USM Delicias, USM San José y USM Torrero-La Paz. Estas unidades de salud mental incluyen los 3 sectores de la ciudad de Zaragoza.

4.2.5. Actividades

Tabla 5- Plan de actividades.

Presentación pacientes
Cuestionarios
Conciencia de enfermedad
Tratamiento farmacológico
Drogas
Hábitos saludables + planificación diaria
Taller ocupacional- prelaboral: ASAPME
Taller ocio y cultura
Salidas planificadas

Fuente: elaboración propia

4.2.6. Cronograma

Tabla 6- Cronograma de actividades.

SESIONES	1º mes	2º mes	3º mes	4º mes	5º mes	6º mes
Presentación						
Cuestionarios						
Conciencia de enfermedad						
Tratamiento farmacológico						
Drogas						
Hábitos saludables + planificación diaria						
Taller ocupacional						
Taller ocio y cultura						
Salidas planificadas						

Fuente: elaboración propia

4.3. Ejecución

Sesión 1: Presentación de los pacientes

En esta sesión se explicará a los pacientes de qué va a tratar el programa de salud, quienes van a dirigirlo, qué actividades van a realizar y conocerán a sus compañeros. Se realizará una rueda de preguntas acerca de sus nombres, edad, ocupación (si tienen), hobbies, personas de apoyo. Después harán grupos de 3 personas para conocerse más entre ellos e irán intercambiándose de grupo.

Los objetivos de esta primera sesión son principalmente, conocer a sus compañeros, conocer el hospital de día y el programa, recoger información proporcionada sobre el programa (calendario, materiales, etc.)

Sesión 2: Cuestionario

Se va a dividir en 3 cuestionarios que los pacientes van a rellenar y entregar al personal de enfermería, para una posterior evaluación. Después, los pacientes pondrán en común los aspectos que les apetezca comentar a cada uno desde su propia experiencia.

Cuestionario 1: El objetivo es conocer al paciente y que él se conozca a sí mismo, a la vez que valorar la relación del paciente con su enfermedad, grado de aceptación y adaptación y empezar un debate sobre las relaciones sociales. **ANEXO II.**

Cuestionario 2: el objetivo es trabajar la conciencia de enfermedad, relación con la medicación, percepción del estado general de salud, valorar la interrelación entre el paciente y los especialistas y familiares, trabajar el concepto de recuperación. **ANEXO II.**

Cuestionario 3: el objetivo es aproximar al paciente al entorno laboral, fomentando la reflexión acerca de sus capacidades y ayudándole a ver la relación entre la actividad laboral y el bienestar del paciente. Reflexionar sobre las ventajas que supone la actividad laboral para generar motivación. **ANEXO II.**

Sesión 3: Conciencia de enfermedad

En esta sesión vamos a hacer una charla acerca de la enfermedad, características y factores. En la cual los pacientes pueden participar compartiendo opiniones y todo lo que sepan acerca de su enfermedad y de su propia experiencia con ella.

Los objetivos de esta sesión van a ser, conocer la enfermedad, que el paciente reconozca los síntomas y tipos de esquizofrenia, exposición de diversas preguntas con respuestas que puedan entrar en debate, que el paciente sea consciente de su propia enfermedad.

Se dividirá en dos sesiones en las cuales la información estará dividida.

ANEXO III.

Sesión 4: Tratamiento farmacológico

Durante esta sesión se hará una charla sobre el tratamiento farmacológico que van a llevar, indicando efectos adversos, indicaciones y usos, el inicio del tratamiento, diversas opciones, etc.

Los objetivos de esta sesión van a ser: conocer los diversos fármacos psiquiátricos que hay, conocer la clozapina, importancia a la adherencia al tratamiento, interacción con otras sustancias, etc. **ANEXO IV.**

Sesión 5: Drogas

En esta sesión se realizará una charla sobre las drogas, en la cual van a poder participar los pacientes, compartiendo experiencias u opiniones.

Los objetivos de esta sesión son conocer las generalidades de las drogas, efectos de consumir drogas tomando antipsicóticos, efectos de consumir drogas con esquizofrenia, etc. **ANEXO V.**

Sesión 6: Hábitos saludables y planificación diaria

Esta sesión es muy importante debido a que va a ser una ayuda para empezar a encaminar la vida de los pacientes en esta nueva situación.

