

GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL

- Documento de Trabajo. 2019 -



INDICE:

GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL.

Página:

• Justificación	3
• Recorrido cronológico del programa	4
• Programa. (Objetivos, criterios de inclusión, ...).	8
• Evaluación del Programa	12

ANEXOS:

• Sesiones Grupales Amplias	14
• Recomendaciones para la desintoxicación de benzodiazepinas	47
• Datos Epidemiológicos (No actualizados, se rescataron en 2012)	51
• Hoja Informativa para los usuarios	53
• Consentimiento Informado	54
• Compromiso de Confidencialidad	55
• Cuestionario de Calidad de Vida WONCA	56
• Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ12	58
• EVA (Escala Visual Analógica) de ansiedad o malestar	59
• EVA (Escala Visual Analógica) de Satisfacción con el Grupo	60
• Corrección-Interpretación de Cuestionarios y Escalas	61
• Mi Caja de Herramientas (para el Usuario) "C.S. Mérida"	62
• Autores, Implementadores, centros pilotos	63
• Díptico divulgativo con nombre antiguo	64
• Sesiones Grupales Reducidas "C.S. El Progreso-Badajoz"	66
• Nuestro "MODELO DE SESIONES"	76
• Sesión Introductoria o primera sesión	79
• Listado de Adjetivos positivos	81
• Categorías de sentimientos según Carkuff	83
• Dibujo indicativo de síntomas somáticos de ansiedad	84
• Cuento para la Autoestima	85
• Reunión de coordinación de 26 de enero de 2016. Acuerdos	86
• Hoja de Recogida de datos sobre medicamentos para los usuarios	88
• Reunión de coordinación de 28 de octubre de 2016. Acuerdos	89
• Reunión de coordinación de 28 de marzo de 2017. Acuerdos	91
• Hoja con normas básicas del grupo	95

Justificación:

Las encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas venían indicando un consumo elevado de psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos) en Extremadura en relación a la media de España y en mujeres en relación a los hombres. España en 2011 fue el país del mundo que más consumió psicofármacos proporcionalmente al nº de habitantes.

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

Por todo ello se considera necesario evaluar otra alternativa de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las/os pacientes, mejorando la ansiedad, el estado de ánimo o el insomnio y reduciendo el consumo de psicofármacos.

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

Epidemiología:

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

Recorrido cronológico del programa:

1. **Creación de un grupo de trabajo en Servicios Centrales del SES:** En 2012 se creó un minigrupo de trabajo en Servicios Centrales para diseñar el inicio del programa. Este grupo estuvo formado por profesionales de:
 - Secretaría Técnica de Drogodependencias
 - Subd. de Farmacia

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

2. Información a los Centros de Salud

Durante el mes de Octubre 2012 se inició la exposición del programa en los Centros de Salud donde hay profesionales interesados en implantarlo, en su mayoría de CEDEX y farmacéuticos: Don Benito-Oeste, Villafranca de los Barros, Coria, Castuera, Fregenal, Cáceres (Mejostilla), Jaraiz de la Vera.

En 2013 se informó del programa en Mérida (Urbano I y III) y en Badajoz (El Progreso)

En 2014 se informó del programa en Mérida (Urbano II)

3. Reconfiguración del programa.

En 2013, transcurridos unos meses después de exponer el programa en los distintos centros de salud, nos encontramos con que existen pocas derivaciones de pacientes y muchos de los derivados no llegan a iniciar los escasos grupos que se forman. En los primeros meses de 2013 sólo se inician dos grupos, en Cáceres-Mejostilla y en Jaraiz de la Vera.

Estas circunstancias llevan a un replanteamiento del programa. Se considera que el enfoque tomado no ha dado resultado y los pacientes no se motivan para ir a un programa donde le "quiten las pastillas".

Por tanto se cambia la presentación del programa incidiendo en las causas y planteando una nueva alternativa a disposición de la población para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio, el participar en un Grupo de Terapia.

Se diseñan unos dípticos con el título "**GRUPOS DE TERAPIA para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio**" que estarán a disposición de la población general en los centros de salud donde se realizará el programa y se puede facilitar su difusión en población específica (ej. mujeres) a través de asociaciones, en la localidad donde se pilota el programa.

4. Inicios de los programas pilotos. Recorrido cronológico. Reuniones de coordinación.

En 2013 se inician Grupos en Cáceres (La Mejostilla), Jaraiz y Coria.

En 2014 se inician Grupos en Mérida (Urbano I y III), en Don Benito y en Badajoz (El Progreso)

En los distintos pilotos están participando: Médicos, psicólogos, Enfermeros, T.S. (de A.P. y

de CEDEX) y farmacéuticos de A.P.

El 21 de enero de 2014 se reúnen en Mérida profesionales de los centros de salud donde han comenzado los pilotos (Caceres-la Mejostilla, Jaraiz, Coria) junto a profesionales motivados a comenzar en otros centros de salud (Badajoz -El Progreso-, Mérida Urbanos I y III, Don Benito-Oeste, Fregenal, Castuera), para intercambiar información.

El 10 de junio se vuelve a tener una reunión similar a la anterior, donde ya hay más centros con pilotos comenzados (Badajoz -El Progreso-, Mérida Urbanos I y III, Don Benito-Oeste), manteniéndose Cáceres y Coria. Se propone reformular el objetivo prioritario del programa (Mejorar la calidad de Vida) y como objetivo secundario reducir o eliminar el consumo de psicofármacos. Así como crear un minigrupo para decidir que cuestionario de calidad de vida utilizar. Se ve de forma evidente que a mayor implicación y coordinación de profesionales del C.S. mejor funcionan los pilotos.

En 2014, profesionales de Salud Mental también se incorporan al programa.

El 23 de enero de 2015 se realiza otra reunión de coordinación en Mérida, donde asisten profesionales que están realizando programas en (Mérida, en los tres centros de salud, Urbanos I,II y III, Don Benito-Oeste, Cáceres, Coria, Castuera.) Asisten profesionales del Ambulatorio de Higuera de Vargas, para recoger información dado que van a iniciar programa grupal y profesionales de Fregenal y de Plasencia donde continúan con la motivación de iniciar grupos. No asisten profesionales de C.S. De "El Progreso", consideran que necesitan más formación para continuar con el programa

En esta reunión se acuerda:

Evaluación.

Se pasarán al inicio, al finalizar el grupo (realizadas entre 10 y 15 sesiones) y en los seguimientos a 3 y 6 meses:

- el cuestionario de salud de Goldberg GHQ12,
- el cuestionario de calidad de Vida WONCA
- Escala Visual Analógica sobre malestar y ansiedad

Se pasará igual que las anteriores excepto al comienzo del grupo.

- Escala Visual Analógica sobre satisfacción con el grupo.

Se incluyen estos documentos en anexos

Se completará la evaluación con los datos en receta electrónica de los usuarios, antes, después del grupo y en los seguimientos.

Nuestro MODELO de Sesiones. Se consensua un documento con el MODELO de sesiones de los Grupos. Para el contenido de las sesiones se cuenta con 10 Sesiones Grupales Amplia originarias, al comienzo de los anexos y 10 Sesiones Reducidas que redactó el Grupo del C S "El Progreso" de Badajoz, también en los anexos. Este breve documento es el MODELO DE SESIONES que realizamos.

Compromiso de Confidencialidad. Se acuerda que al inicio de los grupos, los participantes

firmen un compromiso de confidencialidad. Se incluye modelo en el anexo

Listado de Tareas-Actividades a proponer los profesionales para los participantes en el grupos. Se propone crear un listado de tareas al objeto de tenerlo como caja de herramientas que puedan indicarle los profesionales para que ayuden a los usuarios a identificar mejor aquello que le ocurre, como mejorar sus síntomas, como tomar consciencia de sus circunstancias y que puedan llevar a cabo los cambios que cada uno requiera realizar.

Reunión del 16 de junio de 2015

Asisten a esta reunión profesionales de: C.S. De Mérida, Urbano, I, II y III, Consultorio de Higuera de Vargas, del Cedex de Cáceres, del Cedex de Coria, Cedex de Fregenal de la Sierra Farmacéuticas de Área de Zafra y de Mérida, profesionales de la Secretaría Técnica de Drogodependencias y Subdirectora de Atención Primaria. No asisten de Don Benito, este año no han iniciado grupo porque tenían muy pocas derivaciones. Profesionales de Fregenal se han formado en grupos de Mérida y pasado el verano intentarán crear un grupo.

Exposiciones y acuerdos de la reunión

1.- En la exposición realizada por cada uno de los pilotos se puso de relieve el entusiasmo que generaba este programa en los profesionales, por los resultados que se observan en los pacientes y por la propia satisfacción de los profesionales al realizarlo. En aquellos centros que tiene seguimientos a un año comprueban que se siguen manteniendo los efectos beneficiosos en los pacientes con el paso del tiempo.

Esta impresión generalizada de los profesionales en cuanto al aumento de la calidad de vida de los pacientes pretendemos objetivarla con los cuestionarios y escalas que se han empezado a pasar este año, en los distintos seguimientos que se realicen. En segundo lugar están los resultados del descenso en la toma de psicofármacos, y se apunta con insistencia en evaluar la frecuentación, dado que se ha observado, en la mayor parte de los casos, como disminuyen las consultas a su médico en las personas que realizan este programa.

2.- Se acordó que los cuestionarios y escalas se pasen en las sesiones (inicio, final y seguimientos) ante los profesionales, para aclarar dudas en la cumplimentación.

3.- Todas las evaluaciones se compartirán por e-mail eliminando los datos personales. Una compañera se ha comprometido en facilitarnos un diseño para poder hacer una evaluación global, dado que todos vamos a utilizar los mismos instrumentos.

4- En cuanto a la formación, se solicitara para el próximo año un curso a la Escuela de Salud, en la modalidad en la que los organizadores seleccionan los alumnos, para así poder asistir los profesionales que lo están desarrollando o aquellos motivados en ponerlo en marcha. Sería impartido por los profesionales que más experiencia tienen en este programa.

5.- Se debatió sobre dar visibilidad al programa, dado los resultados positivos que se observan en los paciente. Se comentó de hay que darle visibilidad en Buenas Prácticas, Congresos, Reuniones Científicas etc. En cuanto a difusión general se acordó que en otoño, con datos objetivos de varios pilotos, se estudiara un plan de divulgación a población general y a profesionales de Centros de Salud.

6.- En cuanto a las sesiones, se presentaba la idea de refundir las Sesiones Amplias y las Reducidas, completándola con alguna sesión más. Se acordó no eliminar las Sesiones

Amplias y se continuara en la mejora y ampliación de las Sesiones Reducidas.

7.- El equipo de Higuera de Vargas enviará un material sencillo, resumen de las sesiones, que entregan a los pacientes. Del mismo modo se pidió que cada equipo comparta el material que elabore con objeto de adjuntarlo al programa, de tal forma que se beneficien todos los grupos.

Reunión de coordinación de 26 de enero de 2016. Acuerdos en Anexos al final del documento.

Se consensuan entre los profesionales una serie de factores facilitadores para la implantación del programa y factores que lo dificultan

Reunión de coordinación del 28 de marzo de 2017. Acta de acuerdos en Anexos al final del documento.

Se concreta una serie de perfiles de las personas a las que se aprecia que el programa beneficia, según la experiencia de los profesionales de los distintos grupos.

Se plantea el poner otro nombre al programa más corto.

Después de una lluvia de ideas y tras un curso en el año posterior. A partir de 2018 se opta por denominar el programa: **GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL**

EVALUACIONES NO PUBLICADAS.

En 2017 Susana Alonso García de Vinuesa, del C.S. Urbano III de Mérida efectúa una evaluación con n=40 de usuarios de su centro y del Urbano I en la que concluye que las mejoras apreciadas en los cuestionarios “Coop/wonca de calida de vida” y “Goldeberg de salud” son mejoras significativas comparando el pretest con el postest y en cuanto a la frecuentación a consultas al sistema sanitario público comprando el año anterior a iniciar el grupo y el año posterior a finalizarlo disminuyen las consultas y son estadísticamente significativas eliminando los valores extremos.

En Septiembre de 2019 María García Navarro ha finalizado la evaluación de los mismos cuestionarios pre y post aplicados a 135 personas de dos centros de Cáceres, Mejostilla y Zona Centro. Confirma como en el trabajo de Susan que mejoran estadísticamente significativo en los dos cuestionarios y la EVA subjetiva. Y que no hay diferencias entre grupo abierto “Mejostilla” y grupo cerrado “Zona Centro”.

CENTROS ACTIVOS

Para finales de 2019 están realizando Grupos los Centro de Salud: Mejostilla y Zona Centro en Cáceres, Coria. En Mérida los Urbanos I y III. Almendralejo “San José” y “San Roque” que ha iniciado este año. Villafranca, Higuera de Vargas. En el tercer trimestre de 2019 han iniciado: Alburquerque, Fuente del Maestre y Navaconcejo.

PROGRAMA

A. Objetivos:

Generales

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios del programa. (Prioritario)
- Disminuir el consumo de psicofármacos de los usuarios del programa.

Específicos

- Desarrollar un programa para usuarios de atención primaria con estrés, ansiedad o bajo estado de ánimo e insomnio, lo que recogemos como malestar emocional, que puedan manejarlo con sus propios recursos y evitar un abuso de psicofármacos.
- Disminuir el número de Consultas en A.P. de los usuarios del programa.
- Disminuir el número de Consulta den ESM de los usuarios del programa.

B. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Que cumpla uno de los siguientes criterios:

1.1. Pacientes que lo demanden directamente por presentar sintomatología de ansiedad, bajo estado de ánimo o insomnio estén o no en tratamiento psicofarmacológico.

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

1.3. Hiperfrecuentadoras/es con tratamiento de tranquilizantes/hipnóticos

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

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

Criterios de Exclusión:

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

C. Derivación al programa y Acceso Directo

Derivación:

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

Otros profesionales del centro de salud, especialmente enfermería y farmacéutico de equipo también pueden informar y motivar a pacientes para iniciar este programa.

Profesionales de Salud Mental también efectúan derivaciones al programa.

