



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



I JORNADA SOBRE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL SERVICIO MURCIANO DE SALUD



Murcia 4 de diciembre de 2014

Edita: Servicio Murciano de Salud.

Subdirección General de Salud Mental. Murcia

Año de publicación: 2015

Depósito legal: MU 852-2015

ISBN: 978-84-608-1312-5

Comité científico:

Celdrán Lorente, Josefina, psiquiatra, S.G.S.M.

Garriga Puerto, Ascensión, psicóloga clínica, UDIF-SM

Ignacio del Río, María José, enfermera de SM, CSM de San Andrés

López López, Antonio, psicóloga clínico, CSM de San Andrés

Martín García-Sancho, Julio C., S.G.S.M.

Pujalte Martínez, María Luisa, enfermera de SM, UDIF-SM

Sanllorente Portero, Carmina, enfermera de SM, CSM Infante

Santiuste de Pablos, Miguel, psiquiatra, Coordinador del Área VII

Comité organizador:

Celdrán Lorente Josefina, psiquiatra, S.G.S.M.

Garriga Puerto Ascensión, psicóloga clínica, UDIF-SM

Martín García-Sancho Julio C., S.G.S.M.

Pujalte Martínez María Luisa, enfermera de SM, UDIF-SM

Ruiz Martínez Ana María, auxiliar administrativo, UDIF-SM

Nota: las **comunicaciones premiadas** en cada mesa se distinguen en el documento con el siguiente logotipo:



PRÓLOGO

Para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la identificación y difusión de Buenas Prácticas constituyen una prioridad, ya que suponen un avance en el camino hacia la excelencia. Representan modelos de implementación de los objetivos y recomendaciones de las Estrategias que pueden ser replicados en otros centros y ámbitos. También añaden aspectos innovadores que mejoran la calidad de la atención profesional y la participación de distintos agentes implicados, con repercusión a nivel social.

La recogida de “buenas prácticas” se enmarca en los principios de la Ley de Calidad y Cohesión del SNS, del año 2003, que en el artículo 59, del capítulo VI, establece la necesidad de crear un registro de buenas prácticas (BBPP) que recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor a la actual.

Siguiendo estas directrices en marzo de 2013 el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el “Procedimiento Común para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas (BBPP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”, con 14 criterios básicos y la indicación de una convocatoria anual.

Ya en la primera convocatoria del mismo año dentro de la línea estratégica de “Actuaciones sanitarias frente a la violencia de género”, nuestra Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud presenta la experiencia de “Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja”, cumpliendo los criterios exigidos para ser distinguida con el sello de “Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud”.

La Jornada de “Buenas Prácticas en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud”, está incluida en el Plan de Formación Continuada 2014 de Salud mental, y organizada por la propia Subdirección General de Salud Mental, y el lema de la misma surge motivado porque desde la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud solicitan que presentemos ejemplos de “buenas prácticas” relacionados con las

líneas estratégicas de la misma, para incluirlos en la evaluación de la Estrategia que se está realizando en la actualidad.

Del mismo modo, para remitir a la Comisión Europea de Salud Mental a través del Ministerio de Sanidad, (*evaluación de la transición de la atención centrada en la hospitalización a la atención comunitaria*), se nos pide a las CCAA ejemplos de “prácticas ejemplarizantes” realizadas en nuestra red asistencial que hayan sido evaluadas y, de las que proponemos de nuestra CCAA nos aceptan dos de ellas, una sobre la Inserción Socio-laboral, y otra sobre los Asertivos Comunitarios de nuestra Región.

Sabemos que hay un elevado número de actuaciones, programas o trabajos que se están realizando en la red asistencial, y creemos que dada su calidad e importancia deberían ser puestos en común y ser visualizados de alguna manera por el resto de la red asistencial. Así mismo, intentamos transmitir que una de nuestras metas es seguir apoyando todos vuestros proyectos, y os animamos a que intentéis evaluar lo que habéis realizado.

Espero que este libro basado en esta Jornada sirva para exponer las diferentes ponencias, para que estas actuaciones se sigan realizando de la manera más adecuada posible, se inicien con la mira puesta en la evaluación de las mismas, y sirvan para que la asistencia a la salud mental que se presta en nuestros recursos sanitarios sea de la mayor calidad y eficiencia posible.

Muchas gracias a todos por el buen trabajo realizado.

Carlos Giribet Muñoz

Subdirector General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
MESA I: "ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE"	14
1. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN C.S.M. MOLINA DE SEGURA (APROXIMACIONES AL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIO- SANITARIA)	17
2. MODELO DE INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL DEL TMG.....	29
3. PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN A TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADOLESCENTES DE CARTAGENA (PP TMG).....	35
4. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALUD FÍSICA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE. RESULTADOS A LOS 24 MESES	53
5. PSICOTERAPIA GRUPAL INTEGRADORA EN PERSONAS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO	58
6. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA.....	66
7. COMISIÓN MULTIDISCIPLINAR DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA PARA UNA MEJORA EN LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE DE EPISODIOS DE HETEROAGRESIVIDAD.....	70
8. UNIDAD DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) REGIONAL AMBULATORIA Y/O MANTENIMIENTO DE LA REGIÓN DE MURCIA: EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.....	76
MESA II: "INTERVENCIONES GRUPALES EN SALUD MENTAL"	95
9. SEÍSMOS DE LORCA: EXPERIENCIA DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL	98
10. UNA ALTERNATIVA EN SITUACIÓN DE CRISIS: GRUPO TERAPÉUTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS POR PROBLEMÁTICA LABORAL.....	112
11. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LA CONSULTA DEL CSM INFANTO-JUVENIL. EXPERIENCIA GRUPAL EN HABILIDADES SOCIALES	124
12. ABORDAJE GRUPAL MULTIFAMILIAR DE LA PROBLEMÁTICA CONDUCTUAL ADOLESCENTE EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.....	132
13. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO MATRIX EN LA RED ASISTENCIAL	150
14. TRABAJANDO EXPERIENCIA DEL MODELO MATRIX EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL ÁGUILAS.....	166
15. TRABAJANDO LO EXPERIENCIAL EN LA INESTABILIDAD EMOCIONAL: ESTUDIO PILOTO DE UN MODELO INTEGRADO DE TERAPIA GRUPAL EN MUJERES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL.....	180
16. GRUPO DE AUTOAYUDA EN TRASTORNO BIPOLAR.....	195
17. OCIO SALUDABLE.....	199
MESA III: "COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL"	202
18. CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TMG: EXPERIENCIAS DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIOS SOCIALES Y SALUD MENTAL.	203
19. MUJER Y CLIMATERIO: UNA EXPERIENCIA GRUPAL ENTRE AP/SM	211
20. PROGRAMA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN CSM I-J CARTAGENA	219
21. BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO Y COORDINACIÓN INFANTO-JUVENIL-ÁREA V	228
22. PROGRAMA DE COLABORACIÓN DEL CSM DE CARTAGENA CON INSPECCION MÉDICA	238

INTRODUCCIÓN

Julio C. Martín. *Jefe de Servicio de Programas Asistenciales.*

Subdirección General de Salud Mental

Hemos planteado esta “I Jornada de buenas prácticas en salud mental” con dos objetivos fundamentales: dar a conocer y compartir las distintas experiencias que se están llevando a cabo en los diferentes recursos de la red de salud mental e introducir el concepto de “Buena práctica” tal como lo define el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Buenas prácticas (BBPP) serían aquellas intervenciones o experiencias que siguen las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud, están basadas en la evidencia, han sido evaluadas y son efectivas, transferibles e innovadoras para el sistema sanitario. Además deben cumplir otros criterios como ser eficientes, sostenibles, considerar el enfoque de género, los aspectos éticos, la intersectorialidad y la participación (tanto de los distintos profesionales que componen los equipos, como del propio paciente en las decisiones que le afectan)⁽¹⁾.

Estos criterios pueden ayudarnos a reflexionar sobre nuestra práctica y servirnos de guía en el desarrollo de nuestro trabajo. Si bien nosotros no podemos conceder el marchamo de buena práctica a las ponencias que van a presentarse en esta Jornada, sí es posible que alguna de las experiencias pueda ser candidata a Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud en un futuro próximo. Para ello debería cumplir los criterios enumerados en la tabla 1.

Tabla 1 Criterios de BBPP del Sistema Nacional de Salud

CRITERIOS	DEFINICIÓN
1. Adecuación	Se corresponde con las estrategias del SNS
2. Pertinencia	Sus objetivos se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirige o hace referencia a las líneas de actuación prioritarias del SNS
3. Evaluación	Experiencia llevada a cabo a partir de un diagnóstico o análisis previo al diseño, con objetivos y metodología coherentes, contemplando una evaluación con propuesta de indicadores.
4. Mejor conocimiento científico disponible	Sustento teórico que presenta el proyecto, basado en la mejor evidencia científica disponible o en una norma reguladora
5. Efectividad	Mide la relación entre objetivos teóricos y resultados obtenidos en condiciones reales
6. Transferencia	Puede servir como modelo de aplicación en otros/diversos dispositivos y/o contextos.
7. Aspectos éticos	Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. *
8. Participación	Inclusión de todos los agentes implicados, en las diferentes etapas del proyecto, enfatizando la participación multiprofesional y la de los pacientes en aquellas decisiones que afectan a su vida y su salud.
9. Equidad	Consideración de las diferentes necesidades individuales y poblacionales en la asignación de los recursos para la reducción de las desigualdades en salud.
10. Coordinación Intersectorial	Promueve la relación con otros sectores diferentes al sanitario, con los agentes implicados para mejorar el uso racional de los recursos, el seguimiento y la calidad de la atención integral a las personas con trastorno mental.
11. Enfoque de género	Objetivos específicos de disminución de desigualdades en salud, referida a la igualdad de género, observando el diferente impacto que la intervención puede implicar sobre mujeres y hombres.
12. Innovación	Implica la creación o modificación de una práctica
13. Eficiencia	Relación recursos/resultados bajo condiciones reales (el proceso previamente tiene que ser efectivo).
14. Sostenibilidad	Se mantiene con los recursos disponibles y se adapta a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en que se desarrolla.

* Garantía de protección de los datos incluidos en la Historia Clínica en consonancia con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Hemos dividido la Jornada en tres mesas y sus títulos no son casuales: “Trastorno mental grave (TMG)”, “Intervenciones grupales” y “Coordinación” que se corresponden con tres de las líneas estratégicas de los planes de gestión de 2013 y 2014.

Respecto al **TMG**, los servicios no producen la recuperación, pero pueden crear (o no) las condiciones para que se produzca ayudando a la persona a adquirir o recuperar roles valiosos en diversos campos como el residencial/ comunitario, el laboral o el educativo, como señala Farkas⁽²⁾. La recuperación va más allá de la mera remisión de síntomas y será difícil de lograr si seguimos manteniendo la atención compartimentada (basada en la derivación entre dispositivos) y no canalizamos la demanda que acude al CSM integrando a los diferentes agentes sanitarios y sociales que pueden jugar un papel crucial en la recuperación de la persona.

En 2014 la red de centros de salud mental (CSM) atendió a más de 66.000 personas diferentes. De ellas menos de un 5% ingresaron en hospitales. La mayor parte de la atención se lleva a cabo en la red comunitaria, donde el mayor porcentaje de casos nuevos (50,7%) es debido a trastornos afectivos y de ansiedad (trastorno mental común). Aunque en las personas atendidas este porcentaje baja ligeramente (46,6%), todavía representa una alta carga de trabajo para el CSM. Esta presión puede dar lugar a lo que se conoce como “ley de cuidados inversos”, es decir, que reciban mayor atención los trastornos menos graves, tanto por el número de consultas, como por la multiprofesionalidad o complejidad de la intervención. Podría darse el caso de que, por ejemplo, un trastorno adaptativo recibiera múltiples sesiones y la intervención de un psiquiatra que revisara la medicación, un psicólogo clínico que hace una intervención psicoterapéutica, además participa en un grupo de relajación que lleva a cabo una enfermera y el trabajador social le orienta hacia algún recurso. Mientras tanto, puede darse la paradoja de que una persona que padece esquizofrenia sólo reciba la atención de un psiquiatra y revisión en uno o dos meses, sin que haya mayor seguimiento si no acude a la cita programada.

Con el fin de mejorar la atención a los trastornos más graves y disminuir la variabilidad entre centros, se elaboró la “Guía de práctica clínica del tratamiento de la

esquizofrenia en centros de salud mental”⁽³⁾. La evaluación de la implantación puso de manifiesto que el trabajo multiprofesional en la atención a este trastorno no era la norma. Revisados los datos de trece CSMs, los datos provisionales mostraban que en el periodo de estudio (2008-2011), el 63,6% de los casos nuevos con diagnóstico de esquizofrenia eran vistos sólo por el psiquiatra. Es decir, sólo poco más de un tercio recibía atención multidisciplinar. Sin embargo, existía una relación inversa entre multiprofesionalidad y abandono (tabla 2). Además, en aquellos centros en que la intervención multiprofesional era mayor en términos porcentuales, el abandono era menor y viceversa.

Tabla 2. Relación entre abandono e intervención multiprofesional en la esquizofrenia.

Multi-profesionalidad - 2

**Relación entre la intervención de psiquiatra junto a
2 ó más profesionales y abandono del CSM.**

		Abandono a partir de 6 meses sin contacto con el centro o alta voluntaria		Total
		No	Sí	
MULTI2	No	137	153	290
	Sí	116	50	166
Total		253	203	456

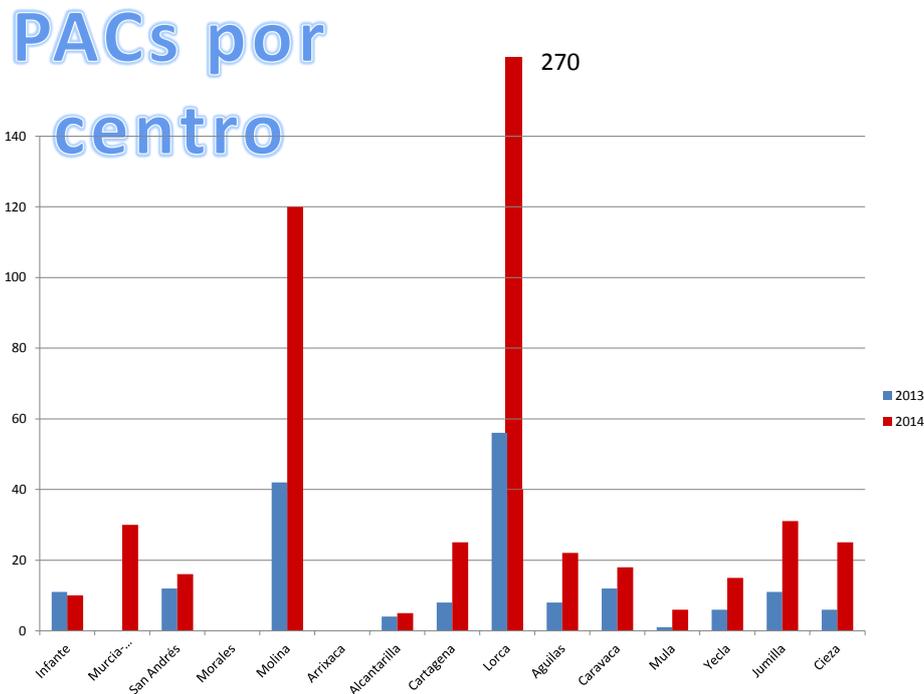
p=.000

Relación muy significativa.

Cuando existe multi-profesionalidad en la intervención, el abandono se reduce de 153 a 50 casos.

Por tanto, consideramos fundamental la recomendación del trabajo multiprofesional, que se plasma en la elaboración del Plan de Actuación Coordinada (PAC). Para fomentar la elaboración de PACs en los centros de salud mental propusimos como objetivo del plan de gestión del 2013 elaborar al menos siete PACs a pacientes nuevos con diagnóstico de F20 (salvo en los CSM muy pequeños). En la evaluación del plan de gestión de 2014 se ha producido un incremento muy significativo en el número de PACs llevados a cabo.

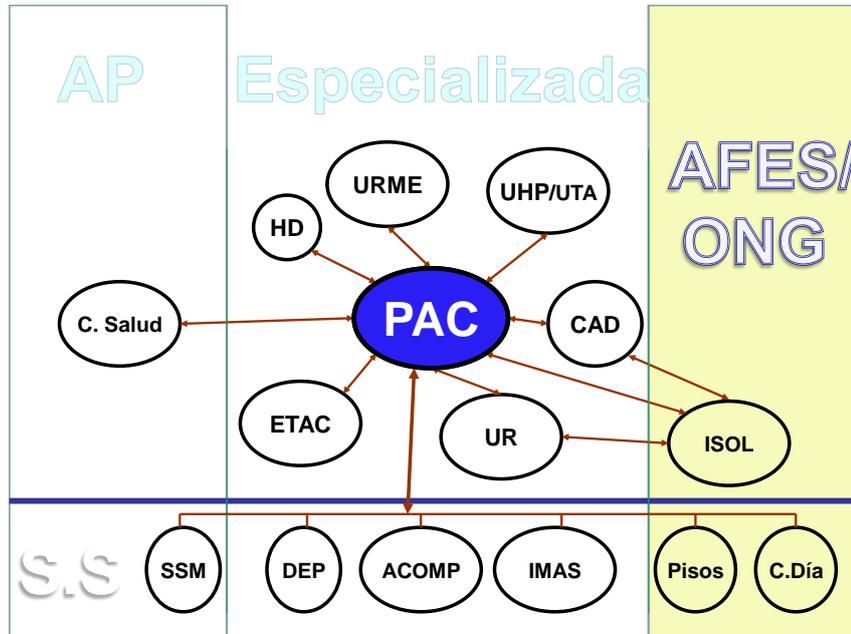
Gráfico 1. Número de PACs por centro (2013, 2014)



Algunas de las experiencias presentadas en la primera mesa suponen la puesta en marcha de un proceso de atención al trastorno mental grave, siguiendo las recomendaciones de la guía de esquizofrenia y suponen la culminación de un trabajo que comenzó con el diseño de procesos asistenciales liderado por la responsable de calidad de la Subdirección. Ya hay dos procesos TMG publicados en la web de salud mental que han supuesto un cambio en la organización del centro, lo que ha hecho posible la elaboración rutinaria de los PACs y su seguimiento posterior⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Además integran desde el inicio tanto otros programas del centro (infantil, rehabilitación, drogodependencias, ETAC...) como la coordinación sociosanitaria. Con esto se rompe la lógica departamental (basada en la derivación) lo que permite la participación de otros agentes que desarrollan acciones complementarias a las estrictamente sanitarias (Servicios Sociales Municipales, Programa de Acompañamiento, Inserción Sociolaboral, Asociaciones de familiares, Justicia...). La idea es convertir el PAC en una herramienta que permita integrar el trabajo en red (Ilustración 2). Máxime cuando cada vez está más clara la importancia de incluir estos aspectos sociales y laborales de forma

coordinada para mejorar los resultados clínicos de las personas que padecen esquizofrenia⁽⁶⁾.