Los objetivos de la sesión principalmente van a ser que, los pacientes van a conocer pautas a seguir para mantener un buen estilo de vida, van a aprender a planificar su día, mantenerse ocupados durante el día.

En la 1º sesión se explicarán los hábitos saludables que son recomendables seguir, especialmente para llevar un adecuado ritmo de vida y, además, evitar nuevas recaídas. En esta sesión los pacientes propondrán más hábitos saludables que se les ocurra para poner en común. **ANEXO VI.**

En la 2º sesión se va a proponer un plan diario que los pacientes van a llevar a cabo para mantenerles ocupados y, además, una mejor adherencia al tratamiento. Los pacientes rellenarán con ayuda del profesional un calendario personal con sus citas, recordatorios, etc. **ANEXO VII.**

Sesión 7: Taller ocupacional-prelaboral

El proyecto de taller ocupacional para personas con enfermedad mental, tiene como base la ocupación y la inserción social de las personas en situación de necesidad de inclusión y discapacidad; así como su posterior inserción laboral. Es fundamental que la persona obtenga una ocupación y la plena integración socio-laboral, apoyando el desarrollo personal y las relaciones con su entorno familiar y social.

Con el Taller Ocupacional se va a potenciar la educación y formación, permitiendo el desarrollo de actitudes y aptitudes, la adquisición de hábitos y rutinas, y de sacar el máximo potencial a los recursos personales, posibilitando la adquisición de la autonomía e independencia.

La entidad cuenta con la Bolsa de Empleo y con el Programa de Inserción Laboral, además de contar con un Centro Especial de Empleo; por lo que esta asociación desarrolla una metodología de trabajo que favorece la inserción sociolaboral, dando apoyo a personas con discapacidad mental; y trabajando en coordinación con los diferentes recursos de la zona (13).

La tarea del taller consiste en montar piezas con las que luego van a utilizarse en una empresa para el montado de ventiladores. Este taller se realizará junto a ASAPME.

Los objetivos de esta sesión serán permanecer involucrado en una labor, tratar de corregir errores y resolver problemas, insertarse en el mundo laboral y motivar la asistencia por compensación económica.

Sesión 8: Taller ocio y cultura

En este taller se van a explicar diferentes actividades que pueden realizar los pacientes junto al programa ASAPME. Actividades a las cuales pueden acudir o incluso conectarse online si es preciso. **ANEXO VIII.**

Los objetivos principales son realizar actividades diferentes en grupo, socializar con más personas, realizar actividades culturales, aprender nuevos hobbies, etc.

Sesión 9: Salidas planificadas

Estas actividades serán distintas salidas por Zaragoza con el grupo del centro de día, de esta manera podrán socializar los pacientes a la vez que realizan ejercicio físico.

Los objetivos de esta sesión serán, trabajar habilidades físicas, favorecer la autoestima, establecer un hábito de ejercicio, proporcionar actividad física evitando el aislamiento y favorecer el contacto con el entorno.

5.CONCLUSIONES

Se ha diseñado un programa de educación para la salud para pacientes con esquizofrenia en su primer brote psicótico, el cual van a presentar los primeros síntomas y, aislamiento social y laboral, por lo que el programa pretende encaminar a estos pacientes desde el primer momento para un buen pronóstico y evolución de la enfermedad.

Se ha definido el grupo diana del programa de salud, limitando los pacientes de 16 a 25 años ya que es cuando la mayoría de casos de esquizofrenia se presentan. Esta etapa es la más importante y vulnerable, por lo que se captarán pacientes con un primer episodio psicótico de estas edades.

A partir de este programa los pacientes conocerán sobre su enfermedad, por qué se produce, resolviendo sus dudas y poniéndolas en común con sus compañeros, además del curso que llevará la enfermedad y lo que conlleva.

En las reuniones con los pacientes, podrán expresar sus problemas e inquietudes acerca de la enfermedad, siendo tanto el profesional sanitario a cargo como otros pacientes los que le proporcionarán ayuda para resolverlos desde lo profesional o desde la experiencia.

Se planifican varias actividades durante seis meses para que los pacientes tengan espacio personal, pero para que poco a poco consigan una inserción laboral y social adecuada. Estas actividades están diseñadas principalmente para crear vínculos sociales entre los compañeros.