Acceso Directo:

Los pacientes que puedan conocerlo por la difusión de dísticos o por comentarios de otras personas, pueden inscribirse en el tf 900 210 994. El equipo que realiza el programa evaluará las demandas que llegan directamente antes de iniciar en el GRUPO DE TERAPIA.

D. Explicación del programa a las/os usuarias/os.

De manera individualizada o en grupo se expondrá a las personas que se vayan a incluir en los GRUPOS DE TERAPIA: en qué consiste éste, cuales son sus objetivos, las fechas, lugar y nº de las sesiones del Programa. La sesión explicativa seguirá pautas de entrevista motivacional.

Aquellas personas que acepten participar, serán emplazadas para iniciar el Programa.

Las sesiones serán semanales, de entre 1,5 y 2 hora de duración

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

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

E. 15 Sesiones Grupales

Modelo de las sesiones:

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

Contenidos de las sesiones.

En Anexo se encuentran:

- 10 Sesiones Grupales Amplias que contienen información variada y preguntas para los asistentes
- 10 Sesiones Grupales reducidas en un formato más breve. Los Temas son similares, con algunas variaciones. El profesional concreto puede escoger que sesiones le pueden ser de guía en cada caso.

5.Sesiones sin contenido específico

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

Contenidos de la Sesiones.

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

Al finalizar el programa, transcurridos 3 y 6 meses se efectuará seguimiento.

Grupos Abiertos y Grupos Cerrado.

A medida que los profesionales van teniendo experiencia en los centros con más años de implantación, observamos que se va progresivamente pasando de grupos cerrados que inician y finalizan, a grupos abiertos donde las personas progresivamente se van incorporando al grupo y lo van abandonando según necesidad o motivación. Cada modalidad tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Lejos quedan las discusiones de cual es mejor y cada centro lo realiza según sus conveniencias.

GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL

Programa realizado por profesionales motivados de:
 Atención Primaria. (Medicina, enfermería, TS, Farmacéutico/a de equipos)
 ECAs, (Psicología, medicina, T.S. Enfermería) Otros profesionales motivados de los

Derivación y acceso directo: - pacientes con ansiedad y malestar emocional por distintas causas,
 - Pacientes que lo demandan, - hiperfrecuentadoras/es,
 - otros a juicio de su médico - Imprescindible: voluntariedad del usuario

Sesión Explicativa, se expone:
 Objetivos y programa.
 Fecha, horario, lugar, etc.

¿Desea Iniciar?

Si

No, pero ha completado el Consentimiento informado y pretes

15 Sesiones Grupales

Termina las 15 sesiones

No

Si

Evaluación.
 Al finalizar programa y a 3 y 6 meses

Fin

Nota: Las pautas para la reducción psicofarmacológica las efectuará su médico de A.P.

Resumen
Explicación
del
Programa

Evaluación del Programa

Evaluación de los Objetivos Generales.

Se efectuará a través de instrumentos de medida de la calidad de vida, la salud, y la mejoría percibida para el objetivo prioritario de la calidad de vida. Para el objetivo de la disminución del consumo de psicofármacos se realizará a través de los datos de la receta electrónica.

- Calidad de Vida, Salud y mejoría. Se efectuará por dos cuestionarios -Cuestionario de calidad de vida WONCA y Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ12. EVA (En anexos) Al inicio, a la finalización de sesiones (10-15sesiones), a los tres meses y a los seis meses de finalizar el programa.
- Consumo de psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos) principalmente. (Datos receta electrónica, globales del grupo.)

Evaluación de los Objetivos Específicos:

- Nº de consultas pre y post tratamiento.
- Consensuar el documento de trabajo para la realización de "Grupos de Terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio" por la mayoría de los profesionales participantes en los grupos.

G. Pautar la desintoxicación farmacológica.

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

¿Quién realizará esta tarea? En la mayor parte de los casos las pautas de reducción de los psicofármacos serán desarrolladas por su médico de atención primaria, que será el médico de referencia de la persona asistente al grupo. Si fuera otro profesional requeriría la coordinación.

ANEXOS

SESIONES GRUPALES AMPLIAS:

1. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA I

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

Al inicio de la primera sesión:

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

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

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

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

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

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

Un ejemplo muy típico es la **menopausia**, que al parecer ha dejado de ser un proceso fisiológico normal, propio del envejecimiento, pasando a ser tratada prácticamente como una enfermedad, envuelta en la casi obsesiva “**prevención**”: ¡cuidado con los huesos que se rompen!, la menopausia nos produce una nueva enfermedad: la osteoporosis, además de los desagradables sofocos, alteraciones del ánimo, etc..... y con esto no queremos decir que estemos en contra de la

prevención, ni mucho menos, sino que hay que apostar por una prevención basada en el sentido común, que luego abordaremos más despacio.

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

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

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

A este médico, le realizan algunas cuestiones como:

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

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

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

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

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

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

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

➤ **¿Y los pacientes?.**

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

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

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

Por desgracia son muchos los ejemplos que podemos enumerar:

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

Ansiedad social (antes la llamábamos timidez).

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

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

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

¿Cómo define la OMS la salud?

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

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

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

beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Deshumanización de la atención.** Muchos de los factores relacionados con la medicalización de la vida, como la parcelación de la atención, la superespecialización de los profesionales, la tecnificación del sistema, etc., son factores que están contribuyendo a que la atención sanitaria vaya perdiendo una faceta esencial de la misma como es el componente humano.

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

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

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

- **Insatisfacción de los profesionales.** Al igual que los pacientes sienten frustración por no

ver satisfechas sus expectativas, los profesionales tampoco se encuentran satisfechos con su trabajo. El síndrome de desgaste profesional o *Burnout*, que quizás represente otra forma de medicalización, es una expresión de esta insatisfacción.

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

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

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

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

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

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

INTRODUCCIÓN:

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

Trataremos los siguientes aspectos:

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

MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS: LAS BENZODIAZEPINAS:

1. Qué son y para qué sirven:

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

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

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

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

¿Pensáis que son fármacos útiles?

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

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

2. Problemas derivados del uso prolongado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por otro lado tenemos como factor clave de la creación de dependencia, el **factor psicológico**. Son fármacos que dan lo que prometen, es decir, calman la ansiedad, nos producen sueño etc... y por tanto son reforzadores positivos, esto es, que el paciente percibe el efecto del fármaco como algo claramente beneficioso para él. Esto unido a la tolerancia serían mecanismos de dependencia. La dependencia a las benzodiazepinas puede instaurarse tanto después de un mes de consumo seguido como pasados varios meses. No hay tiempo fijo, estando éste en función del tipo de benzodiazepina, de las dosis y de la idiosincrasia del individuo.

¿Cómo se suele llegar a esto?

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

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

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

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

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

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

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

4. Importancia de que la retirada sea gradual:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Revisión de botiquines, puesta en común.

Se planteará una puesta en común, donde todos los asistentes explicarán qué medicamentos toman,

sean o no BZ, y posteriormente nos centraremos en estos fármacos abordando cuestiones que nos informarán sobre la adherencia al tratamiento, sobre las preocupaciones que les puedan suscitar, conocimientos adquiridos en la sesión, a través de cuestiones tales como:

(Tiempo de consumo):

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

(Preocupación por el consumo de BZ):

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

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

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

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

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

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

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

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

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

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

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

Se formulan las preguntas anteriores y se da tiempo para que cada componente del grupo pueda responderlas. Se facilitará la interacción entre todas las personas integrantes del grupo, validando

todas las respuestas. Se motivará a que cada persona exprese su experiencia, si bien los consejos no deben aceptarse, especialmente si son referidos a cambio de medicación. Para ello están los profesionales. Se aprende más de la experiencia que cuenta cada persona, que es una realidad, que de recibir consejos que es gratuito.

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

CONTENIDO BÁSICO PARA EL PROFESIONAL:

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

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

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

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

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

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

Factores de vulnerabilidad psicosocial de género para los hombres:

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

Factores de vulnerabilidad psicosocial de género para las mujeres

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

Bibliografía:

- SARA VELASCO ARIAS. (2006) Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres:

intervención en Atención Primaria de Salud. Instituto de la Mujer. Madrid

- M^a JOSE DE LA CRUZ GODOY Y OTROS (2001). Adicciones ocultas: aproximación al Consumo diferencial de psicofármacos.
- NURIA ROMO AVILÉS (2006). Género y Uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Trastornos Adictivos (pag.243-50)

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

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

EXPOSICIÓN:

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

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

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

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

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

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

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

- ¿Creéis que os quedan cosas por aprender?

- ¿Os apetece seguir asistiendo a más sesiones?

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

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

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

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

EXPOSICIÓN:

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

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

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

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

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

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

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

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

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

Tras escuchar a quien exprese otros ejemplos se preguntará:

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

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

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

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

Recursos para afrontar el estrés¹:

Aprende a respirar: la respiración abdominal

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

Aprende a relajarte

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

- a. Elige un lugar tranquilo y el momento adecuado.
- b. Adopta una postura cómoda: la postura idónea es sentado con la espalda recta en un asiento cómodo. Es aconsejable que mantengas los ojos cerrados porque te resultará más sencillo abstraerte del entorno.
- c. Comienza por dirigir tu atención al entorno y hazte consciente de todos los ruidos que puedan surgir. Deja de prestarles atención y piensa que a partir de ahora todos esos ruidos van a ayudarte a relajarte todavía más. A continuación dirige la atención hacia tu interior, empezando por tu respiración.
- d. Concéntrate en tu respiración, en la forma en la que el aire entra y sale del cuerpo. Empieza realizando varias respiraciones lentas y profundas. Respirar de forma profunda es una buena manera de empezar tu relajación diaria. Inspira lentamente todo el aire que puedas para después expulsarlo muy despacio, imaginando que expulsas con él toda la tensión del cuerpo. Al inspirar piensa que el

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

aire que entra te va aportando paz y tranquilidad, energía y bienestar.

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

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

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

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

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

7: EL AUTOCUIDADO, LA AUTOESTIMA

Antonia Gallardo Becerra, psicóloga. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

Conocer cómo autocuidarnos e incrementar nuestra autoestima.

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

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

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

CONTENIDO BÁSICO PARA EL PROFESIONAL:

¿Qué es autocuidarse?

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

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

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

¿En qué ayuda el autocuidado?

- Autocuidados físicos. Hacer ejercicio, mantenerse en forma, alimentarse sanamente, utilizar técnicas de relajación, dormir las horas necesarias, ayuda a combatir la sensación de FATIGA y ESTRÉS. Así como los masajes, la meditación, la musicoterapia y la aromaterapia.
- Autocuidados psicológicos. Cultivar el sentido del humor, (reír es un magnífico antídoto para la desesperanza,) hablar de los propios sentimientos, reconocer éstos como

normales y comprensibles, no enfocar la vida exclusivamente desde su papel de cuidador, atender a sus necesidades. Esto ayuda a aliviar los sentimientos generales de **INSATISFACCIÓN**.

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

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

flexibilidad
optimismo

comprensión o empatía

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

responsabilidad de nuestras decisiones y acciones

enfocarse en el presente

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

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

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

¿Para qué sirve autocuidarme?

- Tener fortaleza personal
- Prevenir dificultades
- Ser protagonistas de nuestras vidas
- Evitar el cansancio y desgaste personal
- Hacer más grato el trabajo y disfrutar más
- Estar más seguro de sí mism@
- Mejorar la calidad de vida
- Saber cuándo pedir ayuda

¿Qué necesito para un autocuidado efectivo?

- Conocer nuestros recursos y limitaciones, en definitiva incrementar nuestro autoconocimiento y aceptarnos.
- “Escuchar” nuestras emociones y lo que nos están transmitiendo. Liberarnos de la culpa

y la vergüenza asociada a nuestros sentimientos y acciones negativas.

- Asumir la responsabilidad de nuestros actos
- Flexibilidad para modificar actividades inoperantes
- Enfrentar constructivamente problemas y conflictos
- Favorecer nuestras relaciones a través de la observación de nosotr@s mism@s y una comunicación directa
- Tener una red de apoyo

LA AUTOESTIMA

- Favorecer nuestra autoestima es parte de nuestro autocuidado.
- Podemos definir la autoestima como el conjunto de percepciones, imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre nosotros mismos. Es lo que yo pienso y siento sobre mí. Es la suma de la confianza y el respeto por uno mism@. La autoestima es una cuestión de grado

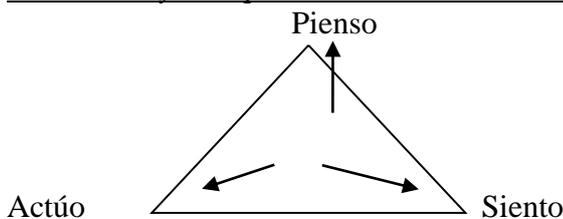
➤ Claves para el desarrollo de la autoestima:

- **Autoconocimiento**
- **Autoaceptación** (no negar lo que sentimos, esto no significa que no deseemos cambiar, mejorar o evolucionar)
- Las **autovaloraciones**, ya sean globales o específicas, tienen un componente de pensamiento “qué es lo que pienso de mí” y otro de sentimiento “Cómo me siento conmigo mismo”.
- **Autoafirmación** (defender lo que pensamos)
- **Asumir la responsabilidad** (no esperar que otras personas hagan realidad nuestros sueños)

➤ Dos componentes de la autoestima:

- **Sentimiento de capacidad personal:** habilidad para enfrentarnos a los desafíos de la vida
- **Sentimiento de valía personal:** respetar y defender nuestros intereses y necesidades

➤ Factor influyente que determina la autoestima: Los PENSAMIENTOS



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

LA ASERTIVIDAD

➤ Comunicarnos de forma asertiva es parte de nuestro autocuidado

¿Qué significa comunicarnos de forma asertiva?

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

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

¿qué no significa asertividad?

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

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

Pasos a seguir en la asertividad

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

Derechos asertivos:

1. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto
2. el derecho a experimentar y expresar sentimientos.
3. El derecho a tener y expresar opiniones y creencias.
4. El derecho a decidir qué hacer con mi propio tiempo, cuerpo y propiedad.
5. El derecho a cambiar de opinión.
6. El derecho a decidir sin presiones.
7. El derecho a cometer errores y a ser responsable de ellos.
8. El derecho a ser independiente.
9. El derecho a pedir información.
10. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
11. El derecho a tener éxito y a fracasar
12. El derecho a estar solo
13. El derecho a estar contento

14. El derecho a no ser lógico.
15. El derecho a decir: “No lo sé”.
16. El derecho a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás.
17. El derecho a no ser asertivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. LAS RESPONSABILIDADES. LAS ATRIBUCIONES.