Ilustración 2. Posibles agentes a coordinar desde el PAC



La segunda mesa: **Intervenciones grupales** se corresponde con otro objetivo del plan de gestión. Es un hecho que para dar una mejor respuesta al TMG tenemos otro problema por resolver: resulta difícil dar una respuesta psicoterapéutica adecuada a los trastornos mentales comunes, dada la masificación de la demanda. Normalmente las sesiones individuales se espacian según disponibilidad de agenda, en plazos que superan con mucho lo recomendado por las GPC para el tratamiento de estos trastornos. Los grupos permiten pautar un tratamiento de frecuencia semanal y duración suficiente, tan eficaz, en la mayoría de los casos, a su contrapartida individual, pero con la ventaja de ser más eficiente. En esta segunda mesa se presentan algunas experiencias muy originales que además dan una respuesta a demandas que se presentan de forma masiva en los CSM, en los CADs y en otros dispositivos de red de salud mental.

La tercera mesa, **“Coordinación”**, supone una línea estratégica que hemos intensificado estos últimos años. Por un lado el proyecto “Intégrame” de atención a la

esquizofrenia supone la segunda iniciativa para llegar a todos los médicos y enfermeras de AP y conectarlos y coordinarlos con sus respectivos CSM. Supone un intento de avanzar hacia modelos colaborativos de atención, donde se entiende al paciente como un todo, donde una parte la lleva el médico de familia y la enfermera de AP (normalmente la salud física) y, otra parte, el equipo de salud mental. La coordinación y comunicación pasa a ser un aspecto central, ya que la intervención puede orientarse en función de las necesidades y estado cambiante del paciente: Así puede darse el caso de que una persona prefiera pincharse un NAP en su centro de salud por la difícil accesibilidad al CSM. El protocolo de enfermería, elaborado conjuntamente y presentado en todas las áreas (pendiente la I) y a todos los médicos y enfermera de AP, explica, entre otras cosas, cómo detectar síntomas de alerta y propone la comunicación inmediata con el CSM para tomar una decisión compartida.

El otro aspecto destacable es la coordinación socio-sanitaria. Esta línea de trabajo desarrollada y coordinada desde la Subdirección por el responsable de coordinación sociosanitaria, se plasma en el capítulo correspondiente de los procesos TMG mencionados. También es apoyada y potenciada con la creación de la Comisión Regional Sociosanitaria, cuyo trabajo se ha plasmado ya en varias iniciativas, como la presentación del programa de acompañamiento en todos los CSM, la primera jornada sociosanitaria regional, y las locales de Lorca, Águilas y Cartagena o la jornada ETACs- Programa Acompañamiento. Uno de los objetivos de estas iniciativas es poner en contacto a todos los profesionales del área y permitirles conocerse y proponer mejoras en la coordinación y comunicación. En esta mesa se plasman algunas experiencias llevadas a cabo en distintos centros de la región.

Por último, señalar que hay tres comunicaciones premiadas, una por cada mesa. El premio fue otorgado por votación popular entre todos los asistentes a cada una de las mesas. Son, por tanto, las más destacadas en su temática a juicio de los propios compañeros. Quiero agradecer a todos los miembros del comité científico y del comité organizador su gran labor realizada con poco tiempo y con muchas ganas y a ISOL por proporcionarnos techo, asiento y sabor. Y si todo ha funcionado como un reloj, hay que hacer especial mención a Ascensión Garriga, M^a Luisa Pujalte y Ana M^a

Ruiz Martínez, por su trabajo en la maquinaria escondida bajo la esfera, que ha funcionado con esa famosa eficacia propia de los suizos.

Bibliografía

1. Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [cited 2015 May 13]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/PROC_IDE NT_BBPP_MSSSI.pdf
2. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2007 Jun;6(2):68–74.
3. Martín, J C, Aznar, JA, Balanza , P, Castillo, M D, Martínez, I, Martínez-Artero, M C, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [Internet]. 2009th ed. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; 2009. Available from: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/166090-guia_esquizofrenia.pdf
4. Viñas, R, Martínez, A, Martínez, A M, Celdrán, J, Martínez, AI, Alonso, I. Proceso de atención al trastorno mental grave. Modelo de abordaje integral de Molina de Segura [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad; 2014. 91 p. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/291178-Proceso_Molina.pdf
5. Valera, J., García, JJ, Albacete, A, Franco, L, Oliván, C, Ortuño, MI, et al. Proceso de atención integral al trastorno mental grave: Modelo de abordaje multiprofesional de Lorca. Murcia: Servicio Murciano de Salud. S.G.S.M.; 2015. 110 p.
6. Liberman RP. Recovery from schizophrenia: form follows functioning. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2012 Oct;11(3):161–2.

MESA I: "ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE"

Moderador: Miguel Santiuste de Pablos.

Profesión: Psiquiatra

Centro de trabajo: Coordinador del Área VII de Salud Mental.

Mesa 1

Trastorno Mental Grave (TMG)

Moderador: Miguel Santiuste

La definición del paciente con TMG se ha asociado frecuentemente a la evolución crónica de la enfermedad, por lo que el término "enfermo mental crónico" se ha utilizado para definir un grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental severa de larga duración.

Sin embargo, en el ámbito de la salud mental el término cronicidad sigue teniendo unas connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que se viene utilizando el concepto de trastorno mental grave (TMG) para referirse a los trastornos mentales severos de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción personal, familiar, social, laboral y académica.

Como consecuencia es posible encontrar bajo este mismo término un grupo de pacientes con características y necesidades muy diferentes, si bien las psicosis esquizofrénicas y el trastorno bipolar constituyen una parte nuclear en los TMG.

Por otro lado existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población que nos permitan determinar su morbilidad y su prevalencia e identificar sus necesidades para poder diseñar programas específicos de atención, tanto sanitaria como sociosanitaria, en la comunidad.

La CIE-10 (OMS, 1992) incluye las siguientes categorías diagnósticas: Trastornos esquizofrénicos (F20), Trastorno esquizotípico (F21), Trastornos delirantes persistentes (F22), Trastornos delirantes inducidos (F24), Trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29), Trastorno Bipolar (F31), Episodio

depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), Trastornos depresivos graves recurrentes (F33) y trastorno obsesivo compulsivo. (F42).

El abordaje mediante el modelo comunitario, ha supuesto para el colectivo de personas con TMG un cambio muy positivo y una mejora sustancial frente a la institucionalización, organizando la atención de los problemas de estas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

Las características fundamentales del Modelo Comunitario de Salud Mental son:

- Ø Desplazar el núcleo de atención del H. Psiquiátrico a la Comunidad.
- Ø Territorialización (responsabilidad sobre una población / Área de Salud Mental).
- Ø Atención a la TOTALIDAD de la población.
- Ø Diversidad de servicios de un mismo sistema (Coordinados).
- Ø Equipos multidisciplinares.
- Ø Garantizar la Continuidad de cuidados.
- Ø Vinculación con otros Servicios Sanitarios (con especial importancia con los Equipos de Atención Primaria) y Socio Comunitarios.
- Ø Participación activa de los pacientes y sus familiares en su proceso.
- Ø Especial énfasis en la prevención.

Los objetivos de intervención se dirigen hacia lo que se ha venido denominando “*Recuperación*”, entendida tanto por la remisión sintomática y prevención de recaídas, como por la reconstrucción de objetivos vitales del paciente y su familia, tratando con ello de reconstruir el nivel de bienestar y calidad de vida alterados por la enfermedad. El proceso de Recuperación no sólo implica un abordaje multiprofesional y una adecuada coordinación de los diferentes recursos sanitarios que garanticen la continuidad de cuidados, sino también la coordinación con otros sectores como servicios sociales, educativos, judiciales, etc.

La Atención Primaria es la principal puerta de entrada y filtro de derivación a los Centros de Salud Mental (CSM), por lo que tiene un papel fundamental en el proceso de detección y diagnóstico precoz de los pacientes con TMG, punto de vital

importancia por su repercusión sobre la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

La perspectiva bio-psico-social, para determinar las necesidades tanto del paciente como de su medio familiar y social y la asistencia, y el abordaje mediante un equipo multidisciplinar constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. son absolutamente imprescindibles para la correcta evaluación y posterior elaboración de un Plan de Acción Coordinada (PAC) por parte del equipo.

Para dar respuesta a las necesidades del paciente y su familia la subdirección General de Salud Mental apostó porque la asistencia al TMG y específicamente al enfermo con esquizofrenia se realizara, siguiendo la Guía para el Tratamiento de la Esquizofrenia, mediante Planes de Acción Coordinada (PAC).

El PAC pretende integrar desde el principio todas las intervenciones que se precisen en función de la evaluación de las necesidades médicas, psicológicas y sociales llevadas a cabo por los diferentes profesionales del equipo de salud mental. A partir de esta evaluación y de las necesidades detectadas, se establecen un conjunto de objetivos asistenciales tanto en el paciente como en el conjunto de la familia, que derivarán en las actividades socio-asistenciales necesarias para la recuperación del bienestar y la calidad de vida, todo ello bajo la supervisión de un responsable del proceso.

En línea con lo referido anteriormente, los trabajos que se van a presentar en esta primera mesa hacen referencia a la importancia de la coordinación sociosanitaria, la intervención multiprofesional, la detección precoz y las intervenciones psicoterapéuticas sobre el paciente y sus familia.

1. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN C.S.M. MOLINA DE SEGURA

(Aproximaciones al modelo de Coordinación Socio- sanitaria)

Autor/es: ¹Alberto Martínez Reventós, ²Rosa Viñas Pifarré

Profesión: ¹Trabajador social, ²Psiquiatra

Centro de trabajo: CSM de Molina de Segura

Introducción

Tras la implementación del modelo de atención comunitario se manifiesta la necesidad de atención de índole social en las personas con enfermedad mental. La ley general de sanidad establece por primera vez la rehabilitación y reinserción social para personas con enfermedad mental. Así mismo, la Comisión interministerial para la reforma psiquiátrica sienta las bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica, donde el modelo comunitario y la intervención de los agentes sociales se establecen como eje del modelo.

En la actualidad el Plan de salud mental (1).y, por ende, la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) (2) apuestan por el modelo comunitario y por la coordinación intra e interinstitucional como eje de este modelo.

En este sentido, las unidades de salud mental atienden a la comunidad desarrollando sus objetivos en salud y los Servicios Sociales atienden a esa misma comunidad desarrollando sus objetivos sociales: las personas con trastorno mental grave con necesidades tanto sanitarias como sociales. Por tanto, la relación entre las unidades de salud mental y el resto de servicios se plantea como prioritaria.

El aumento de pacientes que confluyen necesidades sanitarias y sociales por los cambios sociales, la compleja red de servicios públicos, privados y subvencionados y la diversificación de las tipologías de servicios y los cambios introducidos por la Ley de Dependencia que gestiona y asigna recursos para personas con enfermedad mental

desde los servicios sociales, servicios que hasta hace pocos años pertenecían a Salud mental se prioriza la necesidad de establecer mecanismos de coordinación

Coordinación socio-sanitaria en Molina de Segura

La coordinación con servicios sociales ha sido uno de los ejes de la atención al paciente con trastorno mental grave, que ha permitido la mejora de la atención y de la continuidad de cuidados, bien a través de la implementación de prestaciones de la Ley de Dependencia o de programas específicos de intervención social. Cabe destacar el **programa de acompañamiento**, que tras el proceso de vinculación entre profesionales de lo social y pacientes con TMG, ha permitido la continuidad asistencial para pacientes en proceso de exclusión social.

Dentro de los recursos externos, desde AFESMO (asociación de familiares de enfermos psíquicos de Molina de Segura) se han puesto en marcha proyectos novedosos, que han llenado un vacío, para aquellos pacientes que quedan fuera del sistema de la dependencia. Estos programas son: el **Proyecto de autonomía**, donde se incorpora el tratamiento asertivo social, con visitas e intervenciones domiciliarias, el club social y los pisos compartidos.

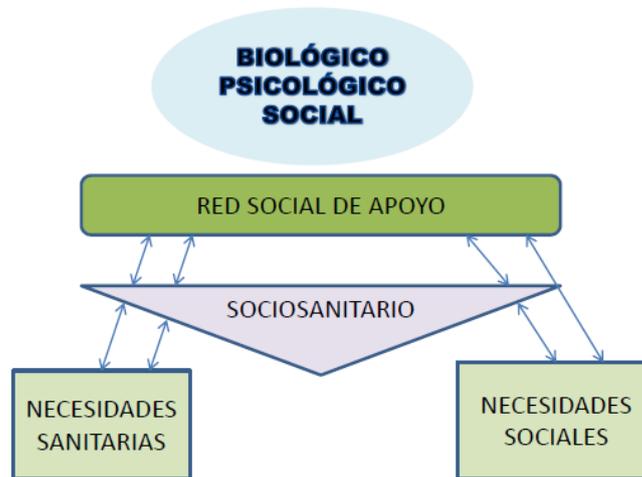
Podríamos definir la labor del trabajador social como un elemento vertebrador de la relación entre las unidades de trabajo social y el resto de agentes intervinientes en la gestión de las personas con TMG.

El conocimiento actualizado de los distintos sistemas de protección social (sanidad, educación, servicios sociales) así como los recursos sociales de distinta titularidad, permite impulsar la coordinación en beneficio del paciente y centrándola en la persona.

Las personas que padecen situaciones de dependencia presentan simultáneamente necesidades de atención social y sanitaria. Entendemos la coordinación socio-sanitaria como el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social, para ofrecer una respuesta integral a dichas necesidades.

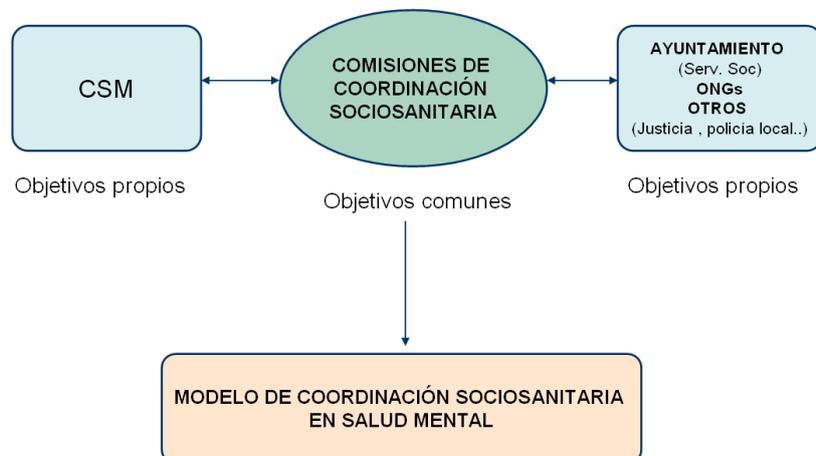
No pretende una simple suma de recursos, sino una organización diferente de ambos dispositivos que permita el correcto aprovechamiento de los diferentes recursos que existen en cada uno de ellos.

ATENCIÓN INTEGRAL



Método/Procedimiento

El modelo de coordinación se adapta a las líneas planteadas por el Servicio de Programas Asistenciales de la S.G.S.M. y han sido desarrolladas conjuntamente con el responsable de coordinación sociosanitaria, Bartolomé Ruiz Periago. A través de las comisiones de coordinación, se proponen objetivos comunes que van más allá de los objetivos propios de cada organización y que pretenden alinear de forma constructiva a los diferentes agentes que intervienen en la recuperación de la persona con T.M.G.



El centro de salud mental de Molina de Segura ha implementado de manera paulatina y con carácter flexible un sistema de coordinación con todas las entidades y organizaciones que trabajan en el área de influencia, especialmente con el sistema de Servicios Sociales de Molina de Segura.

El modelo de Coordinación establecido en Molina de Segura (3) se fundamenta en:

- Coordinación con las redes existentes en salud y servicios sociales, sin la necesidad de crear nuevas estructuras. Optimización de recursos
- Atención Integral del Paciente
- Espacios funcionales, flexibles y dinámicos
- Comisiones locales de coordinación con funciones, interlocutores, objetivos y calendarios propios.
- Modelo centrado en la persona. El paciente se convierte en el eje sobre el que pivota la organización y el funcionamiento de los servicios
- Método de Atención en Red. Coordinación de sectores, multidisciplinariedad y modelo de trabajo interdisciplinar

Para ello se crean tres tipos de Comisiones de coordinación:

- Comisión de Gestión de casos
- Comisión de seguimiento
- Comisión de Coordinación General

El profesional encargado de la coordinación sociosanitaria en el CSM Molina de Segura es el Trabajador Social.

