

El Cuidado en Salud Mental: nuevas Demandas, nuevas Intervenciones

III Jornada de Enfermería en Salud Mental
de la Región de Murcia

COMUNICACIONES POSTERS



Plan de cuidados de enfermería en tratamiento con TEC

A propósito de un caso

Ana Cristina Martínez Ruiz Rubén Guerrero Pintor, Ana Belén Cano Sánchez

Enfermeros especialistas de salud mental. Unidad de Psiquiatría del Hospital Morales Meseguer

Área de Salud VI. Servicio Murciano de Salud



INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es una forma dinámica y sistematizada de proporcionar cuidados de enfermería. Esto nos permite el abordaje individualizado en pacientes con terapia electroconvulsiva (TEC). TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada.

METODOLOGÍA

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a un caso individual. Utilizando el modelo área y la metodología NANDA, NOC Y NIC. Modelo de pensamiento reflexivo, concurrente, creativo y crítico utilizado en la práctica para entender la historia del paciente así como para organizar las acciones de enfermería con el fin de obtener los resultados esperados.

DESARROLLO

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

RESULTADOS:

No hace caso de las alucinaciones auditivas (140302):4
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente (140310):4
Expone pensamiento basado en la realidad (140313):4
Muestra procesos del pensamiento organizado (090704):3
Interacciona con los demás de forma apropiada (140309):5

NOC:

Autocontrol del pensamiento distorsionado.

Elaboración de la información

DXE Clave:

00130 Trastornos de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.

INDICADORES:

No hace caso de las alucinaciones auditivas (140302):1
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente (140310):3
Expone pensamiento basado en la realidad (140313):1
Muestra procesos del pensamiento organizado (090704):1
Interacciona con los demás de forma apropiada (140309):1

NIC: INTERVENCIONES

Ayuda a los autocuidados:AVD
Manejo ambiental:seguridad
Manejo de ideas ilusorias

ACTIVIDADES:

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas
Vigilar el estado psíquico del paciente.
Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que pueda resultar dañinas
Evitar reforzar ideas ilusorias
Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos diariamente
Facilitar un descanso y nutrición adecuados.

DX ENFERMEROS

-00078 Control inefectivo del régimen terapéutico personal r/c falta de confianza en el régimen de cuidados de la salud m/p elecciones de la vida ineficaces para cumplir los objetivos.
-00002 Desequilibrio nutricional: por defecto r/c incapacidad de ingerir los nutrientes debidos a factores psicológicos m/p informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
-00102 A Deficit de autocuidados: total
-00095 Deterioro del patrón del sueño r/c patrón de actividad nocturna m/p desvelo prolongado.
-00130 Trastornos de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.
-00148 Temor m/p características cognitivas: interpretación de estímulos como amenazas, disminución de la productividad y de la capacidad para solucionar problemas
-00122 Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, táctil) r/c alteración de la percepción sensorial m/p alucinaciones.

-00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización. Bata m/p alteración de la superficie cutánea.

VALORACIÓN INICIAL:

Paciente de 42 años diagnosticado de Tr. Bipolar desde los 19 años. Desde hace más de tres años suele mantener alteraciones formales del pensamiento con desorganización del mismo y paranoia. Tendencia al abandono del tratamiento y revisiones. En el momento del ingreso el paciente se muestra: Consciente, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio. Aspecto descuidado, caquético, pálido y contacto psicótico. Discurso totalmente desorganizado con pararrespuestas y tendencia al monólogo. Juicio de realidad alterado. Se inicia varios tratamientos farmacológicos durante 3 semanas, ante la falta de respuesta y la necesidad de contención mecánica de forma casi diaria. Se decide remitir para tratamiento con TEC.

CONCLUSIÓN

Tras 8 sesiones de TEC se objetiva una mejoría clínica evidente junto al plan de cuidados enfermero llevado a cabo con el método área que nos permite una forma sistemática de seguimiento y evaluación por parte de los profesionales de llevar el PAE a cabo con éxito.

BIBLIOGRAFÍA:

•NANDA International. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012
•Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC) 5ª ed. Barcelona: Ed.Elsevier; 2009.
•Moorhead S, Johnson M, Maas M,Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Ed. Elsevier Mosby; 2009.

Posibilidades de intervención desde Enfermería en los trastornos por abuso de sustancias desarrollados durante la infancia en el marco de un trastorno de conducta

Autores: Jiménez Barbero, J.A.¹, Pérez García M.², Llor Esteban, B.³, Ruíz Hernández, J.A.⁴

1. Enfermero Especialista en Salud Mental; 2. Psiquiatra Infantil; 3. Facultad de Enfermería, Profesor; 4. Facultad de Psicología, Profesor

Introducción:

Los trastornos del comportamiento perturbador del adolescente constituyen un tema de gran interés, debido al aumento en la prevalencia que se ha producido en las últimas décadas, la problemática que representa para el adolescente y su entorno, la complejidad del abordaje y tratamiento (que debe ser multidisciplinar), así como las consecuencias a corto y largo plazo tanto para el propio joven como para la sociedad en general (1).

Objetivos:

El presente estudio trata de analizar las causas y la evolución de los trastornos del comportamiento perturbador, en la infancia/adolescencia, y su repercusión en el desarrollo de un posible trastorno por abuso de sustancias, con el fin de establecer estrategias de actuación desde Enfermería, empleando para ello la taxonomía NANDA-NOC-NIC(2-4)

Desarrollo:

La metodología utilizada es la búsqueda sistemática en las principales bases de datos (Biblioteca Cochrane, Tripdatabase, Medline, Lilacs, y CUIDEN), estableciendo como criterios de selección las revisiones sistemáticas y narrativas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados (ECA'S) y no aleatorizados y estudios descriptivos u observacionales de calidad indexados en los últimos diez años. Bajo estos criterios seleccionamos finalmente un total de 20 artículos, por su especial relevancia y relación con el tema objeto del presente estudio. En base a esta revisión, y teniendo en cuenta especialmente estudios enfermeros como el de Miotto-Wright, que propone el Modelo Crítico-Holístico, esbozamos el protocolo de un Plan de Cuidados (5).

Conclusiones:

Del análisis realizado se desprende la existencia de una asociación entre los trastornos del comportamiento perturbador, cada vez más frecuentes entre niños y adolescentes y el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias, así como la gran influencia que en esta evolución tiene el entorno familiar y comunitario. Es por ello que consideramos que el papel de Enfermería puede ser fundamental, en los niveles de diagnóstico precoz, prevención secundaria, tratamiento y rehabilitación.

La bibliografía consultada coincide en que el tipo de intervención ha de estar enmarcado en un sistema de atención holística, ecológica y multimodal, debiendo dirigirse primordialmente a la familia, principal fuente de socialización del niño, pero también al resto de ámbitos en que se desarrolla su personalidad: escolar, social y comunitario. Según Miotto Wright (5), desde Enfermería es necesario desarrollar nuevos paradigmas, teorías y modelos operacionales que orienten el diseño de políticas, programas y proyectos de investigación y de intervención.

La Enfermería del siglo XXI tiene que aprovechar los nuevos espacios que están abriéndose en los diferentes sectores de la sociedad. Las principales herramientas que marcarán el avance son: el liderazgo, el uso de la ciencia y tecnología, el dominio de la investigación, el desarrollo y uso del pensamiento crítico con una perspectiva holística, y el desarrollo de nuevos paradigmas y modelos teóricos.

Ejemplo de actuación preventiva desde Enfermería: intervención familiar

La importancia de la socialización familiar, como determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente.

La intervención de Enfermería se dirigirá a reducir la presencia de los factores de riesgo familiar mediante la modificación de la conducta y de las actitudes de los padres (6).

DIAGNOSTICO ENFERMERO:

"DETERIORO PARENTAL"

Definición: Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno favorecedor del óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

INTERVENCIONES PROPUESTAS (NIC)

Asesoramiento
Educación parental: crianza familiar de los niños
Educación parental: adolescentes
Fomentar el desarrollo: niño
Grupo de apoyo (ejemplo: Escuela de Padres, terapia grupal multifamiliar...).

RESULTADOS PROPUESTOS (NOC)

- 1º) Ejecución del rol de padres
- 2º) Cuidado de los hijos: seguridad psicosocial
- 3º) Afrontamiento de los problemas de la familia

ESCUELA DE PADRES

Es un programa de intervención psicoterapéutico dirigido a Grupos de Padres que participarán en una serie de sesiones con el fin de mejorar positivamente sus actitudes, conocimientos y habilidades de educación de niños con estas problemáticas (26).

TERAPIA GRUPAL MULTIFAMILIAR

Se trata de un programa familiar basado en la noción de que son las propias familias las expertas en la forma de afrontar sus problemas y las que mejor pueden ayudar a cada una de las otras familias a descubrir y evaluar qué patrones de respuesta familiar son más adaptativos.

REFERENCIAS

1. Hidalgo Vicario M.I. Trastornos del comportamiento en la adolescencia. Un reto para la prevención. SEPEAP 2006. Sesión Plenaria 78-81
2. Bulechek G.M., Butcher H.K., McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ed. Elsevier. 2009.
3. Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4 ed. Elsevier. 2009.
4. NANDA Internacional. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014. 1 ed. Wiley-Blackwell. 2012.
5. Miotto-Wright. La contribución de la Enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en América Latina: un proceso en construcción. Ciencia y Enfermería 2002;8(2):9-19.
6. Fernández Heredia J.R. & Secades Villa R. El papel de la familia en el consumo de drogas de los adolescentes. Intervención familiar en la Prevención de las Drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002. p.365-84.

"Intervención de enfermería en la población infantil".

AUTORES: ANA CRISTINA MARTINEZ RUIZ; ANA GONZALEZ FAJARO; YOLANDA PARRA PARRA; MARINA ALCOLEA LOPEZ; NOELIA BARCELO MUÑOZ
Enfermeras especialistas en salud mental

INTRODUCCIÓN: La utilización de planes de cuidados trae una serie de beneficios, es importante demostrar la efectividad de ellos; Instrumento del ejercicio profesional de la enfermería, basado en un Método Científico, facilita el proceso de gestión y evaluación de la calidad. La aplicación del Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) a un caso individual. Tiene 5 fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Utilizando la metodología NANDA, NOC Y NIC se realiza la planificación de los cuidados para este paciente. Se realiza una valoración mediante la valoración de patrones de M. Gordon, seguidamente se planifican los cuidados en base a los diagnósticos enfermeros alterados por la NANDA. Se termina la planificación con los resultados, intervenciones y actividades según NIC y NOC.

DESARROLLO:

RESULTADOS:

- ❖ Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (140207): **5**
- ❖ Refiere dormir de forma adecuada. (140214): **5**
- ❖ Controla la respuesta de ansiedad (140217): **4**
- ❖ Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. (140502): **3**

NOC:

Autocontrol de la ansiedad (1402)
Autocontrol de los impulsos. (1405)

DXE Clave:

Ansiedad (00146) r/c crisis situacionales m/p inquietud, insomnio, angustia, aumento de la sudoración, palpitaciones, aumento del pulso y respiración.

INDICADORES:

- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. (140207): **1**
- Refiere dormir de forma adecuada. (140214): **3**
- Controla la respuesta de ansiedad (140217): **1**
- Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. (140502): **1**

NIC: INTERVENCIONES

- Disminución de la ansiedad. (5820)
 - ∞ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Técnicas de relajación. (5880)

VALORACIÓN INICIAL:

Paciente de 11 años de edad, de sexo femenino
La paciente llega a urgencias psiquiátricas el 9 de Noviembre por estado de ánimo triste e ideas de muerte, llegando a tener una tentativa de suicidio. Tras ser valorada por psiquiatría el diagnóstico es trastorno adaptativo y el tratamiento médico es traxilium pediátrico 1-0-1. La paciente está triste, lloraba y tenía mucho miedo

DX ENFERMEROS

- 1º Mantenimiento inefectivo de la salud (00099)**
- 2º Déficit de actividades recreativas (00097)**
- 3º Insomnio (00095).**
- 4º Temor (00148)**
- 5º Aislamiento social (00053)**
- 6º Afrontamiento inefectivo (00069)**
- 7º Ansiedad (00146)**
- 8º Riesgo suicida (00150)**

E
V
A
L
U
A
C
I
Ó
N

CONCLUSIÓN: Al alta actuando sobre el dx ansiedad: tras realizar 6 sesiones de relajación, enseñando las técnicas, así como indicando a la paciente cuando utilizarla. Ella recobro el funcionamiento normal en el resto de patrones y se resolvieron el resto de diagnósticos encontrados. El paciente mejoró con el plan de cuidados, fue un instrumento muy fácil de manejar y utilizar, incluso por profesionales que no conocían al paciente. Todo ello con una mejora de los tiempos.

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014. Madrid: Ed. Elsevier; 2012
Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier; 2009.
Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Ed. Elsevier; 2009.

IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

ALCOLEA LÓPEZ, MARINA. GONZALEZ FAJARDO, ANA MARAVILLAS. MARTINEZ RUIZ, ANA CRISTINA. PARRA PARRA, YOLANDA. BARCELÓ MUÑOZ, NOELIA.

Enfermeras Especialistas en Salud Mental

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es uno de los principales diagnósticos psiquiátricos posparto

- **SIGNOS DE ALERTA:** tendencia al llanto fácil, irritabilidad, presencia de sentimientos de culpa, obsesivos-compulsivos, rechazo hacia el recién nacido, reticencia a asumir su cuidado, pérdida de la libido, presencia de ideación suicida. No se comparte ni dentro ni fuera de los límites familiares.
- **PREVALENCIA:** Es difícil determinarla, pero puede aceptarse que oscila entre un 10 - 15%.
- **FACTORES DE RIESGO:** edades extremas de las puerperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, historia psiquiátrica previa personal y/o familiar, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia...
- **CONSECUENCIAS:** puede tener efectos duraderos y devastadores para la madre, su hijo y su familia, trastornos de la interacción madre-recién nacido, alteraciones psicológicas en el niño, retrasos del desarrollo cognitivo, dificultades sociales/de interacción...
- **DIAGNOSTICO PRECOZ:** no siempre es fácil debido a la estrecha frontera entre las secuelas normales del parto y los síntomas iniciales.

Observar a la mujer por parte de un equipo multidisciplinar en el que la enfermera especialista en Salud Mental y la Matrona forman dos pilares fundamentales.

OBJETIVO

Destacar la importancia de la detección precoz de la depresión posparto

DESARROLLO

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos a cerca de la detección precoz de la depresión posparto y su manejo por parte del equipo multidisciplinar.

CONCLUSIONES

En los estudios revisados encontramos que existen pocos profesionales que criban de manera sistemática la vulnerabilidad a presentar el trastorno durante el periodo prenatal, en el periodo preconcepcional e incluso algunos que presentan dificultades para su detección correcta por lo que impide su derivación a otros profesionales.

Los elementos esenciales para el cuidado asistencial de las mujeres son una aguda capacidad para discriminar de forma precoz la depresión posparto y, posteriormente, iniciar un tratamiento lo más pronto posible desde un equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalá-Panero F, García-Serrano T, Moya-Rodríguez N, Benítez-Luque V, Cerdá-Dacosta R. Depresión pospartal. Factores relacionados. Publicado en Aten Primaria. 1997; 20(2):14-19.
- Alcalá-Panero F, Rodríguez J, González M, Guzmán V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Revista Médica de Chile 2006; 134: 717-720.
- Moreno-Zocena A, Cacerel da Mota L.D, França P.S. Depresión posparto: prevalencia de test de cribado positivo en puerperas del Hospital universitario de Brasília, Brasil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2004; 50(3): 209-213.
- Dennis CL, Heffelfinger E. Intervenciones farmacológicas y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Acción P. Patología del alumbramiento y el puerperio. En: Instituto Ginecología "Prof. P. Arden". Tratado de obstetricia y ginecología. Obstetricia. 2ª Edición. Alcanzar: Madrid; 2005.
- Argenteirovi G. Depresión posparto: ¿hacemos todo lo que podemos? Matronas profesión. 2003; 4 (12): 3-5.
- Kennedy H, Bock C, Critchell J. Una luz en la niebla: cuidar a las mujeres con depresión posparto. Matronas profesión. 2003; 4 (13): 4-15.
- Evans S, Voulalas M, Nixson R. Depresión en el posparto: realidad en última pública de atención de salud. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 49(4): 491-494.
- González-Sánchez A, Vázquez de la Torre M, Martínez-García A.J. (Página consultada el 4 de junio de 2012). Unidad docente de matronas de Ibero. [On-line] Dirección URL: <http://www.redalyc.org/html/doc/5549/1.pdf>
- Caracasón A, García S, Cella B, Pineda M, Puenteblanca C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y posparto. Matronas profesión. 2006; 7 (4): 5-12.
- Baron WM, Liebowitz M. D. Trastornos médicos durante el embarazo. 3ª edición. Madrid: Harcourt; 2002.
- Carrolligan P, Levenson L.A, Bloom S.L, Heath J.C, Rouse D.J, Spang C.V. Williams. Obstetricia. 23 edición. México D.F; Mc Graw Hill.