Estas actividades van a ser realizadas junto con ASAPME, una asociación que se dedica a la atención, rehabilitación e integración social de personas afectadas por depresión, ansiedad, esquizofrenia y otros problemas de salud mental.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1- La esquizofrenia [Internet]. National Institute of Mental Health. 2021 [citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/21-mh-8082s-la-esquizofrenia.pdf>
- 2- Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- 3- Romano D, Oliver JM, Royo V. Manual para el cuidador. Buenas prácticas en la esquizofrenia [Internet]. Gobierno de Aragón. 2013 [citado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/003.GUIA%20ESQUIZOFRENIA .pdf/43d01dcf-7e0c-76a1-c476-dfdb2ffe1383](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/003.GUIA%20ESQUIZOFRENIA.pdf/43d01dcf-7e0c-76a1-c476-dfdb2ffe1383)
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- 5- Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx) [Internet]. [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/f0e4b1fd16b343fed50f683e008063fc>
- 6- Tran E, Rouillon F, Loze J-Y, Casadebaig F, Philippe A, Vitry F. Esquizofrenia y muerte temprana [Internet]. Neurología. 2009 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/noticia/1649/esquizofrenia-y-muerte-temprana>
- 7- Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: An educational overview. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2019 [citado el 16 de marzo de 2022];55(7):361. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55070361>
- 8- Díaz M. Afrontando la esquizofrenia. Enfoque editorial S.C. ; 2013.

- 9- Organización Mundial de la Salud. Invertir en SALUD MENTAL [Internet]. 2004 [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 10- Esquizofrenia. Osakidetza. 2019 [citado el 16 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/esquizofrenia/ab84-oessmcon/es/>
- 11- Frías VM, Fortuny JR, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. 2018. [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.007>
- 12- Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
- 13- Proyecto de taller ocupacional para personas con enfermedad mental [Internet]. ASAPME Bajo Aragón. 2021 [citado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://asapmebajoaragon.org/taller-ocupacional/>
- 14- Elgie R, Patrice A, Byrne P, Hickey C, Lamber M, McCrae J, et al. Descubre un nuevo camino: Apoyo y consejos para personas con esquizofrenia. Bristol-Myers Squibb Company and Otsuka Pharmaceutical; 2004.
- 15- Biblioteca Nacional de Medicina. Esquizofrenia [Internet]. MedlinePlus. 2019 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/schizophrenia.html>
- 16- Antonio B. Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo. Entheos; 2013.
- 17- Equipo de tratamiento y seguimiento de la Psicosis. Guía de primeros episodios psicóticos. Entheos; 2014
- 18- José María P., Yolanda Z., Nicolás M., Rosa A., Benedicto C. Lo que debo saber sobre la clozapina: Guía de información y uso de clozapina para pacientes y familiares . Adamed; 2018.

19- Alfonso R. Un camino de vuelta: El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento. Richmond, Inglaterra: Glosa; 2004.

20- Zurrón Madera, P., Casaprima Suárez, S., García Álvarez, L., García-Portilla González, M. P., Junquera Fernández, R., & Canut, M. Hábitos alimenticios y nutricionales en pacientes con esquizofrenia. Revista de psiquiatría y salud mental, [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 15] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.10.003>

21- Recomendaciones de salud para los adultos [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2020 [citado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/alimentacion-saludable-actividad-fisica-vida/adultos?utm_source=copy&utm_medium=sharing+button&utm_content=%2Fhealth-information%2Finformacion-de-la-salud%2Fcontrol-de-peso%2Falimentacion-saludable-actividad-fisica-vida%2Fadultos

ANEXOS

ANEXO I: Hospital de día de Zaragoza

Imagen I- Localización del Hospital de día de Zaragoza



Fuente: Google Maps ©

ANEXO II: Síntomas esquizofrenia

Tabla 7- Síntomas de la esquizofrenia (14)

Positivos	Alucinaciones Delirios Alteración del lenguaje Pensamiento disgregado e ilógico Agitación Comportamiento extravagante
Negativos	Pensamiento pobre y enlentecido Deterioro cognitivo Insociabilidad Apatía Falta de interés o iniciativa Ausencia de reacciones afectivas o faltade expresión

Desorganizados	Ideas y habla confusa Comportamientos sin sentido Gestos arrítmicos y movimientos lentecidos
Cognitivos	Dificultades para la concentración y la memoria. Falta de atención Falta de percepción en la enfermedad Pensamiento lentecido