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

EXPOSICIÓN:

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

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

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

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

¿Porqué lo decía esa persona?

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

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

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

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

¿Que hizo esa persona? ¿Le funcionó?

Y posteriormente se le preguntará a todo el grupo

¿Qué opciones más adaptativas veis en esa situación?

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

9. LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

EXPOSICIÓN:

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

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

La madre es trabajadora por cuenta ajena por turnos

La hija es trabajadora por cuenta ajena en horario de mañana

El hijo es estudiante de bachillerato

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

Nota:

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

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

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

DINAMIZAR EL GRUPO:

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

¿Qué opináis?

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

Posteriormente se puede indicar

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

Se deja que fluya el debate

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

Se deja que fluya el debate

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

Se deja que fluya el debate

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

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

10. OCIO Y TIEMPO LIBRE

Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo. Secretaría Técnica de Drogodependencias

OBJETIVO:

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

EXPOSICIÓN:

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

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

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

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

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

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

Se escucharán todas las respuestas. Se hará ver lo variadas que pueden llegar a ser, además de lo simple, básicas y económicas que son algunas.

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

Se refuerzan todas las actividades de ocio sanas que se practican

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

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

¿Cómo os sentíais?

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

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

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

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

RECOMENDACIONES PARA LA DESINTOXICACIÓN A BENZODIACEPINAS (BZ):

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

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

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

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

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

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

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

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

PAUTA GRADUAL DE DESCENSO DE DOSIS:

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

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

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

esta dosis hasta que mejore.

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

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

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

INTERVENCIONES “AUMENTADAS O AMPLIADAS”:

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

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

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA SIN PAUTAS DE DISCONTINUACIÓN:

En ocasiones, los clínicos también pueden elegir la opción de interrumpir de forma brusca la BZ de la que abusa el paciente y recurrir al tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia. En estos casos se han utilizado antiepilépticos: carbamazepina, antidepresivos sedativos u otros. De los antiepilépticos, el más utilizado hasta ahora ha sido la carbamazepina, cuya alternativa por tener menos efectos adversos sería la oxcarbazepina. Posteriormente se han publicado algunos trabajos en los que se ha utilizado la pregabalina. Se apunta que puede ser una estrategia farmacológica para el tratamiento de la dependencia, aunque los estudios llevados a cabo en dependencia a BZs se han desarrollado con carbamazepina y gabapentina.

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

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- El comprimido. Nº 21; Marzo 2011.C. Vincens Calldentey, medico de familia. Área Sanitaria de Mallorca. L. Álvarez Arroyo, farmacéutica. Área Sanitaria de Mallorca.
- Abordaje para la deshabitación en A. P. S.N.S, 2008; 32.
- SVMFIC: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria; Fichas de consulta rápida, tratamiento de deshabitación a Benzodicepinas..
- Actualización sobre la utilización de Benzodicepinas: Gabriel Rubio; Guillermo Ponce; Isabel Martínez-Gras.
- Addiction to medication: what can help when trying to stop taking sleeping pills and sedatives?. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG).

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

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

*La vida media presenta una variabilidad interindividual considerable.

**Adaptación del British National Formulary (BNF).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

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

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

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

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

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

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

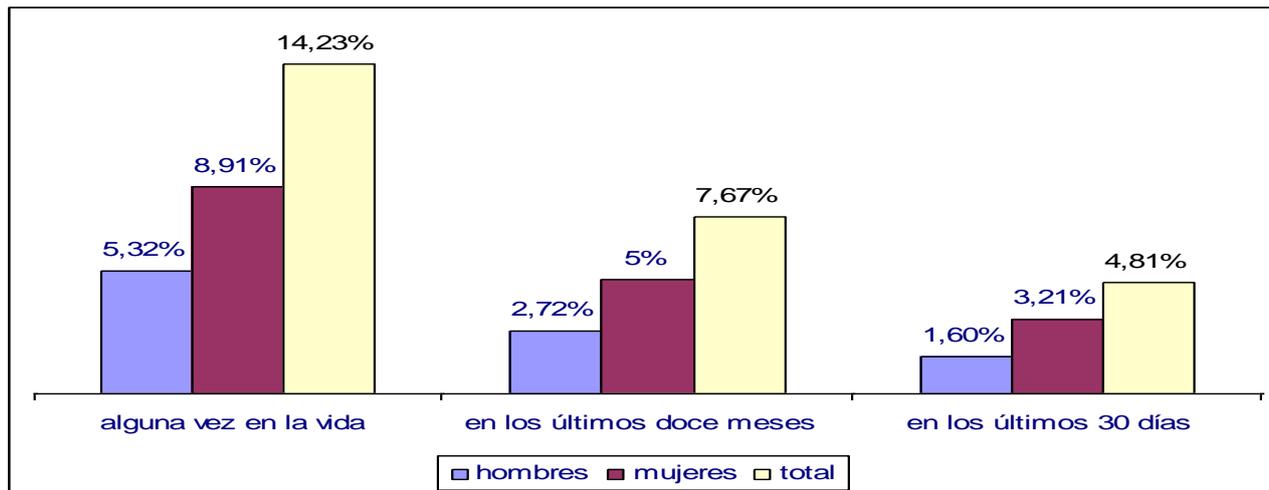
Según la encuesta realizada en 2010-2011, El 14,23% de la población adolescente de 14 a 18 años en Extremadura dice haber tomado tranquilizantes o pastillas para dormir alguna vez en su vida, un 7,67% los consumió en el último año y un 4,81% lo hizo en el último mes.

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

Gráfico I. ENCUESTA ESTUDES 2011

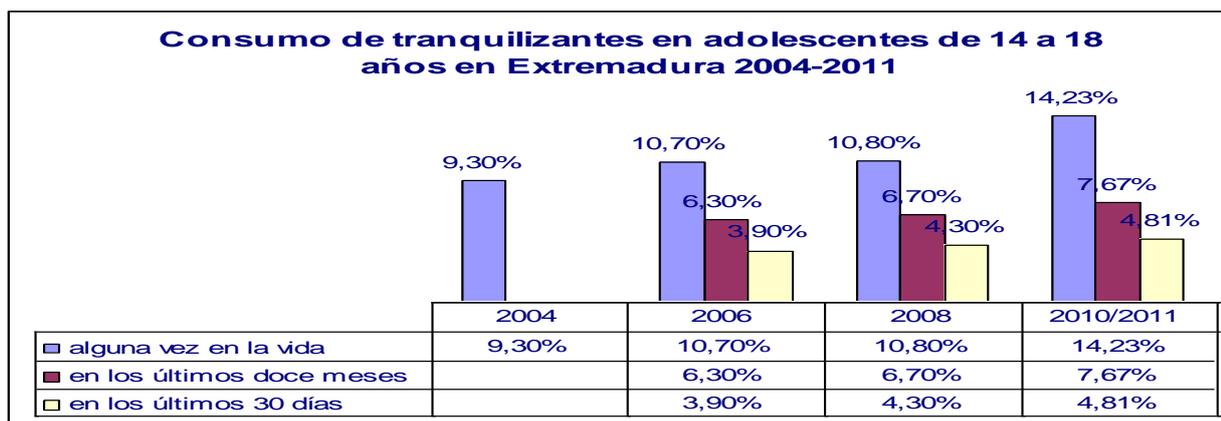
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS.

EXTREMADURA



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

Gráfico II.



GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL

EN ATENCIÓN PRIMARIA. - Información al USUARIO -

¿POR QUÉ?

Muchas personas padecen ansiedad, bajo estado de ánimo, malestar emocional, por distintas circunstancias.

Estos síntomas pueden afrontarse de formas distintas: poniendo cada persona en marcha sus propios recursos, tomando medicación o realizando un programa como el que aquí se plantea.

¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

Un programa para aquellas personas que quieran aprender a manejar su ansiedad, su estado de ánimo, su estrés, etc que lo englobamos en el Malestar Emocional y que estén motivadas/os para reducir o eliminar el consumo de medicamentos tranquilizantes o de medicamentos para dormir, así como prevenir la toma abusiva de los mismos. Es un programa de **sesiones grupales** con apoyo de diversos profesionales y la voluntaria participación de las/os usuarios. Los datos de este programa pueden ser utilizados en una investigación descriptiva.

¿QUIÉN LO VA A HACER?

Profesionales de la medicina, de la psicología, del trabajo social, de la enfermería, farmacéuticos/as de los equipos de atención primaria, son los distintos profesionales que pueden participar en este programa.

¿CÓMO INICIO?

Puede derivarme el médico, otro profesional del centro de salud o solicitarlo directamente la persona que lo desee.

¿PARA QUÉ SE HACE ESTE PROGRAMA?

Para evaluar otra alternativa de tratamiento que mejore la calidad de vida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa Piloto/Investigación GRUPOS DE ANSIEDAD Y MALESTAR EMOCIONAL

Yo _____

con DNI _____ n° de CIP _____ Tf. _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el/los responsables del Programa:

Entiendo que la participación es voluntaria.

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

Entiendo que puedo abandonar el programa piloto:

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

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

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

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

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso.

Doy mi consentimiento sólo para extraer datos a efecto de este programa que podrá ser un proyecto de investigación.

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

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

DNI/Pasaporte

Firma:

Fecha:

Nombre del responsable del programa piloto/proyecto investigación:

DNI

Firma:

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

D./Dña. _____

con DNI. _____

Expone que ha sido informada y desea iniciar en el programa: “*Grupos de ansiedad y malestar emocional*”

SE COMPROMETE A:

Guardar **CONFIDENCIALIDAD** sobre lo que escuche y sobre la identidad de las personas que asisten al Grupo de Terapia, no revelándolo a terceras personas.

Este compromiso es una condición imprescindible para asistir a los Grupos.

Esta norma es beneficiosa para todos, dado que así facilitará que las personas tengan la libertad de expresar con mayor tranquilidad sus emociones, sus síntomas, sus dificultades y sus circunstancias. Y, lógicamente, no comentar aquellas cuestiones personales que no deseen revelar.

_____ a ____ de _____ de 20 _ _

Fdo:



COOP/WONCA: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Nombre:

Fecha:

- Durante las 2 últimas semanas ¿cuál fue la máxima actividad física que pudo realizar durante, por lo menos, 2 minutos?

	Muy intenso, por ejemplo: correr con rapidez
	Intensa, por ejemplo: correr con suavidad
	Moderada, por ejemplo: caminar con rapidez
	Ligera, por ejemplo: caminar despacio
	Muy ligera, por ejemplo, caminar lentamente, o no poder caminar

- Durante las 2 últimas semanas ¿cuánto ha sido incomodado por problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o desánimo?

	Nada, en absoluto
	Ligeramente
	Moderadamente
	Bastante
	Intensamente

- Durante las 2 últimas semanas ¿qué dificultad ha tenido para realizar sus actividades/ obligaciones habituales, tanto en casa como fuera, por causa de sus salud física o por problemas emocionales?

	Ninguna, en absoluto
	Ligera
	Moderada
	Intensa
	Toda, no he podido realizarlas

- Durante las 2 últimas semanas ¿su salud física/psíquica ha limitado sus actividades sociales con la familia, amistades, vecinos y otros grupos?

	En absoluto
	Ligeramente
	Moderadamente
	Mucho
	Muchísimo

- ¿Cómo considera su salud actual comparada con hace 2 semanas?



	Mucho mejor
	Ligeramente mejor
	La misma
	Ligeramente peor
	Mucho peor

- Durante las 2 últimas semanas ¿cómo calificaría su salud en general?

	Excelente
	Muy buena
	Buena
	Regular
	Mala

- Durante las 2 últimas semanas ¿cuánto dolor ha tenido?

	Nada de dolor
	Dolor muy leve
	Dolor ligero
	Dolor Moderado
	Dolor intenso

- Durante las 2 últimas semanas ¿había alguien dispuesto a ayudarlo si hubiera necesitado ayuda? Por ejemplo: si se encontraba nervioso, solo o triste, o si caía enfermo y tenía que quedarse en la cama, o si necesitaba hablar con alguien.

	Sí, había muchas personas dispuestas a ayudarme
	Sí, bastante gente
	Sí, algunas personas
	Sí, alguien había
	No, nadie en absoluto

- En general, ¿qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?

	Estupendamente, no podían ir mejor
	Bastante bien
	A veces bien y a veces mal
	Bastante mal
	Muy mal, no podían haber ido peor

CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG

Nombre:

Fecha:

Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las **dos últimas semanas**. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente.

Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

- Mejor que de costumbre
- Igual que de costumbre
- Menos que de costumbre
- Mucho menos que de costumbre

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo usual
- Algo más que lo usual
- Mucho más que lo usual

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más que de costumbre
- Igual que de costumbre
- Menos útil que de costumbre
- Mucho menos útil

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo usual
- Igual que lo usual
- Menos que lo usual
- Mucho menos capaz

5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que de costumbre
- Algo más que de costumbre
- Mucho más que de costumbre

6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- No, en absoluto
- No más que de costumbre
- Algo más que de costumbre
- Mucho más que de costumbre

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que de costumbre
- Igual que de costumbre
- Menos que de costumbre
- Mucho menos

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos capaz

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?

- No, en absoluto
- No más que de costumbre
- Algo más que de costumbre
- Mucho más que de costumbre

10. ¿Ha perdido confianza en si mismo/a?

- No, en absoluto
- No más que de costumbre
- Algo más que de costumbre
- Mucho más que de costumbre

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que de costumbre
- Algo más que de costumbre
- Mucho más que de costumbre

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

Liket (0 1 2 3) GHQ12 (0 0 1 1)

EVA. Escala Visual Analógica sobre Ansiedad o Malestar

Nombre y Apellidos: _____ Fecha: _____

¿Cuánta ansiedad o cuanto malestar, ha sentido en últimas dos semanas como media? Siendo 0 ninguna y 10 el máximo de ansiedad o malestar que puede sentir .