El Modelo de coordinación se establece desde las fases iniciales del tratamiento a personas con T.M.G. Y es el trabajador social el que incluye en el proceso a todos los actores implicados en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Como se observa en el subproceso de trabajo social (gráfica posterior) la coordinación se establece desde el mismo momento de asistencia al TMG desde este CSM.

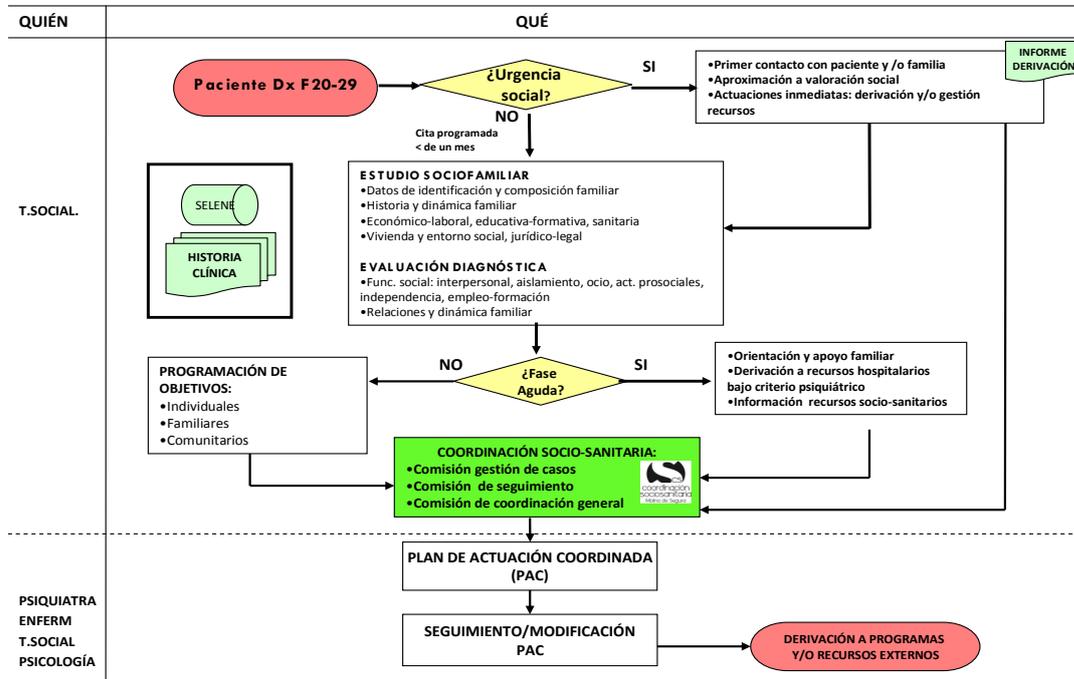
La participación y toma de decisiones por parte de todos los actores que intervienen en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social se muestra como diferenciador de este modelo con respecto a otros.

La coordinación se establece no solo con reuniones con las organizaciones implicadas, sino en el mismo proceso de intervención con la participación en los PAC (Planes de actuación coordinada). Por tanto se establecen las reuniones de coordinación, por un lado, como punto de encuentro para decidir actuaciones o seguimiento de pacientes y , por otro, la participación de profesionales que trabajan con pacientes TMG en los casos a evaluar dentro de la guía de la esquizofrenia y su plan individual de atención. El PAC (Plan de acción coordinada) va más allá al hacer partícipe a profesionales de lo social (gráfica posterior)

SUBPROCESO Intervención de trabajo social Y Plan de Actuación Coordinada

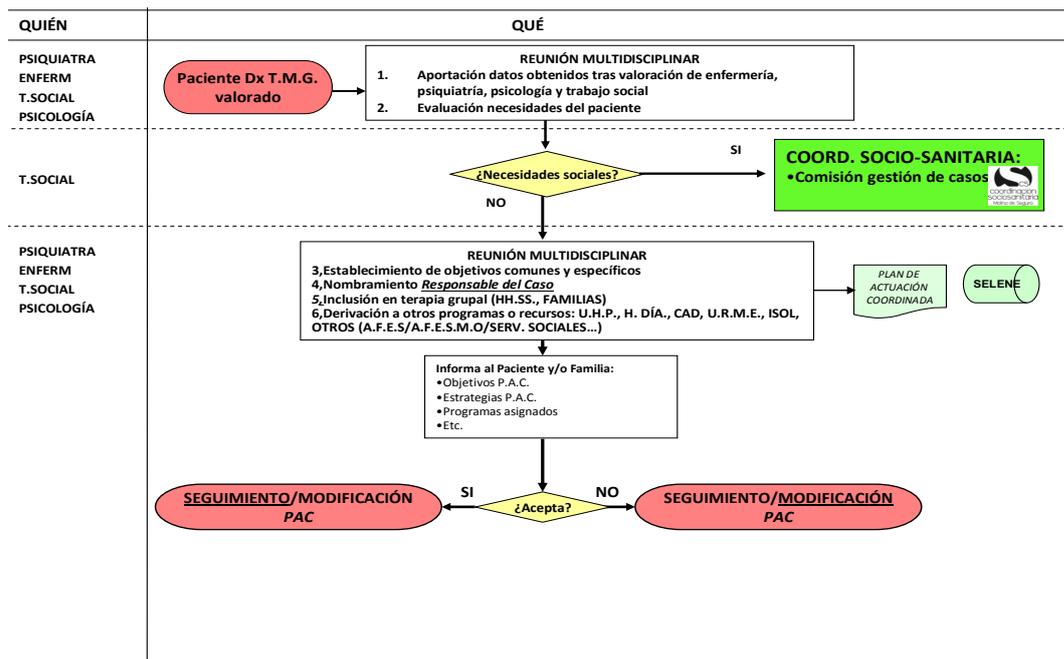
C.S.M. MOLINA DE SEGURA

SUBPROCESO 3.4 : INTERVENCIÓN TRABAJO SOCIAL



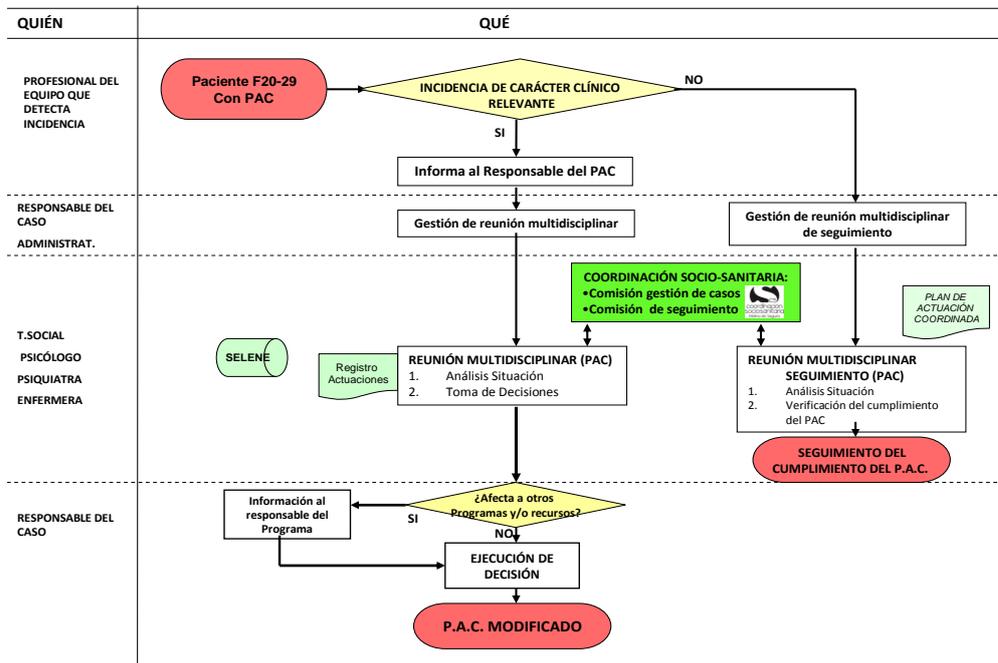
C.S.M. MOLINA DE SEGURA

SUBPROCESO 3.5 : PLAN DE ACTUACIÓN COORDINADA



C.S.M. MOLINA DE SEGURA.

SUBPROCESO 3.6. : SEGUIMIENTO / MODIFICACIÓN P.A.C.



COMISIONES DE COORDIANCIÓN EN EL CSM MOLINA

COMISIÓN DE GESTIÓN DE CASOS

Comisión centrada en la gestión individualizada de casos en el que participan todas las UTS (Unidades de Trabajo Social) de Municipio del Área de salud y todos los programas y servicios de Servicios Sociales (Dependencia, familia y menor, ayuda a domicilio,...)

Se reúne con frecuencia mensual siguiendo la siguiente metodología: Por cada Unidad de Trabajo Social (UTS) y/o programa, Servicios Sociales deriva los casos con una semana de antelación. Se informan, planifican, y evalúan actuaciones y se asigna el recurso más adecuado. En el caso de la prestación /recurso de la ley de dependencia se trabaja conjuntamente con UTS.

La comisión está integrada por:

- Trabajador Social de CSM
- Trabajadores sociales de todas las UTS y programas: Acompañamiento, familia, dependencia, ayuda a domicilio,...
- Coordinador/as de programas de Servicios Sociales

En cada comisión se evalúan una media de 25 casos que son gestionados. Se han constituido las siguientes comisiones:

- Comisión de Gestión de casos de Molina de Segura
- Comisión de Gestión de casos de Lorquí, Ceutí, Alguazas y las Torres de Cotillas
- Comisión de Gestión de casos de Archena

COMISIÓN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

Comisión creada para la gestión y seguimiento de pacientes que están integrados en el programa de acompañamiento, que ha llevado, por el carácter flexible del Modelo de Coordinación Socio-sanitario existente, a un alcance mayor en la gestión de casos a tratar, al incluir a UTS de municipios que no tienen dicho programa de acompañamiento y por incluir también a todas las entidades y asociaciones que trabajan en el área de influencia (AFESMO; AFES e ISOL).

Funciones	Coordinación y mejora de la continuidad de cuidados de pacientes con TMG para la Inserción social, rehabilitación psicosocial y rehabilitación pre-laboral e inserción socio-laboral según cada caso
Frecuencia	bimensual
Integrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales del programa de acompañamiento (Molina de Segura, Las Torres de Cotillas, Lorquí, ceutí,..) - Trabajadora social de Alguazas - ISOL - AFESMO (Asoc. Familiares enfermos psíquicos de Molina de Segura) - AFES (Asoc. Familiares enfermos psíquicos: Torres de Cotillas) - Personal de psiquiatría, enfermería, psicología y trabajador social del CSM responsables del Plan de Actuación Coordinada del paciente a tratar.

COMISIÓN DE COORDINACIÓN GENERAL

Se establecen reuniones de Coordinación General entre los responsables de los servicios y/o programas.

Entre sus funciones estarían:

- Establecimiento de criterios de coordinación intersectorial
- Elaboración de instrumentos y protocolos de continuidad de cuidados, seguimiento, derivación, registros y soportes de coordinación.
- Planificación de recursos
- Estrategias de intervención
- Otros

Integrantes:

- Coordinadora de Servicios Sociales
- Coordinadora de programas de Servicios Sociales
- Coordinadora del CSM
- Coordinadora de AFESMO
- Coordinador/a de ISOL
- Trabajador Social del CSM
- Jefe Policía Local
- Educación
- Justicia
- Atención primaria salud
- Emergencias (112)

Discusión /Conclusiones

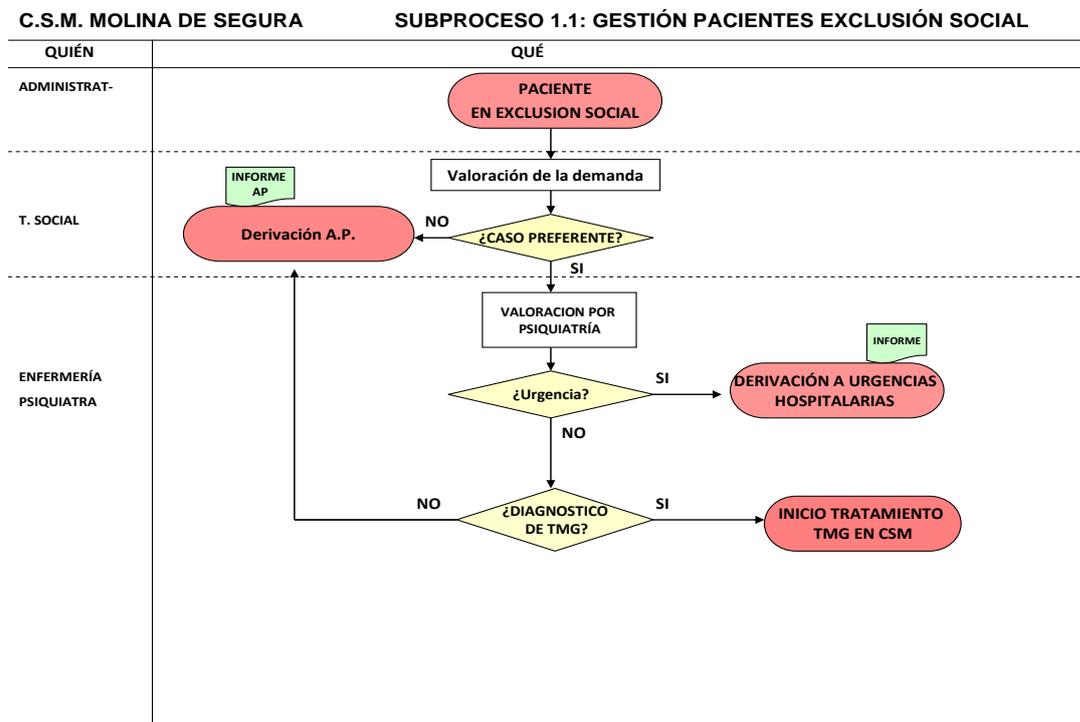
La coordinación con servicios sociales ha permitido “recuperar” a un número considerable de pacientes con TMG, que estaban fuera del sistema sanitario.

En personas con TMG son frecuentes en muchos casos los procesos de exclusión social, marginación y aislamiento social. Este colectivo, además, carece de una estructura socio-familiar de apoyo o viven en ambientes desestructurados. Por estos motivos, nos encontramos con un porcentaje de estos pacientes, que nunca han

acudido al sistema sanitario público o que, de haber acudido en alguna ocasión, han perdido el contacto desde hace años.

En este sentido, desde la coordinación sociosanitaria existente, “se ha podido recuperar pacientes, adaptando la estructura y funcionamiento del CSM a las características de asilamiento y exclusión social de los pacientes.

Subproceso 1.1 gestión pacientes en exclusión social.



SUBPROCESO 1.1- GESTIÓN DE PACIENTES EN EXCLUSIÓN SOCIAL.

PROPIETARIO: TRABAJADOR SOCIAL/COORDINADORA

MISIÓN: Valoración de la demanda hecha por el Programa de acompañamiento de un paciente en situación de exclusión social para poder iniciar tratamiento del TMG en el CSM

ALCANCE:

- Inicio: Recepción del usuario por el Trabajador Social
- Incluye: Valoración del caso como TMG preferente para iniciar tratamiento
- Final: Paciente que inicia tratamiento en el CSM o es derivado a AP o Urgencias.

ENTRADAS: Servicios sociales del Área.

SALIDAS: Paciente que inicia tratamiento.

CLIENTES: Pacientes en situación de exclusión social

INDICADORES:

1.- % de pacientes en situación de exclusión social que inicia tratamiento.

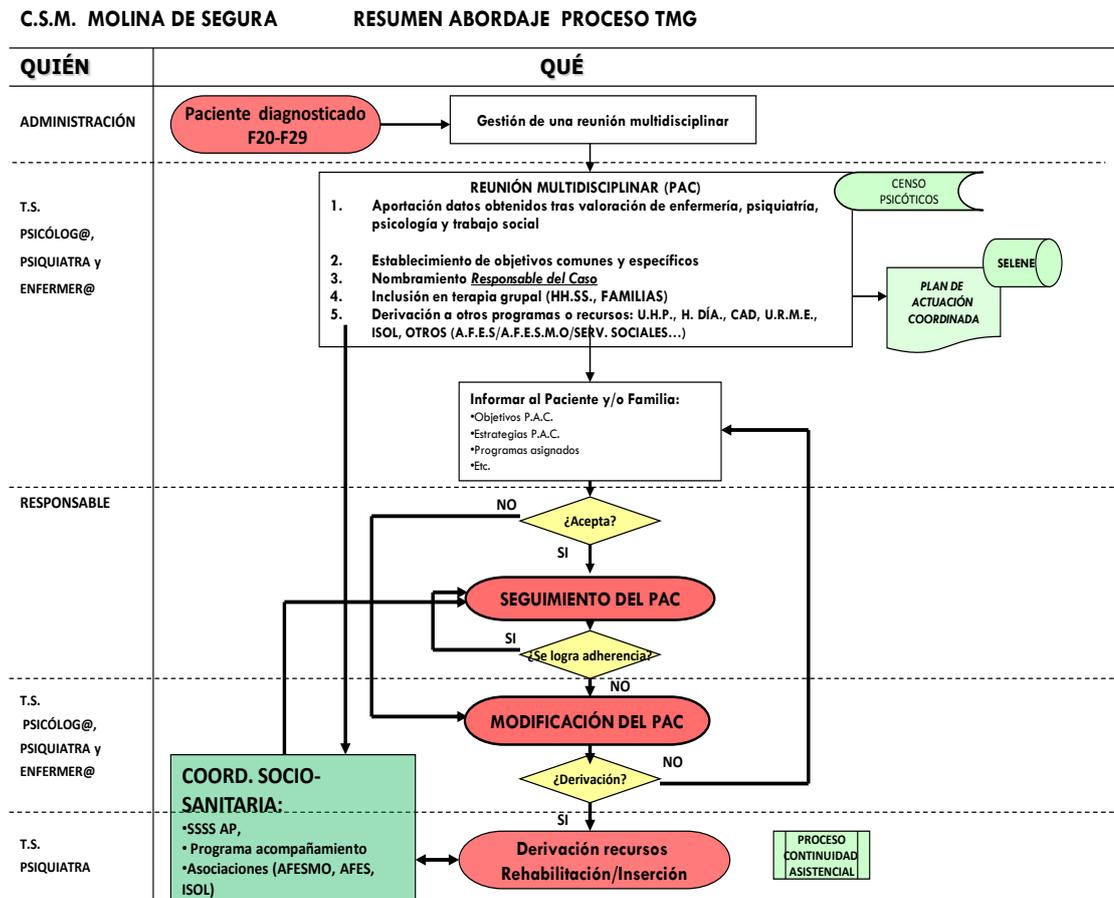
VALIDADO POR: Coordinadora de Centro de Salud Mental.