ANEXO III: Cuestionarios

Cuestionario 1:

Tabla 8- Cuestionario 1

<ol style="list-style-type: none"> 1. El principal rasgo de mi carácter: 2. Mi principal virtud: 3. Mi principal defecto: 4. Mi ocupación favorita: 5. Mi sueño: 6. Mi mayor desgracia sería: 7. Lo que más detesto: 8. Mi estado de ánimo actual: 9. Lo que más me gusta de mi familia: 10. Lo que más me gusta en mis amigos: 11. El cambio personal que más me gustaría: 12. ¿Habras de lo que te pasa con tu entorno? 13. ¿Te aceptas a ti mismo? 14. ¿Sientes que tu familia te apoya en tu enfermedad? 15. Cuando aparece la enfermedad, nadie es culpable. ¿Crees que eso es así? 16. ¿En qué medida te condiciona lo que opinen los demás sobre ti? 17. ¿El estigma condiciona tu estilo de vida? 18. ¿Crees que con la enfermedad pierdes el derecho a algo?

19. ¿Realizas actividad física?
20. ¿Le das importancia a tu aspecto físico?

Fuente: elaboración propia

Cuestionario 2:

Tabla 9- Cuestionario 2

1. ¿Qué sabes de tu enfermedad?
2. ¿Qué crees que sabe tu familia de tu enfermedad?
3. ¿Crees que tu enfermedad está controlada?
4. ¿Cómo percibes la enfermedad?
5. En tu proceso de recuperación, ¿qué crees que te ayudaría a hacerlo?
6. ¿Crees que tu vida ha cambiado desde tu diagnóstico?
7. ¿Qué piensas sobre el tratamiento?
8. Tu tratamiento actual, ¿te permite hacer todo lo que te gusta?
9. ¿Tu tratamiento influye en tus relaciones sociales?
10. ¿En qué te ayuda ir a consulta con tu psiquiatra?
11. ¿Hay algún condicionante, como el estigma, que te impida hacer vida normal?
12. ¿Qué cosas te ayudan a sentirte bien?

Fuente: elaboración propia

Cuestionario 3:

Tabla 10- Cuestionario 3

1. ¿Eres consciente de tus capacidades y habilidades?
2. ¿Eres exigente contigo mismo?
3. Si todavía no tienes trabajo, ¿qué crees que te faltaría o ayudaría a conseguirlo?
4. ¿Conseguir trabajo es para ti un objetivo a largo plazo?
5. ¿Ves en el trabajo una forma de crear rutina? ¿Es eso importante para ti?
6. ¿Crees que el trabajo ayuda a tener vida social?
7. ¿Cómo afecta el trabajo a la autoestima?
8. ¿Conoces centros especiales de empleo?

Fuente: elaboración propia

ANEXO IV: Conciencia de la enfermedad

1º sesión:

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, se trata de una enfermedad compleja que afecta al pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

Causas

Los profesionales de la salud mental no están seguros de cuál puede ser la causa. Es posible que influyan los genes, química del cerebro o ambiente.

La esquizofrenia se presenta por igual en hombres y mujeres. Generalmente comienza en la adolescencia o en los primeros años de la juventud.

Síntomas

Los síntomas generalmente se van presentando lentamente a medida que la enfermedad va avanzando.

Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para mantener las relaciones sociales y para trabajar. También pueden tener problemas de ansiedad, depresión y pensamientos o comportamientos suicidas.

Los síntomas iniciales pueden incluir:

- Irritabilidad
- Déficit de concentración
- Insomnio

A medida que la enfermedad progresa, la persona sufre algunos de los siguientes síntomas:

- Alucinaciones visuales, auditivas, somáticas, etc.
- Aislamiento social.
- Disminución de las emociones y pensamientos.
- Problemas de comprensión y en la toma de decisiones.
- Déficit de atención
- Delirios.
- Ideas y habla confusa (15).

2º sesión:

Inicio: generalmente se presenta hacia los 20-30 años, en algunos casos aparece en la infancia o adultez tardía. La frecuencia es relativamente igual en los dos sexos.

El inicio puede ser brusco, pero normalmente es insidioso. Puede presentarse con aislamiento social, pérdida de interés en el ámbito escolar o laboral, disminución del rendimiento y alteraciones en el comportamiento.