NEUROSIS FÓBICAS VS FOBIAS OBSESIVAS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL TEMOR

AUTORA: CASTILLO ORTEGA, ANA ISABEL

INTRODUCCIÓN:

Las Neurosis o Trastornos Neuróticos, menos graves que otras patologías de la Salud Mental, causan gran sufrimiento en quienes las padecen. *Son trastornos de la personalidad en las que el juicio de la realidad está conservado.* Diferenciamos entre otros, los Trastornos Fóbicos y Trastornos Obsesivos. Éstos últimos se confunden con las fobias llegando a describirlos conjuntamente (Fobias obsesivas).

OBJETIVOS:

- Presentar las características del Trastorno Fóbico
- Mostrar diferencias entre la Neurosis Fóbica y Fobias Obsesivas.
- Cuidados de enfermería en etiqueta diagnóstica: 00148 Temor.

DESARROLLO:

Trastorno Fóbico:

Miedo desbordado, específico, irracional e incontrolado, llevando a la evitación de aquello que causa el temor. La angustia se pone menos de manifiesto, el miedo el síntoma predominante. Se experimenta sensación de pérdida de control, ridículo y tristeza. En los casos más graves se usan rituales o amuletos.

Diferencias :

	NEUROSIS FÓBICA	FOBIA OBSESIVA
DEFINICIÓN	MIEDO a objetos , estímulos	MIEDO a situaciones , consecuencias
RASGO	Ansioso, inaccesible	Sistemático, complicado
GRADO AFECTACIÓN	Se ciñen a algo y permanecen limitados	Invaden la personalidad, invalidan psicológicamente
TONO EMOCIONAL	TEMOR	Disgusto
ACTITUD AL TRATAMIENTO	Aceptación	Rebeldía
ACCIONES	Evitación	Rituales

Cuidados de enfermería en etiqueta diagnóstica: 00148 temor:

CONCLUSIONES:

Ambas entidades producen sensación de miedo-disconfort en el paciente, pues responden a una amenaza que se percibe e identifica como peligrosa. Pero también hay diferencias como puede ser la actitud que adopta la persona y la afectación que provoca cada cuadro. Las atenciones de enfermería son similares: información sobre el trastorno, acompañamiento y escucha además de tratamiento correspondiente

BIBLIOGRAFÍA:

- Rodríguez Seoane, E. Trastornos Neuróticos. Leónseguí Guillot, R.A. Introducción a la enfermería en Salud Mental. Díaz de Santos. 2012p: 363-377.
- Vallejo Ruiloba, J. Neurosis: Generalidades. En : Vallejo J. (ed.) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2ª. Ed. Barcelona: Salvat Editores; 1989 pp. 404-428.
- Luis Rodrigo, Mª.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Elsevier Masson. 8ª Edición. 2008. Barcelona. 369-371.

ALTERACIONES ANATOMOFUNCIONALES DEL SNC QUE CURSAN CON AGRESIVIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

CASTILLO ORTEGA, A.I; ZAMORA PUCHE, R.N, GARCÍA BERMEJO, A; LÓPEZ ESPEJO, S; RUIZ CHUMILLA, M.A

INTRODUCCIÓN:

La creencia de que la violencia y trastornos psiquiátricos están ligados irreversiblemente está tan extendida en la sociedad que se ha aceptado como una verdad universal provocando rechazo a enfermos mentales. "Enfermo mental es equivalente a sujeto peligroso".

OBJETIVOS:

- Analizar los circuitos implicados, tanto corticales como subcorticales, así como el papel de los neurotransmisores en el inicio de la enfermedad y relacionarlos con los comportamientos agresivos.
- Mostrar las actividades de enfermería en pacientes con conducta violenta.

DESARROLLO:

Los estudios de neuroimagen objetivan una serie de alteraciones anatómicas del SNC relacionadas con la agresividad patológica.

Alteraciones físicas

- Alteración del Cuerpo calloso: predominancia hemisférica dcha. Creando respuestas exageradas.
- Alteración corteza temporal: se explica porque es asiento de la actividad convulsiva.
- Alteración corteza frontal: (tumores o traumatismo) relacionado con la toma de decisiones, provocan desinhibición del comportamiento violento, arriesgado e irresponsable, escaso juicio social, respuesta desproporcionada. Corteza orbitaria frontal relacionada con la intimidación y amenazas.
- Alteración zona subcortical: hiperactividad de la amígdala provoca ira, falta de control de impulsos; hipotálamo relacionado con violencia doméstica y alteraciones del hipocampo aparecen en antisociales.

Alteraciones de los neuromoduladores

- Catecolaminas: implicadas en iniciación y ejecución del comportamiento agresivo.
- Colecistocinina: actúa como antagonista de las endorfinas, de aquí que su facilitación provoque respuestas ansiógenas.
- Acetilcolina: provoca disforia e irritabilidad al estimular las regiones límbicas.

Varios estudios describen que la agresividad aparece en mayor frecuencia en entidades clínicas muy concretas: Trastorno social de la personalidad, Esquizofrenia, Drogodependencias y Trastorno Bipolar.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

Podemos destacar los siguientes:

- Establecer límites claros ante una agresión verbal evitando responder a ellas y manteniendo actitud de calma.
- Si la persona amenaza con lesionar, le dejaremos claro que no se le va a permitir hacerlo, que respire para recuperar el control.
- Si estuviese ingresado; observar la conducta siempre que se le brinden cuidados y proporcionar un entorno seguro.
- Evitar las actitudes paternalistas y transmitir el mensaje que lo inaceptable no es la persona sino la conducta.

CONCLUSIONES:

Está demostrado que uno de los factores de riesgo para la aparición de conductas violentas o agresivas es la presencia de deterioro neurológico o cognitivo. Esta etiqueta diagnóstica requiere un abordaje en colaboración con el resto de profesionales para así poder reducir, eliminar o modificar las conductas inapropiadas del paciente mental.

BIBLIOGRAFIA:

- Fuentes Rocafán, J.C. Violencia y enfermedad mental. Leñisegui Guillot, R.A. Introducción a la enfermería en Salud Mental. Díaz de Santos, 2012 p. 149-158.
- Larry J. Siever, M.D. Neurobiología de la agresividad y la violencia. Am J Psychiatry (Ed Esp) 2008; 11:399-411.
- Swann AC. Neuroreceptor mechanisms of aggression and its treatment. J Clin Psychiatry 2003; 64(suppl 4) 26-35.
- Appelbaum, P.S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. American Journal of Psychiatry, 163(8), 1319-1321.
- Stahl, H. (2003) Violencia y enfermedad mental: una consideración general. World psychiatry, 2, 121-124.
- Luis Rodrigo, M.A.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Elsevier Masson. 8ª Edición. 2009. Barcelona 392-395.



ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO EN EL SÍNDROME DE ULISES.

AUTORAS: CASTILLO ORTEGA, ANAISABEL; ESMOLVA PEÑA, MARÍA ASUNCIÓN

Unidad de Psiquiatría del Hospital Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Ulises o del Inmigrante se caracteriza por ser un proceso que posee determinados estresores, síntomas psiquiátricos y duelos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. El duelo aparece cuando el inmigrante no logra ni las mínimas oportunidades de adaptarse a la nueva situación creando sentimientos de ansiedad y soledad. Este, es un duelo complejo y en muchas ocasiones se considera factor de riesgo de trastorno mental pues es duelo múltiple. Son 7 duelos a la vez: familia, lengua, cultura, tierra, estatus, grupo étnico, riesgo para la integridad física.

OBJETIVOS:

- Presentar las etapas existentes en la elaboración de un duelo migratorio.
- Enumerar las actividades más importantes a llevar a cabo en el diagnóstico enfermero: Duelo disfuncional.

DESARROLLO:

Según J. Bowlby, la elaboración del duelo migratorio se desarrolla en una serie de etapas, exactamente cuatro. Estas etapas serían las siguientes

^{1º}) Negación: La persona no acepta el cambio, no quiere ver la realidad. Sabe que se va a encontrar con muchas dificultades y se encuentra sometido a unos niveles de estrés intensos.

^{2º}) Resistencia: Es la protesta y queja (pataleta infantil) que aparecen ante el esfuerzo que supone la adaptación. Se considera una actitud típicamente regresiva ante la frustración.

^{3º}) Aceptación: Aparece cuando la persona consigue adaptarse al país al que migra, es capaz de sobrellevar las nuevas situaciones que se le presentan en la nueva sociedad.

^{4º}) Restitución: Pasado un tiempo, la persona alcanza la "reconciliación" con lo que ha dejado en su tierra natal y con lo que se encuentra en el País de acogida. Se termina aceptando los aspectos tanto positivos como negativos de los dos lugares.

DUELO DISFUNCIONAL

(RESULTADO: MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL, CAMBIO DE VIDA)

NIC 5Z30 Aumentar el afrontamiento:

Reconocer la experiencia espiritual y cultural del paciente.

Ayudar al paciente a identificar los recursos disponibles para cumplir los objetivos.

Apoyar en el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

NIC 5Z90 Facilitar el duelo.

Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

CONCLUSIONES:

Lamentablemente, con frecuencia, el sistema sanitario y asistencial no diagnostica adecuadamente este cuadro como reactivo de estrés, sino como si los inmigrantes fueran enfermos depresivos, de forma que se actúa como un nuevo estresor. No se debería banalizar este problema pues es actual y por tanto de gran prevalencia. Es un síndrome real, que existe y que por lo tanto cuenta ya con diagnóstico médico. También aparecen en la bibliografía diagnósticos y actividades enfermeras a aplicar en este síndrome de duelo migratorio.

BIBLIOGRAFÍA:

- *Archelequi, J. Migración y Salud Mental. El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Trípticones. Revista de Servicios Sociales*, 2009, (44): 168-171.
- *Archelequi, J. Enfrentar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista de Salud Mental*, 2004, 3 (2): 91-92.
- *Archelequi, J. En busca de la inmigración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En: *Inmigración y cultura*. E. Parlagreco y J. M. González (comp.). De Ballistena, 2000. Barcelona. 88-100.
- *Johnson, M.; Rodríguez, G.; Pórtulas, M. *Handbook Internacional Nanda/NANDA y NIC: Diagnóstico Enfermero, resultados e intervenciones*. Ed. Elsevier, 2007. 228-17.

“UNA EXPERIENCIA CON PALMITATO DE PALIPERIDONA EN UN CENTRO PSICOGERIÁTRICO DE LA REGIÓN DE MURCIA CON UN AÑO DE DURACIÓN, EN PACIENTES ENTRE 70-80 AÑOS DE EDAD.”

AUTORES: Pilar Soler Gómez, M^a José Fernández García, M^a Dolores Zaragoza Osete, Baldomero De Maya Sánchez, Gabriel García García y Rosa M^a Piñeiro Albero, IMAS. Murcia.

INTRODUCCIÓN:

El palmitato de paliperidona (PP) es un antipsicótico atípico de acción prolongada y administración regular mensual, de aprobación reciente en España, para tratar pacientes con esquizofrenia.

OBJETIVO:

Conocer la actuación de dicho antipsicótico en la práctica real tras un año de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza un estudio prospectivo en 45 pacientes de un centro psicogeriatrico del IMAS en la región de Murcia.

Tras mantener tratamiento con PP desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2012 y para conocer el grado de cumplimiento del tratamiento y la evolución clínica posterior, se diseñó un cuaderno de (CAR) de recogida de datos que se completó con los registros de cada paciente tanto en su historia clínica cómo en su número de recetas.

RESULTADOS:

De 45 residentes, se recogieron datos de 21 mujeres y 14 hombres, con edad media de 75 años, todos ellos con diagnóstico principal de esquizofrenia ,90% solteros y /o viudos.

Mediante el análisis e interpretación de datos gráficos obtenemos:

1. Un cumplimiento del tratamiento con PP de manera regular de un 99%
2. Niveles de satisfacción de los residentes: 90% positivos y un 10% No sabe o no colabora.
3. Monoterapia con PP de un 65% frente a un 35% de polimedicados.
4. El 62% de pacientes (PP) no acuden a urgencias frente a un 38% (PP) que sí acuden, en pacientes no tratados con PP las visitas posteriores son de un 80%.
5. Comparamos pacientes tratados con PP y con antipsicóticos orales.

CONCLUSIONES:

1. En primer lugar podemos observar que con el PP durante este año, los pacientes presentan un gran nivel de cumplimiento terapéutico.
2. Pacientes con PP disminuyen sus visitas a urgencias psiquiátricas.
3. El uso de antipsicóticos orales es significativamente menor en pacientes tratados con PP.
4. Las dosis de mantenimiento con PP más frecuentes son 150,75 y 50 mg, en pacientes de este centro.
5. Alto nivel de satisfacción expresado verbalmente por los pacientes tratados con PP.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kramer et al. Paliperidone palmitate, a potential long-acting treatment for patients with schizophrenia. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy and safety study. Int J Neuropsychopharmacology. 2009; 27: p113.
2. Hough D et al. Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time to relapse in patients with schizophrenia: A randomized, double-blind placebo-controlled study. Schizophrenia Research. 2010; 116 (23): 107-117.
3. Gopal S et al. Efficacy and safety of paliperidone palmitate in adult patients with acutely symptomatic schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study. Int Clin Psychopharmacology. 2010; 25(5): 2475.

EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE RELAJACIÓN DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA

Aitziber García Martínez de Estarrona, Antonio Pardo Caballero, Juana María Mateo Castejón, Cristina Banacloig Delgado, Antonio Alcaraz Vivancos, María Dolores Flores García

La intervención de un paciente con Trastorno Mental Grave ha de pasar por un entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante los distintos estresores a los que pueda estar sometido. El entrenamiento en estrategias de relajación no es lo único que se debe trabajar, pero sí debe ser un aspecto central en su tratamiento, siendo la técnica más usada en los tratamientos psicológicos dentro del marco de la modificación de conducta como forma de enfrentarse a la ansiedad. Dentro del programa de autocontrol y afrontamiento al estrés que se realiza en la unidad de RHSM de Cartagena se incluye un programa específico de relajación realizado por el equipo de Enfermería. Dicho taller ha evolucionado a lo largo de los años adaptándose a las necesidades de los usuarios basándose en la experiencia profesional y en la evidencia científica disponible.

TALLER DE RELAJACIÓN



MEDIA ASISTENCIA TALLERES RELAJACIÓN AÑO 2012

RELAJACION BASICA	60,58 %
RELAJACION BASICA MANTENIMIENTO	63,38 %
RELAJACION AVANZADA	72,73 %
RELAJACION MANTENIMIENTO AVANZADA	77,71 %
RELAJACION TRASTORNO LIMITE PERSONALIDAD	62,05 %

MEDIA TOTAL ASISTENCIA TALLERES REHABILITACION

67,32 %

MEDIAS CUESTIONARIOS ANSIEDAD	RTLP N=9
	RMA N=8
	RMB N=6
	RA N=43

STAI-ESTADO ANSIEDAD	STAI-RASGO ANSIEDAD	BSQ-SINTOMAS ANSIEDAD
39	42,33	28,75
23,95	28,26	22,93
20,13	18,25	12,2
18	13	12,13



CONCLUSIONES

La asistencia a los talleres aumenta cuando el taller requiere mayor práctica y compromiso. El estado de ansiedad varía significativamente según la patología (TLP mayor) y en el taller más básico de mantenimiento los pacientes presentan niveles de ansiedad más bajos. Tras cinco años, se puede concluir que es necesario y práctico adaptar el taller de relajación a las necesidades de cada momento y cada grupo según lo observado en la práctica diaria.