INSPECCIONES: Inspección anual.

DOCUMENTOS Y/O REGISTROS: Registro en SELENE. Listado semanal de propuestas y listado con valoraciones realizadas para base de datos

RECURSOS:

- Humanos: Aux. administrativo, Psiquiatra, Trabajador Social y Enfermera
- Materiales: Programa informático, documentación clínica y demás material de oficina



Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
2. Subdirección General de salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. (2009). Plan de salud Mental de la Región de Murcia. 2010-2013. Servicio Murciano de Salud. Retrieved from http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/234247-plan_salud_mental.pdf
3. Viñas, R, Martínez, A, Martínez, AM, Celdrán, J, Martínez, A. y Alonso, I. Proceso de atención al trastorno mental grave. Modelo de abordaje integral de Molina de Segura. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. 2014.

Agradecimientos

A Bartolomé Ruiz Periago por su apoyo y colaboración para elaborar la metodología de trabajo de la coordinación sociosanitaria.

2. MODELO DE INTERVENCIÓN MULTIPROFESIONAL DEL TMG

Autor/es: ¹José Joaquín García Arenas, ²Ascensión Albacete Belmonte, ²Jesús Onofre Valera Bernal, ³María Isabel Ortuño Pascual, ⁴Lidia Franco López, ⁵Carlos Olivan Roldan, ⁶Inmaculada Martínez Tudela, ⁵Gonzalo Pérez López.

Profesión: ¹Terapeuta Ocupacional, ²Psicóloga Clínica, ³Enfermera, ⁴Enfermera especialista en salud mental, ⁵Psiquiatra, ⁶Trabajadora social.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental Lorca.

Introducción

En base a las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, trasladadas a la Subdirección de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Región de Murcia, y en plena sintonía con los Planes de Salud Mental vigentes, se ha venido iniciando un cambio de paradigma en la atención que ofrecen nuestros Centros de Salud Mental, permitiendo que un abordaje integral y multidisciplinar basado en la gestión por procesos sitúe a los propios usuarios en el eje principal de la atención (1).

El Centro de Salud Mental de Lorca, con el apoyo decisivo de la Subdirección de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, viene apostando desde hace muchos años por ofrecer a nuestra población una estructura fuerte de apoyo a las personas con TMG y sus familias. Contar con una excelente Unidad de Adultos, una Unidad de Rehabilitación y un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario propios no hace sino reafirmar el compromiso que tiene la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica por estos pacientes.(2,3)

La organización del Centro de Salud Mental de Lorca se encuadra en los siguientes Programas asistenciales citados anteriormente que dan contenido y función a las Unidades de las que consta el centro. Todos estos Programas tienen en cuenta de forma integral la intervención con el paciente diagnosticado con TMG, dando respuesta desde el propio recurso a las necesidades de los mismos, así como de forma conjunta permitiendo un abordaje integral y coordinado del paciente con TMG que realiza tratamiento en distintos programas del CSM. (4)

Cada uno de los programas están realizados por un equipo multidisciplinar formado por los siguientes profesionales:

- Ø Psiquiatría: 10
- Ø Psicología Clínica: 11
- Ø Enfermería: 8
- Ø Trabajo Social: 4
- Ø Terapia Ocupacional: 3
- Ø Personal Auxiliar de enfermería: 3
- Ø Personal Auxiliar administrativo: 7
- Ø Personal Subalterno-Celador: 1

Método/Procedimiento

Para el proceso de TMG: Espectro de la ESQUIZOFRENIA, Trastornos Bipolar GRAVES, TOC GRAVES y TLP GRAVES la misión es la valoración multidisciplinar, tratamiento integral de los pacientes con TMG, así como prevención de los mismos para dar cobertura a las necesidades de las personas con TMG con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social en pacientes del Área III de Salud con diagnóstico de TMG. La fase inicial son pacientes del programa de Adultos con diagnóstico de TMG y la fase final son pacientes derivados de manera definitiva a otros recursos (residenciales/larga estancia), que cambian del Área de Salud de referencia o éxitus.

En el proceso de la acogida de los pacientes con TMG realizado por Enfermería y Psiquiatría la misión es realizar historia de acogida, informar ofertas asistenciales, orientar y finalmente asignar primera intervención facultativa por psiquiatría como inicio del proceso asistencial a pacientes con TMG para incluir en el PAC.

Estos pacientes admitidos en el CSM que presentan síntomas propios de un TMG vienen derivados de Facultativos de A.P., A. Especializada y Hospitalaria del Área III.

El PAC es realizado por los diferentes profesionales que a continuación detallo y sus intervenciones:

El Psiquiatra su misión es la valoración diagnóstica del paciente e inicio del plan terapéutico que permita el establecimiento de los objetivos de intervención en la elaboración del PAC. Seguimiento hasta la derivación definitiva a otros programas/recursos. Conseguir la optimización del tratamiento psicofarmacológico a lo largo de la evolución de la enfermedad y favorecer el mayor grado de autonomía personal e integración social posible.

Enfermería su misión es la administración de cuidados dirigidos al paciente familia y/o comunidad, a través de la valoración y detección de sus necesidades biopsicosociales, emitiendo un diagnóstico enfermero. Elaboración del PAC. Planificación y puesta en marcha de las intervenciones propias y necesarias para conseguir el mayor grado de independencia e integración social del paciente y su familia.

El comienzo en enfermería es cuando reciben en el C.S.M., en acogida o derivado por un psiquiatra a consulta de enfermería o equipo PAC, un paciente diagnosticado de Trastorno Mental Grave. Sus objetivos son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidados individualizados. El final del proceso en enfermería es cuando el paciente dado de alta por enfermería, tras consecución de objetivos marcados en el plan de cuidados individualizados y/o en plan actuación coordinada. Alta voluntaria o derivación a otro dispositivo.

La intervención del psicólogo clínico es la valoración de capacidades, habilidades e intereses del paciente, así como, obtención de otros datos relevantes de su funcionamiento psicosocial a través de este y su familia, que permita el establecimiento de los objetivos tanto de la intervención psicológica en sí, como de cara a la elaboración del PAC. La intervención psicológica con ellos y/o sus familias, y el seguimiento hasta el alta o derivación a otros programas/recursos con la finalidad de conseguir el mayor grado de autonomía personal y estabilidad emocional.

El comienzo de psicología clínica es la valoración psicológica del paciente, sus relaciones familiares, así como de su entorno socio-familiar. Sus objetivos son la elaboración del PAC la intervención en reuniones del Equipo Multidisciplinar de TMG y el seguimiento del paciente. El final del proceso en psicología es cuando el paciente es

derivado a otros recursos/programas o dispositivos asistenciales en consenso con Equipo de TMG.

La intervención de trabajo social es la valoración socio-familiar y comunitaria del paciente, elaboración del PAC, intervención en los programas específicos del área social, coordinación con los recursos socio-sanitarios. Todo ello con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Sus objetivos son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de programas específicos, así como coordinación con los recursos socio-sanitarios. El final del paciente en el área de trabajo social es cuando es dado de alta tras consecución de objetivos marcados en el plan de trabajo o derivación a recursos socio-sanitarios.

La intervención de Terapia Ocupacional (TO) es la valoración de déficit y capacidades funcionales del usuario; plantear los objetivos del tratamiento, la elaboración del PAC y desarrollar las intervenciones rehabilitadoras, todo ello encaminado a conseguir la máxima independencia posible del usuario el comienzo en TO es el momento en el que recibimos en T.O. un usuario derivado tras valoración funcional.

El comienzo es la valoración, planificación, evaluación e intervención del tratamiento de Terapia Ocupacional y su final es cuando los pacientes son dados de alta por consecución de objetivos y/o derivados a otros programas o recursos, pacientes que son alta voluntaria en cualquier momento tras su derivación a consulta de terapia ocupacional, pacientes que son derivados de forma definitiva a otros dispositivos socio-sanitarios o cambio de área sanitaria o éxitos.

En el plan de actuación coordinada como podéis comprobar por lo anteriormente comentado es realizado por el Equipo multidisciplinar que atiende al paciente con TMG: Psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, terapeuta ocupacional y trabajador/a social.

Su misión es la recopilación y registro de la información relevante del paciente y su familia, obtenida tras valoración del equipo multidisciplinar, para establecer objetivos comunes de acuerdo a las necesidades detectadas del paciente y sus expectativas estableciendo un PAC.

El paciente con diagnóstico de TMG ha sido valorado por el Equipo multidisciplinar los cuales mantienen una reunión de equipo multidisciplinar, registro del PAC, planificación y elaboración de objetivos a desarrollar con el paciente de forma adaptada a la necesidad del mismo con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, así como inclusión del seguimiento del mismo según gravedad del caso.

El equipo multidisciplinar realiza un seguimiento o modificación del PAC para Garantizar la continuidad de cuidados del paciente con diagnóstico de TMG dentro del CSM, facilitando la comunicación del equipo multidisciplinar teniendo en cuenta la evolución del paciente en los distintos programas indicados, así como agilizar la toma de decisiones ante la aparición de incidencias clínicas relevantes.

En la reunión del seguimiento o modificación si precisa se verifica el cumplimiento del PAC, la valoración de incidencias clínicas relevantes y la elaboración de un plan de intervención que dé respuesta adecuada con el fin de la modificación del PAC si precisa y la continuidad del PAC inicial.

Resultados

Para la obtención de los resultados anuales nos basaremos en los siguientes indicadores:

- Ø Nº total de pacientes diagnosticados de TMG.
- Ø Nº pacientes nuevos diagnosticados de TMG.
- Ø Nº visitas por paciente diagnosticado de TMG.
- Ø Nº Pacientes con TMG que reciben atención de enfermería (individual y grupal).
- Ø % pacientes que son alta voluntaria en plan de cuidados de enfermería.
- Ø Nº pacientes con diagnóstico de TMG durante este último año que se encuentra en tratamiento psicológico.
- Ø % de pacientes que son alta por derivación a otros recursos/programas o dispositivos asistenciales
- Ø Pacientes/familias que reciben intervención del trabajador social.
- Ø % de pacientes TMG a los que se realiza intervención domiciliaria

- Ø % de pacientes a los que se realiza informe de derivación a dispositivos socio-sanitarios y/o rehabilitadores.
- Ø % de pacientes TMG valorados en la comisión de gestión de casos
- Ø Nº Pacientes con TMG que reciben atención de terapia ocupacional (individual y grupal).
- Ø % pacientes que son alta en terapia ocupacional.

Discusión /Conclusiones

- Ø La intervención realizada por un equipo multidisciplinar cumple criterios de eficacia, efectividad y eficiencia tanto para el paciente como para la institución.
- Ø Trabajar en equipo multidisciplinar con pacientes con TMG en la realización del PAC mejora la adherencia del paciente al centro y el planteamiento de objetivos de tratamiento.
- Ø El paciente recibe un tratamiento integral con este modelo de intervención.

Bibliografía

1. Martín García-Sancho, JC. Líneas Maestras para el Desarrollo de la Cartera de Servicios. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. 2004.
2. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2003-2007. Consejería de Sanidad. Disponible en www.murciasalud.es/plansalud.php. 2003.
3. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010/2013. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. 2010.
4. Olmos E, Díaz I, Martínez J. Unidad de rehabilitación de Salud Mental Lorca – Águilas .Documento técnico. Procesos de Unidad de Rehabilitación. 2009.

3. PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN A TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADOLESCENTES DE CARTAGENA (PP TMG)

Autores: ¹Federico Cardelle Pérez, ²Silvia López Ortiz; ³María Isabel Toral Pallarés
³Laura Medina Garrido ⁴Caridad Martínez Cano

Profesión: ¹Psiquiatra; ²Psicóloga Clínica; ³Terapeuta Ocupacional; ⁴Auxiliar

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental y Servicio de Rehabilitación de Salud
Mental de Cartagena

Introducción

Se trata de una iniciativa que parte del Programa Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Cartagena en colaboración con el Servicio de Rehabilitación, que surge de la necesidad de ofrecer una atención más intensiva de la que puede realizarse a nivel ambulatorio a pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) en edad adolescente. Se trata también de ofrecer un espacio a aquellos pacientes entre 16 y 18 años que teóricamente tendrían que realizar a nivel administrativo el paso a Programa de Psiquiatría de Adultos pero por su situación clínica es recomendable un seguimiento más estrecho, sin poder acceder a los programas de Rehabilitación de adultos, bien fuere por su edad o bien porque la clínica presente, bien siendo relativamente heterogénea dentro del grupo propuesto, lo puede ser mucho más respecto a los pacientes de S. Rehabilitación de Adultos.

Sobre la denominación del proyecto, la aproximación sería más hacia un Hospital de Día de Adolescentes, si bien no se satisface de inicio la variable de tratamiento intensivo, que en la bibliografía de adultos representa un mínimo de 20 horas semanales¹. El concepto alternativo de Centro de Día inicialmente propuesto, tiene el inconveniente de que puede remitir a actividades meramente ocupacionales como sucede en otros rangos de edad, o dentro de la población infanto-juvenil de proyectos de educación social hacia niños y adolescentes en situación de riesgo de exclusión, los cuales pretenden la mejora de las deficiencias socioeducativas de las

personas atendidas²¹, pudiendo crearse así confusión al respecto de sus objetivos. Así que el presente podría encuadrarse, por el momento, como sugiere la AEN, como un Programa parcial en el Hospital de Día²

La prevalencia anual de trastornos mentales en niños y adolescentes en la comunidad de Murcia, aunque no está tan bien documentada como en el caso de los adultos, se estima entre un 12 y un 22 %⁹. A pesar de la gran variación en las tasas de prevalencia, se estima que al menos un 12% de los niños y adolescentes padecían trastornos mentales importantes^{9,24} y que al menos la mitad se consideraban seriamente incapacitados o alterados por su causa²⁵

El Hospital de Día se ha convertido en estos últimos años en una de las principales modalidades de intervención para niños y adolescentes con trastornos psicopatológicos graves^{6 7 8}. Su finalidad es la de proporcionar un tratamiento intensivo y global de los trastornos mentales severos que aparecen en la infancia y en la adolescencia, que tienen en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales.

Resulta más ventajoso que la hospitalización completa por permitir a los pacientes mantener el contacto con sus familiares y amigos, favoreciendo de este modo la integración o reintegración socio-familiar tras la intervención¹⁰. Además facilita una mayor implicación de la familia y el colegio en el tratamiento.

Por otro lado, reduce considerablemente el coste sanitario¹¹, ya que el menor vuelve a casa al finalizar el día y, además, las intervenciones en régimen de Hospital de Día resultan eficaces para prevenir ingresos posteriores en otros dispositivos sanitarios o sociales^{12 20}

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, como trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, los problemas de alcohol y otras

adicciones, cuadros psicopatológicos relacionados con negligencia por parte de los padres y los trastornos generalizados del desarrollo ^{5, 10, 13 14 15 16 17}

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida. Es un recurso de hospitalización parcial que facilita conseguir la mejora clínica o la remisión sintomática sin separar al niño de su medio familiar, escolar y social. ²¹

Debe posibilitar el cambio emocional y cognitivo de forma estable, permitiendo una mejor adaptación a la realidad, así como una mejora de las competencias relacionales que facilite una reincorporación a la vida en la comunidad, donde podrán continuar el tratamiento ambulatorio oportuno.

Así mismo, se plantea como esencial el trabajo con la familia, ayudando a contener y elaborar las ansiedades y ambivalencias generadas por la enfermedad y actuando sobre los factores familiares influyentes en la misma.

En el Plan de Salud Mental 2010-2013 de la Región de Murcia, dentro del apartado VI.2. "Conclusiones y oportunidades de mejora respecto a la Línea de actuación 2. (Atención a los trastornos mentales)", y más concretamente en: VI.2.2 "Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa Infanto-Juvenil", se hace referencia explícitamente a la necesidad de implementar programas como el aquí propuesto; *"A pesar del esfuerzo realizado, es necesario seguir incrementando la oferta de dispositivos tipo "centro de día", con actividades dirigidas a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la mejora del pronóstico a través de programas de tratamiento intensivo en este tipo de recursos" (sic)* ⁹, así como dentro de las líneas de Actuación se recoge dentro de VII.2.3 Programa Infanto-Juvenil en Salud Mental la *"potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos Infanto-Juveniles"*. ⁹

Método/Procedimiento

El Hospital de Día terapéutico / pedagógico para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para la orientación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales severos que aparezcan en estas edades tempranas de la vida y que tienen en

común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales. Se pretende un tratamiento intensivo en un recurso diurno, más del que puede ofrecer un recurso de consultas ambulatorias, que no provoque disrupción total del ambiente familiar, escolar y social, en relación a la edad de cada usuario.