Curso de la enfermedad: el curso es variable, algunos pacientes sufren crisis psicóticas o remisiones y otros permanecen crónicamente enfermos (16).

¿Por qué es importante obtener ayuda cuanto antes?: A veces puede pasar bastante tiempo hasta que se empieza el tratamiento, por lo que cuanto más largo sea este periodo de tiempo, más se puede ver afectado el funcionamiento normal del paciente (17).

¿Se puede llevar una vida normal con esquizofrenia?: Si, pero para ello hay que cumplir con una serie de cuidados que garantizan una estabilidad y un buen pronóstico de la enfermedad. Realizar un buen cumplimiento de la medicación, seguir las terapias de rehabilitación, cumplir hábitos saludables evitando consumo de drogas y realizar una actividad social y familiar diaria son las bases para convivir adecuadamente con la enfermedad.

¿Qué puede hacer el propio paciente?

1. Ser responsable del manejo de su enfermedad
2. Seguir las terapias rehabilitadoras
3. Aprender a identificar los signos y síntomas
4. Adquirir buenos hábitos de vida saludables
5. Realizar una actividad social, laboral y familiar diaria (8).

ANEXO V: Tratamiento

1º sesión:

El tratamiento no es una garantía absoluta de estabilidad, pero los pacientes que siguen el tratamiento tienen un 80% de posibilidades de permanecer libres de crisis.

Además, cada recaída supone un coste muy elevado para el paciente y para quienes conviven con él. Más de la mitad de los pacientes que recaen no pueden recuperar la capacidad para trabajar o estudiar que tenían antes de esas crisis (18).

En algunos casos, las personas con un primer episodio psicótico pueden empezar el tratamiento y seguimiento de manera ambulatoria. Esto sólo será posible si el paciente tiene una buena adherencia al tratamiento. A veces, es necesario estar hospitalizado para una observación cercana de los síntomas, facilitar la realización de pruebas y evaluar mejor los efectos del tratamiento.

La primera fase del tratamiento consiste en una visita que realiza el psiquiatra para conocer el caso, en la cual el médico preguntará cuándo y cómo empezó la persona afectada a sentirse de manera diferente, también querrá saber cómo era la persona antes de que le sucediera el primer episodio, qué antecedentes médicos tiene el paciente o si ha tomado algún tipo de drogas. En esta entrevista también es recomendable que participe su familia u otras personas de su entorno.

Una vez empezado el tratamiento, el paciente puede tardar varios días en notar mejora en el comportamiento. Éste puede ser un periodo de angustia para el paciente, en el que necesita el apoyo y comprensión de los profesionales sanitarios, debido a que es un momento en el que le cuesta mucho confiar en otras personas.

En algunos casos los síntomas desaparecen poco tiempo después de empezar el tratamiento, permitiendo retomar la vida normal de inmediato. En otros casos, la recuperación puede tardar semanas o incluso meses, como en todas las enfermedades, puede ser necesario tomarse un descanso tanto académico como laboral (estar de baja un tiempo) hasta que la persona esté en mejores condiciones. La medicación más adecuada puede variar en función de la gravedad de los síntomas, del tiempo que hayan estado presentes y de sus posibles causas. Algunas personas son más propensas a tolerar mal un tipo de medicamentos antipsicóticos y tolerar sin problemas algunos otros (17).

Medicamentos antipsicóticos

Los antipsicóticos son la parte principal del tratamiento de los trastornos psicóticos y junto con otras terapias tienen un papel fundamental en la recuperación del paciente. Los antipsicóticos son imprescindibles en la fase aguda de las crisis, y suelen ser también necesarios en la fase de mantenimiento para evitar recaídas. Es muy importante mantener el tratamiento el tiempo que considere el médico, puesto que una interrupción del mismo puede tener consecuencias importantes en el curso de la enfermedad.

Es importante que el paciente informe a su psiquiatra si presenta alguna molestia debida a la medicación. Si estas molestias no se corrigen, el paciente puede acabar dejando el tratamiento.