PAE SEGÚN MODELO AREA EN UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

AUTORES: AURORA CARRANZA ROMÁN(1), MARTA MARTÍNEZ CANTÓ(2), MARTA LÁZARO SAHUQUILLO(3), NOELIA DEL AMOR MARTÍNEZ(4), JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ(5), SANTIAGO NICANOR TÁRRAGA DÍAZ(6) .

(1),(2),(3),(4),(5) Residentes de Enfermería de Salud Mental de Albacete, (6)Médico Psiquiatra

Introducción: Aplicación del modelo Area en un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide derivado de la USM al PTCA. Para asegurar unos cuidados de calidad es necesaria la aplicación del PAE para colaborar posteriormente en la elaboración del PIR con el resto del equipo del PTCA.

Objetivos: Extraer diagnósticos de enfermería para establecer un plan de cuidados con formato NANDA/NIC/NOC y a su vez dar a conocer el modelo AREA.

Desarrollo: Varón de 35 años nacido en Alemania diagnosticado de esquizofrenia paranoide derivado de la USM tras 15 ingresos previos en UHB por mala adherencia terapéutica. Menor de 3 hermanos. Trabajó de músico profesional en Alemania. Presenta alteraciones conductuales en su entorno familiar y social. En la valoración enfermera destaca la alteración de los patrones nutricional metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, cognitivo perceptivo, autopercepción y auto concepto, rol - relaciones, sexualidad y reproducción, afrontamiento y tolerancia al estrés, valores y creencias. El patrón rol-relaciones y percepción manejo de la salud son disfuncionales en paciente y familia.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD:

Aspecto general adecuado, aseado, viste "estilo "rapero". Buena adherencia al tratamiento, historia previa de no seguimiento de tratamiento ambulatorio. Nula conciencia de enfermedad, el paciente refiere que tiene mucho trabajo via internet en el que predica el mensaje que Dios le ha encomendado por lo que no tiene tiempo de acudir tan a menudo al programa asertivo. Historia previa de consumo de cannabis (inicio del consumo a los 16 años), alcohol y tabaco. En el último ingreso en UHB refiere consumo diario de alcohol (11-2l de vino al día) desde los últimos 3 meses, niega consumo en el momento de la derivación a PTCA, fumador de 30-40 cigarrillos diarios. Toma café a diario. No consumo de cannabis en el momento actual.

Tratamiento clínico:

- Risperidol consta 50+ 50mg cada14 días
- Risperidol v.o. 6mg 0.5 - 0 - 1
- Favrilol v.o 0.5 mg 1 - 1 - 1

4. ACTIVIDAD- EJERCICIO:

Al inicio se muestra suspicaz y desconfiado posteriormente más colaborador y abordable. No tiene deseos de participar en actividades con consumo de energía, vida sedentaria. Presenta cambio notable de habilidades y funciones físicas, intelectuales y socioculturales. Gasta rápido el dinero, se lo gestionan sus padres. El paciente demanda más dinero a su familia. Ocio: escuchar música (rap, hip-hop), ver la TV, la lectura (libros religiosos, diccionarios, la Biblia), el cine. Comunicarse via internet mediante redes sociales. En el pasado le gustaba jugar al baloncesto.

7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO:

Percepción de la imagen corporal confusa e inadecuada por dolor megalomaniaco. Auto descripción personal sobrealorada. Sentimientos de tristeza, apatía, desesperanza.

2. NUTRICIONAL- METABÓLICO:

Peso:102.1 kgs.Talla:1.75 cm IMC: 33.33.Obezidad grado 1. Apetito aumentado. No restringe de su dieta ningún alimento, su alimentación es cualitativamente correcta pero cuantitativamente excesiva. Come solo por problemática relacional con su padre. Sin horarios, patrón errático. No tiene conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada, precisa EPS sobre hábitos de vida saludable.

5. SUEÑO - DESCANSO:

Refiere 9 horas de sueño nocturno. Se acuesta tarde, lo despiertan sus padres por la mañana. No precisa tratamiento farmacológico para dormir. Historia previa de insomnio de conciliación. Su percepción sobre este patrón es que es adecuado.

8. ROL-RELACIONES:

Del año: 1977-1999 la familia vivía en Alemania, en un barrio de bajo nivel adquisitivo. En 1999 tras jubilación de los padres regresan a España. Padres españoles inmigrantes.

Padre: jubilado, relaciones extramatrimoniales. Intransigente. Tutor legal del paciente. Mala relación afectiva con su hijo. Negador de su responsabilidad y de la enfermedad, atribución externa.

Madre: jubilada. Rígida, conflictiva de pareja y familiar. Dificultad para comprender la enfermedad del paciente, cierta permisividad y sobreprotección con él. Atribución externa de la enfermedad (consumo de cannabis, amistades inadecuadas y Ambivalente, oculta información con complicidad hacia su hijo a los profesionales, lo disculpa y se alía con él para descalificar al padre. Negadora parcial del problema de su hijo y de su problema conyugal.

Hermano: 46 años, casado, tiene dos hijos, estudios de empresariales. Vive fuera del entorno familiar del paciente.

Hermana: 38 años, separada, una hija. Estudios de gerocultura. En paro, vive con el paciente, sus padres y su hija en el mismo domicilio. Amenazas por parte del paciente con un cuchillo, ha puesto un cerrojo en su habitación por temor al paciente.

Paciente: no problemas de embarazo ni parto. 35 años. Está soltero, es el menor de 3 hermanos, convive en domicilio familiar con sus padres jubilados, hermana separada y una sobrina hija de esta última. Cobra una PNC con una minusvalía del 65%. El tutor legal es su padre. Estudios hasta graduado escolar. Habla español, alemán e inglés. En Alemania trabajaba como músico profesional en un grupo de rap (cantaba y componía), grababan discos y videoclips. Trabajos previos en España: en un restaurante, empresa de embalaje, empresa de limpieza, trabajos de comercial, estos trabajos los ha mantenido durante pocos días. Traductor en la compra-venta de vehículos de segunda mano en Alemania. Exento del servicio militar por enfermedad mental. Se alista varias veces en el ejército sin éxito, su deseo de pertenecer al ejército tenía que ver con una interpretación delirante de cual tenía que ser su destino. El rol del paciente en su núcleo familiar no está definido, asumiendo rol de defensor y cuidador de la madre, hermana y sobrina, enfrentándose física y verbalmente a la figura paterna por la creencia de que este quiere hacerles daño.

3. ELIMINACIÓN:

Eliminación intestinal adecuada. Eliminación vesical adecuada. Sudoración normal. Su percepción sobre este patrón es que es adecuada.

6. COGNITIVO- PERCEPTIVO:

Consciente y orientado X 3. Niega alteraciones sensorio perceptivas. Historia previa de fenómenos alucinarios y fenómenos de control del pensamiento. Impresiona memoria e inteligencia conservadas. Discurso delirante de contenido bizarro con delirio megalomaniaco, de perjurio, autorreferencial, mesiánico, paranoide, místico-religioso y mágico. Curso del pensamiento-lenguaje, asociaciones laxas de ideas con descarrilamiento, discurso fluido, lenguaje acelerado, disgregado y parcialmente desorganizado.

9. SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN:

Relaciones esporádicas en el pasado, actualmente no tiene pareja.

10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Baja capacidad para concentrarse o solucionar problemas. Cambios bruscos de humor. Se objetiva un estado de ansiedad y tensión, con heteroagresividad en el medio familiar y social, contra su padre, contra vecinos, contra gente de un bar. En casa se mantiene aislado. La convivencia familiar es un estrés continuo para el paciente desde su infancia por la problemática familiar. Afrontamiento del estrés mediante agresividad verbal y física, consumo de tóxicos (inicio del consumo de cannabis como manera de escapar del peso de los conflictos parentales), fugas del ambiente familiar sin destino a otras ciudades o países, todas estas son estrategias inefectivas.

11. VALORES- CREENCIAS:

Alteración de los valores y creencias (incluida la espiritual). No sabe discriminar lo correcto, apropiado o significativo, ambivalente respecto al "bien y el mal". Estuvo viviendo con una secta en Alemania buscando la solución para resolver los conflictos de sus padres. Era cristiano después se bautizó mormón (en el 2001). Actualmente acude a la Iglesia católica una vez por semana. Metas poco realistas, proyectos megalomaniacos, componer canciones y música, cree ser el salvador del mundo, que ha venido a España con privilegios, que ha construido un imperio con su ordenador, fundador de la comunidad europea y que tiene una misión y espera la señal de Dios para saber qué es lo que tiene que hacer.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- 190X: Mantenimiento inefectivo de la salud (00099)
- 210X: Incumplimiento terapéutico (00079)
- 31^o DX: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)
- 48 DX: Riesgo de estreñimiento (00015)
- 59 DX: Trastorno de la identidad personal (00121)
- 69 DX: Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)
- 78 DX: Deterioro de interacción social (00052)
- 89DX: Procesos familiares disfuncionales (00063) r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p conductas: agitación, conflictos crecientes, aislamiento. Sentimientos: ansiedad, desconfianza. Roles: alteración en la función del rol, deterioro de las relaciones familiares, negación familiar.
- 109DX: Afrontamiento familiar comprometido (00074)
- 119 DX: Ansiedad (00146)

DX CLAVE

190X: Mantenimiento inefectivo de la salud (00099) r/c dificultad para mantener un estilo de vida saludable, falta de conciencia de enfermedad m/p abandono del tratamiento farmacológico y terapéutico, abuso de sustancias tóxicas, falta de conocimiento y habilidades para el mantenimiento de conductas saludables, incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo conductas generadoras de salud.

110C: Conducta de búsqueda de la salud (1603)

-Conocimiento de la medicación (1808)

-Conocimiento proceso de la enfermedad (1803)

-Soporte social (1504)

-Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)

-Autocontrol del pensamiento distorsionado (001403)

-Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)

INDICADORES

- 160301 Hace preguntas 1-4
- 160313 Obtiene ayuda de un profesional sanitario. 1-5
- 162304 Toma la medicación a los intervalos prescritos. 1-5
- 130819 Conocimiento efectos terapéuticos de la medicación. 1-4
- 180820 Conocimiento efecto adversos de la medicación. 1-4
- 180302 Conocimiento proceso de la enfermedad. 1-3
- 150406 Refiere relaciones de confianza. 1-4
- 150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuado 1-4
- 260910 Los miembros de la familia colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados. 2-4
- 140302 No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes. 1-2
- 140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes 1-2
- 120207 Desempeña roles sociales. 1-3

EVALUACIÓN

NIC:

- 4120 Acuerdo con el paciente
- 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5602 Enseñanza del proceso de enfermedad
- 63650 Manejo de ideas ilusorias
- 74362 Modificación de la conducta: habilidades sociales

ACTIVIDADES:

- 1) -Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.
- Explorar con el paciente las razones de éxito o la falta de este.
- 2) -Disminuir el aislamiento social, siempre que sea posible.
- Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés
- 3) Instruir al paciente acerca de la administración de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene sobre los medicamentos.
- 4) -Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
- 5) -Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad
- Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados.
- 6) -Establecer una relación interpersonal de confianza.
- Evitar discutir sobre las creencias falsas, establecer dudas concretas.
- Evitar reforzar ideas ilusorias.
- 7) -Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados del déficit de habilidad social
- Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.

Conclusiones: Para la valoración utilizaremos los patrones funcionales de salud de M. Gordon. El proceso diagnóstico se fundamenta en el modelo de Carpenito. El modelo AREA identifica diagnósticos y genera hipótesis, centrándose en los resultados.

Bibliografía:

- 1. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008.
- 2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4.a ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- 3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5.a ed. Madrid: Elsevier; 2009.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y CONSUMO TABÁQUICO.

AUTORES: SANTIAGO NICANOR TÁRRAGA DÍAZ(1), AURORA CARRANZA ROMÁN(2) , MARTA MARTÍNEZ CANTÓ(3), MARTA LÁZARO SAHUQUILLO(4), NOELIA DEL AMOR MARTÍNEZ(5), JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ (6)

(1) Médico Psiquiatra, (2), (3), (4), (5), (6) E.I.R. de Salud Mental de Albacete

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de fumadores es muy alta en pacientes con enfermedad mental y, dentro de éstos, en los pacientes con esquizofrenia. La relación entre la adicción a la nicotina y la esquizofrenia es conocida desde hace tiempo y está en parte justificada por mecanismos patofisiológicos.

OBJETIVOS: Analizar relación tabaco con patología mental y otros factores epidemiológicos en una muestra puntual de una unidad de hospitalización psiquiátrica.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo en muestra de 16 pacientes hospitalizados en U.H.B recogida de forma aleatoria durante una semana.

RESULTADOS: En total fueron recogidos 16 pacientes, donde era el 50% hombres y 50 % mujeres con una media de edad de 42.12 años, siendo su procedencia mayor del núcleo rural frente al urbano (56.25% del núcleo rural frente a un 43.75% urbano). 3 de los casos eran de nacionalidad extranjera.

En cuanto al estado civil principalmente había mayoría de solteros (56.25 % de la muestra).

En cuanto a patología psiquiátrica por categorías según CIE-10 (Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento) existía un 43.75% en la categoría F20-F29, un 25% en la categoría F30-F39, otro 25 % en categoría F60-F69 y únicamente un 6.25 % en la categoría F00-F09.

En el análisis entre tabaco y patología psiquiátrica a destacar como en los pacientes de la categoría F20-F29 y F30-F39 existía más de un 70 % de pacientes fumadores.

Excluyendo el tabaco hay que señalar como más de un 50 % de los casos analizados presentaban abusos de otros tóxicos.

CONCLUSIONES: Destacar que la nicotina y la patología psiquiátrica han estado ligadas a lo largo de la historia. El tabaquismo ha sido identificado como el factor prevenible más importante para evitar morbilidad y mortalidad prematura. Se estima que la esperanza de vida del paciente con esquizofrenia es un 20% menor que la de la población general. Esto puede ser en parte explicado por la alta tasa de tabaquismo en esta población.

La enfermería especialista en Salud Mental lo considera un problema y sería conveniente plantear un plan de intervención para evitarlo, siendo un personal muy válido para colaborar en la implementación de un programa de abandono de tabaco, tanto en terapias individuales como en grupo.

El trabajo multidisciplinar en el paciente psiquiátrico ayuda a un mejor estudio del paciente como un ser biopsicosocial.



BIBLIOGRAFÍA:

- Diwan A, Castine M, Pomerlau C, Meador-Woodruff JH, Dalack G. Different prevalence of cigarette smoking in patients with schizophrenia vs mood disorders. Schizophr Res 1998; 33:113-8.
- Leon J, Díaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. Schizophr Res 2002; 56:47-54.

PROGRAMA DE SCREENING EN EL TAC

(1) Santos Mayor María Vanesa, (2) Soto Martínez Elena, (3) Quijano Sevillano M^a Dolores, (4) Valero Soto M^a Camen, (5) Parra Parra Yolanda, (6) Mateo Sánchez María Soledad
(1 y 2) Enfermeras Especialistas en Salud Mental del Tratamiento Asertivo Comunitario de Cartagena.
(3, 4, 5 y 6) Enfermeras Especialistas en Salud Mental del Hospital Universitario Santa María de Cartagena.

INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia en la población esquizofrénica de factores de riesgo cardiovascular tales como la obesidad, la dislipemia, las alteraciones del metabolismo glucídico, el tabaquismo, un estilo de vida sedentario y una dieta poco equilibrada, así como algunos efectos indeseables del tratamiento antipsicótico, justifica la elevada tasa de morbilidad cardiovascular en estos pacientes¹.

Los pacientes con esquizofrenia tienen una tasa estandarizada de mortalidad que duplica la esperada para el resto de la población.
Gran parte de la morbilidad en estos pacientes se debe a enfermedades cardiovasculares.
El síndrome metabólico tiene una alta prevalencia entre los esquizofrénicos y puede aumentar entre 2 y 4 veces el riesgo coronario.

Por todo esto existe la necesidad de orientar e informar al paciente psiquiátrico y a sus familiares acerca de este síndrome, así como de cambiar hábitos en la alimentación y en el ejercicio físico.