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ninguna
Ansiedad o
Malestar

Máximo
Ansiedad o
Malestar

Se pasa al principio, al finalizar el grupo, y en los seguimientos

EVA. Escala Visual Analógica de Satisfacción con el Grupo

Nombre y Apellidos: _____ Fecha: _____

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL GRUPO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nula
Satisfacción

Máxima
Satisfacción

Se pasa al finalizar el grupo y en los seguimientos

CORRECCIÓN - INTREPRETACIÓN

Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ12

La puntuación del GHQ12 que vamos a utilizar es de (0-1-2-3)

Ej en la pregunta 1:

1. *¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?*
 - 0 - *Mejor que de costumbre*
 - 1 - *Igual que de costumbre*
 - 2 - *Menos que de costumbre*
 - 3 - *Mucho menos que de costumbre*

A mayor puntuación peor salud.

Queremos ver si después de pasar por el grupo puntúa menos, esto es, tiene mayor salud.

Si la diferencia es significativa hay que hacer la comparativa con valores en población general.

Cuestionario de Calidad de Vida WONCA

Se puntúa (0 1 2 3 4).

Ejemplo pregunta 1

1. *Durante las 2 últimas semanas ¿cuál fue la máxima actividad física que pudo realizar durante, por lo menos, 2 minutos?*
 - 0 - *Muy intenso, por ejemplo: correr con rapidez*
 - 1 - *Intensa, por ejemplo: correr con suavidad*
 - 2 - *Moderada, por ejemplo: caminar con rapidez*
 - 3 - *Ligera, por ejemplo: caminar despacio*
 - 4 - *Muy ligera, por ejemplo, caminar lentamente, o no poder caminar*

A mayor puntuación peor calidad de vida.

Las escalas EVA (Escala de Valoración Analógica)

Facilitan objetivizar en una escala de 0 a 10 las impresiones subjetivas de los asistentes a los grupos.

- **EVA** para informar cómo se encuentra el paciente de su ansiedad o malestar, se puede pasar antes, después y en los seguimientos con lo que proporciona información longitudinal.

- **EVA** de la satisfacción con el grupo. Se pasaría al finalizar el grupo. Esta escala, en parte, puede servirnos como autoevaluación a los profesionales, según hayamos contribuido al buen desarrollo del grupo.

MI CAJA DE HERRAMIENTAS

Conseguida en los Grupos de Terapia del Centro de Salud _____



-
-
-

Autores, Implementadores, Centros Pilotos

Coordinadores y Redactores del Programa original:

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

Profesionales que se han implicados en algún Grupo Piloto v/o participado en reuniones de coordinación de este programa:

Román Reviriego Rolo, psicólogo	Cedex, C.S. de Coria
Carmen Mª Ballesteros Grados, médico	Cedex, C.S de Coria
Carmen Ramos, farmacéutica de equipo	C. S. de Coria
Asunción Oliveros Rodríguez, psicóloga	Cedex, C.S. de Don Benito
Beatriz Bravo Yuste, médico	Cedex, C.S. de Don Benito
Gemma Santos Donoso, trabajadora social	Cedex, C.S. de Don Benito
Sila Sánchez Tena, trabajadora social	Cedex, C.S. de Castuera
Ricardo Bueno Pozo, médico	Cedex, C.S. de Castuera
Victoria Boticario Villaroel, médico	Cedex. C.S. Mejestilla-Cáceres
Mª Paz Mateos Ayúcar, médico	Cedex. C.S. Mejestilla-Cáceres
Miguel Angel Martín de la Nava, farmacéutico de equipo	C. S. de Zorita. Mejestilla-CC
Mª Fernanda Iglesias Jimenez, enfermera	Cedex, C.S. Mejestilla-Cáceres
Mª Jesús Borrallo Berjón, médico	Cedex, C.S. de Fregenal
Raquel Hierro Fresno, psicóloga	Cedex, C.S. de Fregenal
Concepción Bancalero Romero, psicóloga	Cedex, C.S. de Fregenal
Mª Mercedes Manzano Forteza, médico	Cedex, C.S. de Jaraiz
Matilde Alonso Martín, psicóloga	Cedex, C.S. de Jaraiz
David Luna Giles, Enfermero	Cedex, C.S. de Jaraiz
Arancha Aranguéz, farmacéutica de Area	Área de Mérida
Susana Alonso García de Vinuesa, farmacéutica de equipo	C.S. Urbano III Mérida
Cecilia Santander Barrero, trabajadora social	C.S. Urbano III Mérida
María Gil González-Haba, farmacéutica de equipo	C.S. Urbano I Mérida
Pedro Rubio Nuñez, médico	C.S. Urbano I Mérida
Elisa Muñoz Godoy, médico	C.S. Urbano I Mérida
Teresa Rivera Gragera, Trabajadora social	C.S. El Progreso, Badajoz
Gloria Gonzalez Conde, Pedagoga	C.S. El Progreso, Badajoz
Olga Ortiz Rodriguez, farmacéutica de Area	Área de Zafra-Llerena
Antonio Villafaina Barroso, farmacéutico de Área	Área de Plasencia
Eva I. Aranzazu González Acedo	C.S. Urbano II, Mérida
Ines Mª Pavón Fernández	C.S. Urbano II, Mérida
Teresa Masegosa Ortego	C.S. Urbano II, Mérida
Eva Piñero López	C.S. Urbano II, Mérida
Isabel Moreno Lavado	C.S. Urbano II, Mérida
Mª José Bermejo Rivero, Enfermera	Consultorio de Higuera de Vargas BA
Candido Sanchez Cabrera, Médico	Consultorio de Higuera de Vargas BA
Antonia Mª Vas Falcon, Médico, Jefa de Sección	STD. Mérida
Antonia Gallardo Becerra, psicóloga	STD. Mérida. Urbano I y II
Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo	STD. Mérida. Mejestilla-CC, Mérida II
Elia del Pilar Parejo Hernández	Subdirectora de A.P. 2013-15 Mérida
Taciana Valverde Calvo	Subdirectora de Salud Mental 2011-15

Díptico desarrollado en 2013-14 con el nombre anterior del programa.

MÁS INFORMACIÓN EN EL TF.
GRATUITO 900 210 994
[HORARIO DE MAÑANA]



GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social



**Nuevo Programa en
su Centro de Salud**



GRUPOS DE TERAPIA
*para mejorar la ansiedad, el
estado de ánimo o el insomnio*



Servicio
Extremeño
de Salud

LA MEDICACIÓN ES UNA POSIBILIDAD.

La ansiedad, el bajo estado de ánimo y el insomnio son un problema de salud importante que se puede mejorar con fármacos, pero algunos medicamentos son beneficiosos sólo a corto plazo.

Este nuevo programa, pretende que las personas aprendan a disminuir su ansiedad, y a mejorar su estado de ánimo o su insomnio a través de Grupos de Terapia orientados por profesionales.

EXISTEN OTRAS SOLUCIONES.

En este programa intervienen médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y farmacéuticos de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.

CENTROS DE SALUD DONDE SE PILOTARÁ EL PROGRAMA

Badajoz - San Roque
Cáceres - La Mejostilla
Castuera
Coria
Don Benito - Oeste
Fregenal de la Sierra
Jaraíz de la Vera
Villafranca de los Barros

ANÍMATE, NO TE COSTARÁ NADA

APÚNTATE 900 210 994

SESIONES GRUPALES REDUCIDAS "El Progreso-Badajoz"

SESIÓN	1	FECHA	
--------	---	-------	--

TEMA	"Empieza el grupo de apoyo"
INTRODUCCIÓN	
<p>• Presentación del Equipo de Apoyo y del papel que va a tener en el Grupo. Se presentan los profesionales que forman parte del Equipo de Apoyo. <u>Papel en el Grupo:</u> dar ideas para pensar, proponer temas relacionados con la ansiedad, con manejar nuestra vida, con afrontar los problemas, etc. y ayudar al grupo a hablar, dar la palabra, procurar que todos puedan participar, etc. y NO dar consejos, ni decir cómo arreglar los problemas, ni juzgar lo que se diga.</p> <p>• Presentación de las personas que integran el Grupo (su nombre, su ocupación, situación familiar...) Solo esos datos, ahora no toca explicar los problemas ni decir por qué están en el Grupo.</p> <p>• Explicar por qué están aquí y que esperan del Grupo: Los componentes del Grupo explican, voluntariamente: · Los motivos que les han llevado a querer participar en el Grupo. · Lo que esperan conseguir, lo que creen que podrían ganar participando, lo que esperan mejorar...</p> <p>• Explicación de los objetivos del grupo. Mejorar la ansiedad y el estado de ánimo, ofrecer un espacio para compartir y escuchar, aprender de los demás maneras diferentes de enfrentarse a los problemas, hablar sobre los medicamentos para la ansiedad y si se puede ayudar a consumir menos...</p> <p>• Ajuste de expectativas personales y objetivos del Grupo. En el caso de que haya expectativas diferentes a los objetivos.</p> <p>• Importancia del grupo. El grupo será un lugar donde compartir sentimientos, aprender a escuchar, descubrir que no somos los únicos que tenemos problemas... y por eso es importante no abandonarlo, cuidar también de las otras personas y respetar la intimidad de todos como nos gustaría que respetaran la nuestra. Podemos aprender mucho de los demás y podemos ayudar también a los demás.</p>	
<p>CUESTIONARIO INICIAL CALIDAD DE VIDA Explicar e ir leyendo mientras lo cumplimentan</p>	

SESIÓN	2	FECHA	
TEMA	“El malestar cotidiano. Afrontamiento”		
INTRODUCCIÓN			
<p>Todas las personas, en determinados momentos de la vida, y por determinadas circunstancias podemos tener síntomas de malestar, estar nerviosos, intranquilos, no dormir bien, tener insatisfacciones diversas, etc.</p> <p>La tristeza aparece cuando tenemos una pérdida o una decepción.</p> <p>En determinados casos podemos claramente identificar el motivo de este malestar: problemas de salud, problemas de relación, preocupaciones laborales, económicas, etc.</p> <p>En otros casos puede que no se sepa exactamente por qué se encuentra así. Cada persona afronta estas situaciones de manera diferente, que suele coincidir con su estilo personal de afrontamiento, sabiendo que siempre no se reacciona igual, en momentos diferentes se pueden dar respuestas distintas.</p> <p>Ejemplo 1.</p> <p>Ante la noticia de un accidente grave de un familiar, estando en la distancia y con pocas posibilidades de viajar, una persona podrá tomarse una tila/valeriana, otra podrá contárselo a amigos y familiares para desahogarse y otra considerará que es tan fuerte que tomará el ansiolítico que tiene a mano porque cree que no va a dormir.</p> <p>Ejemplo 2.</p> <p>Una ruptura de relación de pareja o una crisis continuada en una pareja que se mantiene, puede ser una situación muy estresante o vivirse con un estado emocional negativo.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Os ha ocurrido algo parecido alguna vez?</p> <p>¿Qué hicisteis para superarlo?</p> <p>¿A algún familiar o amigo le ha pasado algo así?</p> <p>¿Es normal bloquearse y no saber qué hacer cuando te pasa algo muy malo?</p> <p>¿Qué te gustó de su manera de enfrentarse a eso?</p> <p>¿Qué te parece que no hizo bien?</p> <p>¿Alguien quiere contar alguna situación diferente?</p>			

SESIÓN	3	FECHA	
TEMA	“Comunicación”		
INTRODUCCIÓN			
<p>·SIEMPRE ESTAMOS COMUNICANDO, porque siempre estamos mandando mensajes que significan cosas para los demás, incluso diferentes a lo que significan para nosotros: el tono de voz, la postura, dónde miramos, los gestos...</p> <p>·Las demás personas no son ADIVINOS, necesitan que les digamos lo que queremos, lo que esperamos, lo que deseamos. Nosotros tampoco debemos adivinar sino preguntar.</p> <p>·La comunicación está condicionada por nuestras emociones y estás a su vez por nuestros pensamientos.</p> <p>·Los demás son LIBRES para hacer o no lo que nosotros queremos que hagan, son libres para escucharnos o no y para hablar o no.</p> <p>·Cuando queramos expresar algo que nos cueste decir, que no hemos dicho antes, que pensamos que resultará difícil es bueno pensar antes en lo que queremos conseguir, buscar el momento y el lugar adecuados, escuchar atentamente lo que diga el otro, ponernos en su lugar, no acusar, no malinterpretar, expresar con sinceridad lo que queremos, sentimos o pensamos con respeto, sin pensar que tenemos toda la razón pero sin dejar que nos manipulen.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Nos cuesta decir lo que sentimos?</p> <p>¿Pensamos que la gente que nos conoce debería saber lo que necesitamos y queremos?</p> <p>¿Crees que agobiarás a los demás si les cuentas tus problemas?</p> <p>¿Sabes decir las cosas bien?, ¿en conversaciones complicadas o difíciles pierdes los papeles, discutes, lloras, te callas?</p> <p>¿Sueles sacar trapos sucios en las discusiones, reproches, amenazas?</p> <p>¿Sabemos escuchar atentamente sin adelantarnos a aconsejar o a opinar?</p> <p>¿Sabemos encontrar el momento adecuado, con paciencia?</p>			