Permite un enfoque médico, psiquiátrico y psicológico. Incluye aspectos de enfermería, educadores, rehabilitadores y sociales. Pretende aliviar el sufrimiento y los síntomas de pacientes con trastornos psiquiátricos severos a través de tratamientos farmacológicos, psicológicos, corporales y las intervenciones sociales apropiadas.

También se intenta educar al paciente y a su familia sobre las características del sufrimiento y su tratamiento. El adolescente mantiene el contacto con la familia, escuela y ambiente habitual. Se realiza un tratamiento precoz, integral, intensivo y especializado, basado en establecer lazos y vínculos con todas las instancias terapéuticas involucradas en el tratamiento del paciente con trastornos psiquiátricos severos. Se proporciona una atención mayor a la posible en la atención en régimen ambulatorio.

Cobra un papel fundamental la intervención familiar. Se tratará de detectar y tratar conflictos familiares que influyen en la evolución del cuadro. Se promoverá la participación activa del paciente, su familia y su medio social de pertenencia, en la realización y la evaluación de los resultados del tratamiento. Disminuirá el estigma en los pacientes con trastornos mentales contribuyendo a modificar la representación familiar y social del padecimiento psíquico y disminuyendo las indicaciones de ingreso psiquiátrico innecesarias o disminuyendo el tiempo de las mismas. El Hospital de Día incluye también una función de investigación y docencia para la formación de profesionales.

Resumiendo, y en términos generales, los objetivos principales que persiguen los Hospitales de Día Infanto-Juveniles de Salud Mental son⁵:

- o disminución de la sintomatología psiquiátrica

- Ø dotar a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores
- Ø promover un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

El objetivo último sería recuperar, o en su caso conseguir, la capacidad de vida autónoma y relacional del niño o adolescente, de acuerdo a su edad, dentro de la comunidad. Para ello resulta imprescindible disminuir su sintomatología psiquiátrica, prevenir o reducir sus recaídas, o el deterioro que se produce y mejorar su integración familiar y social. Se persigue pues un incremento de calidad de vida y la disminución del sufrimiento de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de sus familias.

La derivación desde el CSM se realizará por parte de un facultativo (Psiquiatra o Psicólogo de referencia), quien, en función de la gravedad y cronicidad del caso, el deterioro que el trastorno produzca en el ambiente familiar y escolar del menor y la capacidad de contención de la familia y el colegio, valorará entre las distintas opciones de intervención, que son atención ambulatoria, Hospital de día parcial u hospitalización completa.

Se beneficiarían del tratamiento de Hospital de Día los pacientes hasta la edad de 18 años que presente cuadros psicóticos u otras alteraciones severas que conlleven un trastorno de la organización del yo y de la relación del niño o adolescente con su mundo circundante y que impidan su adaptación al medio familiar, social, escolar y lo profesional.

Serían pues candidatos al Programa todos aquellos pacientes hasta los 18 años de edad, derivados por CSM Cartagena con Trastorno Mental Grave (TMG), que requieran un abordaje terapéutico más intenso y específico en sus dificultades de vida relacional, social y familiar. Los pacientes que cursen con Retraso Mental y/o con patología orgánica asociada quedarían excluidos a priori debido al menor beneficio que les brindaría este tipo de tratamiento, así como las dificultades de manejo de esta problemática en dicho contexto.

En cuanto a la variable edad, en general las necesidades clínicas en el CSMIJ apuntan hacia adolescentes con Trastorno Mental Grave como población diana más necesitada y susceptible de intervención, al menos en una primera fase, incluyendo la posibilidad de ampliar el tope de edad desde los 16 hasta 18 años, como ha sido discutido previamente. Se trata de pacientes que se encuentren a seguimiento por Salud Mental, tanto del área II como del área VIII, cuyos terapeutas a nivel ambulatorio consideren oportuno derivar por su situación clínica. En este sentido, más que señalar un diagnóstico determinado el criterio fundamental de entre aquéllos que se han descrito en el apartado previo de “inclusión”, creemos ha de ser el deterioro funcional, ya sea familiar, social, académico; ante una necesidad de tratamiento más intensivo que el de citas ambulatorias. Al tratarse de adolescentes, con deterioro funcional y TMG, entendemos que un porcentaje de los beneficiarios podrán ser chicos con cuadros psicóticos, bien prodrómicos, bien activos, o bien en proceso de elaboración de su experiencia psicótica, incluyendo aquí psicosis afectivas y cuadros de sintomatología negativa en los predomine el aislamiento social o cualquiera en el que se produzca una ruptura.

También hacer referencia a casos que precisen una observación clínica continuada, bien para establecer diagnóstico, para ajuste farmacológico, o por otros condicionantes; así como puntualmente a pacientes que evolucionan favorablemente en régimen ambulatorio, pero que podían beneficiarse de un determinado programa de HD. En casos de grave disfunción familiar, que dificulte el cumplimiento de las pautas dadas en régimen ambulatorio o bien de un marcado deterioro del ambiente social, escolar y familiar del menor, se valorará si el paciente es susceptible de la intervención.

En resumen, algunos factores que podrían ser motivo de no inclusión en programa son los siguientes^{5,13}:

- Ø Retraso mental (CI estimado menor de 70) y Trastornos orgánicos como primer diagnóstico y aquellos casos graves que no tengan capacidades cognitivas para poder atender, adaptarse e incluso colaborar en el proceso terapéutico.

- Ø Conductas disruptivas graves que pudieran poner en peligro la integridad física del propio paciente o la de sus compañeros.
- Ø Consumo de sustancias como diagnóstico principal ó pacientes con otra patología pero persiste consumo de riesgo.
- Ø Grave riesgo de autolisis.
- Ø Brote psicótico ó descompensación maniforme.

Como es comprensible, antes de derivar a los pacientes al Programa se valorará la disponibilidad de la familia para acudir al centro dado el compromiso y frecuencia de las sesiones que esto supone (contrato terapéutico)

Estructura física

Se realizará en las instalaciones del Centro de Rehabilitación de Cartagena, sito en Calle Ingeniero de la Cierva, 26. Dichas instalaciones disponen de espacios que podrían ser utilizados tanto para entrevistas individuales como para grupos, además de espacios de esparcimiento recreativo.

Recursos humanos

Debemos especificar que el personal que inició el Programa lo es a tiempo parcial, encontrándose adscrito el resto de su jornada laboral a los Servicios indicados entre paréntesis.

Psiquiatra: Federico Cardelle Pérez (CSMIJ Cartagena) (Coordinador)

Psicóloga clínica: Silvia López Ortiz (Rehabilitación)

Terapeuta Ocupacional: Isabel Toral Pallarés (Rehabilitación)

Auxiliar: Caridad Martínez Cano (Rehabilitación)

Periodicidad

El programa se realiza con inicio en Octubre de 2013 y voluntad de continuar hasta Junio de 2014, en un primer ciclo. La periodicidad fue inicialmente quincenal, pero con aspiraciones de convertirlo al menos en semanal, permitiendo así desde Octubre de 2014 el inicio de un segundo grupo de adolescentes teniendo en cuenta la variable edad (12 a 15 años, quedando el primero encuadrado entre 15 y 18 años).

Número de pacientes

El número de pacientes adscrito al programa en primera convocatoria será entre 10 y 12 (por grupo), si bien se trata de un grupo abierto al que podrán realizarse propuestas de derivación, tratando de no superar los 12 inscritos transversalmente. Es recomendable que exista un mínimo de estabilidad clínica en el momento de la derivación, esto es, si el paciente es susceptible de una hospitalización a régimen completo no existiría lógicamente posibilidad de contención adecuada a nivel de nuestro programa.

Estancia en el Programa

De inicio, no estructuramos ni imponemos una permanencia máxima en el programa, supeditando dicha decisión a la situación clínica particular de cada paciente. Si bien entendemos que a partir de los 18 años de edad habrá que plantearse, en su caso, una continuidad terapéutica por un profesional del programa de adultos, sea en la modalidad terapéutica que fuere, eso sí sin suponer esto una ruptura brusca con el Programa. Por lo demás, se optará por la flexibilidad en este punto.

Estructuración del Programa:

10:15h Reunión de Equipo.

Incluye Revisión semanal del cumplimiento de programas y evolución del paciente. También posibles admisiones vehiculizadas desde CSMIJ o CSM de adultos de Cartagena, y más ampliamente cualquier cuestión que pudiera surgir relacionada con el programa.

11:30h Inicio del programa.

11:30-13:00h Terapia ocupacional

13-14h Sesión de grupo Psicología clínica

Las consultas programadas con Psiquiatría, individuales y familiares, podrán realizarse en los intervalos entre las diferentes actividades (por ejemplo, 10:45h, 11:15h, 12:30h, 14h), Las consultas por demanda de uno de los pacientes de forma directa siempre se tendrán en consideración en el propio día. La posibilidad de consultas frecuentes favorecerá la intervención terapéutica tanto a nivel psicopatológico como psicoterapéutico. Desde el punto de vista farmacológico, la observación diaria y continuada permite no sólo evaluar la eficacia y tolerancia de los

fármacos sino también trabajar la adherencia al tratamiento. El psiquiatra tratará de participar tanto de la actividad grupal de Psicología Clínica como en la ocupacional.

Se realiza una primera valoración con apertura de historia clínica, se rubrica el contrato terapéutico, se muestra el dispositivo y se cita para el inicio de la actividad. Se abre una nueva historia clínica, propia del programa, en la que se incluirán tanto el modelo de derivación como el consentimiento informado / contrato terapéutico, historia a la que tendrán acceso los integrantes del equipo para poder reflejar la evolución clínica, tratamientos y cualquier incidencia destacable. Además de facilitar a los padres la hoja informativa que incluye horario genérico con calendario y actividades, que en caso de verse alteradas se informará puntualmente.

Durante las primeras sesiones, hemos acordado consideramos fundamental el enganche con el nuevo dispositivo y personal, por lo que no se aspira a entrar con dinámicas grupales que angustien en exceso y que puedan provocar abandonos, buscando más un componente lúdico en los grupos que psicoterapéutico, al que progresivamente podrá ir accediéndose. Se intentará ir facilitando la expresión a nivel grupal de experiencias y material que pueda ser puesto en palabras y compartido.

Inclusive, la derivación al dispositivo del grupo inicial incluirá dos días destinados a la toma de contacto con el dispositivo y profesionales del mismo. Cada vez que se produzca una derivación, se podrá concertar una cita individual y familiar en el mismo, para después ya poder integrarse en la dinámica partiendo de la Asamblea, donde el nuevo integrante podrá presentarse y el resto darse a conocer a éste.

Consideramos que el equipo ha de funcionar de modo desjerarquizado, con una praxis común y una estructura terapéutica comunitaria, abierta, dinámica, flexible e imaginativa³, recogiendo tanto la demanda de la familia como la del sujeto. La Asamblea, además de un espacio para la incorporación de nuevos integrantes al programa, podrá ser un espacio donde los pacientes puedan expresarse libremente sobre cualquier aspecto relacionado con el programa, así como un espacio para poder resolver conflictos que pudieran suceder por medio de la palabra.

Cada paciente derivado tiene asignado, desde el primer momento en que se realiza la acogida y el contrato terapéutico, un facultativo de referencia del equipo (referente médico Psiquiatra y/o Psicóloga clínica) que ejercerá la función de responsable del caso. Se encarga de coordinar y dirigir todo el proceso de evaluación con las entrevistas individuales y familiares necesarias así como con la colaboración del resto del equipo en tareas específicas de diagnóstico, que permitan la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado. También asegura su continuidad y cumplimiento.

En general, un programa de HD presenta como puntos fuertes el no retirar totalmente al paciente del medio familiar, estimular la responsabilidad familiar y su intervención, el hecho de que la atención parcial del paciente alivia a los padres, permite al paciente alejarse de ambiente familiar disfuncional, no se interrumpen las actividades extraescolares, la programación flexible de frecuencia e intensidad del tratamiento, exploraciones psiquiátricas exhaustivas y mayor variedad de experiencias terapéuticas. Como debilidades, el retiro transitorio del ambiente familiar, problemas por el traslado frecuente al centro y los permisos escolares y de trabajo, interferencia con las actividades cotidianas, escolares y sociales, mayor riesgo de abandono del tratamiento frente al ambulatorio e internamiento y poder ser más estresante para el personal por la intensidad del tratamiento.

Sobre el catálogo de actividades del Hospital de Día se confeccionaría un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) para cada paciente que comprenderá fundamentalmente los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participara el paciente, además de las actuaciones con su entorno próximo, especialmente con la familia.

Sobre el Alta del Programa, debería ser tenida en mente desde el inicio del tratamiento. Se evaluarán los progresos a lo largo del mismo, favoreciendo y regulando la transición satisfactoria al ambiente familiar, cuya estabilidad es un buen predictor de respuesta positiva.

El proceso asistencial se cierra ante mejoría o remisión de los síntomas clínicos, por lo que se procederá al Alta clínica y derivación a CSM de referencia, abandono del

programa, hospitalización (temporalmente), o traslado a otra Institución / cambio de residencia fuera del área de referencia II/VIII.

Se realiza en todos los casos un Informe de Alta, que se derivará a su Equipo de Psiquiatría para continuar seguimiento ambulatorio en su CSM.

Así pues, en resumen, la cartera de servicios incluye en una primera fase:

- Ø Entrevistas individuales y familiares, incluyendo psicoterapia individual y tratamiento farmacológico.
- Ø Psicoterapia grupal.
- Ø Terapia ocupacional.
- Ø Coordinación con los profesionales a nivel educativo (orientadores)
- Ø Posibilidad de intervención sistémica y escuela de padres.

A continuación se incluyen de forma genérica en primer lugar el proyecto inicial de intervención grupal por Psicología Clínica. La intervención se llevaría a cabo mediante la realización de un programa multimodal con la finalidad de desarrollar los objetivos específicos referidos anteriormente.

Módulo de Habilidades Sociales:

El entrenamiento en Habilidades Sociales prepara y fortalece a la persona para afrontar de una forma más adaptada los conflictos familiares o sociales que se presenten, prestando atención no sólo a la comunicación eficaz sino a la mejora de la percepción social, esto es, ser capaz de atender, interpretar y responder adecuadamente a las señales interpersonales.

Entre las áreas objeto de trabajo estarían: asertividad, habilidades de conversación, capacidad para hacer amigos y concertar citas, comunicación en la familia, etc.

Módulo de Manejo del Estrés:

El objetivo de este módulo sería potenciar recursos personales y capacidades de autocontrol para soportar el estrés, manejando adecuadamente las situaciones generadoras de ansiedad.

Las áreas objeto de trabajo serían:

- Aprendizaje de técnicas de relajación.
- Aprendizaje de técnicas de afrontamiento del estrés.

- Reestructuración cognitiva, mediante la utilización de autorregistros de pensamientos, situaciones, emociones. Cuestionamiento y elaboración de pensamientos alternativos.
- Mejora de la autoestima (tan importante como tener los recursos de autocontrol, es decir, que se pueda disponer de éstos en situaciones problemáticas y pensar que se va a hacer de forma exitosa).

Módulo de Resolución de Conflictos:

El objetivo de este módulo sería aprender un método sistemático para analizar situaciones problemáticas y generar alternativas de respuesta que sean eficaces mediante un procedimiento que les permita:

- Identificar y definir claramente el problema.
- Establecer los objetivos que desean conseguir.
- Elaborar las estrategias necesarias para conseguir dichos objetivos sopesando sus pros y contras.
- Delimitar los pasos intermedios para llevar a cabo sus planes de acción.

En otras palabras, este procedimiento les serviría para responder a las preguntas ¿cuál es mi problema?, ¿qué quiero conseguir?, ¿cuál es mi plan? Y ¿cómo lo haré?

Módulo de Reflexión, Discusión, Análisis y Debate:

El objetivo de este módulo es fomentar la comunicación verbal, poner en común experiencias e intercambiar ideas que lleve a un mayor conocimiento tanto de uno mismo y de su entorno, como el de los demás participantes, fomentando un espacio de reflexión crítica de diferentes temáticas que tienen que ver con su momento vital, a través de diversas propuestas audiovisuales, sonoras y gráficas, mediante juegos, música, vídeos, películas, artículos periodísticos, internet, para crear un marco de aprendizaje grupal en el cual poder manifestar sus temores y anhelos así como buscar una solución a sus conflictos de una forma segura.

Módulo de Intervención Familiar:

- Se creará un espacio de intervención multifamiliar con los familiares de los adolescentes asistentes al programa grupal, con los consiguientes objetivos:
- Establecer una alianza con los familiares de los adolescentes en tratamiento.

- Ø Reducir la atmósfera familiar adversa disminuyendo las situaciones generadoras de estrés.
- Ø Fortalecer la capacidad de resolución de problemas de los familiares.
- Ø Reducir las expresiones de enojo y culpabilidad de la familia.
- Ø Mantener expectativas razonables para la vida cotidiana de los adolescentes.
- Ø Enseñar a los familiares a establecer y guardar límites adecuados cuando sea preciso mantener ciertos niveles de distanciamiento emocional.
- Ø Lograr un cambio deseable en las conductas de las personas cercanas al adolescente.
- Ø Fomentar un espacio de contención de las angustias y preocupaciones familiares.