OBJETIVOS

- Describir el perfil de paciente usuario del TAC al que se realiza el screening.

- Explicar el trabajo llevado a cabo por enfermería y las actividades preventivas y de educación para la salud (Eps)

- Describir screening y variables recogidas.

Perfil de usuario al que realizamos screening :

Todo paciente incluido en el programa TAC.

Criterios de inclusión de pacientes en el programa:

Diagnóstico primario de Esquizofrenia,

Trastornos Esquizoafectivo o Trastorno Afectivo Severo

con/sin consumo de sustancias tóxicas, que cumplan una o más de las siguientes condiciones:

- ❖ Hospitalizaciones frecuentes sin continuidad de tratamiento ambulatorio entre las mismas.
- ❖ Exclusión o en riesgo de exclusión social.
- ❖ Escaso enganche y adherencia al tratamiento.

Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes

- ❖ Casos que presenten graves trastornos de conducta
- ❖ Riesgo para la integridad física del paciente y/o terceras personas
- ❖ Dos o más hospitalizaciones en el último año (las cuales se reflejarán en informe de derivación).

TALLER DE ACTIVIDAD FÍSICA

Realizamos tres talleres de actividad física semanal de diferente intensidad:

Lunes

Actividad física de intensidad leve: salidas a caminar de 30 minutos de duración.

Martes

Actividad física de intensidad moderada: salidas de 40 minutos a paso ligero.

Jueves

Actividad física de intensidad moderada: ejercicios aeróbicos en gimnasio del centro.

Realizamos medición pre y post actividad física de FC y Sat O2.

En el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) realizamos a nuestros pacientes un screening físico como medida de detección y control de los parámetros que influyen en el síndrome metabólico.

La actividad de enfermería se centra en dar la voz de alarma y derivar a su centro de atención primaria correspondiente, así como de llevar a cabo la educación para la salud (Eps) más adecuada en cada caso, incidiendo sobre todo en alimentación, actividad física, prevención de diabetes y de hábitos tóxicos.

Alimentación equilibrada

- Proporcionamos al paciente información sobre dieta saludable.
- Alimentos adecuados/ inadecuados dependiendo del paciente.
- Formas de cocinar.

Ejercicio físico

- Recomendaciones individualizadas.
- Realizamos talleres de actividad física de diferente intensidad tres días a la semana (lunes, martes jueves), trabajando distintas áreas según requerimiento del paciente.

Prevención de diabetes

- Consejos alimentarios y ejercicio físico.
- Alimentos recomendados y no recomendados.

Prevención de hábitos tóxicos

- Proporcionar información sobre los riesgos de un consumo excesivo de tóxicos.
- Dar pautas para reducir el consumo de tabaco.

Se realiza una medición inicial de los parámetros a valorar y las siguientes se llevan a cabo cada seis meses. Los parámetros son:

- ❖ Tensión arterial (TA).
- ❖ Peso, talla e índice de masa corporal (IMC).
- ❖ Glucemia capilar.
- ❖ Perímetro abdominal (PA).
- ❖ Frecuencia cardiaca (FC).
- ❖ Análisis anual (Colesterol HDL, LDL, colesterol total, glucemia y triglicéridos)
- ❖ Número de cigarrillos consumidos al día.
- ❖ Tratamiento antipsicótico atípico

FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EVALUACIÓN
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102

CONCLUSIONES

La realización de un screening físico a los pacientes con trastorno mental grave en seguimiento por el equipo de TAC nos permite detectar factores de riesgo sobre los que poder actuar, ya sea mediante educación para la salud (alimentación y actividad física, prevención de diabetes y hábitos tóxicos), fomentando el contacto su medico de atención primaria y realizando un seguimiento por parte de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Araña Moreno T, Tourinho González R, Hernández Fieta JL, León Pérez P. *Psiquiatría Biológica*. 2006;13:127-35. Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/psb> 1134-5934/13/127
2. Joffe Velázquez VM, García-Maldonado G, Solís-González AH, Lin-Ochoa D, Soto-Herrera R. *Enfermedad psiquiátrica y síndrome metabólico*. Énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2008;72(1):41-49.
3. Cerit C, Ozgen E, Yildiz M. [The prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with schizophrenia]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 19: 124-132
4. Molina Martín JD. El síndrome metabólico en el enfermo mental. *SaludMental.info* [Internet]. 2007 [citado 2 mar 2013];1(8):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2007/sindrome_metabolico_mar2007.html

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO BUPRENORFINA / NALOXONA

Póster número 13

MARÍA DOLORES SERRANO JUSTICIA, VERÓNICA DÓLERA FÉREZ, MARÍA JOSÉ GARCÍA ANDREU

INTRODUCCIÓN

La dependencia a opiáceos es una enfermedad multifactorial, crónica y con reagudizaciones, pero tratable, en el que se consiguen resultados óptimos aplicando un enfoque que combine intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos reducen riesgos y daños dirigidos a la población drogodependiente. Nos permiten que las personas sean retenidas por la red sanitaria, mejorando su salud física, psíquica como su integración social y calidad de vida, a la vez que reducen la gravedad que conllevan las adicciones.

Actualmente, además de la metadona, existe en España la posibilidad de diversificar tratamientos usando una combinación de buprenorfina/naloxona.

El tratamiento con buprenorfina/naloxona va encaminado a conseguir la abstinencia de heroína por parte del paciente.

OBJETIVOS

- Disponer de pautas de actuación que ayuden a la organización del tiempo.
- Favorecer la comunicación entre el equipo multidisciplinar
- Establecer una secuencia común de actividades.
- Dejar constancia del procedimiento.

DESARROLLO

DIAGNÓSTICOS	NOC	NIC
00011 Estreñimiento	1608 Control del síntoma	1100 Control de la nutrición 4120 Control de los líquidos 0200 Fomento del ejercicio
00095 Deterioro del patrón del sueño	0004 Sueño	2300 Administración de medicación 6482 Control ambiental: comodidad 1850 Mejora del sueño
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5240 Asesoramiento 5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnica de relajación
00052 Deterioro de la interacción social	1502 Habilidades de la interacción social	5230 Aumentar el afrontamiento 4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales 5400 Potenciación de la autoestima



QUIEN LO REALIZA (Intervenciones):

- Médica • Enfermera • Auxiliar de clínica.

VA DIRIGIDO A:

- Pacientes con intolerancia o metabolización rápida o rechazo a la metadona.
- Pacientes con breve historia de consumo de heroína.
- Pacientes consumidores de bajas dosis de heroína.
- Pacientes consumidores de heroína con VIH.
- Pacientes con patología dual.
- Pacientes consumidores que lo soliciten directamente.

Excepciones:

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- Insuficiencia respiratoria grave.
- Deterioro hepático grave.
- Alcoholismo agudo o delirium tremens.
- Embarazo, lactancia.

FASES

1. Inducción:

DÍA 1: La primera consulta de preparación a la inducción, se debe realizar en los primeros días de la semana (lunes, martes) con el objeto de tener días por delante para poder valorar la evolución del tratamiento.

DÍA 2: Se debe citar al paciente a primera hora de la mañana, tras la primera administración de la medicación, se observará al paciente sobre 1,5 horas para observar el efecto del tratamiento. Tras este periodo se volverá a valorar al paciente para modificar la dosis.

Si la normalidad es la nota dominante, el paciente no presenta síndrome de abstinencia, y refiere en encontrarse bien, se le citará al día siguiente a primera hora de la mañana para seguir con la fase de inducción

DÍA 3: Valoración clínica general.

Si ha conseguido llegar a la dosis eficaz, mantendremos esta dosis en las semanas sucesivas, con las variaciones oportunas en función de las evaluaciones (semanales y quincenales) y de los controles de orina que se realizan al paciente.

La fase de inducción termina cuando el paciente se encuentra estable, sin síndrome de abstinencia, sin craving, con analíticas toxicológicas negativas (a heroína), sin síntomas de sobredosificación, y sin efectos secundarios graves, tras lo cual pasará a la siguiente fase, llamada fase de estabilización.

2. Estabilización:

Esta fase puede durar unos 3 meses, el paciente acude periódicamente a la consulta, para la valoración tanto por parte del psiquiatra (quincenal o mensualmente) y de enfermería para la valoración y administración del fármaco (semanal o quincenalmente).

3. Mantenimiento/ Reducción/Reajuste

En esta fase, el paciente optará por el objetivo de tratamiento que se estime más apropiado, junto con su terapeuta.

CONCLUSIONES

- La buprenorfina/naloxona va a ocupar el «espacio» existente entre los programas de tratamiento con agonistas (metadona) y los denominados «programas libres de drogas».
- Se trata de un fármaco eficaz y seguro que debe emplearse en el contexto de un programa de intervención psicosocial más amplio.

BIBLIOGRAFÍA

1. -Baño D, Carreño E, Fusté G, Martín G, Martínez V, Martínez J, et al. Guía para tratamiento de la adicción a opiáceos con Buprenorfina/Naloxona. Edita: Socidrogalcohol. Barcelona. 2010.
2. -González F, Gutiérrez J, Bilbao I, Ballesta R, Lozano O. Inducción a buprenorfina sublingual desde metadona: estudio clínico descriptivo en una muestra de pacientes tratados en una comunidad terapéutica. Trastornos Adictivos. 2008; 10(1): 49-64.
3. -García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2008. 5ª Edición.
4. - Roncero C, Casas M. Eficacia clínica de la buprenorfina. Trastornos adictivos. 2005; 7:23-6.
5. -Roncero C, Sáez-Francés N, X. Castells X, Casas M. Eficacia y manejo clínico de la buprenorfina. Trastornos Adictivos. 2008;10(2):77-87.



REIKI EN SALUD MENTAL

Ángela M^a Díaz García¹ y Magdalena Gómez Díaz²

1. Diplomada en Enfermería. HGU Virgen de la Arrixaca
2. Dra en Psicología. Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Introducción

El Reiki (energía universal) es una modalidad de sanación a través de la imposición de las manos que se practica en más de 800 hospitales en los EEUU (1) y en distintas unidades de hospitales españoles. Trata de lograr el bienestar físico, mental y social que promulga la OMS en su definición de salud.



Figura 1. Centros energéticos

El Reiki consigue el equilibrio del cuerpo, mente y espíritu a través del equilibrio de nuestros centros energéticos (2), y no sustituye la medicina convencional, cada una actúa en campos diferentes y se complementan para mejorar las condiciones de vida del ser humano (3).

Marta Rogers, enfermera e investigadora, impulsó el manejo de los campos de energía del ser humano y su entorno para lograr la integridad y la armonía con la finalidad de maximizar el potencial de salud por medio de métodos no invasivos (4).

Objetivos

- Dar a conocer la importancia de las terapias alternativas y/o complementarias en la salud mental.
- Mostrar los beneficios del Reiki en la salud mental.



Figura 2. Arquetipo de sanación

Desarrollo



Figura 3. Tratamiento con Reiki

La medicina alternativa y/o complementaria se ha ido extendiendo a nivel mundial, sobre todo en la última década. Además, va adquiriendo cada vez más importancia en la salud mental (5). Berenzon, Alanís y Saavedra (2009), indican que cada vez hay un mayor uso de las terapias complementarias entre las personas con algún trastorno mental (6).

La revisión de la literatura revela los beneficios que el Reiki tiene sobre la salud mental, sobre todo ante la ansiedad y la depresión, que han sido los trastornos más estudiados con este tipo de terapia (7,8).

Por ejemplo, Richeson, Spross, Lutz y Peng (2010) concluyen en su estudio con ancianos que tanto los síntomas físicos como el estado emocional de ancianos con depresión y/o dolor mejoran tras un programa de intervención con Reiki (9). Bowden, Goddard y Gruzeliér (2011), muestran que la depresión y la ansiedad de estudiantes mejora tras la intervención con Reiki, frente a un grupo control (8).

También se ha aplicado el Reiki en profesionales de la salud con *burnout* y estrés laboral, obteniendo resultados favorables (10,11).

En diversos estudios queda reflejado cómo el Reiki reduce la ansiedad y proporciona bienestar general en pacientes oncológicos (12,13), que es una de las poblaciones donde más se ha intervenido.



Figura 4. Tratamiento con Reiki

Conclusiones



Figura 5. Tratamiento con Reiki

Las terapias alternativas y/o complementarias son utilizadas cada vez más en salud mental con resultados favorables. Y el Reiki es una de las terapias complementarias que se ha demostrado y se sigue demostrando que funciona ante problemas de salud, tanto física como mental.

A nivel mental, según la literatura revisada, el Reiki ha resultado beneficioso ante la ansiedad, el estrés, el *burnout*, la depresión y, en general, en estados de nerviosismo, produciendo principalmente un efecto de relajación y bienestar.

Aunque cada vez hay más evidencia científica al respecto se hace necesario seguir investigando sobre dichas terapias y sus beneficios. Así como cada vez hay más programas de formación en Reiki y otras terapias naturales que son aceptadas y reconocidas en diversas entidades públicas y privadas.

Bibliografía

- Clark C. An Integral Nursing Education Experience Outcomes From a BSN Reiki Course. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27 (1): 13-22.
- Mercury. Reiki manos que curan. Madrid: Edimat Libros; 2002.
- De'Carli J. Reiki Universal. Madrid: Edad; 2001.
- Avila G, Casique L. Influencia del Reiki como cuidado de enfermería en el bienestar de personas con diabetes. *Desarrollo Científ Enferm*. 2009; 17 (2): 57-61.
- Sarmiento MJ, Strejilevich S, Gómez-Restrepo C, Gil L, Gil F. Uso de medicinas complementarias y alternativas en pacientes con trastorno afectivo bipolar en Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2010; 39 (4): 665-682.
- Berenzon S, Alanís S, Saavedra N. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2009; 31: 107-115.
- Vargas L, Casillas L. Medical anthropology in Mexico. *Soc Sci Med*. 1998; 28 (12): 1343-1349.
- Bowden D, Goddard L, Gruzeliér J. A randomized controlled single-blind trial of efficacy of reiki at benefitting mood and well-being. *Evid-Based Complement and Alternat Med*. 2011 [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092553/>
- Richeson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Res Gerontol Nurs*. 2010; 3 (3): 187-199.
- Díaz Rodríguez L, Arroyo Morales M, Cantero Villanueva I, Fernández Lao C, Polley M, Fernández de las Penas, C. The application of reiki in nurses diagnosed with burnout syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Biol Res Nurs*. 2011; 19 (5): 1132-1138.
- Cuneo CL, Curtis MR, Drew, CS, Naoum-Heffernan C, Sherman T, Walz K et al. The effect of reiki on work-related stress of the registered nurse. *J Holist Nurs*. 2011; 29: 33-43.
- Birocco N, Guillaume C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N et al. The effects of reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012; 29 (4): 290-294.
- Marcus DA, Blazek-O'Neill B, Kopar JL. Symptomatic improvement reported after receiving reiki at a cancer infusion center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013; 30 (2): 216-7.



CONSULTA DE ENFERMERÍA: PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Autores: Aurora G^a Bermejo, Ana Isabel Castillo Ortega, Rebeca N. Zamora Puche, M^a Ángeles Ruiz Chumilla, Silvia López Espejo, M^a Carmen G^a Pérez

INTRODUCCIÓN:

Según datos del Ministerio de Sanidad solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con Trastornos Mentales, siguen de forma rigurosa su tratamiento farmacológico, el resto prefiere no ingerir fármaco alguno, ya sea porque cree no necesitarlos o dejan de tomarlos después de sufrir síntomas indeseables a causa de los efectos colaterales asociados a los fármacos.

En España se habla de cifras de incumplimiento en general entre un 25-60 %, y García Cabeza y cols (1999) encuentran en su muestra de pacientes con esquizofrenia, un 45 % de incumplidores. Sin embargo este porcentaje de incumplimiento del tratamiento aumenta hasta el 75%, en los pacientes que desarrollan un primer episodio psicótico según se refleja en un estudio realizado por Gaebel y Pietzcker (1983) con pacientes de primer brote psicótico.

Definimos:

PROGRAMA: conjunto organizado y coherente e integrado de actividades y de servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos, para una población definida.