SESIÓN	4	FECHA	
TEMA	“El control sobre nuestra vida”		
INTRODUCCIÓN			
<p>Hay personas que tienden a poner el control de su vida fuera de ellos, pensando que lo que les pasa se debe a causas ajenas, sobre las que no tienen control, sin que influya su esfuerzo o lo que puedan hacer ellas mismas. Piensan que la responsabilidad sobre lo que les pasa es de otras personas, de la vida, de la mala suerte.</p> <p>Creer que todo lo que nos sucede es producto del azar, de los demás, de nuestro destino, de decisiones que tomamos en el pasado y que ya no podemos cambiar; que tenemos que conformarnos con lo que nos pase o vivir frustrados creyendo que el resto del mundo es culpable de que no consigamos nuestros objetivos, son errores tan comunes como desastrosos: <i>“Mis hijos me tratan mal”, “Mi familia no tiene consideración conmigo”, “Mi marido no me cuida”, “No tengo suerte”...</i></p> <p>También hay personas que generalmente relacionan lo que les pasa con el esfuerzo personal, con sus habilidades, con su responsabilidad. Confían en ellas mismas y creen que ser perseverantes en algo les llevará a conseguirlo.</p> <p>Pero si esto se lleva al extremo viene la culpa porque se olvida que hay cosas que no podemos controlar ni cambiar.: <i>“Me he esforzado por hacer las cosas bien”, “Soy responsable de mí mismo”, “He hecho todo lo posible por cambiar las cosas”</i></p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Pienso que tengo mala suerte?</p> <p>¿Creo que todo me pasa a mí y que no puedo evitar lo que me sucede?</p> <p>¿Con frecuencia pienso que los demás no me consideran ni me valoran?</p> <p>¿Creo que no puedo cambiar, que soy así?</p> <p>¿Le doy mucha importancia a lo que dicen y piensan los demás?</p> <p>¿A menudo deseo que pasen cosas que no dependen de mí y me siento culpable si no suceden?</p>			

SESIÓN	5	FECHA	
TEMA	"Nuestros objetivos"		
INTRODUCCIÓN			
<p>Si aprendemos a diferenciar entre OBJETIVOS y DESEOS podemos ser más felices.</p> <p>Un deseo es algo que puede cumplirse o no, algo que depende poco o nada de mí, por ejemplo: "que me toque la lotería", "que mi marido sea cariñoso conmigo", "que mis hijos me comprendan"...</p> <p>Un objetivo es algo que está en mí, por lo que puedo luchar, que puedo conseguir si hago las cosas bien para conseguirlo.</p> <p>Es importante no confundir deseo con objetivo, porque si lo hacemos nos frustraremos, nos sentiremos culpables por cosas que no dependen de nosotros y también porque nos limitaremos a desear cosas sin hacer nada por conseguir objetivos.</p> <p>Si pongo los medios para conseguir algo que se puede conseguir, me esfuerzo, hago lo que está en mi mano, lucho por algo y mi deseo no se cumple porque hay cosas que no dependen de mí pero mi objetivo ha sido logrado, tendré un DESEO INSATISFECHO pero un OBJETIVO CONSEGUIDO.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Suelo desear cosas que dependen de los demás?</p> <p>¿Me cuesta luchar por las cosas que deseo que sucedan?</p> <p>¿Pienso a menudo que me gustaría que los demás hicieran, dijeran, pensarán?</p> <p>¿Tengo paciencia para ver los resultados de lo que quiero conseguir?</p> <p>¿A menudo pienso "esto es inútil", "es muy difícil", "no soy capaz", "no puedo cambiar"?</p>			

SESIÓN	6	FECHA	
TEMA	"La autoestima"		
INTRODUCCIÓN			
<p>Quando nos juzgamos a nosotros mismos de manera muy negativa nos producimos mucho dolor.</p> <p>Pensar de nosotros mismos que no valemos para nada, que no hacemos las cosas bien, que tenemos muchas carencias... nos hace estar convencidos de que los demás no deberían querernos ni considerarnos importantes.</p> <p>Cómo van a valorarnos si no tenemos nada de valor...</p> <p>No nos gusta nuestro cuerpo que se va deteriorando con el paso de los años. Algunas cosas de nuestro cuerpo no nos han gustado nunca. No sabemos cantar bien, ni bailar bien, ni hacemos nada especialmente bien.</p> <p>La familia se ha acostumbrado a que resolvamos los problemas, a que hagamos las cosas de la casa, a que estemos ahí para cualquier cosa, pero no dan las gracias, no dicen lo bien que sabe la comida... pero lo seguimos haciendo porque es nuestro papel. Tampoco pensamos que sea nada especial.</p> <p>Nos cuesta pensar en positivo de nosotros. Si nos hacen un halago, si alguien nos dice algo bueno de nosotros nos da vergüenza, nos parece una exageración.</p> <p>Nos sentimos culpables si no hacemos las cosas perfectamente, si algo sale regular.</p> <p>Pensamos que no merecemos mucho más de lo que tenemos, porque no hemos hecho nada para que sea así.</p> <p>Y creemos que da igual lo que pensemos de nosotros mismos porque lo únicamente importante es cómo nos ven los demás y eso no podemos cambiarlo.</p> <p>Pero podemos buscar una imagen de nosotros mismos más acertada: revisando cómo nos vemos, reconociéndonos lo que hacemos bien y muy bien, no culpabilizándonos por las cosas que no dependen de nosotros, perdonándonos, aceptando lo que no podemos cambiar, cambiando lo que no nos guste...</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Creéis que nos exigimos demasiado a nosotros mismos?</p> <p>¿Os gusta cómo sois?</p> <p>¿Creéis que los demás reconocen lo que valéis?</p> <p>¿Te sientes querido?</p> <p>¿Te sientes útil?</p>			

SESIÓN	7	FECHA	
TEMA	“Pensamientos irracionales”		
INTRODUCCIÓN			
<p>A veces nuestros pensamientos no son racionales, no están basados en hechos reales, son exageraciones, no responden a algo que haya pasado o pueda suceder. Pero los damos por buenos sin reflexionar y decimos que “así pienso yo”, “es lo que yo creo”, “siempre ha pasado eso”... y al decirnos cosas así los damos por buenos, nos convencemos de que son ciertos.</p> <p>A partir de un pequeño detalle sacamos conclusiones generales, juzgamos situaciones complicadas o a las personas a partir de un pequeño detalle, exageramos las consecuencias de los acontecimientos, pensamos en que va a pasar lo peor de lo posible...</p> <p>Los demás nos dicen que estamos obsesionados, que somos pesimistas.</p> <p>Imaginamos lo que sucederá antes de que suceda y sufrimos antes de tiempo, incluso sufrimos en ocasiones sin que al final suceda nada malo.</p> <p>Podemos llegar también a regodearnos en esos pensamientos y tanto nos agarramos a ellos que no queremos escuchar a nadie que nos pretenda demostrar que son irracionales.</p> <p>Las personas que nos rodean se cansan de escucharnos.</p> <p>Las malas noticias de la tele, las enfermedades de los vecinos... pueden pasarme a mí o a mi familia y creo que es casi seguro que pasará.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Os pasa esto con frecuencia?</p> <p>¿Puede evitarse pensar así?</p> <p>¿Alguna vez has conseguido parar estos pensamientos y cambiarlos por otros?</p> <p>¿Es mejor pensar mal que bien para irte haciendo a la idea?</p> <p>¿Cómo se puede cambiar el pensamiento?</p>			

SESIÓN	8	FECHA	
TEMA	“Las responsabilidades”		
INTRODUCCIÓN			
<p>“Ya no puedo más, todo es para mí, estoy harto/a”</p> <p>Muchas personas asumen demasiadas cargas familiares, laborales, etc.</p> <p>Si paráramos la cinta (porque fuera una película) podríamos analizar si esa persona ha asumido demasiadas cargas en la familia o en el trabajo, y el resto están más descargados; todos lo ven como normal y no entienden por qué las cosas tienen que cambiar.</p> <p>Las capacidades de las personas varían mucho de unas a otras, pero ni la persona más capacitada tiene que asumirlo todo. Es justo que haya un reparto de responsabilidades.</p> <p>Nos estamos refiriendo en este caso a responsabilidades o tareas familiares que se relacionan con cuestiones menos tangibles, pero que son muy importantes como: la educación de los hijos, el mediar en los conflictos familiares, asumir problemas ajenos, etc.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Abarcamos demasiada cargas, tareas...?</p> <p>¿Crees que eres responsable de lo que pasa a tu alrededor?</p> <p>¿A veces piensas que esto es lo que te ha tocado en la vida?</p> <p>¿Te cuesta dejar que los demás ayuden y colaboren?, ¿te gusta que lo hagan como tú dices?, ¿piensas que si tú no lo haces no lo harán bien?</p> <p>¿Eres la persona a la que todos cuentan sus problemas y piden ayuda?</p>			

SESIÓN	9	FECHA	
TEMA	“Medicalización de la vida cotidiana”		
INTRODUCCIÓN			
<p>La salud y la enfermedad se han introducido en nuestra vida de dos maneras. Por un lado, la enfermedad forma parte de la vida cotidiana, hablamos con normalidad de las dolencias más raras y complicadas, la vecina nos puede dar una charla sobre una enfermedad, sus complicaciones e incluso el tratamiento, buscamos en Internet si podemos... Y por otro lado, vamos convirtiendo en enfermedad las cosas que nunca lo han sido, como la tristeza, el dolor, la pena, la angustia, el envejecimiento, la menopausia... Y así ponemos en manos de la sanidad, de los médicos, de los especialistas, la solución a nuestro malestar. Por lo tanto ponemos la solución a nuestros problemas fuera de nosotros. Sentimos angustia, pena, nos duele una pérdida, no podemos dormir porque tenemos muchas cosas que nos preocupan... y... nos sentimos enfermar, sentimos que no podemos movernos y buscamos ayuda deseando no sentirnos así. Tomar una pastilla, pasar por una prueba o pensar en la mala suerte por estar enfermo es más cómodo, supone menor esfuerzo que hacer dieta, hacer ejercicio, no tener conductas de riesgo. Además, dejar en manos del médico mi salud y mi bienestar me quita de responsabilidades. Pero la medicación tiene efectos secundarios. Y la medicación solo hace que me sienta mejor, a veces, no resuelve los problemas.</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Tenemos ahora menos fortaleza para enfrentarnos a los problemas? ¿Creemos que tomar medicación para no sufrir es algo positivo? ¿Cada vez nos sentimos más inútiles para solucionar lo que nos sucede? ¿Tenemos más miedo a enfermar? ¿Nos medicamos por comodidad, para no afrontar lo que nos pasa, para estar “anestesiados”? ¿Buscamos la solución a problemas en la medicación? ¿Conocemos los efectos de la medicación que tomamos para aliviar la ansiedad, dormir mejor...?</p>			

SESIÓN	10	FECHA	
TEMA	“Nos cuidamos a nosotros mismos”		
INTRODUCCIÓN			
<p>Todas las personas tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida.</p> <p>Hacer ejercicio, mantenerse en forma, alimentarse sanamente, utilizar técnicas de relajación, dormir las horas necesarias, ayuda a combatir la sensación de FATIGA y ESTRÉS.</p> <p>Cultivar el sentido del humor, (reír es un magnífico antídoto para la desesperanza,) hablar de los propios sentimientos, reconocer éstos como normales y comprensibles, no enfocar la vida exclusivamente desde el papel de cuidador, atender a nuestras necesidades... nos ayuda a aliviar los sentimientos generales de INSATISFACCIÓN.</p> <p>El acto de cuidar de uno mismo requiere de una serie de conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · La toma de conciencia del propio estado de salud · Desear satisfacer las propias necesidades de autocuidado · Tomar una decisión acerca de la situación de salud · Diseñar un plan y comprometernos con nosotros mismos a cumplirlo. <p>Cuidarnos a nosotros mismos sirve para tener más fortaleza, para prevenir dificultades, para evitar el cansancio y el desgaste, para estar más seguros de nosotros mismos, para mejorar nuestra calidad de vida, para saber cuándo pedir ayuda.</p> <p>CUESTIONARIO FINAL CALIDAD DE VIDA Explicar e ir leyendo mientras lo cumplimentan</p> <p>EVALUACIÓN FINAL DEL GRUPO Explicar e ir leyendo mientras lo cumplimentan</p> <p>CITAR PARA REVISIÓN EN UN MES</p>			
PREGUNTAS PARA EL GRUPO			
<p>¿Nos permitimos dedicarnos tiempo a nosotros mismos?</p> <p>¿Nos sentimos culpables cuando dejamos de algo por los demás?</p> <p>¿Hacemos alguna actividad que nos guste y no sea cuidar a los demás o hacer cosas por los demás?</p> <p>¿Pensar en uno mismo es egoísta?</p>			

Nuestro MODELO de SESIONES de los *“Grupos de Terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio”*

- Punto de partida.

Las sesiones, tal y como se desarrolla en los “Grupos de Terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio” ha ido sufriendo modificaciones en el desarrollo de los pilotos. Se presentó, en el documento original, una propuesta de sesiones que en la mayor parte de los casos no se llevó a cabo siguiendo el orden establecido, pero sirvieron de inicio y de propuesta de temas a desarrollar.

Posteriormente, las compañeras el C.S. “El Progreso” de Badajoz describieron las sesiones en un formato reducido, práctico y sencillo.

Ahora pretendemos, no volver a describir una serie de sesiones temáticas, sino cual sería “*El Modelo*” de las sesiones que realizamos. Este modelo no invalida, más bien complementa, lo que tenemos hasta ahora. Pretendemos describir lo que la experiencia nos va diciendo en relación a la mejor práctica en el manejo de las sesiones. Y pretendemos que este modelo sea consensuado entre los distintos profesionales. Creo que todos hemos observado que se plantean preguntas en las sesiones siguiendo un tema pero luego el grupo, si lo dejas fluir, va centrándose en determinados aspectos, exponiendo sus emociones, síntomas, identificaciones entre los miembros, etc. En definitiva se crea una dinámica grupal que es lo terapéutico.

Cómo manejar o conducir mejor esa dinámica grupal, sería el objetivo de este documento.

- Nuestro “MODELO” de Sesiones

Las sesiones grupales se plantean desde un modelo de autoayuda con apoyo de profesionales. El grupo es dinámico, se facilita información breve y se pregunta al grupo para que interactúe. A medida que van sucediéndose las sesiones, se les ofrece menos información y se les lanzan más preguntas para facilitar el diálogo entre los miembros del grupo favoreciendo que todas las personas del grupo participen o al menos tengan la oportunidad de hacerlo.

Los profesionales intervienen cuando la conversación del grupo no fluye sobre el tema, pero si las personas expresan su visión personal, sus vivencias, emociones y experiencias, los profesionales dan libertad de movimiento al grupo, se señalizan cuestiones de interés comentadas y se refuerza que se interactúe entre los miembros. También interviene el profesional a posteriori, o cuando el grupo no habla, para hacer resumen, sacar conclusiones y para dar paso a miembros del grupo que no han hablado o que puedan estar identificándose con cuestiones que se están tratando, bien porque se haya detectado por su información no verbal o porque directamente se pregunte.