Resultados

Planteamos realizar una reuniones conjuntas entre CSMIJ y S. Rehabilitación con los objetivos de evaluación de la marcha del proyecto, viabilidad, posibilidades de mejora y esperamos que ampliación de prestaciones. Esto, hipotéticamente, podría incluir reevaluar el horario, los días ofertados desde un abordaje inicial quincenal, las propias actividades realizadas y la población diana, así como la posibilidad ulterior de una escuela de padres; en general cualquier idea que parta del equipo o bien de los propios pacientes Dentro del propio CSMIJ se podrá realizar la coordinación habitual, dentro de las reuniones semanales, siendo esto altamente accesible hacia los pacientes área II y, por el momento, posible con los del área VIII.

Los sistemas de control de calidad ofrecerían la posibilidad de dar un feedback útil a cada unidad, hacer una estimación realista de la potencia de estos tratamientos y hacer planes de salud mental que los incluyan²².

Siguiendo las recomendaciones de la AEN ², se realizarán escalas para evaluación de resultados al inicio del Programa y al Alta del mismo. Se ha optado, dado el perfil de pacientes, por la EEAG equivalente al eje V del DSM (en lugar de la CGAS, al tratarse de adolescentes) y por la PANNS-P,-N y -PG. Adicionalmente, se podrán realizar encuestas de satisfacción. Globalmente se aprecia mejoría en cada paciente

tanto en CGAS (mayores puntuaciones sobre nivel previo) y PANNS-PG (menores puntuaciones sobre nivel previo).

Como indicadores propuestos², dentro del nivel de actividad se debería reflejar:

- Ø número de ingresos/año: 24 (derivaciones con criterios de inclusión: 96%)
- Ø número de altas/año: 6
- Ø número de pacientes/año: 24
- Ø Índice de ocupación 83%-100%; Asistencia media 75%-85%
- Ø Número de altas/ingresos: 6/24 (25%)
- Ø Tiempo en lista de espera hasta aprobación del ingreso: 2 semanas
- Ø 2 Ingresos hospitalarios durante programa (previamente suman mínimo de 7)

Dentro del nivel de funcionamiento:

Porcentaje de pacientes con distintos tipos de altas (mejoría / voluntaria: 3, traslado 1, derivación CAD 1, derivación Adultos 1)

Porcentaje de abandonos: 0%

También podrían aplicarse indicadores de calidad ⁴, en las dimensiones de atención a la persona y familia, aspectos relacionales / promoción de los derechos y aspectos éticos de la atención, coordinación y continuidad de la atención, gestión de la calidad y otros aspectos organizativos de Hospital de Día y profesionales del Hospital de Día.

Discusión /Conclusiones

Se ha puesto en marcha un programa específico gracias a la coordinación entre dos recursos de la red de Salud Mental (CSMIJ y S. Rehabilitación), que permite un abordaje más intensivo de aquellos casos de adolescentes para los cuales una intervención ambulatoria resultaba insuficiente debido al grado de deterioro funcional que presentaban. Un tratamiento que trata de realizar una intervención multidisciplinaria (psiquiátrica, psicológica y ocupacional) dentro de un programa grupal. La experiencia se ha mostrado satisfactoria desde su inicio en Octubre de 2013 aportando una mejora en la situación de los pacientes incluidos, evidenciándose tanto en el relato de los propios pacientes, en la impresión clínica de los profesionales pertenecientes o no al programa, así como en los sistemas de evaluación utilizados.

Esperamos que todas las experiencias relatadas durante las Jornadas de coordinación entre dispositivos, trabajo grupal y atención a trastorno mental grave puedan tener continuidad y recursos, además de poder impulsar otras nuevas.

Bibliografía

1. Di Bella et al, Handbook of partial hospitalization, Brunner/Mazel Publ (1982)
2. Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. Cuadernos Técnicos AEN, 12 (2009)
3. González Duro E. Distancia a la locura, Teoría y Práctica de Hospital de Día, Editorial Fundamentos. (1982).
4. Indicators de qualitat per Hospitals de Dia de Salut Mental Infanto-juvenils y d'adults.v6.1. Avaluació externa de la qualitat. Programa d'avaluació externa de la qualitat dels serveis de salut mental. Pla director de Salut Mental i Adiccions. Generalitat de Catalunya (2010)
5. Pedreira, J.L. Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, (2001). 2(1): 68-92.
6. Sverd, J., Dubey, D.R.,Schweitzer, R. y Ninan,R. Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment.Psychiatric Services, (2003).54 (11): 1519-1525.
7. Schimmelmann, B.G.,Schulte-Markwort, M. y Richter, R. Day clinic treatment in child and adolescent psychiatry Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, (2001). 29(3):178-88.
8. Briggs, K. Treating Teens: Evaluation of a Newly Developed Adolescent Day Hospital.
9. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (2010-2013)
10. Grizenko, N. Outcome of multimodal day treatment for children with severe behaviour problems: a five-year follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (1997). 36, 989-997.

11. Kiser, L.J., Heston, J.D., Millsap, P.A. y Pruitt, D.B. A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, (1987). 4:17-27.
12. Kutash, K. y Rivera, V.R. *What Works in children's mental health services: Uncovering answers to critical questions*. Baltimore: Paul H. Brookes. (1996).
13. Díaz-Atienza, J. El hospital de día en el tratamiento de los trastornos alimentarios. (2005).
14. Jiménez, A.M. Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (2003). 2: 21-32.
15. Allin, H., Wathen, C.N. y MacMillan, H. Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, (2005). 50(8): 497-504 Clinical Review. (1997).
16. Romanczyk, R.G. y Gillis, J.M. Treatment Approaches for Autism: Evaluating Options and Making Informed Choices. En, Zager, D. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education and Treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates (2005).
17. Rigon, G., Costa, S., Mancaruso, A., Poggioli, D.G. Trastornos de la conducta en la adolescencia: la experiencia del hospital de día. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (2004). 3: 21-28.
18. Webster-Stratton, C., Reid, M.J. y Hammond, M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, (2004). 33(1):105-24.
19. Weiss, B., Harris, V., Catron, T. y Han, S.S. Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, (2003). 71(2):364-74.
20. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para Trastornos Psiquiátricos. *Cochrane Plus* nº3, Oxford, Update Software Ltd (2008)

21. Estellés P., Viedma F. Centros de Día. Una propuesta educativa para niños y adolescentes en riesgo. Equipo CD Salesianos Catalunya. Editorial CCS. (2010),
22. Wilberg T, Karterud S, et als, Quality assurance of psychiatric day hospital treatment III Health care system level. Nord J Psychiatry (1998);52; 431-439.
23. Schene, Aart H. The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. Current Opinion in Psychiatry (2004); 17(4): 303-309
24. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA et al. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. Acta Psychiatr Scand ,(1994).89: 352-357
25. Child and adolescent mental resources: global concerns, implications for the future: OMS, (2005)

Agradecimientos

Al entendimiento existente entre el CSMIJ Cartagena y S. Rehabilitación, representado por sus coordinadores Deborah López Marco y Carlos Martín Fernández-Mayorales (2013-14), colaboración que estamos seguros continuará siendo fructífera.

A Isabel González y Sonia Andrés Espallardo, que realizaron las reuniones preliminares y el primer borrador en representación del CSMIJ, suponiendo el germen de este proyecto. A las Psicólogas Clínicas de CSMIJ Cartagena (Asunción Gomáriz, Antonia López y Cristina Laiz) que realizaron el borrador sobre la intervención psicológica en TMG. A todo el personal de Rehabilitación, administrativos, personal de seguridad, ordenanza; que han mostrado una gran disposición a colaborar.

A los responsables de Programa Infanto-Juvenil en Murcia, CSM Cartagena, Área II y Subdirección General de Salud Mental; Carmen Palma González, Ignacio Cabezas Hurtado, José Francisco Martínez Inglés y Carlos Giribet Muñoz que han posibilitado el inicio del mismo; así como a la Jefatura de Programas Asistenciales que ha permitido la exposición de este y otros proyectos en las Jornadas de Buenas Prácticas en Salud Mental del SMS.

A Eduard Serrano del Hospital de Día de Sant Joan de Deu (Esplugues), que colaboró remitiendo documentación de interés referente al funcionamiento de dicho servicio que consideramos en muchos aspectos un modelo a seguir.

Esperando que este proyecto, además de esfuerzo y voluntad, pueda seguir teniendo continuidad.

4. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALUD FÍSICA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE. RESULTADOS A LOS 24 MESES

Autores: ¹Aitziber García Martínez de Estarrona, ¹Juana María Mateo Castejón,

¹Cristina Banacloig Delgado, ¹Raquel Ruiz Iñiguez, ²Antonio Pardo Caballero

Profesión: ¹Enfermera Especialistas en Salud Mental, ²Enfermera Generalista

Centro de trabajo: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena

Introducción (Antecedentes, estado actual del tema...)

La enfermedad mental se concibe en la actualidad como una enfermedad multidimensional, donde los modelos de rehabilitación tratan de abordar el tratamiento de la misma desde diferentes aspectos biopsicosociales para mejorar la calidad de vida del paciente.

En los últimos años se ha incrementado el interés en la salud física de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), realizándose numerosas investigaciones donde se ha encontrado un mayor riesgo de morbimortalidad con respecto a la población general^{1,2}.

Existen varias guías tanto 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 vida³. 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 misma⁴ siguiendo el protocolo establecido por la Sociedad Española de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica realizado en 2008 para la Esquizofrenia⁵.

Método/Procedimiento

Texto: Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Se han medido la variable IMC al inicio, 6, 12, 18 y 24 meses según lo establecido en el PMSF.

Se ha medido la variable riesgo cardiovascular (RCV) según la tabla de RCV DORICA, la cual contempla la edad, sexo, diabetes, tabaquismo, colesterol total, colesterol HDL, tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica, al inicio, 12 y 24 meses según lo establecido en el PMSF.

Los datos obtenidos en las diversas variables se han analizado a través de un modelo lineal general (MLG) de medidas repetidas para poder observar la evolución de las mismas a lo largo de 24 meses. Se han comparado las medias de IMC y DORICA de cada periodo de tiempo estudiado.

Resultados

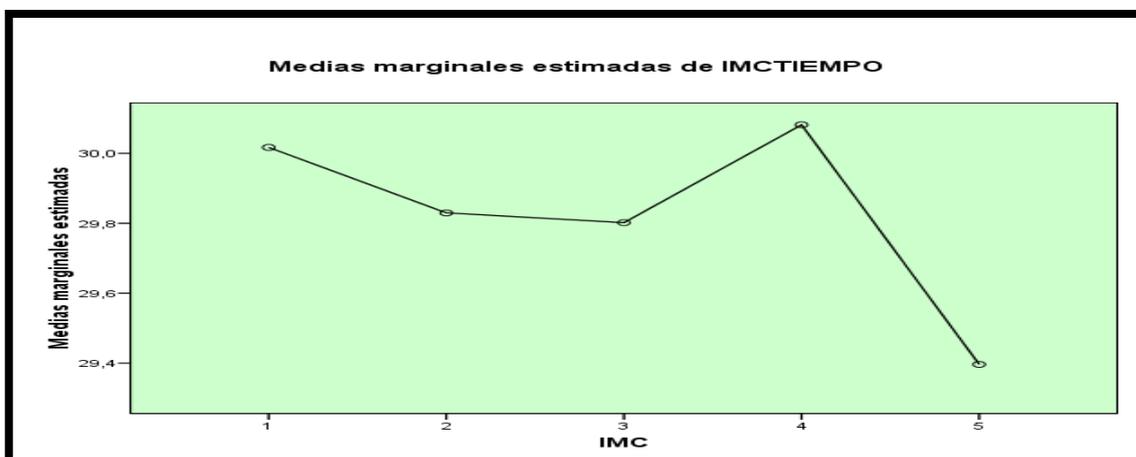
Para el IMC, las medias son las siguientes:

INICIAL	6 MESES	12MESES	18MESES	24MESES
30,09	29,88	30,15	30,11	29,59

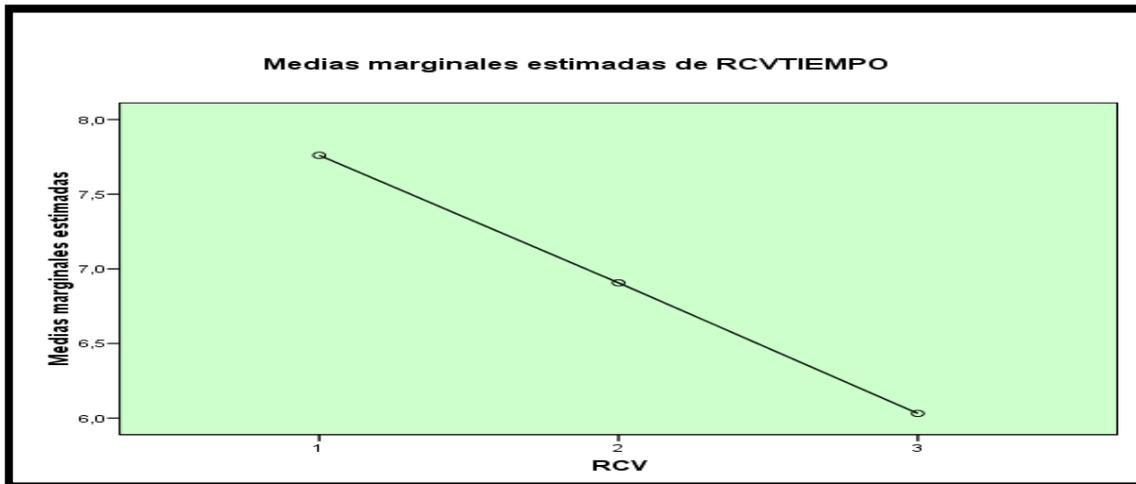
Para DORICA, las medias son las siguientes:

INICIAL	12MESES	24MESES
6,61	6,25	5,72

Según MLG para el IMC se ha elaborado el siguiente gráfico:



Según MLG para DORICA se ha elaborado el siguiente gráfico:



Según el MLG, tanto el IMC como DORICA han disminuido progresivamente a lo largo del tiempo, exceptuando el IMC que a los 18 meses ha experimentado un pequeño repunte coincidiendo con un periodo de tiempo en el cual sólo hubo una enfermera con lo cual los seguimientos se espaciaron ligeramente en el tiempo. Es significativo para DORICA con una $p=0.034$ la disminución del RCV progresivamente a lo largo de los 24 meses.

Discusión /Conclusiones

Utilizar el IMC para analizar el impacto de este programa a nivel general es útil para poder observar una tendencia de los usuarios a disminuir su peso posiblemente como consecuencia de cambios saludables en sus hábitos de vida.

Lo importante no es que hayan disminuido de peso, puesto que este ha podido variar constantemente a lo largo de los dos años sino que los usuarios sean capaces de realizar cambios saludables si se observa que el peso junto con otras constantes indica que los hábitos de vida son inadecuados.

Utilizar el riesgo cardiovascular para analizar el impacto de este programa a nivel general es útil para poder observar una tendencia de los usuarios a disminuir factores de riesgo cardiovascular como son la tensión arterial, colesterol total, colesterol HDL y tabaquismo al modificar sus hábitos de vida no saludables.

Al observar los datos de su analítica anual en general los usuarios pueden valorar mejor los resultados de los cambios saludables que han realizado.

Como reflexión personal tras los dos años de puesta en marcha del PMSF, se puede afirmar que la labor de enfermería no solo consiste en tomar constantes, en el PMSF además se realizan las siguientes actividades:

- o promoción del propio autocuidado
- o fomento de la necesidad de valorar la salud física periódicamente
- o prevenir posibles enfermedades futuras, favorecer la detección de nuevas enfermedades y mejorar o mantener el estado físico en las que ya se conocen
- o evaluar la evolución a lo largo del tiempo de la salud física, valorando los cambios positivos y recordando hábitos de salud adecuados cuando los cambios no han sido los esperados
- o los usuarios tienen un espacio para compartir dudas sobre su salud
- o se imparte educación para la salud siempre

Todo ello ha posibilitado que se vayan produciendo cambios en los hábitos de vida que mejoran las condiciones de salud física de los usuarios de la unidad de rehabilitación.

Bibliografía

1. De Hert M., Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J., 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, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-bakmas M, Leucht S, Ndeti D, 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, Clifton A, Mala S, Bachner M. ."Physical health care monitoring for people with serious mental illness (Review)". The Cochrane collaboration. Published by Jonh Wisley 6 son, Ltd. 2012, issue 11.
4. García A., Banacloig C, Pardo A. "La patología física en el enfermo mental grave en una unidad de rehabilitación: Resultados de un programa de cribado". XVI

Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Libro de ponencias. Murcia, noviembre, 2012.

5. Saiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP, 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

Agradecimientos

A todos aquellos profesionales de Enfermería, resto de profesionales sanitarios y residentes EIR de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena que han colaborado en la realización de este trabajo y en especial a los usuarios del centro que han acogido el PMSF con gran interés.

5. PSICOTERAPIA GRUPAL INTEGRADORA EN PERSONAS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO

ELEGIDA MEJOR COMUNICACIÓN DE SU MESA



Autores: ¹Francisco Rosagro Escámez, ²Montserrat Del Olmo Gracia.

Profesión: ¹Psiquiatra, ²Enfermera especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental Adultos de San Andrés.

Introducción

La medicación antipsicótica es indispensable para el tratamiento de los trastornos psicóticos, aunque presenta una serie de limitaciones, sobre todo en lo que respecta a la sintomatología negativa, funcionalidad y cuando existen problemas en la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Probablemente sólo una minoría de los pacientes puede desenvolverse con éxito con un abordaje que sólo incluya tratamiento farmacológico y hospitalizaciones breves y en la mayoría de los casos es necesaria al menos una intervención psicoterapéutica que complemente al tratamiento farmacológico (1). De ahí el interés de los clínicos por técnicas terapéuticas complementarias a dicho tratamiento para abordar este tipo de trastornos (2,3).