ADHERENCIA: grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud implica la activa colaboración voluntaria del sujeto

DIAGNÓSTICOS:

- Control inefectivo del régimen terapéutico personal m/p verbalización de la dificultad para llevar a cabo el régimen prescrito r/c déficit de conocimientos.
- Incumplimiento del tratamiento m/p conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento r/c conocimientos y habilidades para llevar a cabo el régimen terapéutico.
- Mantenimiento inefectivo de la salud m/p falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas r/c deterioro perceptivo o cognitivo

OBJETIVOS E INTERVENCIONES

Conducta de cumplimiento

- Enseñanza proceso de la enfermedad
- Asesoramiento

Autogestión de los cuidados

- Apoyo en la toma de decisiones
- Potenciación de la autoestima

Conocimiento del régimen terapéutico

- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de la enfermedad
- Escucha activa

Control del síntoma

- Establecimiento de objetivos comunes
- Acuerdo con el paciente
- Facilitar la responsabilidad consigo mismo

Conducta de fomento de la salud

- Aumentar el afrontamiento
- Identificación de riesgos

Conocimientos: fomento de la salud

- Educación sanitaria
- Enseñanza: individual

DESARROLLO:

Este programa se lleva a cabo en la unidad de rehabilitación de San Andrés en el área VII de la Región de Murcia Las encargadas de llevarlo a cabo son las enfermeras de esta unidad.

Tras detectar las necesidades del paciente en una valoración inicial, se le propone formar parte de este programa, se le comunica a la familia, con la intención de favorecer la colaboración.

En sucesivas consultas se irá trabajando, la adherencia, la utilidad de los fármacos, la autonomía, según los objetivos propuestos. Se le facilitará un pastillero adecuado a sus necesidades, que irá completando según la medicación prescrita, el paciente valorará si el pastillero le resulta útil o no, y se le propondrá la adquisición de uno propio.

Una vez comience a asistir a se citará una vez a la semana para comprobar las tomas que ha dejado, las dificultades que ha encontrado...y se preparará nuevamente el pastillero semanal en la consulta. Se trabajará semanalmente en la consulta individual y grupalmente.

VALORACIÓN INICIAL:

- HORARIOS DE LAS TOMAS.**
DESAYUNO
COMIDA
CENA
NOCHE
- ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO**
¿Te tomas la medicación tu solo sin necesidad de que te la den o te la recuerden?
¿Se te suele olvidar alguna dosis?
¿Qué haces en esos casos?
¿Sabes que son los efectos secundarios de la medicación?
Nombra alguno
¿Qué opinas del tratamiento?
Otras incidencias
- ADQUISICIÓN.**
¿Quién pide cita al médico de cabecera para las recetas?
¿Quién va a recoger las recetas?
¿Quién va a la farmacia a por los medicamentos?
¿Qué haces para no quedarte sin medicación?
¿Te has quedado alguna vez sin medicamentos? ¿Por qué fue?
¿Qué hiciste?
Otras incidencias
- VISITAS LA PSIQUIATRA.**
¿Vas a las revisiones con tu psiquiatra? ¿Vas solo o acompañado?
¿Te acuerdas de las citas o te las recuerdan?
¿Se te ha pasado alguna vez la cita? ¿Qué hiciste?
¿Has tenido que adelantar alguna vez la cita con tu psiquiatra? ¿Por qué fue?
Si empieza a encontrarte mal, distinto, o tu familia te dice que no te encuentra bien ¿qué harías?
Otras incidencias

VALORACIÓN DEL SEGUIMIENTO:

I- CONOCIMIENTO

1. ¿Sabes la medicación que tomas?

☐ SI ☐ NO

2. ¿Sabes para que te la tomas?

SI ☐ para

NO ☐

3. ¿Conoces los efectos secundarios que te puede producir la medicación? (Escribe alguno)

4. ¿Qué opinas de la medicación? DAI-10

1. ¿Parece difícil de tomar la medicación?	SI	NO
2. ¿Me acuerdo bien de cómo se toman los medicamentos?	SI	NO
3. ¿Tengo medicación para el día de hoy?	SI	NO
4. ¿Sé cómo debo tomar los medicamentos?	SI	NO
5. ¿Sé cómo debo tomar los medicamentos si me voy de vacaciones?	SI	NO
6. ¿Tengo medicación para cuando voy de vacaciones?	SI	NO
7. ¿Tengo un sistema para recordar las citas?	SI	NO
8. ¿Tengo un sistema para recordar las citas si voy de vacaciones?	SI	NO
9. ¿Tengo un sistema para recordar las citas si voy de vacaciones?	SI	NO
10. ¿Por qué es importante recordar las citas?	SI	NO

II. CUMPLIMIENTO

1. ¿Quién guarda tu medicación?
2. ¿Dónde?
3. ¿Quién prepara las pastillas?
4. ¿Te suelen recordar la toma de medicación?

III. GESTIÓN

1. ¿Quién se encarga de conseguir tu medicación?
 - De ir al centro de salud a por las recetas
 - De ir a la farmacia
2. ¿Qué haces para no quedarte sin medicación?
3. ¿Qué haces con la medicación que no utilizas?

IV. REVISIONES

1. ¿Vas solo a las revisiones con tu psiquiatra? ¿quién te suele acompañar?
2. ¿Qué haces para recordar las citas con el psiquiatra?
3. ¿Cada cuánto tiempo tienes cita con tu psiquiatra?

CONCLUSIONES

Es necesario instaurar un programa para dotar a los pacientes de habilidades y poder producir un cambio en sus hábitos de vida.

Por ello es recomendable disponer de un programa que les motive a conocer su enfermedad, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, disminuir las recaídas, mejorar sus creencias de influencia y control sobre su enfermedad.

Con un seguimiento adecuado por parte de enfermería se consigue una mayor conciencia de la enfermedad y adherencia en el tratamiento, favoreciendo en mayor grado la autonomía del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

•Franch Valverde J. I., Conde López V. J. M., Blanco Garrote J. A., Medina Ojeda, G. El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación: propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico. Fuente: Interpsiquis. 2001; (2) Disponible en: <http://www.interpsiquis.com>

Consultado: 15/12/09

•Granado López José Manuel et al. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Editorial Glosa. 2009. Barcelona.

•Tejedor G^a M^a Jesús, Esteban Marcell M^a Pilar. Guía práctica de informes de enfermería de Salud Mental. Editorial Glosa. 2008. Barcelona

ESCALA DE AUTONOMÍA.

RESPONSABILIZARSE (autónomo)

VERBALIZAR BENEFICIOS

ACEPTAR EL TRATAMIENTO

TOMAR TRATAMIENTO

4^a Fase
Autonomía con respecto al tratamiento farmacológico adaptada a las capacidades individuales

3^a Fase
Autonomía parcial para gestionar, adquirir, tomar el tratamiento...

2^a Fase
Seguimiento
Control y supervisión de la medicación.
Preparación autónoma del pastillero

1^a Fase
Valoración inicial
Periodo de enganche en el programa

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON TAB I EN FASE MANÍACA

AUTORES: NOELIA DEL AMOR MARTÍNEZ*, JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ*, SANTIAGO NICANOR TÁRRAGA DÍAZ **, AURORA CARRANZA ROMÁN*, MARTA MARTÍNEZ CANTÓ*, MARTA LÁZARO SAHUQUILLO*

* Residente enfermería de salud mental, **Médico psiquiatra adjunto

INTRODUCCIÓN

La enfermedad bipolar consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. El trastorno bipolar tipo I cursa con episodios de exaltación, denominado maníacos y episodios de depresión mayor que son habituales aunque no imprescindibles. La manía es la alteración del humor básico por exceso. Es la cara inversa de la depresión y se caracteriza por la exaltación de todas la manifestaciones psíquicas y somáticas del individuo.

OBJETIVOS

Unificar criterios y/o pautas para el manejo del paciente en fase maníaca, facilitar el trabajo, mejorar la calidad asistencial y cumplimiento de los criterios de resultado marcados en el plan de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Valoración del paciente mediante patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizamos la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

PROCEDIMIENTO

PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Abandono de autocuidados, nula conciencia de enfermedad y riesgos por conducta.

NUTRICIONAL-METABÓLICO

Aumento de apetito si repercusión sobre el peso debido a hiperactividad. Hábitos nutricionales desorganizados.

ELIMINACIÓN

Alteración de las necesidades corporales. Diarrea como posible efecto secundario al litio.

ACTIVIDAD-EJERCICIO

Hiperactividad sin descanso y en ocasiones agitación psicomotriz. Gestos exagerados y tono de voz elevado.

SUEÑO-DESCANSO

Disminución de necesidad de dormir y reducción de horas de sueño.

COGNITIVO-PERCEPTIVO

Afectación de curso y contenido de pensamiento. Respuesta a estímulos excesiva.

AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Elevado concepto de sí mismo y de sus posibilidades.

ROL-RELACIONES

Afectación a dinámica familiar, social y laboral.

SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Puede aparecer desinhibición, conductas provocativas y promiscuidad sexual.

ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

No percepción de situaciones estresantes y sobrevaloración de la capacidad para enfrentarse a las dificultades.

VALORES-CREENCIAS

Alteración de los valores personales. Atracción por todo tipo de rituales religiosos y prácticas de sanación.

DIAGNÓSTICO

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud

00079 Incumplimiento del tratamiento

00095 Insomnio

00043 Protección ineficaz

00101 Deterioro generalizado del adulto

NOC

1300 Aceptación de la salud
1609 Conducta terapéutica
0307 Autocuidados

1623 Conducta de cumplimiento
1608 Control de síntomas

0004 Sueño
1214 Nivel de agitación

1614 Autonomía personal
2501 Protección del abuso
1809 Conocimiento: seguridad personal

0300 Autocuidado en las actividades de la vida diaria

NIC

4480 Facilitar la autorresponsabilidad
4470 Ayuda en la modificación de sí mismo
4410 Establecimiento de objetivos comunes

2300 Administración de medicamentos
6680 Monitorización de los signos vitales

2380 Manejo de medicación
1850 Mejorar el sueño
5880 Terapia de relajación

6610 Identificación de riesgos
6400 Apoyo a la protección de abusos
6486 Manejo ambiental: seguridad
6654 Vigilancia: seguridad

1800 Ayuda al autocuidado
5440 Aumentar los sistemas de apoyo
7320 Gestión de casos

CURSO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

00130 Trastorno de los procesos de pensamiento

00122 Trastorno de la percepción sensorial: auditiva, visual

1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado
0907 Elaboración de la información

0901 Orientación cognitiva
1214 Nivel de agitación
1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado

6440 Manejo del delirio
6486 Manejo ambiental, seguridad
4350 Manejo de la conducta
6160 Intervención en caso de crisis

6510 Manejo de las alucinaciones
4820 Orientación en la realidad
5820 Disminución de la ansiedad
6580 Sujeción física

CONCLUSIONES

Se han definido los diagnósticos de enfermería más habituales en estos pacientes, unificando criterios y facilitando la orientación de los cuidados. Todo esto, aporta claridad de pensamientos y facilita la comprensión y el uso del lenguaje diagnóstico. Con la aplicación de la taxonomía NANDA a la práctica diaria se mejora la calidad asistencial y satisfacción del paciente

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-11. Madrid: Elsevier; 2010.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4.a ed. Madrid: Elsevier; 2009.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5.a ed. Madrid: Elsevier; 2009.

EL CUIDADO EN PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

AUTORES:

Alba Salud Riveiro Tassias, Verónica Bermúdez García, Guillermo Valero Segura, M^a Teresa Rojo Solana, Beatriz Rubio Cerezo, Micaela Ortín Pérez .

INTRODUCCION:

La tentativa de suicidio es una de las más importantes urgencias psiquiátricas siendo además una urgencia vital. El elevado número de pacientes con riesgo de autolesión o de conductas autodestructivas justifica la necesidad de protocolizar procedimientos y cuidados asistenciales en las unidades de salud mental ambulatorias y hospitalarias.

OBJETIVOS :

Conocer los requisitos de un entorno protector que contribuya a reducir las autolesiones y el suicidio.

DESARROLLO:

Según la bibliografía revisada de las diagnósticos NANDA en base al entorno protector para el paciente en riesgo de suicidio se coincide en ciertas intervenciones de enfermería para el confort y el control de dicho paciente.

Alteración del Patrón Seguridad/Protección según la NANDA 1995 (00150)

Definición.

Riesgo en la alteración de la seguridad y protección del paciente manifestado por conducta suicida y/o autolesiva.

Intervenciones.NIC)

- Eliminar objetos potencialmente lesivos, restringir el acceso a espacios de riesgo.
- Vigilancia y observación continuada del paciente.
- Estructuración de las actividades del paciente.
- Aplicación en caso de necesidad de medidas de contención.
- Toma controlada de la medicación.
- Protección mediante el establecimiento de una relación adaptada a las necesidades del paciente, a través de la facilitación de la expresión de sentimientos.
- Buscar la interacción y promover actividades que favorezcan la autoestima, confianza y control de sí mismo.

Resultados. (NOC)

El paciente se encontrará en un entorno protector y aprenderá a mejorar en el manejo de su conducta suicida y/o de autolesión.

CONCLUSIONES:

Aunque no se puede predecir con seguridad qué persona intentará o consumará un suicidio, el desarrollo de estrategias, permite prever razonablemente los riesgos de cada paciente, y responder al reto que supone el tratamiento de los pacientes con riesgo autolítico. Es deseable el desarrollo de futuras iniciativas para ayudar a los profesionales de la salud a prevenir el riesgo de suicidio y a mejorar el manejo de pacientes con conducta suicida.

BIBLIOGRAFIA:

- Asamblea General de la ONU. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119; 1991.
- Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes de la Fundación Avedis Donavedian. Alertas de seguridad en Atención sanitaria; 2006
- Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras, Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez. El Suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, Vol.29, No. 5, septiembre-octubre 2006.

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACIÓN DE LA SALUD FÍSICA REALIZADO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA AL AÑO DE SU INICIO

Aitziber Garcia Martinez de Estarrona, Antonio Pardo Caballero, Juana Maria Mateo Castejon, Cristina Banacioig Delgado, Antonio Alcaraz Vivancos , Maria Dolores Flores Garcia

INTRODUCCION



En los últimos años se ha incrementado el **interés en la salud física** de las personas que tienen Trastorno Mental Grave (TMG), realizándose numerosas investigaciones donde se ha encontrado un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad con respecto a la población general.

Existen varias guías internacionales como nacionales que indican la **necesidad de monitorizar** la salud física en esta población para prevenir el deterioro físico y mantener su calidad de vida. A pesar de ello, no hay estudios suficientes que demuestren una evidencia de calidad en cuanto a que la monitorización sea útil.

En la **Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena** se ha iniciado en octubre de 2011 un programa de monitorización de la salud física (PMSF) de todos los usuarios con TMG que acudían a la misma siguiendo el protocolo establecido por la Sociedad española de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica realizado en 2008 para la Esquizofrenia.

- 1.-Evaluar los cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) y el riesgo cardiovascular (RCV) según la tabla de RCV DORICA de los usuarios que realizaron la fase basal del PMSF y han continuado a los doce meses de la misma
- 2.-Comparar si hay diferencias en los resultados obtenidos por el grupo formado por aquellos usuarios que aparte del PMSF acuden a consulta de Enfermería (CE) frecuentemente (Programa Neurolépticos de Acción Prolongada (NAP) y/o seguimientos de enfermería individuales (SEI)) con el grupo de usuarios que solo acuden a la CE para realizar el PMSF.

OBJETIVOS



METODOLOGÍA



Estudio cuasiexperimental, con dos grupos no equivalentes y con medidas pre y post.

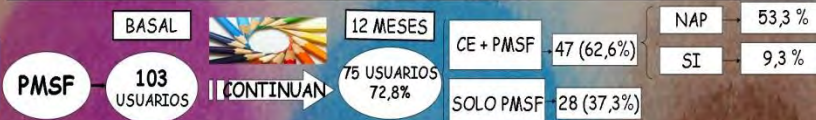
En la fase basal del PMSF y a los doce meses se ha medido el IMC y el RCV según DORICA donde se tienen en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, diabetes, tabaquismo, colesterol, HDL y tensión arterial.

Se ha considerado que cada usuario individualmente ha obtenido un **RESULTADO POSITIVO** con respecto a su IMC si se ha mantenido dentro de un IMC normal o siendo su IMC mayor de 25 ha disminuido.