También interviene el profesional cuando un miembro del grupo aconseja a otro en lo que tiene que hacer, reconduciéndolo a que exprese su experiencia, no a dar consejos. Por las vivencias comentadas de los demás se aprende más que por los consejos recibidos. Si se actúa por consejos no se toman decisiones propias y nada indica que los consejos de otros miembros sean más importantes que las propias decisiones. Sí, es interesante, que entre los miembros del grupo se interactúe, por ej. - darse ánimos para realizar actividades saludables, - hacerse preguntas que ayuden a la reflexión, o - comentarios sobre como se han afrontado situaciones parecidas vividas. Luego, cada persona es quien en definitiva promueve sus cambios, toma la decisión de iniciar una actividad o modifica su forma de actuar o de ver una situación. Los consejos entre los miembros del grupo consiguen menos cambios que aquello que una persona pueda descubrir por el relato de otros.



También debemos aceptar que los cambios que queremos facilitar en los miembros del grupo son más probables que se den con los aprendizajes extraídos de las experiencias de otros miembros, que de la “doctrina” de los profesionales. Si el grupo es un momento de interacción agradable, donde hay momentos de humor, se consigue una mayor cohesión y adherencia al mismo. Por último hay que destacar lo importante de mantener la confidencialidad en el grupo *sobre lo que allí se habla y sobre las personas que asisten.*

Estos grupos No son:	Estos grupos SI son:
<ul style="list-style-type: none"> - Una exposición de los profesionales de sus conocimientos científicos, como tarea principal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un marco terapéutico para que las personas expresen sus emociones, sus síntomas, su malestar, aquello que les preocupa, sus recursos y los apoyos poseen, las soluciones que han puesto en práctica y sus resultados, o si no han puesto en marcha soluciones por no encontrarlas o por falta de motivación. Los profesionales informan brevemente de distintas cuestiones, dan indicaciones, etc., que le ayude a las personas a poder encontrar soluciones.
<ul style="list-style-type: none"> - Una continua respuestas de los profesionales a demandas de los asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un proceso de identificación entre los miembros del grupo, que puede favorecer ver soluciones en el relato del “otro”, soluciones a las que sólo no ha podido llegar una persona. Y mientras eso ocurre, puede el grupo actuar como un desahogo de su malestar emocional, ante personas que pueden entenderle por haber tenido síntomas similares, aunque sean problemáticas distintas.
<ul style="list-style-type: none"> - Recetas o consejos de los profesionales a cada comentario de los asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación para realizar determinadas tareas en su vida diaria, a propuestas de los profesionales, o por apreciaciones de otros miembros del grupo, para que la persona consiga los objetivos que le ha llevado a asistir al Grupo.
<ul style="list-style-type: none"> - Para darse consejos entre los asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un impulso para ponerse en marcha con recursos personales o del entorno que hasta el momento no había movilizad.
<ul style="list-style-type: none"> - Para juzgar las actuaciones, emociones o síntomas de los asistente, ni por parte de los mismos ni por parte de los profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una ayuda para tomar las decisiones personales que necesitaba tomar y un apoyo para superar las consecuencias que se produzcan tras esas decisiones.

- El Formato de cada sesión:

Revisión de las tareas indicadas en sesión anterior.

Si en la Sesión de autoestima se ha pedido los 10 Piropos que nos han dicho, en la siguiente sesión se empieza por esto

De 1-10 Cuanto se lo creen. ¿Qué sería diferente si se lo creyeran?

Se puede hacer de forma abreviada pidiendo únicamente que les pregunten a personas que conocen cualidades positivas, sólo cualidades positivas, talentos, puntos fuertes.

Se le pregunta a cada persona si ha hecho la tarea, sensaciones, dificultad....

Si una persona no hace la tarea “no pasa nada”, pero se insisten en que las tareas tienen un objetivo.

Desarrollo de la sesión:

1) Desahogo emocional (escuchar a la gente);

2) Temario de sesiones grupales básicas o de sesiones grupales reducidas. Contenidos:

Autoestima; higiene del sueño; ansiedad (identificación de síntomas); ansiolíticos (nociones básicas); emociones; pensamientos automáticos; respiración.

- Los contenidos básicos se toman de la sesiones amplias o reducidas, adaptados según el tipo de grupo.

3) Temario complementario. A demanda, según las necesidades de los pacientes: duelo; técnicas de liberación emocional (EFT, tapping...)

Finalizar la sesión: Preguntar antes de finalizar la sesión: “¿Cómo te has sentido?”; A veces, preguntar: “¿Qué te llevas de la sesión?”

- Otras aportaciones de la práctica:

— Que el equipo de profesionales se reúna al finalizar cada sesión grupal, para analizarla y preparar la siguiente. Esto favorece poner en común distintas apreciaciones y cohesionar el equipo.

— En algunos centros a partir de 2019 se ha invitado a 2 usuarios del grupo que se van rotando a estar presente en la reunión de evaluación de la sesión.

SESIÓN INTRODUCTORIA

Documentos necesarios:

- Documento ayuda cualidades positivas
- Escala EVA
- Cuestionario de calidad de vida
- Consentimiento informado
- Compromiso de confidencialidad
- Documento ayuda sentimientos
- Pegatinas en blanco para poner los nombres de las personas que acuden al grupo y de los profesionales

- **Presentación de los profesionales.** Profesión y puesto de trabajo.

- **Establecimiento de normas básicas de funcionamiento del grupo** (confidencialidad, puntualidad, respeto, comprensión, brevedad en las intervenciones, apagar el móvil si es posible etc...).

Los profesionales consensuan con todos los miembros del grupo las normas.

- **Objetivos del programa.** Repasarlos brevemente

- Objetivo general: Implementar un programa para usuarios de atención primaria con la finalidad de mejorar su calidad de vida y reducir la utilización de psicofármacos.

- Objetivos específicos: 1) Mejorar la ansiedad, el estado de ánimo o el insomnio, así como la calidad de vida, de los participantes, y; 2) Disminuir el consumo de ansiolíticos e hipnóticos.

- **Presentación de los pacientes:**

Breve descripción: indicando el nombre, y algunos aspectos de su situación personal y laboral, como si tiene hijos....

- **Expectativas de los pacientes.** Preguntarles ¿Qué esperan del grupo? ¿cuáles son sus objetivos al venir al grupo? porqué han venido ¿Qué ayuda buscan en el grupo [No preguntar directamente por las expectativas, por si alguien no entiende el concepto].

Algún profesional de apoyo debe recoger por escrito las expectativas. Ayuda en la evaluación final del grupo.

- **Consultar el nivel de ansiedad de los pacientes** (Escala EVA). Entregar documento con la escala, explicando previamente cómo se evalúa la escala. Considerar las dos últimas semanas, como período de valoración.

Importante: Es posible que alguien no entienda el concepto de ansiedad, en cuyo caso es difícil evaluar mediante la escala. Se podría, pues, hablar de malestar y preguntar: “¿Cuánto malestar siente?”.

Anotar valores de ansiedad, para tener una valoración inicial de los niveles de ansiedad de los participantes.

- **Hacer el ejercicio de las 3 cualidades positivas.** Se pide a cada persona que indique tres cualidades personales. Si tiene dificultades, se le permitirá ver el documento con cualidades positivas, aunque debe insistirse para que, al menos, una cualidad se exprese espontáneamente.

- **Revisión de la medicación al inicio del grupo.** Previamente, se habrán revisado los tratamientos activos en la historia clínica informática. Se contrastará con lo que digan los pacientes que están tomando.

- **Rellenar cuestionario de calidad de vida y de salud**

- **Firmar compromiso de confidencialidad**

- **Firmar consentimiento informado**

- **Expresar cómo se han sentido.** Puede servir de ayuda el documento de los sentimientos.

- **TAREAS.** Buscar 8 pequeños placeres, esto es, pequeñas cosas que a cada persona le gusta hacer y le proporciona satisfacción. Ej: Dar un paseo, tomar café con amigas....

- **DESPUÉS DE LA SESIÓN...**
 - Puesta en común
 - Programación siguiente sesión.



LISTADO DE ADJETIVOS PERSONALES POSITIVOS

- | | | |
|-------------------|------------------------|----------------------|
| – Abierto/a | – Diplomático/a | – Objetivo/a |
| – Activo | – Discreto/a | – Optimista |
| – Actual | – | – Orientado/a |
| – Adaptable | – Ecuánime (imparcial) | – Ordenado/a |
| – Afable | – Eficaz | – Organizado/a |
| – Ágil de mente | – Eficiente | – Paciente |
| – Alerta | – | – Perceptivo/a |
| – Amable | – Emprendedor/a | – Persistente |
| – Ambicioso/a | – Enérgico/a | – Persuasivo/a |
| – Amplio de mente | – Entregado/a | – Polivalente |
| – Analítico/a | – Entusiasta | – Ponderado/a |
| – Animoso/a | – Especializado en... | – Positivo/a |
| – Asertivo/a | – Estable | – Práctico/a |
| – Atento/a | – Ético | – Precavido/a |
| – Auténtico/a | – Exacto | – Preciso/a |
| – Capaz | – Exigente | – Previsor/a |
| – | – Experto/a | – Productivo/a |
| – Cautó/a | – Extravertido/a | – Puntual |
| – Claro/a | – Fiable | – Rápido/a |
| – Coherente | – Fiel | – Razonable |
| – Colaborador/a | – Firme | – Recto/a |
| – Comunicador/a | – Flexible | – Con Recursos |
| – Conciliador/a | – Formal | – Reflexivo/a |
| – Concreto/a | – | – Relacionado (bien) |
| – Confianza en sí | – Hábil | – Respetuoso/a |



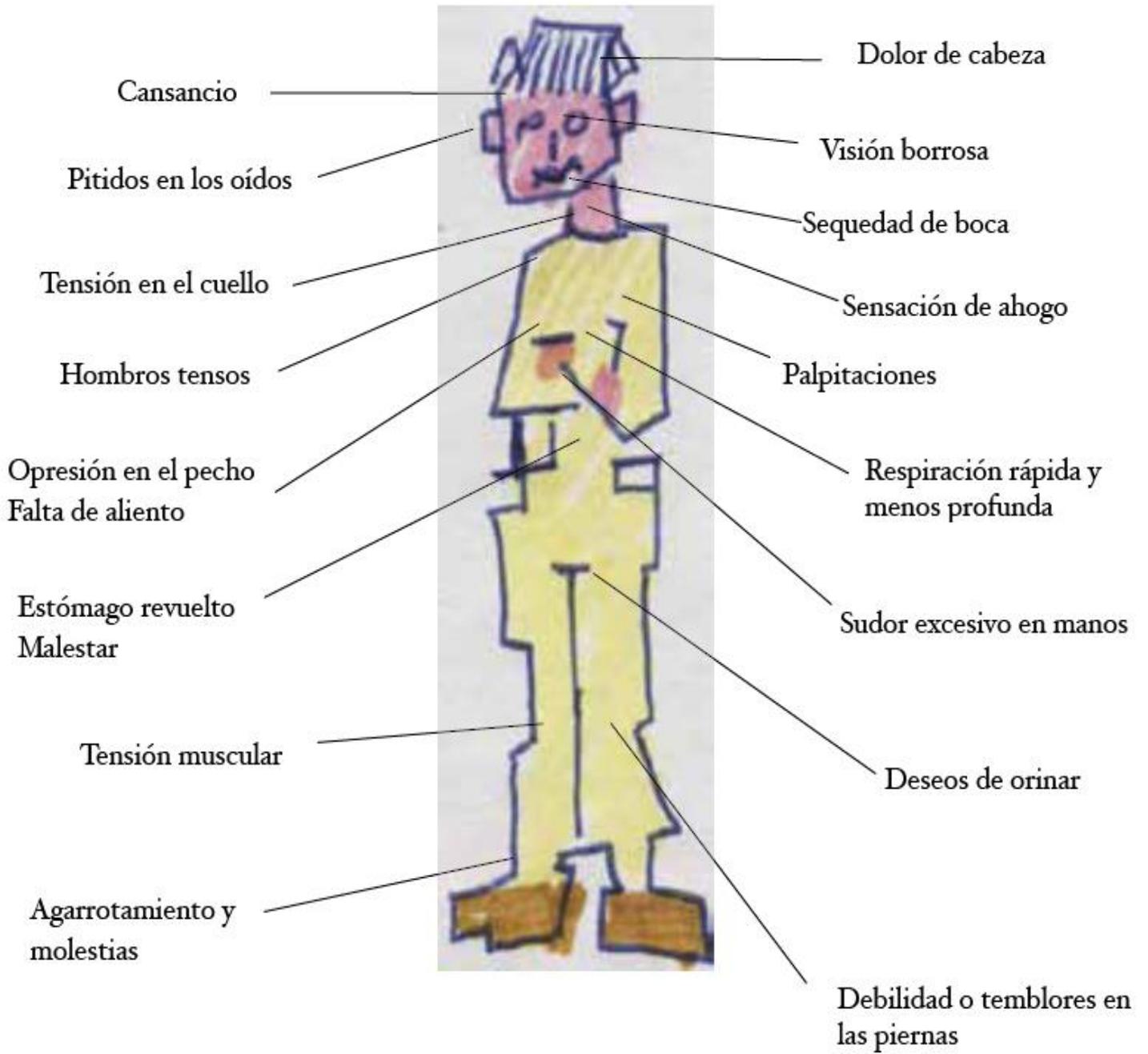
- | | | |
|----------------------|------------------------|------------------------|
| – Consciente | – Honesto/a | – Responsable |
| – Constante | – Imaginativo/a | – Resuelto/a |
| – Constructivo/a | – Independiente | – Seguro/a |
| – Control emocional | – Inventivo/a | – Sensato/a |
| – Convincente | – Justo/a | – Sereno/a |
| – Convicciones (con) | – Laborioso | – Sincero/a |
| – Cooperativo/a | – Leal | – Sistemático/a |
| – Coordinador/a | – Líder | – Solucionador/a |
| – Cordial | – Lógico/a | – Tacto |
| – Cortés | – Maduro/a | – Tenaz |
| – Creativo/a | – Mando (con) | – Tolerante |
| – Criterio (buen) | – Mañoso/a | – Trato (buen) |
| – Crítico/a | – | – |
| – Cuidadoso/a | – | – Visión comercial |
| – Decidido/a | – Memoria (con /buena) | – Versado/a |
| – Delegador | – Metódico/a | – Voluntad (fuerza de) |
| – Desenvuelto/a | – Minucioso/a | – |
| – Detallista | – Motivador/a | – |
| – Dialogante | – Negociador/a | – |