Se han obtenido logros en el contexto grupal en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con un trastorno psicótico. Las principales ventajas que proporciona el tratamiento grupal son que les ayuda a superar el aislamiento, lograr comunicarse, mejorar la autoestima, salir de la desesperanza, y a comprender, aceptar, reconocer y revelar las experiencias psicóticas. Así mismo supone una mejor calidad en el tratamiento y se trata de una intervención coste – eficiente (2).

El formato grupal es especialmente útil en estos pacientes para compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus

experiencias de forma directa o indirecta, recibir apoyo y apoyar altruistamente a los demás, mejorar su habilidad para relacionarse con otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de universalización (2).

Clásicamente existen tres enfoques teóricos en la psicoterapia grupal que han demostrado efectividad similar (psicoeducativo, psicodinámico e interpersonal). El modelo ideal sería el que combinara de manera flexible los distintos enfoques (2). La terapia de grupo integradora recoge las influencias de los distintos modelos: del enfoque psicoeducativo la estructura, seguridad y afrontamiento de los síntomas; del enfoque dinámico la discusión abierta y selección del material por parte de los pacientes; y del enfoque interpersonal el trabajo en el aquí y ahora, disminución del aislamiento y mejoría en la interacción personal (4). A pesar de esto aborda de manera limitada los síntomas psicóticos y es generadora de ansiedad en las fases más avanzadas. A partir de esta terapia se desarrolla un modelo integrador modificado, denominado modelo ambulatorio de psicoterapia grupal orientado al tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos afines (5) que recoge las ventajas de dicha terapia sobre otros enfoques y trata de vencer sus limitaciones.

Método/Procedimiento

El modelo ambulatorio de psicoterapia grupal orientado al tratamiento de la esquizofrenia utiliza un enfoque integrador, recogiendo aspectos de la psicoterapia grupal integradora, diferentes conceptos de la terapia grupal interpersonal (factores terapéuticos grupales) y grupo análisis (matriz grupal, fenómenos especulares), así como del modelo cognitivo sobre los síntomas psicóticos y las fases y organización de grupos limitados en el tiempo y los roles sociales descritos por McKenzie. Sigue un patrón semi-estructurado, con cuatro fases. Utiliza dos encuadres posibles: grupos cerrados de duración limitada (20 sesiones) y abiertos de duración prolongada (2).

Se trata de un modelo complementario al tratamiento psicofarmacológico, que sigue una jerarquía de niveles de complejidad progresiva (nivel básico, intermedio y avanzado), y que se adapta a las características de los pacientes, capacidades y formación de los terapeutas así como a los recursos de los centros (2).

En concreto el grupo cerrado de duración limitada, que es el que hemos llevado a cabo en el nivel básico, está diseñado para pacientes de evolución más benigna y sistema de apoyo más adecuado. Se trata de un grupo homogéneo, se inicia con un número de 12 participantes previendo los abandonos, conducido por dos terapeutas, y consta de 20 sesiones con una frecuencia semanal y de 60 a 90 minutos de duración cada sesión. Los criterios de inclusión son los siguientes: diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno de personalidad cluster A; mayores de edad; con un compromiso de asistencia y confidencialidad; y que se encuentren en unas mínimas condiciones en las que sean capaces de verbalizar sus experiencias psicóticas, atender y escuchar a los demás, tener un cierto control sobre sí mismos y no estén muy angustiados, desorganizados o paranoides. Se excluyen los sujetos que padecen retraso mental, trastorno orgánico cerebral asociado, dependencia activa de sustancias (excepto nicotina), rasgos antisociales marcados, riesgo autolítico y/o heteroagresivo elevado o necesidad clínica de otro dispositivo más intensivo (3).

Los objetivos generales del modelo son: mantener un adecuado seguimiento y cumplimiento, evitar recaídas y mejorar el ajuste premórbido (familiar, social y laboral), mejorar el conocimiento de su trastorno y de sí mismo y realizar ajustes y cambios en sus relaciones interpersonales si estuvieran distorsionadas, disminuir los factores de estrés y vulnerabilidad, lograr cambios en sus mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento para conseguir hacer frente a dichos factores de estrés (5). Para ello el desarrollo de las sesiones sigue las fases descritas por Mc Kenzie (fase inicial o de compromiso, fase de diferenciación, fase de trabajo interpersonal, fase de despedida o de terminación) en las que el terapeuta difiere o facilita el paso a la siguiente fase según convenga respetando los temas propios de cada fase (temas sintomáticos en las primeras fases e interpersonales en las siguientes); la estructura general de las sesiones consta de tres pasos: 1º En cada sesión eligen uno o varios temas (1-2/sesión) relacionado con sus necesidades como afectados. 2º Discuten en torno al tema (introspección no amenazante, constructiva). 3º Comparten grupalmente estrategias de afrontamiento de las dificultades evidenciadas (5).

En nuestro centro se han llevado a cabo dos intervenciones grupales de seis meses de duración cada una, en los años 2013 y 2014 respectivamente, siguiendo este Modelo Ambulatorio de Psicoterapia Grupal Orientado al Tratamiento de la Esquizofrenia de E. Ruiz Parra y cols. (2). Realizamos un estudio descriptivo y de intervención o ensayo no controlado (sin grupo control) con el objetivo de analizar la efectividad de la intervención grupal integradora de corta duración ambulatoria (nivel básico), sumada al tratamiento habitual.

La muestra consiste en 16 sujetos (9 y 10 en cada uno de los grupos, tres sujetos participaron en ambos grupos; para evitar sesgos sólo tomamos los datos de su participación en el primer grupo), con una media de edad de 37.06 años (DT 8.880, rango de 21 a 51). Durante las entrevistas de valoración, cinco sujetos son rechazados por diferentes motivos de exclusión (descompensación, derivación a dispositivo de rehabilitación, CI bajo) y hubo un abandono previo al inicio del grupo por existir una problemática familiar que le impedía acudir a las sesiones.

Se toman como indicadores de efectividad los indicadores clínicos y las escalas de funcionalidad e insight reseñadas en el siguiente cuadro:

	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES CLÍNICAS	ESCALAS
Al inicio del grupo (pre)	<ul style="list-style-type: none"> •Edad •Situación de pareja •Nivel de estudios •Situación laboral •Tipo de convivencia •Objetivos marcados por el sujeto 	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnóstico •Abandonos •Faltas de asistencia a las sesiones •Número de ingresos* •Número de citas con facultativo* •Cambios en la pauta de medicación* 	<ul style="list-style-type: none"> •Habilidades de la vida cotidiana (LSP) •Adaptación social (SASS) •Insight (IS)
Al final del grupo (post)		<ul style="list-style-type: none"> •Satisfacción •Utilidad subjetiva 	<ul style="list-style-type: none"> •LSP •SASS •IS

* Se realiza la medición en el período de 6 meses previo al grupo y durante el grupo.

Se efectúa un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, así como de los índices de *satisfacción* y *utilidad subjetiva*; y un

análisis cuantitativo de la diferencia *pre – durante el grupo* en los indicadores clínicos, y *pre-post* para los resultados de las escalas mediante el cálculo de la *t de Student*.

Resultados

Análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas:

- Ø Sexo: 62.5% varones, 37.5% mujeres.
- Ø Estado civil: 50% solteros, 18.8% casados, 18.8% separados o divorciados y 12.5% pareja estable.
- Ø Nivel de estudios: 43.8% estudios primarios, 31.3% Formación Profesional, 12.5% estudios secundarios y 12.5% estudios universitarios.
- Ø Estado Laboral: 62.5% no estudia ni trabaja, 25% estudia y 12.5% trabaja.
- Ø Convivencia: 43.8% con familiares de origen, 25% con familia propia, 12.5% viven solos, 12.5% con compañeros o amigos y 6.3% conviven con hijos.
- Ø Objetivos al inicio del grupo: 37.5% mejorar relaciones sociales, 18.8% conocer la enfermedad, 6.3% evitar recaídas e ingresos y 37.5% varios objetivos de los descritos.
- Ø Abandonos: 18.8% (3 de los 16 sujetos, 2 en el primer grupo y 1 en el segundo).
- Ø Faltas de asistencia: 61.5% entre 0 y 3 faltas, 7.7% entre 4 y 6 faltas y 30.8% más de 6 faltas.
- Ø Diagnóstico: 43.8% esquizofrenia paranoide (7 sujetos), 18.8% trastorno esquizoafectivo (3), 12.5% otros trastornos psicóticos (2), 12.5% trastorno de personalidad esquizoide (2), 12.5% trastorno delirante (2).
- Ø Satisfacción media global: 7.92 (DT 0.289; rango de 0 a 8).
- Ø Utilidad percibida: *mucha* para el 75 % y *bastante* para el 25 % (Escala *ninguna-poca-bastante-mucha*).

Análisis cuantitativo: se describen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Diferencia entre medias en ingresos, nº de citas y tratamientos

	Antes*	Durante el grupo	T de student	Grados de libertad	P
Ingresos Hospitalarios	2	1	1.861	15	0.083
Citas con Facultativo (media)	4.50	3.81	0.336	8	0.746
Tratamiento Antipsicótico (aumento)	4	3	1.046	15	0.312
Otros Psicofármacos (aumento)	5	3	- 1.074	15	0.300

*Se refiere al período de 6 meses previo al grupo.

Tabla 2. Diferencia entre medias en escalas clínicas

Tipo de Escala	PRE	POST	T de Student	Grados de libertad	P
LSP autocuidado	36.15	37.15	- 1.842	12	0.090
LSP comportamiento social interpersonal	35.54	36.69	- 2.645	12	0.021
LSP comunicación-contacto social	19.15	20.54	- 1.970	12	0.072
LSP comportamiento social no personal	22.08	22.85	- 1.443	12	0.175
LSP vida autónoma	19.38	21.54	- 1.832	12	0.092
LSP global	132.31	138.46	- 3.176	12	0.008
SASS	36.42	38.25	- 1.307	11	0.218
Insight	9.55	9.00	1.200	10	0.258

Discusión /Conclusiones

El modelo ambulatorio de psicoterapia grupal orientado al tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos afines representa un modelo sencillo y de utilidad en el tratamiento ambulatorio de pacientes con un trastorno psicótico que no requieren recursos de alta intensidad. Está dirigido a distintos profesionales con distintos tipos de formación y se trata de una intervención viable y adaptable a servicios sanitarios así como una alternativa eficiente dentro de servicios públicos con recursos limitados. Así mismo, supone un trato más personalizado de los problemas relacionados con la enfermedad (5).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio deben tomarse con precaución debido al bajo tamaño muestral. Se observan resultados estadísticamente significativos en la puntuación global de la escala LSP, lo que refleja mejoría en el nivel de funcionamiento de los participantes; esto es así específicamente en la subescala LSP comportamiento social-interpersonal.

Cabe destacar que los resultados muestran gran satisfacción y elevada utilidad subjetiva referida por los participantes.

Estos resultados, aún los que no resultan estadísticamente significativos, los cuales reflejan una cierta tendencia positiva a pesar del bajo tamaño muestral, son coherentes con los esperados por los autores de este modelo de intervención (5), indicando mejoras en funcionalidad y sintomatología; aunque deberían confirmarse con estudios de mayor muestra. Nuestros resultados irían encaminados por tanto a una mejor adherencia al tratamiento (asistencia con regularidad de los participantes), pautas más estables de *medicación*, desarrollo de estrategias efectivas en prevención de *recaídas*, disminución del número de hospitalizaciones, mejor capacidad para la *interacción social (aumento significativo en la puntuación post respecto a la pre en la subescala LSP comportamiento social interpersonal)*, mejor nivel de funcionamiento (*aumento significativo en la puntuación post respecto a la pre en la escala LSP global*) y una gran satisfacción y elevada utilidad subjetiva.

Bibliografía

1. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 4th ed. Washington, DC; American Psychiatric Pub, 2005.
2. Ruiz Parra E et al. Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis. Actas Españolas de Psiquiatría, 2010; vol. 38(2): 72-86.
3. Ruiz Parra E, González Torres Miguel A. Grupos de duración limitada en el tratamiento de la esquizofrenia: descripción del modelo. Avances en salud mental relacional, 2005; vol. 4 (3).
4. Kanas N. Group therapy and schizophrenia: An integrative model. En: Martindale PB; Bateman A, Crowe M, Margison F(Eds). Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness. Londres: Gaskell, 2000: 120-33.
5. Ruiz E, González MA, Trojaola B, De la Sierra E, Eguiluz JI, Guimón J, Ayerra JM, Martínez O, Galletero JM, Múgica MA. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, 2009. Informe nº Osteba D-09-06.

Agradecimientos

Agradecemos al equipo del CSM de San Andrés por la colaboración y el apoyo en este proyecto, y fundamentalmente a los integrantes de los grupos, sin todos ellos esta experiencia no hubiera sido posible.

6. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

Autores: ¹Ana Isabel Martínez Rodríguez, ²M^aLuz Hernández Terres, ¹Úrsula María Sánchez parra, ³Elisa Egea Cánovas, Miguel Santiuste De Pablos, ⁴Silvia Torregrosa García.

Profesión: ¹Enfermera, ²Psicóloga Clínica, ³Psiquiatra y ⁴T. Social.

Centro de trabajo: CSM Murcia Este.

Introducción

Presentación del “Programa de Psicoeducación”.

Las reuniones dirigidas a los familiares de nuestros pacientes con la finalidad de coordinar sus cuidados con los nuestros pretenden conseguir ser más eficaces y tener una mayor comprensión de sus necesidades. La proposición de las reuniones no es una ocurrencia del equipo de Salud mental, ya que pudimos comprobar con ediciones anteriores, que fue una experiencia bien valorada por los familiares que participaron.

El Servicio Murciano de Salud tiene su propia guía de tratamiento de personas con Esquizofrenia, que nos indica que está demostrado que abordar conjuntamente la problemática de los pacientes con los familiares favorece una mejor evolución, ya que esto les aporta mayor estabilidad; disminuye el número de recaídas y por tanto de ingresos hospitalarios, mejora el cumplimiento terapéutico y se consigue una mayor aceptación de la enfermedad.

Objetivos:

- Aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Aprender a reconocer y prevenir recidivas.
- Disminuir el estrés y la carga familiar.
- Obtener habilidades para ayudar y relacionarse con sus familiares.

Método/Procedimiento

Una primeras parte, de psicoeducación, estará dirigida por enfermería, centrada en mejorar la información que se tiene sobre la esquizofrenia. Constará de 6

módulos psicoeducativos de trabajo, repartidos en 6-7 sesiones de una hora de duración y con una frecuencia semanal. Se pasará al inicio y al final del grupo un cuestionario de evaluación de conocimientos de la enfermedad (Kasi) y un cuestionario de satisfacción al finalizar. Se informará al inicio además de las normas de funcionamiento; compromiso en la asistencia, colaboración, puntualidad, respeto y confidencialidad.

Una segunda parte será dirigida por psicología y sus componentes principales serán: habilidades de comunicación, con el objetivo de trabajar habilidades básicas de comunicación interpersonal, entrenamiento en resolución de problemas y estrategias conductuales específicas. Serán 8-10 sesiones semanales de una hora de duración.

Resultados

Estamos pendientes del análisis estadístico de resultados de los cuestionarios usados.

La impresión está siendo de éxito por las conclusiones que se detallan a continuación.

Discusión /Conclusiones

- Los familiares que participan en el grupo psicoeducativo lo consideran de gran utilidad y refieren haber adquirido más información, comprendiendo mejor la enfermedad y los problemas que ocasiona.
- Los familiares refieren que el programa les ayudará a enfrentarse mejor a la enfermedad de su familiar, disminuyendo así la carga generada e incrementando su calidad de vida.
- Los familiares se sienten más esperanzados.
- Los familiares aconsejarían a otros familiares acudir a este programa.

Bibliografía (en estilo Vancouver)

1. Brown, S y Birtwistle, J. (1998). People with schizophrenia and their families. British Journal of Psychiatry, 121: 241-258.

2. Simon, M.D. (1998). The quality of Life of the Relatives of the mentally ill. En : Katsching, H.; Freeman, H.y Sartorius, N., editors. Quality of Life in Mental Disorders. New York: Wiley & Sons (pp.253-260).
3. Hogman, G. (1994). European Questionnaire Survey of Carers. European Federation of Families of Mentally Ill(EUFAMI), Groeneweg 151, B-3001 Heverlee, Belgium; 1994.
4. Magliano, L; Fadden, G.; Madianos, M.; De Almeida, JM.; Held,T.; Guarneri,M. et al. 1998. Burden of the families of patients with schizophrenia: rsults of the BIOMED I study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33 (9): 405-412.
5. Goldstein, MJ. Rodnick, EH.; Evans, JR.; May,PR y Steinberg, MR(1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 35: 1169-1177.
6. Fallon, IRH; Boyd, JL.; McGill, CW.; Ranzani,J.; Moss, HB y gilderman, AM. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. New England Journal of Medicine, 306: 1437-1440.
7. Fallon, I.R.H. y Penderson, J.(1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment family unit. British Journal of Psychiatry, 147: 156-163.
8. Hogarty , GE.; Anderson, CM.; Reiss DJ.; Kornblith, sj.; Grenwald, DP; Ulrich, RF Y carter.M.(1991). Family psychoeducation , social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II.Two-year effects of a controlled study on relapse and ajustment. Archives of General Psychistry, 48: 340-347.
9. Hogarty , GE.; Anderson, CM.; Reiss DJ.; Kornblith, sj.; Grenwald, DP.; Javana , CD.; Madonia MJ & the Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I.One-year Effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archivesa of General Psytriatry , 43: 633-642.