El tratamiento suele empezarse a una dosis baja y es el médico quien va a elegir los cambios en la dosis y en el tipo de tratamiento que sean necesarios. Siempre se tendrá que vigilar el balance entre beneficios del tratamiento y molestias que pueda ocasionar. Podemos dividir estos fármacos en:

Según el tipo de medicamento antipsicótico

-Antipsicóticos clásicos:

Son los más antiguos. Tienen una eficacia claramente demostrada, pero suelen producir efectos secundarios que pueden ser:

- Rigidez: lentitud de movimientos y sedación.
- Sialorrea: exceso de saliva.
- Acatisia: piernas inquietas.
- Somnolencia.
- Afectación del deseo sexual

-Antipsicóticos atípicos: Son más modernos y los que más se usan actualmente. Tienen una eficacia similar a los antipsicóticos antiguos, pero causando menos efectos secundarios. Algunos de los más usados son la clozapina, quetiapina, risperidona y olanzapina. Los antipsicóticos atípicos se diferencian entre sí por los efectos secundarios que pueden presentar:

- Aumento de peso.
- Somnolencia.
- Afectación del deseo sexual.
- En menor medida también pueden producir los efectos secundarios de los antipsicóticos clásicos (17).

Según el modo de tomar la medicación

Antipsicóticos orales de toma diaria. Son los que se toman por boca, es decir: pastillas, cápsulas o en jarabe.

Tabla 11 – Ventajas y desventajas de antipsicóticos orales de toma diaria (17)

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Hay gran variedad de antipsicóticos orales, lo que permite más cambios para acertar con la mejor toleración del paciente. • Permite cambios de dosis muy fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de tomar la medicación todos los días. • Es fácil olvidarse de tomar la medicación, riesgo de adherencia inadecuada al tratamiento. • Las pastillas pueden hacer recordar al paciente todos los días que está enfermo. • Mayor riesgo de tomar más de la cuenta o a horas muy distintas cada día.

Antipsicóticos inyectables de larga duración. Son antipsicóticos de administración intramuscular, y que se van liberando poco a poco en el

organismo (durante días) . Habitualmente se administran una vez cada 15 días o una vez al mes. El más usado es el aripiprazol.

Tabla 12– Ventajas y desventajas de antipsicóticos de larga duración (17)

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Facilita la detección de la falta de adherencia. • Suele proporcionar concentraciones del medicamento en la sangre más estables que la medicación oral, por lo que presentan menos efectos secundarios. • Si no se administra, el centro hospitalario tendrá constancia de ello. • El ir a recibir la administración periódicamente puede facilitar la relación terapéutica con la enfermera. • El paciente no tiene que acordarse de tomarse la medicación todos los días. • Facilita el no tener que pensar a diario en la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración intramuscular a veces puede ser dolorosa. • Existen menos variedad de medicamentos. • Ajuste de dosis menos rápido. A veces es necesario acompañar de tratamiento oral de toma diaria.

Otros medicamentos

Además de los antipsicóticos, pueden ser necesarios otros medicamentos. Por ejemplo, es muy común el uso de ansiolíticos para calmar la ansiedad que produce una experiencia psicótica. Estos medicamentos se podrán retirar sin problemas cuando los antipsicóticos hayan empezado a hacer efecto. En algunos casos el episodio psicótico va asociado a una depresión, en estos casos es probable asociar un medicamento antidepresivo (17).

2º sesión:

Clozapina:

La Clozapina es más eficaz sobre los síntomas positivos y negativos. Este fármaco es eficaz para mejorar síntomas cuando otros antipsicóticos no funcionan.

-Indicaciones: la indicación principal es el tratamiento de pacientes que sufren esquizofrenia crónica. Se usa generalmente en personas mayores de 16 años. Este medicamento tiene un mayor beneficio en problemas de control de impulsos o el riesgo de suicidio.

-Cuándo y cómo iniciar tratamiento con clozapina: se debe tomar con prescripción médica, cuando se recomiende por el psiquiatra. Hay que hacer un hemograma previo al inicio del tratamiento. El psiquiatra indicará la mejor forma de tomar clozapina; se empieza a tomar de forma lenta y gradualmente, revisando los resultados y los posibles efectos adversos. Durante las primeras 18 semanas, se hacen controles semanales de leucocitos y después, controles mensuales.

-Contraindicaciones: si se tiene los leucocitos o defensas bajas, en caso de enfermedad cardíaca, renal o hepática, si existe una mala adherencia terapéutica, si se tiene obesidad.