CATEGORÍAS DE SENTIMIENTOS SEGÚN CARKUFF

DÉBIL	CONFUSO	TRISTE	FUERTE	ENFADADO	FELÍZ	ASUSTADO
Agotado	Desconcertado	Apocado	Capaz	Irritado	Contento	Aterrado
Cansado	Inquieto	Chafado	Duro	Malhumorado	Alegre	Horrorizado
Hundido	Angustiado	Decepcionado	Irresistible	Cabreado	Eufórico	Espantado
Caído	Ridículo	Amargado	Responsable	Molesto	Entusiasmado	Con miedo
Frágil	Incómodo	Fracasado	Violento	Encolerizado	Tranquilo	Amenazado
Chafado	Agobiado	Preocupado	Valeroso	Odio	Encantado	Temeroso
Inútil	Desorientado	Lastimado	Hinchado	Rabioso	Ilusionado	Inseguro
Rebajado	Sorprendido	Resentido	Útil	Indignado	Satisfecho	Aterrorizado
Derribado	Turbado	Despreciado	Seguro	Humillado	A gusto	Atemorizado
Sin fuerzas	Incomprendido	Traicionado	Valorado	Fastidiado	Comprendido	Amedrentado
Incapaz	Revuelto	Desesperado	Eficaz	Enojado	Aceptado	Intimidado
Deprimido	Dudoso	Apenado	Firme	Enfurecido	Aanimado	Acobardado
Derrotado	Inseguro	Dolido	Sólido	Exasperado	Apreciado	Preocupado
Desanimado		Culpable	Tenaz	Estafado	Oportuno	
Vacío		Rechazado	Resistente	Desquiciado	Placer	
Aislado		Frustrado	Vigoroso	Disgustado	Agradecido	
Utilizado		Olvidado		Airado	Dichoso	
Desvalorado		Despechado		Iracundo	Afortunado	
Endeble		Desplazado		Enemistado	Acertado	
Derribado		Melancólico		Incómodo	Eficaz	
Abatido		Afligido		Violento	Gozoso	
Decaído		Desgraciado		Asqueado	Complacido	
Desfallecido		Engañado			Me congratulo	
Flojo		Abatido				
		Apesadumbrado				
		Desanimado				

DIBUJO INDICATIVO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE ANSIEDAD / MALESTAR



CUENTO PARA LA AUTOESTIMA

Cuenta una historia que un joven fue a visitar a un anciano profesor. Y entre lágrimas le confesó: " He venido a verte porque me siento tan poca cosa que no tengo fuerzas ni para levantarme por las mañanas. Todo el mundo dice que no sirvo para nada. ¿Qué puedo hacer para que me valoren más?". El profesor, sin mirarlo a la cara, le respondió: "Lo siento, chaval, pero ahora no puedo atenderte. Primero debo resolver un problema que llevo días postponiendo. Si tú me ayudas, tal vez luego yo pueda ayudarte a ti".

El joven, cabizbajo, asintió con la cabeza. "Por supuesto, profesor, dime qué puedo hacer por ti". El anciano se sacó un anillo que llevaba puesto y se lo entregó al joven. "Estoy en deuda con una persona y no tengo suficiente dinero para pagarle", le explicó. "Ahora ve al mercado y véndelo. Eso sí, no lo entregues por menos de una monedas de oro".

Una vez en la plaza, el chaval empezó a ofrecer el anillo a los mercaderes. Pero al pedir una moneda de oro por él, algunos se reían y otros se alejaban sin mirarlo. Derrotado, el chaval regresó a casa del anciano. Y nada más verle compartió con él su frustración: "Lo siento, pero es imposible conseguir lo que me has pedido. Como mucho me daban dos monedas de bronce". El profesor, sonriente, le contestó: "No te preocupes. Me acabas de dar una idea. Antes de ponerle un nuevo precio, primero necesitamos saber el valor real del anillo. Anda, ve al joyero y pregúntale cuánto cuesta. Y no importa cuánto te ofrezca. No lo vendas. Vuelve de nuevo con el anillo".

Tras un par de minutos examinando el anillo, el joyero le dijo que era "una pieza única" y que se lo compraba por "50 monedas de oro". El joven corrió emocionado a casa del anciano y compartió con él lo que el joyero le había dicho. "Estupendo, ahora siéntate un momento y escucha con atención", le pidió el profesor. Le miró a los ojos y añadió: "Tú eres como ese anillo, una joya preciosa que solo puede ser valorada por un especialista. ¿Pensabas que cualquiera podría descubrir su verdadero valor?". Y mientras el anciano volvía a colocarse el anillo, concluyó: "Todos somos como esta joya: valiosos y únicos. Y andamos por los mercados de la vida pretendiendo que personas inexpertas nos digan cuál es nuestro auténtico valor".

**Acuerdos de la Reunión de Coordinación
de 26 de enero de 2016**

***“Programa para el buen uso de psicofármacos-GRUPOS DE TERAPIA, para mejorar la
Ansiedad, el Estado de Ánimo y el Insomnio”.***

Al inicio, cada uno de los grupos expusieron la evolución de los mismos. Se continua palpando la ilusión que mantienen los profesionales en este programa, basado en la evolución positiva de los pacientes, y el enriquecimiento personal, dado que es un programa que se realiza por motivación propia y sin ninguna contraprestación externa.

Se intercambiaron impresiones sobre casuística, nº de usuarios en grupo, grupos abiertos y cerrados, se comentaron evaluaciones de algunos grupos (otras evaluaciones se habían enviado por e-mail), se presentó comparativa de grupo abierto y cerrado. A nivel global son significativas estadísticamente las mejorías medidas por los cuestionarios, pero se necesitan más “n” para que sean significativas estadísticamente las diferencias entre un tipo de grupo y otro.

Para continuar avanzando con el programa se plantearon diversas líneas.

– Evaluación-Investigación Global de todos los Grupos.

Es un tema recurrente evaluar en los usuarios de los grupos:- la mejora en la calidad de vida, - el descenso de medicación y - la frecuentación. El que haya personas con deseo de realizar esta evaluación-investigación es el único requisito. Algunas personas mostraron su deseo de realizarla. Si llega a materializarse, todos los grupos facilitaríamos los datos que tenemos y a partir de ahí, los interesados rescatarán el resto de datos y efectuarían el análisis. Todos nos beneficiaríamos.

– Difusión interna en el SES, a las Áreas, etc.

Está previsto informar del programa a la Directora General de Salud Pública y al Gerente del SES. Cada subdirección realizará la difusión interna que considere pertinente.

– Difusión pública.

Hay profesionales a favor de difundirlo a través de los medios de comunicación y otros muestran temor a que despierte demanda en zonas que no tenemos cobertura. Se habló de posible difusión específica en las zonas donde hay cobertura. No se llegó a un acuerdo claro en cuanto a la difusión pública generalizada.

– Información a Residentes.

Se planteó por parte de Salud Mental, dar a conocer el programa a tutores de residentes para que puedan rotar por él y realizarlo por las tardes en los centros de salud donde realizan la residencia.

– Formación de profesionales interesados en Grupos de Terapia.

Se solicitará a la Escuela de Salud Cursos de formación en la modalidad donde los promotores eligen a los alumnos para que asistan las personas interesadas en el programa.

– Pacientes de Salud Mental.

Se discutió si aceptar pacientes de salud mental. Hay acuerdo en que no se incluirá a trastornos mentales graves. En relación a pacientes con ansiedad o bajo estado de ánimo, si tuvieran consulta con Salud Mental, no se llegó a acuerdo mayoritario. Hay profesionales que piensan que no deben admitirse y otros que debido a las esperas en Salud Mental y teniendo a su disposición este programa, no se les beneficiaría si se les excluye. En cualquier caso se veía beneficiosa la



coordinación.

– **Nº de Sesiones: 17.**

De las 15 sesiones que planteaba el documento de trabajo del programa, la práctica más habitual es 1 sesión introductoria, 15 sesiones de desarrollo y 1 sesión de evaluación.

– **Sesiones de Grupo Reales.**

Completar el documento de trabajo, transcribiendo sesiones reales. Algunas ya se han aportado. Se planteaba como deseable que cada grupo hiciera una descripción breve en 1-2 folios de una sesión real que hayan realizado. El objetivo es que las mismas sesiones se puedan replicar en distintos grupos y tener en los anexos del documento de trabajo una caja de herramientas con sesiones reales.

– **¿Qué pretendemos que sea este programa? Se lanzó la pregunta con visión de futuro.**

Se aportaron varias ideas.

- Continuar funcionando como hasta el momento, con los profesionales motivados.
- Aquellos profesionales que tiene experiencia y posibilidad de movilidad, procurar dejarlo montado en determinados centros de salud y pasar a realizarlo en otros.
- La más ambiciosa es considerar que estamos trabajando un programa verdaderamente multiprofesional, novedoso y de futuro en Atención Primaria.

– **Reuniones semestrales.** Se acuerda seguir reuniéndonos cada 6 meses.

Asistentes a la reunión:

NOMBRE	DIRECCIÓN
Olga Ortiz Rodríguez Farmacéutica Área de Salud	Hospital de Zafra. Primera planta. Carretera Badajoz-Granada s/n Zafra, 06300, Badajoz.
Susana Alonso García de Vinuesa, farmacéutica de equipo.	Centro de salud Mérida Urbano III C/ Vicente Aleixandre s/n 06800- Mérida
María Gil González-Haba, farmacéutica de equipo.	Centro de Salud Urbano I Avda. Luis Álvarez Lencero, s/n 06800 Mérida
Elisa Muñoz Godoy, médico	Centro de Salud Urbano I Avda. Luis Álvarez Lencero, s/n 06800 Mérida
Cándido Sánchez Cabrera, médico	Centro de Salud de Higuera de Vargas (Consultorio) C/ Pilar, 8 06132 Higuera de Vargas
María José Bermejo Rivero, Enfermera	Centro de Salud de Higuera de Vargas,(Consultorio) Calle Pilar 8. 06132 Higuera de Vargas
Román Reviriego Rolo, psicólogo	Cedex. Centro de Salud. C/ San Francisco s/n 10.800 Coria.
Victoria Boticario Villaroel, médico	Cedex. Ronda del Carmen, 6 10.002 Cáceres
Mª Paz Mateos Ayúcar, médico	Cedex. Ronda del Carmen, 6 10.002 Cáceres
María García Navarro, Residente psiquiatría	ESM Ronda del Carmen, 6 10.002 Cáceres
Eva I. Aranzazu González Acedo T.S.	C.S. Merida Norte Urbano II San Luis s/n 06800 Mérida
Adela Nuñez García Médico	C.S. Merida Norte Urbano II San Luis s/n 06800 Mérida
Aránzazu Aránguez Ruiz, Farmacéutica de Área	Gerencia de Area de Salud. Hospital de Mérida Polígono Nueva Ciudad S/N 06800 Mérida.
Antonia Gallardo Becerra, psicóloga	Serv. Centrales del SES. Mérida. Colaboración en Grupos de Mérida del C.S. "Urbano I" y "Urbano III"
Jose Antonio Santos Cansado, psicólogo	Serv. Centrales del SES. Mérida. Colaboración en Grupos de C.S. Cáceres "La Mejostilla" y "Zona Centro" y C. S. Mérida "Urbano II"
Quintín Montero Correa	Secretario Técnico de Drogodependencias. Serv. Centrales SES
Concepción Carmona Torres	Subdirectora de Gestión Farmacéutica. Serv. Centrales SES
Manuela Rubio González	Subdirectora de Atención Primaria. Serv. Centrales SES
Mª Concepción Gutierrez Montaña	Subdirectora de Atención Especializada Serv. Centrales SES
Beatriz Martín Morgado	Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. Serv. Centrales. SES.
Mª Paz Casado Rabasot, psicóloga	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Serv. Centrales. SES

RECOGIDA DE DATOS SOBRE MEDICAMENTOS PARA LOS USUARIOS



**de los "GRUPOS DE TERAPIA
para mejorar la Ansiedad, el Estado de Ánimo y el Insomnio".**

* FECHA

* NOMBRE Y APELLIDOS

* EDAD

**MEDICAMENTOS QUE TOMA PARA LA ANSIEDAD,
EL ESTADO DE ÁNIMO, "LOS NERVIOS" O PARA DORMIR:**

MEDICAMENTO Nombre y mg. (ejemplo: Tranxilium 10mg.)	¿CUÁNTAS AL DÍA? DESAYUNO-ALMUERZO-CENA- ANTES DE ACOSTARSE.	¿DESDE CUANDO?
1		
2		
3		
4		

* ¿Le gustaría dejar de tomarlos o tomar menos?

APORTACIONES DE LA EXPERIENCIA. FACTORES FACILITADORES PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA Y DIFICULTADES OBSERVADAS

Consenso de profesionales asistentes al curso el 28 de octubre de 2016, en la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria.