Se ha considerado un **RESULTADO NEGATIVO** si el usuario con IMC mayor de 25 ha aumentado.

Para el análisis de los resultados obtenidos se ha utilizado el programa SPSS para la realización de pruebas estadísticas descriptivas y de comparación de medias inter-intra grupos.

RESULTADOS



OBJETIVO 1



OBJETIVO 2

MEDIAS (N=75)	BASAL	12 MESES	SIGNIFICACION P
IMC	30,15	29,93	0,295 NO SIGNIFICATIVO
RCV DORICA	8,05	7,24	0,304 NO SIGNIFICATIVO

No hay diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la edad, el diagnostico, sexo, el IMC o el RCV en la fase basal

	IMC BASAL	IMC 12 MESES	SIGNIFICACION P	RESULTADOS POSITIVOS IMC	DORICA BASAL	DORICA 12 MESES	SIGNIFICACION P
ACUDE FRECUENTEMENTE CE	30,02 (N=47)	29,91 (N=47)	P=0.734	61,7%	7,132 (N=32)	7,691 (N=32)	P=0.636
SOLO ACUDE AL PMSF	30,39 (N=34)	29,96 (N=34)	P=0.096	67,8%	9,219 (N=17)	5,676 (N=17)	P= 0.029

■ Cuando se clasifica individualmente a cada paciente por los resultados obtenidos con respecto al IMC se obtiene una visión más clara y significativa que solo calculando las medias del grupo en general. De esta forma, se puede concluir que en general los usuarios con los que se ha realizado un seguimiento a través del PMSF se han obtenido resultados favorables con respecto al IMC. De la misma forma, se debería valorar individualmente el RCV.

■ Las limitaciones del estudio con respecto al diseño del estudio y los sesgos por parte del investigador como de los usuarios, no permiten concluir que la frecuencia de los seguimientos sea un factor significativo a la hora de obtener mejores resultados. Sería necesario realizar más investigaciones al respecto.

CONCLUSIONES



BIBLIOGRAFIA



- 1.-De Hert, M. et al. "Physical illness in patients with severe mental disorders I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care". WPA Educational Module. World Psychiatry 10:1 February 2011.
- 2.-De Hert, M. et al. "Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level". WPA Educational Module. World Psychiatry 10:2 June 2011.
- 3.-Tosh, G. et al. "Pshysical health care monitoring for people with serious mental illness (Review)". The Cochrane collaboration. Published by John Wisley & Son, Ltd. 2012, issue 11.
- 4.-Saiz, J. et al. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica" Actas Esp Psiquiatr 2008; 36 (5):251-264

LA UTILIDAD DE LAS TABLAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA



Aitziber Garcia Martinez de Estarrona, Antonio Pardo Caballero, Juana Maria Mateo Castejon, Cristina Banacloig Delgado, Antonio Alcaraz Vivancos, Maria Dolores Flores Garcia

El **riesgo cardiovascular (RCV)** es la probabilidad que tiene una persona de padecer una **enfermedad cardiovascular (ECV)** en un periodo determinado (5 a 10 años).

En una misma persona es frecuente la coexistencia de varios factores de RCV y su asociación conlleva un incremento exponencial del riesgo. La prevención cardiovascular resulta más eficiente cuando se abordan todos estos factores de una forma integral.

El **cálculo del riesgo cardiovascular** es una herramienta básica para el establecimiento de las prioridades de prevención y tratamiento de las ECV. A través de la estimación a partir de la asociación entre la prevalencia de los factores de riesgo y la incidencia de episodios coronarios y/o cardiovasculares en una determinada población (se realiza un seguimiento de una cohorte durante un periodo de tiempo), se han confeccionado las diferentes tablas de RCV que se utilizan en España:

SCORE, DORICA y REGICOR

No hay un sistema de puntuación del riesgo para personas con Trastorno Mental Grave. Teniendo en cuenta que datos recientes indican que dichos pacientes normalmente son más jóvenes, presentan una tensión arterial más elevada y una mayor probabilidad de ser fumadores que los sujetos de las poblaciones utilizadas para calcular los sistemas de puntuación del RCV, es posible que las tablas disponibles actualmente

subestimen el riesgo real de los mismos

VALORAR QUE TABLA DE RCV ES MÁS UTIL PARA:

OBJETIVOS

- 1.-Motivar al paciente en el cumplimiento terapéutico mostrándole la evolución de su RCV en función de la desaparición de los distintos factores de RCV presentes
- 2.-Priorizar intervenciones, en función del grado de elevación de un factor de riesgo determinado y el impacto que su reducción tendrá en el cálculo del RCV global

METODOLOGÍA

- A través del **Programa de Monitorización de la Salud Física** realizado en la **URSM de Cartagena** desde octubre 2011 hasta marzo 2013, se ha obtenido el RCV de los usuarios en las tres tablas de RCV
- Se han comparado las puntuaciones obtenidas, el riesgo que se valora en cada una de ellas a nivel general e individual y su evolución el tiempo

CONCLUSIONES

DORICA es la tabla de RCV que independientemente de las diferencias existentes entre las diversas tablas con respecto a su metodología en su elaboración y validación, mejor permite mostrar tanto al paciente como al profesional su RCV actual y su evolución en el tiempo en función de los diferentes factores de RCV presentes

BIBLIOGRAFIA

- 1.- De Hert, M. et al. "Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave". Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2009; 2 (1): 49-59
- 2.- Bratons, C. et al. "adaptación española de la Guía Europea de prevención Cardiovascular". Rev Esp Salud Pública. 2004; 78:435-8
- 3.- Aranceta, J. et al. "Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA". Med Clin (Barc.) 2004; 123 (18): 686-91
- 4.- Gonzalez-Gonzalez, AL, & Obaya, JC. "¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria?". JANO, 11 de septiembre de 2009, Nº 1744

	FRAMINHAM ORIGINAL	CALIBRADA REGICOR	ESTUDIO DORICA	PROYECTO SCORE
INTERVALO DE EDAD	35-74	35-74	25-64	40-65
TIPO DE ACONTECIMIENTO ESTIMADO	MORBI MORTALIDAD CORONARIA	MORBI MORTALIDAD CORONARIA	MORBI MORTALIDAD CORONARIA	MORTALIDAD CARDIOVASCULAR
METODOLOGIA	ESTUDIO DE COHORTES	CALIBRACION DE UNA FUNCION BASADA EN UN ESTUDIO DE COHORTES	DISEÑO TRANSVERSAL	ESTUDIO DE COHORTES
POBLACION DE LA QUE SE OBTIENEN RIESGOS RELATIVOS	EEUU	EEUU	EEUU	2,3% ESPAÑA, 39,7% SUR Y CENTRO DE EUROPA, 58% NOROCCIDENTE DE EUROPA
POBLACION DE LA QUE SE OBTIENE EL RIESGO BASAL	-	ESPAÑA (GIRONA)	ESPAÑA	6,1% ESPAÑA, 93,9% ITALIA
VALORA PACIENTES DIABETICOS	SI	SI	SI	NO LOS CONSIDERA DE ALTO RIESGO
UTILIZA DATOS DE HDL	SI	SI	SI	NO
VALORACION COMPLETADA EN ESPAÑA	SI	SI	SI	CALIBRADA

RESULTADOS

EDAD: DORICA tiene un rango más amplio

DIABETES y HDL: REGICOR y DORICA pueden utilizar estas variables para promover cambios.

PUNTUACIÓN DE RIESGO: DORICA valora al 57,6% de los pacientes con RCV de ligero a moderado, coincidiendo estos resultados significativamente con otras variables de riesgo que no se valoran en las tablas de RCV pero que también presentan las personas con TMG: Obesidad, Perímetro Abdominal de riesgo y Triglicéridos elevados. SCORE infravalora el riesgo.

EVOLUCION: DORICA y REGICOR permiten mostrar claramente cambios significativos en su evolución.

EJEMPLO FASE BASAL: Varón de 46 años fumador, no diabético, colesterol 285 mgr/dl, HDL 34 mgr/dl, Tensión arterial 140/95 mmHg.

PUNTUACIONES EJEMPLO	DORICA	REGICOR	SCORE
FASE BASAL	31,5	13,5	1
12 MESES: SI AUMENTA TA: 160/100	34,5	15	1
12 MESES: SI DISMINUYE COLESTEROL A 200	21	9	1

ALTERACION DEL PATRON DESCANSO SUEÑO EN LA DEPRESIÓN MAYOR. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

AUTORES. M^{ra} Teresa Rojo Solana, Micaela Ortín Pérez, Guillermo Valero Segura, Beatriz Rubio Cerezo, Verónica Bermúdez García, Alba Riveiro Tassias.

INTRODUCCION.

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. En la depresión mayor, hay una alteración importante del patrón del sueño y es importante conocer todas aquellas intervenciones que pueden favorecer su restablecimiento.

OBJETIVOS.

-Conocer las intervenciones de enfermería relacionados con el descanso y el sueño.

DESARROLLO.

Se realizó una revisión bibliográfica de los diagnósticos de la NANDA relacionados con el patrón del sueño, y se recopilaban las intervenciones de enfermería relacionadas con el restablecimiento del mismo en la depresión mayor.

Alteración del patrón de sueño según la NANDA 1995 (1,4,1,8)

Definición.

Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere con el estilo de vida deseado.

"Alteración del patrón de sueño, relacionado con inquietud, pensamientos inquietantes o inversión del ritmo."

Objetivos.

El paciente dormirá un mínimo de ocho horas nocturnas y/o verbalizará buena calidad del sueño nocturno.

Intervenciones.

Instrumentales.

- Establecer programa de actividades diarias que reduzca los periodos de inactividad, determinando hora de acostarse y de levantarse.
- Pautar alternativas de descanso distintas al sueño o siesta: relajación, ver TV, pasear, etc.
- Realización de actividades naturales de inducción al sueño: baño caliente, vaso de leche, tilas, esperar al menos una hora desde la cena, relajarse antes de acostarse, etc.
- Valorar respuesta a hipnóticos prescritos.

Ambientales.

- Seleccionar habitación para dormitorio adecuada: libre de ruidos nocturnos, con adecuado control de la luz exterior.
- Adecuar los elementos físicos implicados: cama, sábanas, ropa de dormir, etc.

Educativas.

Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas.

CONCLUSIÓN.

La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales. Es por ello de vital importancia para el paciente con depresión mayor, todas aquellas intervenciones que favorezcan el restablecimiento de un patrón sueño-descanso normal.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Carpenito, L.J. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 4^a Ed. Madrid: Interamericana, 1993.
2. Caballero Navarro, C; Azúa Blanco, MD. Trastornos del sueño en el Anciano: Cuidados de Enfermería. Gerokomos, año II; 3:26-28, 1991.
3. Estivill-Sancho, E. et al. Hábitos de sueño en el Centro Geriátrico Municipal de Barcelona. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 27. 3:147-153, 1992.
4. Fernández Ferrín, C. et al. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson, 1994.

ESTUDIO SOBRE LA TERAPIA DE MOVIMIENTOS PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

AUTORES:

Soledad Carcelen García, , Guillermo Valero Segura, M^a Elián Puerta Calero, M^a Cristina Sandoval Carpes, Ana Isabel López Oliva y M^a Teresa Rojo Solana.

INTRODUCCION

La danza terapia es el uso terapéutico del movimiento y la danza dentro de un proceso que tiene por objeto alcanzar la integración psicofísica. Surge como práctica en ámbitos relacionados con la salud mental. En los años cuarenta se toma la danza como una forma de terapia en los Estados Unidos, debido al resurgimiento de la danza moderna, creándose un movimiento denominado *Danza Movimiento Terapia (D.M.T.)*.

The American Dance Therapy Association define la terapia de movimientos (DMT) como "el uso psicoterapéutico del movimiento como un proceso que incluye la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo"

OBJETIVO:

Evaluar los efectos de la terapia de baile en pacientes con esquizofrenia en comparación con el tratamiento habitual u otras intervenciones.

DESARROLLO

Revisión bibliográfica de estudios relacionados con la terapia del movimiento y el baile como terapia en esquizofrenia en la base de datos de biblioteca Cochrane y Google académico.

Payne señala que el principio de la terapia de baile se basa en el supuesto de que el movimiento y la emoción se encuentran en interacción recíproca. En primer lugar, a través del movimiento corporal el baile estimula y libera sentimientos, por lo que puede producir una reducción de la ansiedad. Los movimientos libres junto con el ritmo generan alegría física y emocional.

El terapeuta aprende a interpretar la expresión motora del paciente y a relacionar sus movimientos con sus sentimientos y luego logra que el paciente descubra sus sentimientos y tenga la oportunidad de experimentarlos en el movimiento.

La TMB trabaja la estructura, no exclusivamente el fenómeno psicótico; aunque no se transforme la personalidad se fortalece, permitiéndole al sujeto vivir mejor en su condición, ser más autónomo, eficaz, feliz y móvil.

Son ejemplo en D.M.T. La norteamericana Marian Chace y la argentina Maria Fux, quien creará una práctica de trabajo con personas sordomudas y personas con Síndrome de Down. En nuestro país, encontramos ejemplos de la aplicación de la danza terapia a nivel privado en Zaragoza y en Málaga.

CONCLUSION:

Esta revisión ha demostrado la capacidad de comprensión de las instrucciones de las dinámicas de grupo realizadas, a pesar del alto nivel de abstracción de las mismas. En las sesiones observamos un importante despliegue de creatividad, existiendo además un importante nivel de atención, concentración, motivación e interés.

Constituyendo una mejoría anímica y de la autoimagen. Favoreciendo la actividad física y el deseo de cuidarse, lo que incide positivamente en el cuidado somático.

BIBLIOGRAFÍA:

Stanley, C. (2007). Dance, don't interprete! Commentary on paper by Steven Cooper. En *Psychoanalytic dialogues* 17 (2): 299-304.

Bohus, M.; Limberger, M.F.; Frank, V.; Chapman, A.L.; Kühjer, T.; Stielglutz, R.D. (2007) Psychometric Properties of the Bordelune Symptom List (BSL). *Psychiatology*, 40. 126-132.

De las Heras Monastero, B. (2010). "El@s también pueden bailar flamenco", en Grötsch, K y de las Heras, B. (edit.). *Los caminos terapéuticos del Flamenco*. Flamenco Sapiens, Sevilla.

El aporte de Enfermería al contrato terapéutico en los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad

Ruiz Chumilla MA, Lopez Espejo S, García Bermejo A, Castillo Ortega A, Zamora Puche R, Chumilla Temprano M.

INTRODUCCIÓN



OBJETIVOS

- Mejorar, atendiendo a los indicadores relacionados establecidos en la NOC, el diagnóstico **Manejo inefectivo del régimen terapéutico**
- Evaluar la eficacia de la intervención **"Acuerdo con el paciente"** en los pacientes T.L.P. en régimen hospitalario
- Aumentar el control de la **impulsividad** durante el periodo de ingreso hospitalario
- Sentar las bases para futuros estudios que relacionaran la intervención propuesta con el manejo de la transferencia y la contratransferencia

H1 o Hipótesis alternativa: El "Acuerdo del paciente" (4420) adecuadamente registrado por escrito, consensuado entre paciente y profesionales, en algunos aspectos importantes durante su hospitalización, ayuda en la evolución positiva del diagnóstico de enfermería "Manejo inefectivo del régimen terapéutico" (00078) consiguiendo en mejor grado los NOC relacionados y un mayor control de la impulsividad respecto a cuando no se establece este acuerdo.

CONCLUSIONES

- T.L.P son considerados para muchas enfermeras como entre los pacientes más exigentes, desafiantes y difíciles en la práctica clínica.
- Gran desafío para la profesión pues generan en el personal una cargada contratransferencia negativa.
- Creemos que la introducción de la intervención "Acuerdo con el paciente" puede ayudar a mejorar el manejo de este tipo de pacientes.