-Beneficios de tomar clozapina: mejora de síntomas extrapiramidales, eficaz en la mayoría de los casos (Si anteriormente ha sido un tratamiento difícil), si ha tenido síndrome neuroléptico maligno, antecedentes de conductas suicidas e impulsos, si presenta ansiedad, insomnio y/o depresión.

-Cómo se toma clozapina: se suele iniciar a dosis bajas e ir subiendo de forma lenta. Por su vida media es posible que sean necesarias 2 o 3 dosis al día. Se recomienda alcanzar al menos 400 mg/día.

-Uso concomitante de otras sustancias:

¿Se puede fumar? El tabaco disminuye los niveles de clozapina en sangre, por lo que probablemente se necesitaría más dosis de fármaco.

¿Se puede tomar café? El consumo de sustancias con cafeína aumenta los niveles de clozapina, es decir, con menos dosis hay más fármaco disponible.

Por lo que, si se toma estas sustancias, no hay que dejarlas de tomar de forma brusca.

¿Se puede tomar otros medicamentos con clozapina? En general sí, pero algunos pueden interactuar. Como por ejemplo, con algún antibiótico, analgésicos, benzodiazepinas, anticolinérgicos, etc.

-Efectos secundarios: la clozapina se tolera mejor que otros tratamientos antipsicóticos, aunque puede presentar también efectos secundarios.

-Muy tempranos: agranulocitosis, miocarditis, crisis epilépticas.

-Persistentes: efectos metabólicos (aumento de peso, alteración colesterol, resistencia a la insulina), estreñimiento.

-Molestos: sedación, sialorrea, hipotensión, taquicardia, enuresis nocturna.

-Muy infrecuentes: extrapiramidales (alteraciones del movimiento similar al Parkinson), hiperprolactinemia, discinesia tardía, síndrome neuroléptico tardío.

-Controles durante el tratamiento con clozapina: hemogramas, electrocardiograma, analíticas de sangre completas, exploración física (18).

ANEXO VI: Drogas

Las drogas ponen al cerebro en situaciones límite, es decir, en un punto en el que se rompe el equilibrio entre la salud y la enfermedad, lo que conduce a una crisis.

¿Qué suelen provocar sustancias nocivas en el cerebro? Las drogas modifican la manera de trabajar del cerebro. Hace que la información que procesa el cerebro está distorsionada y malinterpretada.

Para una persona sana eso puede representar una experiencia excitante, porque somete a su cerebro a un trabajo inhabitual.

Pero, si este cerebro ya está delicado, el efecto de las drogas sobre el cerebro va a acabar con la posible estabilidad del paciente (19).

Muchas personas con esquizofrenia se refugian en el alcohol y/o las drogas para tratar de aliviar los síntomas o ayudarles a afrontar los sentimientos que

generan su enfermedad. El consumo de drogas es especialmente frecuente entre las personas jóvenes con esquizofrenia.

Aunque algunas personas afirman que utilizar drogas ilegales les proporciona alivio temporal, mejora los síntomas o les ayuda a mantenerse estables, a largo plazo puede hacer que sus síntomas de esquizofrenia empeoren. Hay multitud de datos que demuestran que estas sustancias empeoran los síntomas psicóticos de la enfermedad. También pueden desencadenar un episodio de crisis, incluso en personas que nunca habían tenido un episodio anterior, pero que tienen un riesgo alto de desarrollar esquizofrenia.

Si se tratan los síntomas de esquizofrenia con sustancias como el cannabis, también se retrasa la prescripción de la medicación antipsicótica adecuada. Por lo que cuanto mayor sea el retraso en recibir la medicación y otras terapias, más durarán los episodios de esquizofrenia. Esto reducirá notablemente las posibilidades de mejorar tu vida y controlar tu enfermedad (16).

ANEXO VII: Hábitos saludables

¿Cuáles son los hábitos saludables a seguir?

-Alimentación sana: Normalmente las personas con trastornos mentales tienden a mantener una alimentación poco saludable, por lo que se asocia con problemas cardiovasculares. Además, varios estudios muestran en estos pacientes un consumo inferior al 75% de la cantidad recomendada de: agua, fibra, magnesio, tiamina, ácido fólico, retinol y vitamina D (20).