1. Programas que se mantienen: Aquellos donde hay profesionales implicados del mismo Centro de Salud.
 - Siendo importante que uno de los profesionales sea el que mantenga el contacto con todo el equipo en relación al programa, se ocupe de canalizar las derivaciones y organice los grupos.
 - Que un profesional sea observador en la sesión y luego haga las reflexiones sobre el curso de la misma.
2. La variabilidad de las personas integrantes del grupo no es una dificultad (variabilidad de género, edades, problemáticas...) sino una oportunidad.
3. La evolución no depende de la edad. Hay mujeres de edad muy avanzada que ha conseguido cambios, incluso dejar de tomar algunos psicofármacos.
4. Tanto el grupo abierto como el cerrado son útiles. La opción de cual iniciar depende más de las circunstancias, especialmente la demanda.
 - Parece apreciarse que en los grupos cerrados se retiene más y en abiertos menos, es una impresión que no se ha evaluado aún.
 - En abiertos la permanencia de personas que llevan más tiempo hacen de referente para los que llegan nuevos. Personas con sintomatología similar pueden percibir cómo ha evolucionado la persona que lleva más tiempo en grupo y esto proporciona expectativas de cambio al nuevo/a integrante.
5. No todas las personas necesitan el mismo número de sesiones (15).
6. Se produce un descenso de la toma de medicación a largo plazo. En evaluaciones a un año, en distintos grupos, se ha apreciado que con el paso del tiempo descenden el consumo de psicofármacos.
7. Dinamizar con preguntas es más beneficioso que exponer una gran teoría. La habilidad para hacer preguntas, es más ventajosa, ya que favorece el diálogo en el grupo.
 - Mucho tiempo de teoría y de indicaciones no es lo más conveniente.
 - Se consigue más cuando la gente expone su experiencia, habla de sus emociones y de lo que le ha funcionado y de lo que no; que cuando se dan consejos.
 - Los integrantes del grupo va a aprender del grupo y no van a dar lecciones a las/los compañeros/as. Cada una/o explica lo que ha sentido y ha hecho, no dice lo que tiene que hacer el otro.
8. Sesiones Básicas:

- Ansiedad
 - Autoestima
 - Emociones
 - Pensamientos
 - Avances (entre la 8 y la 10)
9. La mejoría que verbaliza la persona, que se aprecia en su discurso, es mayor que la obtenida a través de los resultados de los cuestionarios. Si bien se aprecia que el Wonca y el Goldberg correlacionan bien, la mejoría apreciada en algunos aspectos es mayor. En cuanto a la EVA hay experiencias diversas. Por ello se sugiere pasar la EVA de ansiedad después de explicar en la primera o segunda sesión los síntomas de ansiedad. La EVA sobre Avance si que es útil, realizándola entre las sesiones 8 y 10 y la EVA de satisfacción con el grupo que se pasa al final de las 15 sesiones. Posiblemente y a efectos de estudio sería conveniente buscar algún tipo de evaluación cuantitativa.
10. Nuestra impresión es que disminuye la frecuentación al médico de familia, aunque no tenemos datos aún.
11. Personas para las que no está indicado el grupo de terapia:
- Trastornos mentales graves (Psicosis, depresiones graves con intentos autolíticos)
 - Personas con problemas de adicciones (Alcohol, drogas ilegales, juego patológico)
 - Para personas que son muy aprensivas hay divergencias de visiones. Si escuchar todos los problemas de los demás les afecta y no consiguen centrarse en los suyos es difícil que les aproveche el grupo y abandonarán. Si desde el comienzo son advertidos de este particular y consiguen centrarse en los suyos y separarse de los demás pueden serles beneficiosos.
 - En cualquier caso, ante dudas, es bueno consensuar los casos con los demás profesionales que asisten al grupo y con el profesional que lo deriva.
12. Hay dificultades para que en los seguimientos asista la mayoría de los componentes del grupo. En asistentes a seguimientos se observa un alto porcentaje de personas que mantienen los cambios realizados.
13. El escribir las sesiones que desarrollamos y volverlas a repetir en otro grupo, anotando las actualizaciones, ayuda al profesional que lo hace y al resto de compañeros de otros grupos, por lo que se motiva a compartir las sesiones escritas.

Acuerdos de la Reunión de Coordinación de 28 de Marzo de 2017

“Programa para el buen uso de psicofármacos-GRUPOS DE TERAPIA, para mejorar la Ansiedad, el Estado de Ánimo y el Insomnio”.

Al inicio, cada uno de los grupos expusieron su trayectoria en este programa. Se continua palpando la satisfacción e ilusión que mantienen los profesionales en él, basado en la evolución positiva de los pacientes, y en el enriquecimiento personal-profesional, dado que es un programa que se realiza por motivación propia y sin ninguna contraprestación externa. Algunos de los profesionales verbalizan que es la experiencia más gratificante en sus años de trabajo.

Se intercambiaron impresiones sobre casuística, la mejoría que se palpa de primera mano y que a veces no sé percibe en los resultados de los cuestionarios y de la Escala Visual analógica de Ansiedad, así como diferentes dificultades en el manejo de los grupos, el análisis de los datos y determinadas particularidades de la población a la que atiende cada Centro de Salud en concreto. Para denominar a aquellas personas que realizan por segunda vez el programa se propone denominarlas “continuadoras”

Se comenta que en Mayo va a celebrarse el Congreso de activos en Granada, que tiene en cuenta actividades que se están implementando a nivel Comunitario. Se considera que nuestro programa tendría cabida en él, por lo que Cándido Sánchez, médico del Consultorio de Higuera de Vargas expondrá el programa en el Congreso. M.^a Paula Salamanca, enfermera de la Subdirección de Atención Primaria también se prestaba para exponerlo, dado que asistirá al Congreso.

Acuden a la reunión profesionales que desean iniciar el programa en su Centro de Salud tales como Hervás, Plasencia, Llerena y Zafra. Manifiestan que “les parece una iniciativa increíble” y algunos piensan comenzar en Septiembre.

Se plantea que estamos en un punto de inflexión, en el que debemos cuestionarnos, dado el diferente perfil profesional de los grupos, que consideramos que son los mismos: ¿grupos de autoayuda? ¿grupos de terapia? , dónde queremos llegar y algunos límites

Dado que es muy largo el nombre del programa se pretende dar uno nuevo que recoja todo lo que hacemos y sea más breve. Los profesionales asistentes se comprometen a enviar a joseantonio.santos@salud-juntaex.es, posibles nombres para nuestro programa que se adecue a la actividad que llevamos a cabo .

Se concreta una serie de perfiles de las personas a las que se aprecia que el programa beneficia:

- Cuidadoras/es
- Sobrecarga
- Desbordamiento por problemas de la vida cotidiana, como cuidado de hijos, trabajo, problemas familiares
- Duelo
- Enfermedad graves en la propia persona o en familiares
- Ansiedad / malestar ante problemas de la vida cotidiana
- “Ansiosa de carácter”
- Frecuentadoras/es
- Frecuentadores a urgencias por ansiedad .



Se indica que cuando hay alguna persona con trastorno de personalidad en el grupo, ésta tiende a monopolizarlo. Personas con trastorno mental grave, depresiones graves con intentos de suicidios y trastornos graves de la personalidad no son candidatos para este grupo.

El programa no sería útil para aquellas personas, que previamente a entrar en el grupo se conocen y mantienen un conflicto personal previo

Se plantea que se continúa en la idea de efectuar una investigación con datos de todos los grupos, de los cuestionarios, de la frecuentación y de la medicación. Mientras, cada grupo puede irse evaluando a través de los cuestionarios y de la medicación pre, post y en los seguimientos.

La reunión se finalizó con la presencia de M.^a Pilar Guijarro Gonzalo, Directora General de Salud Publica del SES, que agradeció la participación de los asistentes en este programa.

Orden del día y asistentes a la reunión.			
Orden del día:			
<ul style="list-style-type: none"> - Exposición por parte de cada uno de los pilotos de su experiencia hasta el momento. - Escuchar a los Centros que se están planteando ponerlo en marcha - Perfiles de usuarios que se están beneficiando del grupo y perfiles que no se benefician o les pudiera ser perjudicial - Primeros pasos en la investigación observacional. - Otras propuestas de mejora del programa. 			
10 Centros de Salud en los que se está desarrollando:			
2 de Cáceres (Mejostillas y Zona Centro) 3 de Mérida (Urbano I, II y III) Coria Badajoz (El Progreso) Consultorio de Higuera de Vargas Hornachos Almendralejo "San Jose"			
C.S. en los que tienen planteamiento de realizarse:			
Llerena Varios en Área de Plasencia			
Profesionales Asistentes a la Reunión:			
Nombre y profesión	Centro	Tf	E-mail.
M ^a Paz Mateos Ayucar Médico de CEDEX	Cáceres C.S. Mejostilla	54623	maripaz.mateos@salud-juntaex.es
M ^a Sol García Lebrijo Médico de atención Primaria	Cáceres C.S. Mejostilla	53318	mglebrijo@hotmail.com
Inmaculada Gómez Moreno Psicologa del CEDEX	Cáceres C.S. Zona Centro y Mejostilla	54615	inmaculada.gomez@salud-juntaex.es
María Gil González-Haba, farmacéutica de equipo	C.S. Urbano I Mérida		mariahaba@gmail.com;
Elisa Muñoz Godoy, médica de Atención Primaria.	C.S. Urbano I Mérida		elisa.munozgodoy@gmail.com
Eva I. Aranzazu González Acedo. T.S. Centro de Salud	C.S. Urbano II Mérida		evagonzalez@gmail.com

Ines Mª Pavón Fernández, farmacéutica de Equipo.	C.S. Urbano II Mérida		inesmaria.pavon@ses.juntaextremadura.net
Consuelo Pacheco García, enfermera	C.S. Urbano II Mérida		cheletap@hotmail.com
María Antonia Sánchez Arroyo, enfermera de atención primaria	Mérida Urbano III		
Susana Alonso García de Vinuesa, farmacéutica de equipo	C.S. Urbano III Mérida		susana.alonsog@gmail.com;
Román Reviriego Rolo Psicólogo del CEDEX	C.S. Coria	70842	roman.reviriego@salud-juntaex.es rreviriego@gmail.com ;
Rosa M. Salgado Morcillo, farmacéutica de equipo	Badajoz C.S. El Progreso		rosamaria.salgado@salud-juntaex.es
Isabel Lorido Cano, Enfermera de Atención Primaria	Badajoz C.S. El Progreso		isabel.lorido72@gmail.com
Joaquina Valiente Rosado Médico de Atención Primaria	Badajoz C.S. El Progreso		joaquiiva@yahoo.es
Mª José Bermejo Rivero Enfermera de Atención Primaria	Consultorio Local de Higuera de Vargas.	40604	mjbermejo1@hotmail.com
Cadido Sánchez Cabrera. Médico de Atención Primaria.	Consultorio Local de Higuera de Vargas.	40601	candido.sanchez@hotmail.com
Antonia Marina Vallelano Martin. Farmacéutica de Equipo	Consultorio Local de Higuera de Vargas.		antonia.vallellano@salud-juntaex.es
Mª Dolores Alba Araya Enfermera de A P	C.S. de Hornachos		maria.alba@salud-juntaex.es
Mª Mercedes Guío Carretero. Farmacéutica de Equipo	C.S. de Hornachos	84508	mmguioc@gmail.com, mercedes.guio@salud- juntaex.es,
Gloria de Llanos de Llanos T. S.	Centro de Salud "San José" de Almendralejo	84143	gloriadellanos@gmail.com
Elisa Mª Domínguez Domínguez Farmacéutica de Equipo	Centro de Salud "San José" de Almendralejo		elisa_melli2@hotmail.es
Manuela Gaviro Gómez Médico	Centro de Salud "San José" de Almendralejo		
Mª Angeles Vazquez Lopez Médico	Centro de Salud "San José" de Almendralejo	84160	mangelesvaz7@gmail.com
Francisca Aguilar Fernández. Psicóloga Cedex	Cedex. Centro de Salud "San José" de Almendralejo	84177	franciscaaguilarf@gmail.com
Miriam Sánchez Duque. T.S.	Centro de Salud de Hervas		miriam.sanchezd@salud-juntaex.es
Dolores Rodríguez Torres Farmacéutica de equipo	Centro de Salud de Hervas	73825	
Esmeralda Usano Santamarta. Farmacéutica de Equipo	C. S. Plasencia III		esmeralda.usano@salud-juntaex.es
Mª Jesus Gil Corona. Matrona	C. S. Plasencia III		majegico@yahoo.es
Olga Chaparro Salguero. Médico de A. Primaria	Consultorio de Usagre		olga.chaparro@salud-juntaex.es
- Juan Manuel Pérez Blanco. Enfermero de salud mental	ESM Llerena		juanmaperezblanco@gmail.com
- María Zapata Carrasco. Trabajadora social	Zafra I		maria.zapatac@salud-juntaex.es
- Ángel Francisco González Manero Médico. Técnico de Subdirección de Atención Primaria	Servicios Centrales. Mérida		angelgonzalezmaneroses@gamil.com
Paula Salamanca Bautista. Enfermera. Técnico Subdirección	Servicios Centrales. Mérida		paulasalamanc@gmail.com



Atención Primaria			
Aránzazu Aránguez Ruiz. Farmacéutica de Área	Área de Salud de Mérida. Hospital de Mérida		arancha.aranguez@salud-juntaex.es
Olga Ortiz Rodríguez Farmacéutica Área	Área de Salud de Zafra-Llerena. Hospital de Zafra.		olga.ortiz@salud-juntaex.es
Manuela Rubio González. Subdirectora de A.P.	Servicios Centrales. Mérida		manuela.rubio@salud-juntaex.es
M. Pilar Morcillo Sánchez. Secretaría Técnica de Drogodependencias	Servicios Centrales. Mérida		pilar.morcillos@salud-juntaex.es
Antonia Gallardo Becerra. Psicóloga de STD. Servicios Centrales. SES. Mérida	Desarrolla grupos en Mérida en C.S. Urbano I y II	22773	antonia.gallardo@salud-juntaex.es
Jose Antonio Santos Cansado. Psicólogo de STD. Servicios Centrales. SES. Mérida	Desarrolla grupos en Cáceres en C.S. "Mejostilla". Hornachos y Almendralejo	22770	joseantonio.santos@salud-juntaex.es

**Grupo de
ANSIEDAD Y MALESTAR
EMOCIONAL**

NORMAS BÁSICAS

CONFIDENCIALIDAD

Lo que aquí se habla de aquí no sale.

HABLAR DESDE EL YO

Hablo de lo que me pasa y de lo que yo siento.

NO DAR CONSEJOS (aplicable también a los profesionales)

Hablo de mi experiencia, de lo que a mí me funciona.

NO JUZGAR

Escuchamos, respetamos, para que cada persona pueda hablar o no, de lo que le ocurre.

HABLAR AL GRUPO

Dirigirse al grupo evitando hablar sólo con quien está a tu lado