Prevalencia del 2%

10% de pacientes vistos en Centros
Ambulatorios de Salud Mental

20% de los pacientes psiquiátricos ingresados

30-60% de poblaciones clínicas con T.
Personalidad

DESARROLLO

GRUPO EXPERIMENTAL

ACUERDO CON EL PACIENTE (NIC): modelo de contrato con aspectos fundamentales donde buscar acuerdo. Aspectos negociables e innegociables

- Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, polivariante y unicéntrico. Ensayo clínico aleatorizado: **ECA**
- Sujetos de estudio: pacientes diagnosticados de T.L.P., derivados al programa de T.L.P. del hospital psiquiátrico Román-Alberca, que reúnan criterios de inclusión: **MUESTREO CONSECUTIVO**

GRUPO EXPERIMENTAL

ESCALA IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

 Al ingreso y final de tte

GRUPO CONTROL

ESCALA MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO:
Selección de 4 indicadores de la NOC: Conducta de cumplimiento; Conducta terapéutica; enfermedad o lesión; Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria; Conocimiento: régimen terapéutico

BIBLIOGRAFÍA

[illegible]

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

AUTORES: Marta Lázaro Sahuquillo (1), Noelia del Amor Martínez (1), Javier Muñoz Sánchez (1), Santiago Nicanor Tarraga Díaz (2), Aurora Carranza Román (1), María Martínez Cantó (1)
EIR Salud Mental de Albacete (1), FEA Psiquiatría SESCAM (2)

Introducción

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una paciente de UHB diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor con sintomatología psicótica. El PAE permite a las enfermeras prestar cuidados individualizados de forma racional, lógica y sistemática.

Objetivos

Diseño de un PAE con relación a un caso práctico, elaboración de un plan de cuidados integral y personalizado, así como un seguimiento completo del paciente, atendiendo a las necesidades del paciente.

Desarrollo

Mujer de 67 años, casada, con 3 hijos. Conviene con marido e hijo (Trastorno Esquizoafectivo). Cuidadora principal de hijo y de sus padres. Acude a urgencias para valoración de cuadro depresivo. Posibilidad de TEC, si no hay mejoría de síntomas (valorado por su psiquiatra de referencia en CE). Al ingreso presenta ánimo triste, facies inexpresiva, angustiada, temblor cefálico, rigidez en la marcha, enteltecida psicomotrizmente, sudoración profusa, clinofilia, apatía, no ideas suicidas manifestadas, ideas delirantes de perjuicio, autorreferencial. Muestra una actitud distante. Conciencia de enfermedad parcial.

Al realizar la **valoración enfermera**, se observan alterados el **patrón percepción-control de la salud** (conciencia de enfermedad parcial, buena adherencia terapéutica), **patrón de eliminación** (globo vesical por retención urinaria precisando SV no permanente; sudoración profusa), **patrón de actividad-ejercicio** (sedentarismo, falta de energía para realizar cualquier actividad), **patrón cognitivo-conductual** (Ideas delirantes de perjuicio: "me quieren hacer daño"), **patrón autopercepción-autoconcepto** (percepción pesimista y negativa de sí misma; baja autoestima), **patrón rol-relaciones** (aislamiento social; cuidadora principal de padres e hijo con enfermedad mental), **patrón adaptación-tolerancia al estrés** (tensión, nerviosismo). En la unidad, se trabajan, los siguientes **diagnósticos de enfermería**: Desesperanza r/c prolongada restricción de actividad que crea aislamiento m/p pasividad; Afrontamiento inefectivo r/c incapacidad para conservar energías adaptativas m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación; Ansiedad r/c crisis situacionales m/p disminución de la productividad.

Tras la aplicación de cuidados de Enfermería se observa una progresiva mejoría de la paciente. Se deberían seguir trabajando otros diagnósticos enfermeros con la paciente desde CE (para que se puedan llevar a cabo en domicilio) ya que en la UHB, por sus características y estado de la paciente, no nos permite trabajar.

PLAN DE CUIDADOS:

DESPERANZA (000124) relacionada con prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento manifestado por pasividad.		
Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe poca o ninguna alternativa o elección personal, y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.		
Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001308 Nivel de depresión	-002870 Manejo de la terapia electroconvulsiva (TEC)	- Explicar al paciente y/o familiares el tratamiento. - Animar al paciente y a los familiares, al proceso y a expresar los sentimientos respecto a la posibilidad de TEC. - Confirmar que hay una orden por escrito y al consentimiento firmado para la TEC. - Animar la altura y el peso del paciente en la historia clínica. - Realizar la preparación preoperatoria estándar (p. ej., retirar la dentadura postiza, joyas, gafas, lentes de contacto; obtener los signos vitales; hacer evacuar al paciente). - Comunicar verbalmente signos vitales no habituales, manifestaciones físicas, incidentes intusos a la enfermera de la TEC o al psiquiatra de la TEC antes del tratamiento. - Observar los posibles efectos secundarios de la TEC en el paciente (p. ej., dolor muscular, cefalea, náusea, confusión, desorientación). - Recordar al paciente, después que ha recibido TEC. - Colaborar con el equipo terapéutico para evaluar la eficacia de la TEC (p. ej., humor, estado cognitivo) y modificar el plan de tratamiento del paciente, si es necesario.
Indicadores		
001308: Asignación de prioridad		
1 2 3 4 5		
001308: Nivel de depresión		
1 2 3 4 5		
001308: Tristeza		
1 2 3 4 5		
TEC: 002870: 2870: Manejo de la terapia electroconvulsiva		
Indicador inicial		
Indicador final		

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (000069) relacionado con incapacidad para conservar las energías adaptativas manifestado por expresiones de incapacidad para afrontar la situación.		
Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.		
Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001302 Afrontamiento de problemas	-007040 Apoyo al cuidador principal	- Determinar el nivel de conocimientos de cuidados. - Aceptar las expresiones de emoción negativa. - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. - Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. - Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono, y/o cuidados de enfermería, comunitarios. - Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental.
Indicadores		
001302: Identificación de problemas de atención		
1 2 3 4 5		
007040: Apoyo al cuidador principal		
1 2 3 4 5		
005240 Asociar		
1 2 3 4 5		
TEC: 002870: 2870: Manejo de la terapia electroconvulsiva		
Indicador inicial		
Indicador final		

ANSIEDAD (000146) relacionada con crisis situacionales manifestada por disminución de la productividad.		
Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es incierto) o desproporcionada para el individuo; sentimiento de potencia causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.		
Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001211 Nivel de ansiedad	-005870 Disminución de la ansiedad	- Utilizar un lenguaje sereno que dé seguridad. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Permanecer con el paciente para proporcionar la seguridad y reducir el miedo. - Animar la manifestación de sentimientos, pensamientos y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
Indicadores		
001211: Ansiedad		
1 2 3 4 5		
005870: Disminución de la ansiedad		
1 2 3 4 5		
001211: Fobia		
1 2 3 4 5		
TEC: 002870: 2870: Manejo de la terapia electroconvulsiva		
Indicador inicial		
Indicador final		

Metodología

Para la valoración enfermera se emplea el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. La nomenclatura utilizada para determinar los problemas identificados, al finalizar la fase de valoración, es la de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Conclusiones

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite una base científica de conocimientos; posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia; mejora la gestión del conocimiento, los resultados, la calidad y eficiencia; mejora la autonomía profesional; aporta un lenguaje enfermero; permite medir y evaluar el producto enfermero potenciando la investigación enfermera; asegura la continuidad de cuidados.

Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-11. Madrid: Elsevier; 2010.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E., editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC., editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN HOSPITAL DE DÍA DE ADULTOS

AUTORES: Marta Lázaro Sahuquillo (1), Noelia del Amor Martínez (1), Javier Muñoz Sánchez (1), Santiago Nicanor Tarraga Díaz (2), Aurora Carranza Román (1), Marta Martínez Cantó (1)

EIR Salud Mental de Albacete (1), FEA Psiquiatría SESCAM(2)

Introducción

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una paciente de Hospital de Día de Adultos diagnosticada de Trastorno Esquizoafectivo. El PAE permite a las enfermeras prestar cuidados individualizados de forma racional, lógica y sistemática.



Objetivos

Diseño de un PAE con relación a un caso práctico, elaboración de un plan de cuidados integral y personalizado, así como un seguimiento completo del paciente, atendiendo a las necesidades del paciente.

Desarrollo

Mujer de 30 años derivada al Hospital de Día de Adultos tras valoración de la USM, para estabilización del estado de ánimo. Diagnosticada de Trastorno Esquizoafectivo. Ingresada en UHB en 5 ocasiones. Presenta ánimo subdepresivo con ideas autolíticas; problemática relacional intergeneracional. En la **valoración enfermera** se encuentran alterados los **patrones de percepción-control de la salud** (parcial conciencia de enfermedad. Extravagancia en el vestir; buena adherencia terapéutica; no consumo de tóxicos actualmente), **nutricional-metabólico** (no dieta equilibrada), **eliminación** (estreñimiento), **actividad-ejercicio** (sedentarismo), **sueño-descanso** (adormecimiento diurno), **auto percepción- autoconcepto** (baja autoestima r/c imagen corporal), **rol-relaciones** (no hijos; convive con sus padres; mala relación familiar) y **enfrentamiento-tolerancia al estrés** (leve estado de ansiedad). Se trabajan, entre otros, los **diagnósticos enfermeros** de Gestión ineficaz de la propia salud (000078) relacionado con percepción de gravedad manifestado por verbaliza deseos de manejar la enfermedad; Riesgo de suicidio (000150) relacionado con historia de intentos previos de suicidio, Procesos familiares disfuncionales (000063) relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas manifestado por negación de los problemas, incompreensión; Baja autoestima crónica (000119) relacionado con trastornos psiquiátricos (p. ej., depresión) o repetidos refuerzos negativos manifestado por búsqueda excesiva de reafirmación. **PLAN DE CUIDADOS:**

GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (000078) relacionado con percepción de gravedad manifestado por verbaliza deseos de manejar la enfermedad.
Definición: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un recurso terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es inasistible (no para alcanzar los objetivos relacionados con la salud).

Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001601 Conducta de cumplimiento	-005230 Aumentar el afrontamiento	- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
Indicadores	-004360 Modificación de la conducta	- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. - Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetiva) en términos específicos, concretos. - Desarrollar un programa de cambio de conducta.
160109 Realiza AVDs según prescripción		
1 2 3 4 5		
160111 Refiere cambios de estados a su profesional		
1 2 3 4 5		
160103 Comunica seguir la pauta prescrita		
1 2 3 4 5		

ESC: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado

Evaluación inicial

Evaluación final

RIESGO DE SUICIDIO (000150) relacionado con historia de intentos previos de suicidio.
Definición: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001204 Equilibrio emocional	-006340 Prevención del suicidio	- Tratar y controlar la enf. psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, delirios, pánico, abuso de sustancias, crisis). - Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de actos impulsivos, relajación muscular progresiva). - Relacionar con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos. - Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
Indicadores		
120403 Demuestra control de impulsos		
1 2 3 4 5		
120402 Muestra estado de ánimo sereno		
1 2 3 4 5		
120415 Muestra interés por lo que le rodea		
1 2 3 4 5		
120416 Muestra interés por lo que le rodea		
1 2 3 4 5		

ESC: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado

Evaluación inicial

Evaluación final

PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES (000063) r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p negación de los problemas, incompreensión.
Definición: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-002601 Clima social de la familia	-007140 Apoyo a la familia	- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. - Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. - Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas. - Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
Indicadores		
260109 Se apoyan unos a otros		
1 2 3 4 5		
260113 Trabajan conjuntamente para satisfacer los objetivos		
1 2 3 4 5		
260124 Mantiene la rutina familiar		
1 2 3 4 5		

ESC: 1 Nunca demostrado, 2 Raramente demostrado, 3 A veces demostrado, 4 Frecuentemente demostrado, 5 Siempre demostrado

Evaluación inicial

Evaluación final

BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA (000119) r/c trastornos psiquiátricos (p. ej., depresión) o repetidos refuerzos negativos manifestado por búsqueda excesiva de reafirmación.
Definición: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.

Criterios de resultados:	Determinación de intervenciones:	Actividades:
-001205 Autoestima	-005400 Potenciación de la autoestima	- Observar las frases del paciente sobre su propia vida. - Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede. - Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. - Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
Indicadores		
120501 Verbaliza autoaceptación		
1 2 3 4 5		
120514 Aceptación de críticas constructivas		
1 2 3 4 5		
120512 Aceptación de cumplidos de los demás		
1 2 3 4 5		

ESC: 1 Nunca positivo, 2 Raramente positivo, 3 A veces positivo, 4 Frecuentemente positivo, 5 Siempre positivo

Evaluación inicial

Evaluación final

Metodología

Para la valoración enfermera se emplea el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. La nomenclatura utilizada para determinar los problemas identificados, al finalizar la fase de valoración, es la de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Conclusiones

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite una base científica de conocimientos; posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia; mejora la gestión del conocimiento, los resultados, la calidad y eficiencia; mejora la autonomía profesional; aporta un lenguaje enfermero; permite medir y evaluar el producto enfermero potenciando la investigación enfermera; asegura la continuidad de cuidados.

Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-11. Madrid: Elsevier; 2010
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E., editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC., editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009

TALLER DE RISOTERAPIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN



VERÓNICA DÓLERA FÉREZ*, MARÍA DOLORES SERRANO JUSTICIA*, ANTONIO JOSÉ ALCARAZ VIVANCOS*, CRISTINA CAMPILLO JIMÉNEZ*, CONCEPCIÓN VICENTE MARTÍ*, CONCEPCIÓN GONZÁLEZ ORTUÑO*.

*Residentes de enfermería de salud mental en la Región de Murcia.

INTRODUCCIÓN

Los efectos de la risa que se producen en el organismo repercuten a nivel físico, psicológico y social.

La parte fundamental dentro de un taller de risoterapia son los juegos, cuya finalidad es divertir y hacer reír. Con ello liberamos estrés y mejoramos nuestra autoestima.

La risoterapia se ha convertido en un "instrumento de cuidados" para la enfermera que resulta barato y sin efectos secundarios.

DESARROLLO

METODOLOGÍA:

- Dirigido a personas con trastorno mental grave (TMG).
- Terapeuta: enfermera especialista en salud mental.
- Grupos de 10-15 personas.
- Duración: 1 hora.
- Programación: 8 sesiones una vez por semana.
 - Sesión 1: Conocimiento del grupo.
 - Sesión 2: Juegos de calentamiento.
 - Sesión 3: A calentar motores.
 - Sesión 4: Salúdame.
 - Sesión 5: El ovillo viene y va.
 - Sesión 6: Buscando parejas.
 - Sesión 7: Relajación y risas.
 - Sesión 8: Valoración y cierre del grupo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-Mejorar la autoestima.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar la relación personal entre los miembros del grupo.
- Ayudar a vencer miedos y resistencias frente a la vergüenza.
- Fomentar la autonomía personal y mejorar el afrontamiento.

BENEFICIOS DEL TALLER DE RISOTERAPIA:

1. Se refuerza la relación de empatía entre la persona con TMG y la enfermera.
2. Animamos al individuo a realizar actividades que le resulten agradables y de su interés.
3. Evitamos actitudes negativas que generen sentimientos de culpabilidad.
4. Reforzamos los progresos conseguidos.
5. Se ayuda a identificar lo que más le preocupa en su proceso.
6. Aprendemos a reírnos de nosotros mismos.



CONCLUSIONES

Con la realización del taller de risoterapia:

- ➡ Se fomenta la comunicación y el contacto interpersonal.
- ➡ Se reafirma la confianza.
- ➡ Ayudamos a mejorar la autoestima.
- ➡ Potenciamos recursos personales del individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- Castellví E. Taller práctico de risoterapia. Barcelona: Alba Editorial; 2010.
- Ruiz MC, Rojo C, Ferrer MA, Jiménez L, Ballesteros M. Terapias complementarias en los cuidados. Humor y risoterapia. Index Enferm. 2005; 48 (14): 48-49.
- Christian R, Ramos J, Susanibar C, Balarezo G. Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. Rev Soc Per Med Inter. 2004; 17 (2): 57-64.

"TERAPIA GRUPAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: INTERVENCIONES ENFERMERAS"

Sheila Gómez Sabaniel, Tamara Buendía Escudero, María Dolores Quijano Sevillano, Elena Soto Martínez, Vanesa Santos Mayor, Virginia Núñez Muñoz

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de actividades grupales por parte de Enfermería especialista en Salud Mental puede tener efectos muy beneficiosos sobre cada patrón funcional alterado, fomentando actitudes que repercuten en la mejoría de su salud mental.