Tabla 13- Alimentos recomendados (21)

Consuma alimentos más ricos en nutrientes. Los nutrientes, como vitaminas, minerales y fibra dietética, nutren nuestro cuerpo dándole lo que necesita para estar sano. Se aconseja consumir algunos de los siguientes alimentos que son ricos en nutrientes:	Consuma menos de estos alimentos y bebidas. Algunos alimentos y bebidas tienen muchas calorías, pero pocos de los nutrientes esenciales que el cuerpo necesita. Los adultos deben tratar de limitar los alimentos como:
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • frutas y verduras • granos integrales, avena, pan integral y arroz integral • mariscos, carnes magras, aves y huevos • frijoles, guisantes, nueces sin sal y semillas • verduras en rodajas o zanahorias pequeñas con humus • leche y productos lácteos descremados o bajos en grasa. 	<ul style="list-style-type: none"> • los endulzados con azúcar • alimentos con grasas sólidas como mantequilla, margarina, manteca de cerdo y manteca vegetal • pan blanco, arroz y pasta elaborados con granos refinados • alimentos con sal agregada (sodio) • leche entera
--	--

-Realizar ejercicio físico

-Mantener algún hobby

-Evitar circunstancias estresantes

-Cultivar amistades

-Evitar consumo de alcohol y drogas

-Dormir adecuadamente (8)

ANEXO VIII: Planificación diaria

Cuando estás bien se suelen hacer muchas cosas todos los días, pero cuando se padece esquizofrenia es fácil que el día te pase inadvertido sin haber hecho nada. A veces planificar el día puede ayudar. Por ejemplo:

Tabla 14-Ejemplo de planificación (14)

MAÑANA:	TARDE:
<ul style="list-style-type: none"> • Levantarse • Desayunar • Ducharse y lavarse los dientes • Ir de tiendas/ comprar comida/ leer el periódico/ ver la televisión/ reunirse con algún familiar o amigo • Relajación • Hacer algo de deporte • Comer 	<ul style="list-style-type: none"> • Ir al centro de día • Cita con la enfermera/ psiquiatra • Reunirse con familiar/ amigo • Limpiar • Preparar la cena • Ver la televisión • Relajación • Cepillarse los dientes • Acostarse

Es fácil olvidar cosas como citas, acontecimientos, sociales y cumpleaños de familiares y amigos. Siguiendo un calendario te aseguras de estar siempre al tanto de acontecimiento (14).

Imagen 2- Calendario ejemplo (14)

Día	¿Cómo te encuentras?	Medicación tomada	Efectos secundarios	Algo destacable de hoy	Problemas
Lunes	Bien	Sí	No	Me he levantado temprano y me he dado un baño	No
Martes	OK	Sí	Un poco de sueño	No he oído voces	No salí de mi habitación
Miércoles	No demasiado mal, pero un poco decaído por el peso	No	¡¡He ganado 0,5 kg!!	Sesión de terapia cognitiva. Fue realmente bien	No he tomado las pastillas – lo haré mañana
Jueves	Un poco bajo	Sí	Sueño	Nada que destacar	Esperaba una visita de Mike. No se presentó
Viernes	Bajo de nuevo, un poco ansioso	Sí	Ninguno	He hablado con Miguel	Hablé con Miguel. Se disculpó
Sábado	OK	Sí	Ninguno	He visto el fútbol en TV. ¡Hemos ganado!	No
Domingo	OK	Sí	Ninguno	Salí a pasear	No

ANEXO IX: Calendario de actividades de ASAPME

Imagen III- Calendario de actividades de ASAPME (13)

						AZ-PLA-15-AS
		Programa de Actividades – PIR Usuario				Rev. 2
						Página: 1 / 1
FECHA:						
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
9:45 - 10:30	SALUD MENTAL E IGUALDAD VIRTUAL					
11:00-12:00	PSICOEDUCACIÓN VIRTUAL	CULTURAS DEL MUNDO- PERSPECTIVA DE GÉNERO VIRTUAL	HABILIDADES SOCIALES VIRTUAL	COCINA ESPECIAL SEMANA SANTA: TORRIJAS	DOCUMENTAL ESPECIAL SEMANA SANTA	
11:30-12:00	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	
12:00-13:00	CULTURAS DEL MUNDO: AUSTRIA (SALZBURGO)	VIDEOFORUM: LA ADOPCIÓN	DOCUMENTAL: LOS LÍMITES DE LA CIENCIA	TALLER DE COCINA: HUEVOS TERESITA	SESIÓN DE RELAJACIÓN	