La transmisión de las intervenciones (NIC) que realiza Enfermería, para la consecución de objetivos, no quedan reflejadas en el trabajo diario, lo que dificulta la investigación retrospectiva y da una idea errónea de la realidad.

OBJETIVOS

- ✓ Intervenir de forma grupal sobre los patrones funcionales alterados a través de las intervenciones de enfermería (NIC).
- ✓ Involucrar al paciente en el proceso de enfermedad, aumentando su autonomía.
- ✓ Permitir futuras investigaciones mediante EBEs.

DESARROLLO

Se muestran los patrones funcionales más afectados en pacientes psiquiátricos, donde se especifican los diagnósticos enfermeros (NANDA), intervenciones enfermeras (NIC) y objetivos relacionados (NOC) que se relacionan con las actividades grupales que se realizan en la UHP del Hospital St^a María del Rosell:



CONCLUSIONES

- La utilización de taxonomía enfermera nos permite la transmisión de nuestros conocimientos (enfermería basada en la evidencia).
- Las actividades que realiza Enfermería en grupo son beneficiosas para la salud mental del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sales R, Costa A, Leal C, et al. Evaluación del impacto de las intervenciones de la enfermería psiquiátrica sobre la mejoría de los pacientes hospitalizados por reagudización, en tres regiones españolas. Análisis de la capacidad predictiva del estado al alta con modelos logísticos ajustados a criterios NIC, NOC Y NANDA [Internet]. 2007 [citado 1 mar 2013]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/informefinalnandanocnic.pdf>.
2. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Planes de Cuidados. Madrid: Ed. Médica Panamericana, S.A.; 2005.
3. Leónsegui Guillot RA, et al. Introducción a la Enfermería en Salud Mental. Madrid: ED. Díaz de Santos; 2012



GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES Y PREADOLESCENTES

AUTORES: NOELIA DEL AMOR MARTÍNEZ*, JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ*, SANTIAGO NICANOR TÁRRAGA DÍAZ **, AURORA CARRANZA ROMÁN*, MARTA MARTÍNEZ CANTÓ*, MARTA LÁZARO SAHUQUILLO*

* Residente enfermería de salud mental, **Médico psiquiatra adjunto

Introducción

El entrenamiento en habilidades sociales se refiere al procedimiento encaminado a aumentar la interacción social en niños y adolescentes con dificultades interpersonales como son la timidez, el retraimiento social y el aislamiento. Se pretende enseñar comportamientos que el adolescente no posee y disminuir aspectos que están interfiriendo en la conducta interpersonal.

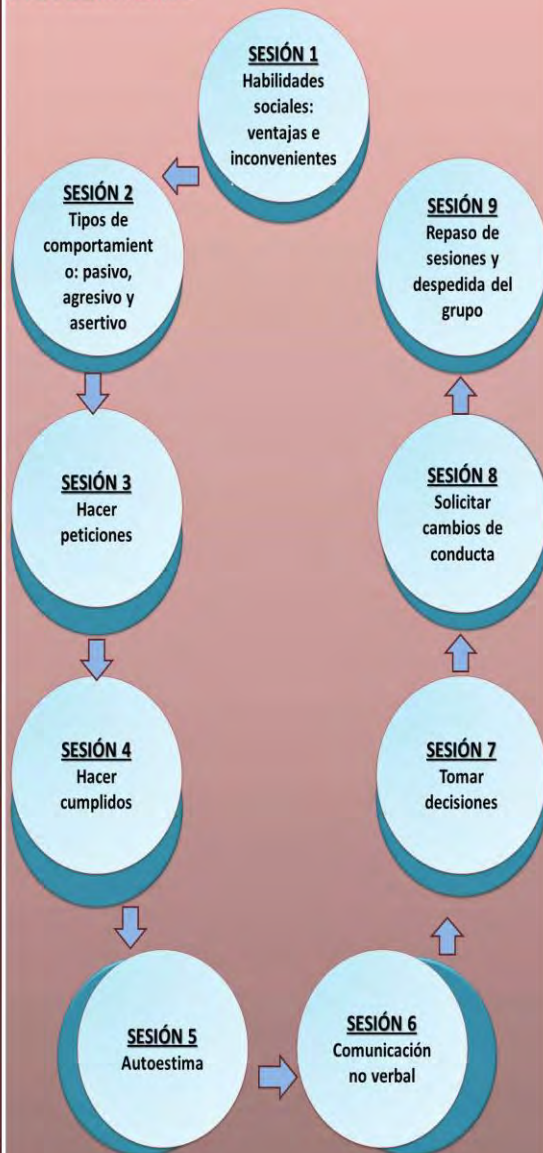
Objetivos

- Aumentar las conductas de interacción con iguales y adultos y disminuir las conductas de aislamiento, apatía e inactividad.
- Reducir la ansiedad social en los contactos interpersonales.
- Fomentar la autoestima.
- Mejorar el estilo de pensamiento.

Metodología:

El entrenamiento se realiza en grupo, con nueve sesiones quincenales de una hora, y a lo largo de cuatro meses. Los grupos son cerrados, con un número máximo de seis adolescentes y distribuidos en edades similares (de 10-12 años; de 13-14 años; 15-17 años).

Procedimiento



Se lleva a cabo un procedimiento estructurado de sesiones que se desarrollan de forma ordenada con: instrucción verbal, discusión de la conducta y habilidad a tratar; modelado y ensayo de la conducta de habilidad bajo supervisión de la enfermera; retroalimentación o refuerzo y, en último lugar, tareas para realizar en casa que promuevan la práctica de la habilidad en situaciones nuevas y no supervisadas

Conclusiones

Se promueven comportamientos prosociales y desarrollo de empatía con el fin de aumentar la interacción del adolescente con su entorno y mejorar el rendimiento académico. El grupo debe ser flexible y estar abierto a modificaciones marcadas por las necesidades y el ritmo de los sujetos, con tratamiento individual en habilidades que resulten dificultosas. Es importante incluir en el programa la generalización de conductas socialmente adecuadas otorgando importancia a las tareas para realizar en casa.

Bibliografía:

1. Andrés SM, Santamaria LB, Lejarza MA, Aqueche ML. Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta. Norte de Salud Mental. 2007;(28):69-74.
2. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. 5a ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A; 2002.
3. Alsinet Mora C. Un programa para mejorar las habilidades sociales de adolescentes. Psychosocial Intervention. 1997; 6(2):227-236.

"IMPORTANCIA DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL"

Sánchez Gómez Azahara(1), Quijano Sevillano M^aDolores(1), Gómez Sabaniel Sheila(1), Buendía Escudero Tamara(1), Soto Martínez Elena(2), Santos Mayor Vanesa(2).
Enfermeras Especialistas en Salud Mental.(1)UHP Hospital Sta.M^a Rosell. (2)TAC Cartagena; Servicio Murciano de Salud.



INTRODUCCIÓN:

"El proceso enfermero es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con método, adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo) generando una información básica para la investigación en enfermería" Benavent et al (1999) ⁹
El informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería (ICCAE) es un registro que tiene como objetivo servir de soporte documental a la continuidad de los cuidados en aquellos pacientes que una vez dados de alta de Unidad de Hospitalización de Salud mental, precisan de atención continuada de cuidados por parte de la familia y profesionales de recursos de atención primaria.
Es el documento apropiado para recoger aquella información necesaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, cuidador y familia, en el momento del alta.

OBJETIVO:

Demostrar la **importancia** del ICCAE y concienciar a los equipos de enfermería de salud mental sobre la relevancia y **manejo** de estos.

DESARROLLO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos tales como, Medline, Cuiden, Cochrane, Pubmed, sobre el tema en cuestión. Seleccionando los artículos con mayor relevancia.
Hayamos el valor de asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada a los usuarios en todos los ámbitos asistenciales, desarrollando informes de continuidad de cuidados al alta en los servicios de salud mental.
La información que las enfermeras pueden aportar en relación a sus pacientes al ingreso y al alta en los hospitales, puede ayudar a disminuir la ansiedad del paciente, facilitar la comunicación con la familia, favorecer la confianza entre profesionales, adecuar una correcta planificación de los cuidados de enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente.

CONCLUSIONES:

El informe de enfermería al alta hospitalaria es considerado como un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados, ya sea a través de otros profesionales sanitarios como del propio paciente o cuidador principal.
Además potencia la coordinación entre los profesionales de asistencia hospitalaria y equipos de salud mental, ya que establece una comunicación entre diferentes servicios y garantiza la continuidad del proceso asistencial facilitando el seguimiento de los pacientes.
Se evidencia que el intercambio de información entre los distintos profesionales implicados, evita: fragmentación, variabilidad de cuidados, orientando al equipo hacia un objetivo común.

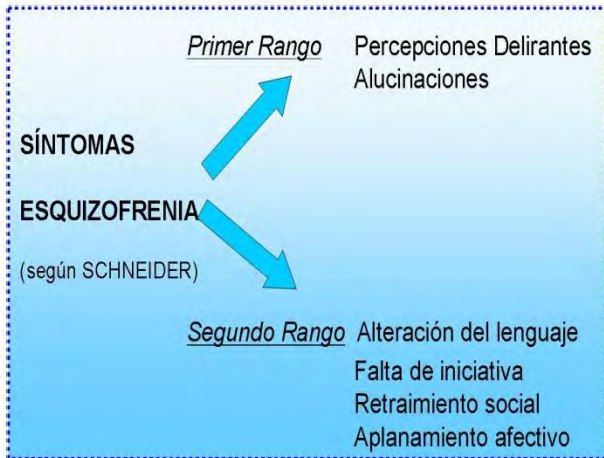
BIBLIOGRAFÍA:

- 1."Informe continuidad Cuidados SIA-ABUCASIS". Agencia Valenciana de Salud. Marzo 2011.
http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18134/resumencumplimentacionSIA_ABUCASIS.pdf
- 2."Guía de Práctica Clínica para la atención del paciente con Esquizofrenia". San Emeterio M. et cols. Barcelona, Noviembre 2003.
<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301esex.pdf>
- 3."Informe Alta Enfermería en una Unidad Psiquiátrica". Concepción Covarrobias y Mercedes Muñoz Gonzalo. 1ª Jornadas de Enfermería Salud Mental y Psiquiatría. Castilla la Mancha, Noviembre 2002. Pag:197-204. http://www.enfsaludmentalcyj.com/imagenes/Actividades/I_JORNADA.PDF
- 4."Evolución de la Enfermería Psiquiátrica en la Salud Mental en el País Vasco: Situación Actual". Marixa Larrena Cerain. Gonzalo. 1ª Jornadas de Enfermería Salud Mental y Psiquiatría. Castilla la Mancha, Noviembre 2002. Pag:103-120. http://www.enfsaludmentalcyj.com/imagenes/Actividades/I_JORNADA.PDF
- 5."Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta. ICCAE". Comisión Cuidados Enfermería, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Junta de Andalucía.
http://www.saludinnova.com/site_media/practices/33/Copia_de_iccae.pdf
- 6."Continuidad de cuidados: el informe de alta de enfermería en la unidad de H. Salud Mental". M^a del Carmen Fernández Sánchez. Enfermera de Salud mental.Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.16/FEB/2003.Interpsiquis.2003. http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/10082/
- 7."Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales". Servicio Canario de Salud.2002.
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf
- 8."Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de Psiquiatría". Rafael Sales Orts.[Tesis Doctoral]Departamento Medicina. Universidad de Sevilla. Año 2005.
- 9."Planes de cuidados enfermeros en SM". Mateo V. Ed Junta Extremadura. Consejería Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud.2008.
http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/PLANES_DE_CUIDADOS_ENFERMEROS_EN_SM.pdf

"INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CON ALTERACIÓN DEL LENGUAJE"

Autores: Lidia Saura Díaz, Rosario Segura Martínez, Silvia López Espejo, Marta Segura Aroca

1. Introducción:



2. Objetivo:

Realizar un *plan de cuidados* dirigido a *pacientes esquizofrénicos con alteración del lenguaje* ejecutado por el personal de enfermería de salud mental.

3. Desarrollo:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos. Las alteraciones de la fluidez verbal podrían estar relacionadas con déficits en el volumen de la materia gris como ocurre en la esquizofrenia. La principal medida terapéutica es la elaboración de diferentes terapias para mejorar esta alteración del lenguaje.

4. Conclusiones:

Elaboración de un plan de cuidados, el principal patrón alterado ROL - RELACIONES.

Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro y aislamiento social.
- Desempeño inefectivo del rol.
- Interrupción de los procesos familiares.

Actividades a realizar:

- Contemplar la posibilidad de realizar terapias familiares.
- Planificar los contactos sociales, teniendo en cuenta las preferencias y las habilidades del enfermo.
- Aumentar de forma progresiva las relaciones sociales.
- Establecer las necesidades que no puedan ser cubiertas y buscar ayuda a través de personas de su entorno.



5. Bibliografía:

1-Suzanne L, Ciaran C, Stephen J, Rushe M. Patrones de deterioro neurocognitivo en el primer episodio del trastorno bipolar y esquizofrenia. British Journal of Psychiatry. 2009; 195:67-72.

2-Vargas L. Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. Revista Neurología 2004; 38:473-482

3-Dör O. Esquizofrenia, lenguaje y evolución. Esp. Psiquiatría 2010; 38: 1-7.

NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

-AUTORES : Ana Isabel López Oliva, M^a Cristina Sandoval Carpes, M^a Teresa Rojo Solana, Soledad Carcelen García, Guillermo Valero Segura, M^a Elián Puerta Calero

-INTRODUCCIÓN:

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de la ansiedad crónico, su aparición se presenta habitualmente durante la adolescencia y su incidencia es mayor en las mujeres. Es el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente, y posee una comorbilidad alta con otros trastornos de la ansiedad y el estado de ánimo.

El TOC es un trastorno de la ansiedad con un grave deterioro social y una baja calidad de vida. Los tratamientos psicológicos son un enfoque muy utilizado para el TOC.

El TOC se caracteriza por obsesiones recurrentes que promueven la ansiedad, y las compulsiones no controladas como los comportamientos repetitivos o actos mentales realizados en respuesta a las obsesiones para reducir la ansiedad.

-OBJETIVOS:

El objetivo principal de esta revisión fue realizar una evaluación integral y rigurosa de las pruebas disponibles sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos y compararlas con el tratamiento habitual en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios publicados en MEDLINE, Elsevier y Biblioteca Cochrane sobre el TOC.

-DESARROLLO:

Los estudios revisados muestran diferentes puntos de vista y abordan diferentes tipos de tratamiento.

Los resultados observados indicaron que los pacientes que recibieron los tratamientos psicológicos, basados en las terapias cognitiva, conductual o cognitivo-conductual, presentaron significativamente menos síntomas obsesivos compulsivos después del tratamiento que los que recibieron el tratamiento habitual.

Hubo pruebas del beneficio del uso combinado de la terapia cognitiva, conductual o cognitivo-conductual y los fármacos, comparado con el uso sólo de fármacos.

Por otro lado se ha observado que el efecto general del tratamiento se vio influenciado por diferencias en la gravedad inicial: los ensayos que incluyeron a pacientes con una sintomatología más grave demostraron una diferencia menos pronunciada a favor del tratamiento psicológico.

No se halló ninguna diferencia entre la terapia individual y la grupal en cuanto a la mejoría de la sintomatología, incluso si se esperaba que el terapeuta contara con más datos sobre las creencias disfuncionales del paciente en un ámbito individual que en uno grupal.

-CONCLUSIONES:

Los tratamientos psicológicos derivados de los modelos cognitivos / conductuales son beneficiosos en el tratamiento de las personas con trastorno obsesivo compulsivo.

La terapia conductual o cognitivo-conductual parece ser un alentador tratamiento del TOC en adultos.

Este tratamiento puede obtener mejores resultados cuando se combina con fármacos comparado con el uso sólo de fármacos.

El efecto general del tratamiento parece estar relacionado con la gravedad del diagnóstico inicial de los pacientes con TOC.

REFERENCIAS:

Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire HF. Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

DE ROSA, Enrique. Cuadros compulsivos e impulsivos (TOC-TCA): Integración de psicoterapia cognitivo comportamental y farmacológica. 2002.

PUCHOL ESPARZA, David. Estrategias de intervención psicoterapéuticas frente al trastorno obsesivo-compulsivo. 2003.