10. Vaughan, K.; Doyle, M.; McConaghy, N.; Blaszczynski, A.; Fox, A.; y Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 27(1):16-21
11. Macfarlane WR. LuKENS, E, Link, B.; Dushay, R.; Deakins, SA.; Newmark, M.; et al. (1995^a). Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52: 679-687.
12. Dixon, I. McFarlane, WR.; Lefley, H.; Lucksted, A.; Cohen, M.; Fallon, I.; Mueser, K.; Miklowitz, D.; Solomon, P. y Sondheimer, D. (2001). Evidence based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52: 903-910.
13. Touriño F, Inglott R, Baena E, Fernández J. Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. 2ª edición. Editorial Glosa. Barcelona; 2007.
14. Fallon y Graham-Hole (1990). Programa de Intervención familiar en pacientes esquizofrénicos. (Traducido y adaptado por Isabel Montero, profesora titular de la Universidad de Valencia).

Agradecimientos

Agradecemos a los familiares que participan en los grupos su interés mostrado y compromiso en la asistencia.

7. Comisión Multidisciplinar de la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca para una Mejora en la Prevención y el Abordaje de Episodios de Heteroagresividad.

Autores: Gálvez Alcoba, Irene. Mialdea Ojeda, Zaida. Nicolás López, Teresa.

Profesión: Enfermeras de Salud Mental.

Centro de trabajo: Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Introducción

La agitación psicomotriz es una de las posibles complicaciones a las que nos podemos enfrentar durante el cuidado de las personas con una enfermedad mental. La agitación puede suponer desde agresiones verbales (insultos o amenazas) hasta un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión) como para familiares, personal sanitario, otros pacientes y entorno en general (heteroagresión). Es por esto que precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ellas (presión del medio, estado del paciente, temor que genera entre los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada.

Desde hace unos meses, nos encontramos con un malestar generalizado entre el personal de la unidad, sensación que se había ido acumulando con el paso del tiempo y que llevó a convocar una asamblea que fue celebrada el **Jueves 5 de Junio de 2014**, donde se expusieron con claridad los motivos y posibles soluciones de la problemática percibida.

En esta asamblea se valoró si había relación entre estas agitaciones y episodios de agresividad con las intervenciones que llevábamos a cabo para tratar de prevenirlos y abordarlos.

Es posible que estos episodios sean inherentes a nuestro trabajo y que los vivamos como algo normal, o tal vez, se estén minimizando y justificando con la propia enfermedad del paciente. De cualquier modo, se ha visto la necesidad, aún a día de

hoy, de reunirnos en equipo y reflexionar sobre cómo evitar esta fatiga laboral y cómo mejorar las intervenciones que se estaban utilizando y que no estaban siendo efectivas.

Por tanto, esta Comisión, ideada para la prevención y el abordaje de episodios de heteroagresividad, es un proyecto de muy reciente creación, con una primera reunión que tuvo lugar el **10 Junio de este año**. Su carácter Multidisciplinar, por estar formada por al menos un miembro de cada categoría profesional que trabaja directamente con el paciente mental en nuestra unidad, le confiere la capacidad de recoger los puntos de vista que presentan los diferentes grupos de trabajadores. Así, estará constituida siempre por al menos un miembro de los siguientes profesionales:

- Ø Enfermería
- Ø Auxiliares de Enfermería
- Ø Terapia Ocupacional
- Ø Psicología
- Ø Psiquiatría.

Método/Procedimiento

La primera intervención que se realiza es un análisis de datos, recogidos desde las notas de evolución de SELENE (estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud).

Durante el intervalo de tiempo que comprende desde el 1 de Enero de 2014 al 1 Junio de 2014, se realiza ingreso hospitalario en la Unidad de Corta Estancia a 222 usuarios, produciéndose en estos cinco meses 73 agresiones (heteroagresividad verbal, física a personas o física mobiliario) de las cuales:

16/73 son agresiones a otros pacientes, 7 de ellas por agresión física.

50/73 son agresiones a personal sanitario de las cuales, 6 dan lugar a un parte por accidente laboral y 5 conllevan intencionalidad.

2/73 van dirigidas a personal no sanitario con consecuencia de lesiones físicas.

26/73 producen una rotura de mobiliario y

1/73 es una agresión verbal a familiares.

Distribución de datos:

53/73 de lunes a viernes

21/73 en fines de semanas

32/73 en turno de mañana

28/73 en turno de tarde

13/73 en turno de noche.

Además, del análisis de estos datos y teniendo en cuenta que en el mismo periodo de tiempo en el que tuvieron lugar estos 73 casos de agresiones, hubo tan solo 14 notificaciones de manera oficial en los registros informáticos, podemos estar seguros de que la mayor parte de las agresiones no son registradas adecuadamente. Solo el 19,2 % de estas constan en los formularios que son tenidos en cuenta con fines estadísticos.

Esto ocasiona una grave pérdida de información a la hora de estimar la importancia real del problema y limita la posibilidad de poder obtener soluciones.

A modo clarificador, los registros informáticos que tenemos a nuestra disposición en la Unidad de Corta Estancia son:

Antes de la agresión:

Ø **Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik:** un resultado igual o mayor de 3 avisa de la necesidad de una valoración del riesgo de agresión de forma más estrecha durante el ingreso. La recoge enfermería en la puerta de urgencias, siendo cumplimentada (autoaplicación) por los pacientes que vayan a ser ingresados en la Unidad de Corta Estancia. El mismo personal debe informar al facultativo responsable del paciente cuando el resultado implique riesgo de heteroagresividad.

Ø **Guía para la valoración del Riesgo de Conductas Violentas (HCR-20):** permite establecer planes de tratamiento, debidamente informados a todo el personal que, por su trabajo entre en relación con el paciente.

Ø Después de la agresión:

Ø **Escala de Agresividad Manifiesta (OAS):** recoge cualquier episodio de agitación/ heteroagresividad (agresividad verbal, agresividad física contra uno mismo, agresividad física contra otros objetos y agresividad física contra otras

personas). Este registro es rellenado por la persona de mayor categoría profesional que haya intervenido en el episodio identificado.

- Ø **SINASP:** recoge cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría ocasionar un daño a un paciente. Se incluyen eventos adversos, incidentes sin daños e incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Este cuestionario electrónico lo puede rellenar cualquier profesional sanitario.
- Ø **Registro informático de agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia:** permite notificar cualquier agresión que se produzca en el Centro (físicas, insultos, daños de material, amenazas y conductas que puedan considerarse como inmorales). Puede ser rellenado por cualquier trabajador que sufra la agresión u otro presente en el centro en ese momento. Debe ser avisado el psiquiatra responsable del paciente agresor o el psiquiatra de guardia.

Objetivos de la comisión:

1. Disminuir la frecuencia de estas agresiones.
2. Aumentar la seguridad
 - del propio paciente agitado,
 - de otros pacientes ingresados
 - familiares y visitas
 - del personal sanitario.
3. Recoger en los registros informáticos adecuados con los que ya contamos las incidencias relacionadas con agresiones ya sean verbales, físicas a mobiliario o a personas.
4. Favorecer el bienestar laboral ante factores estresantes.

Tras las primeras reuniones se formulan las siguientes **propuestas:**

- Ø Recoger y analizar los datos que tenemos sobre agresiones.
- Ø Realizar campañas de formación dirigidas al personal para el uso adecuado de los registros informáticos de dichas agresiones.
- Ø Revisar las Normas de la Unidad frecuentemente relacionadas con conflictos que desembocan en agresiones y de este modo unificar criterios.

Ø Solicitar:

- Cursos de formación y reciclaje sobre abordaje y contención verbal en situaciones de conflicto y heteroagresividad de pacientes agitados, para el personal sanitario.
- Un refuerzo de plantilla para los turnos que se consideren de mayor riesgo,
- Una reforma de la estructura de las habitaciones que están destinadas a vigilancia estrecha de pacientes, cuidados especiales o medidas restrictivas.
- Al Servicio de Riesgos Laborales, una valoración de riesgos psicosociales en los puestos de trabajo de la unidad

Resultados

¿En qué punto nos encontramos?

- Ø Mantenemos una reunión quincenal, abierta a cualquier miembro de la plantilla de la unidad que desee participar.
- Ø Recogida y análisis de los datos anteriormente mostrados.
- Ø Se ha hecho una distribución de tareas entre los miembros de la Comisión. Se ha asignado a una persona encargada de publicar actas y convocatorias de las reuniones.
- Ø Creación de una hoja de Registro de los pacientes ingresados en UCE que estén en cualquier situación de riesgo (agresión, enfermedad orgánica, caídas, etc). Registro que será actualizado por el psiquiatra encargado de las urgencias y entregado junto con el busca al psiquiatra de guardia.
- Ø Se han presentado por escrito a Dirección del Hospital las propuestas anteriormente mencionadas:
 - Refuerzo plantilla
 - Reforma estructural de la unidad
 - Cursos de formación.
- Ø Se ha ofertado un curso sobre Habilidades de Comunicación en el Manejo de Conflictos que se ajusta a nuestras necesidades en la unidad. La intención de la Comisión es poder continuar en esta línea de formación.

- Ø Se han realizado dos sesiones formativas dirigidas al personal de la unidad sobre cómo rellenar los registros informáticos adecuadamente, con material también impreso en papel puesto al alcance del trabajador.
- Ø Se ha realizado un protocolo de actuación en el traslado de pacientes agitados desde cualquier punto del Hospital (Urgencias, patio, terapia,...) hacia nuestra Unidad para reducir riesgos de lesión al paciente y al personal involucrado.

Discusión /Conclusiones

¿Por qué creemos que esta comisión es un ejemplo de buena práctica?

Antes estas situaciones estresantes, es desde el personal desde donde surge la iniciativa de mejora. De la misma manera, es el equipo terapéutico el que participa en todo el proceso:

- Ø detectar el problema
- Ø reflexiona sobre el mismo
- Ø se involucra en la búsqueda de soluciones.

Para finalizar este capítulo, resaltar la importancia que tiene la motivación para creer que son posibles los cambios y la necesidad del trabajo en equipo estando, a día de hoy, en disposición de ofrecer una mejor calidad asistencial.

Agradecimientos

Este trabajo se ha llevado a cabo gracias a la inestimable participación y dedicación del personal que trabaja en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, al colaborar activamente en las iniciativas de mejora de la misma.

8. UNIDAD DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) REGIONAL AMBULATORIA Y/O MANTENIMIENTO DE LA REGIÓN DE MURCIA: EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Autor/es: ¹M^g Loreto Medina Garrido, ²Miguel López Villaescusa. ¹José Martínez Serrano.

Profesión: ¹Psiquiatra, ²Anestesista

Centro de trabajo: Unidad Corta Estancia Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Unidad de TEC Regional de Murcia.

Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico utilizado de forma eficaz, segura y rápida en psiquiatría. Consiste básicamente en la inducción de una convulsión tónico-clónica de forma controlada mediante la aplicación de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo detectado previamente.

Descrita inicialmente por Ugo Cerletti y Bini en 1938, esta terapia demostró su eficacia en el tratamiento de los trastornos psicóticos y en los trastornos afectivos severos. La técnica de aplicación en sí y las condiciones de realización (anestesia, miorelajación, etc.) fueron evolucionando desde las primeras indicaciones, dando paso a lo que se denominó TEC modificada. La llegada de los fármacos antidepresivos y neurolépticos en los años 1950-60, y de nuevas estrategias psicosociales de abordaje de la enfermedad, condujo a una disminución progresiva de su uso.

En los años 70, en el conjunto de una serie de cambios sociales e ideológicos, no solo fuera sino también dentro de la psiquiatría, la técnica fue desprestigiada y su uso se vio notablemente restringido en diferentes países, ocasionando una visión negativa de la técnica que aún perdura en buena parte de la sociedad (1).

A principios de los 80, una serie de estudios sólidos y metodológicamente avalados, recuperan el uso de la TEC con indicaciones y técnicas más precisas. En base a estas nuevas aportaciones de la literatura científica, la American Psychiatric Association (APA) establece en 1990 una serie de criterios e indicaciones y

especificaciones técnicas para la práctica de la TEC que son actualmente las más seguidas y aceptadas dentro del conjunto de la comunidad científica internacional (2).

La TEC tiene un papel importante entre las terapias biológicas de la psiquiatría del siglo XXI. La eficacia y la seguridad de esta técnica en numerosos trastornos y situaciones, ha sido ya repetidamente comprobada. Pero todavía hay aspectos de la técnica que quedan por explicar convenientemente como pueden ser sus mecanismos íntimos de acción.

La región de Murcia no difiere del esquema anteriormente descrito respecto a la utilización de la TEC. El Dr. Demetrio Barcia Salorio, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Murcia y maestro de psiquiatras, fue un firme defensor de la utilización de la TEC y así lo corrobora el gran número de trabajos y publicaciones realizados sobre el tema, solo o en compañía de sus psiquiatras colaboradores y discípulos (Francisco Martínez Pardo, Manuel Galiana Cela, Pedro Pozo Navarro etc.). Podemos afirmar que en la región de Murcia, la TEC se viene utilizando de forma habitual desde hace más de 40 años (3,4). En el notable estudio de J. M. Bertolín-Guillén y colaboradores, titulado "Patterns electroconvulsive therapy use in Spain"(5), donde hace una exhaustiva descripción sobre la distribución geográfica del uso de la TEC en España, con una tasa anual por cada 10.000 habitantes de 0,61 y un rango por Comunidades Autónomas de 0.28-16.59., pone en evidencia que es en Murcia donde más TEC se aplican con una tasa de 16.59, seguida de Navarra (16.58), Cataluña (13.55), Madrid, País Vasco, Aragón y Baleares. Por el contrario donde menos se utiliza es, en Ceuta-Melilla (0.19), Extremadura (0.28), Cantabria (1.23), La Rioja (1.90), Andalucía (1.59) y Comunidad Valenciana (2.34).

Método/Procedimiento

Situación actual de la TEC en la Región de Murcia

Actualmente en nuestra región se realiza TEC en tres centros hospitalarios: Ciudad Sanitaria "Virgen de la Arrixaca", Hospital "Reina Sofía" y en el Hospital Psiquiátrico "Román Alberca". Los dos primeros practican TEC en régimen de ingreso, atendiendo la demanda de sus áreas de influencia. En el Hospital Psiquiátrico, se realiza TEC en régimen agudo y de mantenimiento (ingresado y ambulatorio), dando

cobertura de TEC a la propia demanda interna del hospital y a nuestra área de influencia, así como a las áreas de los Hospitales de Cartagena, Lorca y Vega del Segura. Cada vez con más frecuencia, tenemos también pacientes procedentes de los Centros de Salud Mental (CSM), centros privados y de residencias. (Ver grafico 1y 2)

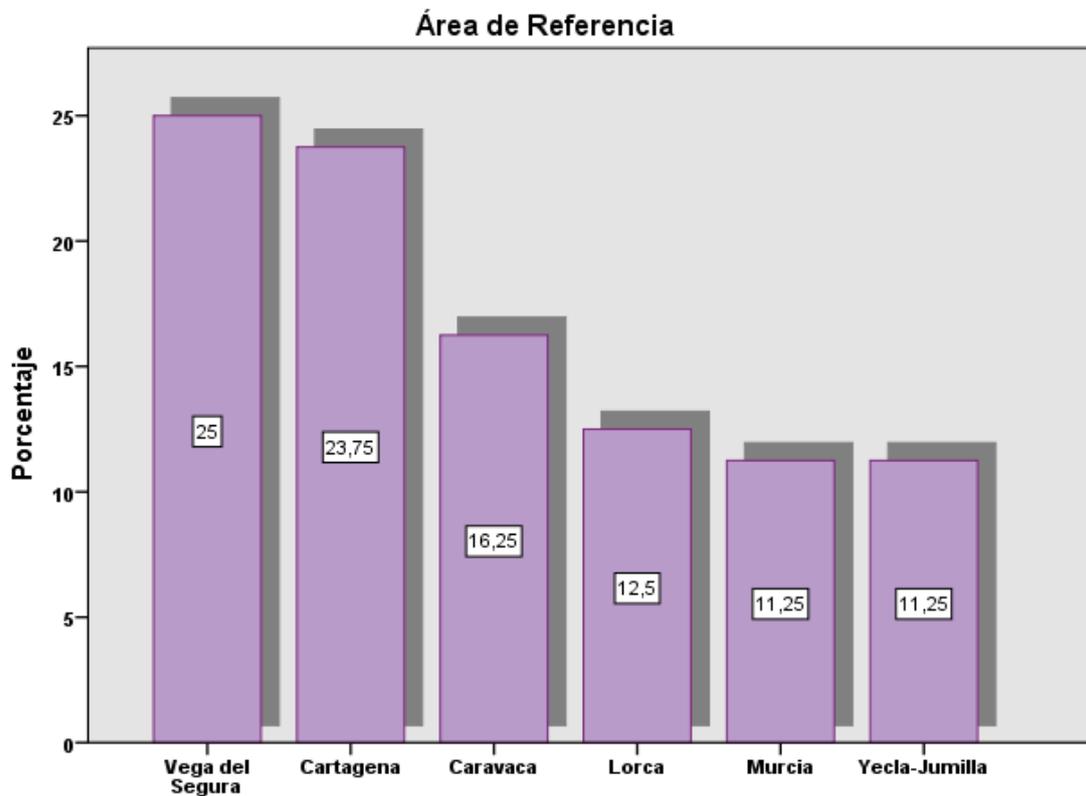


GRAFICO 1: porcentaje de pacientes que recibieron TEC en régimen agudo, distribuido por áreas de salud (año 2013). N= 80 pacientes.

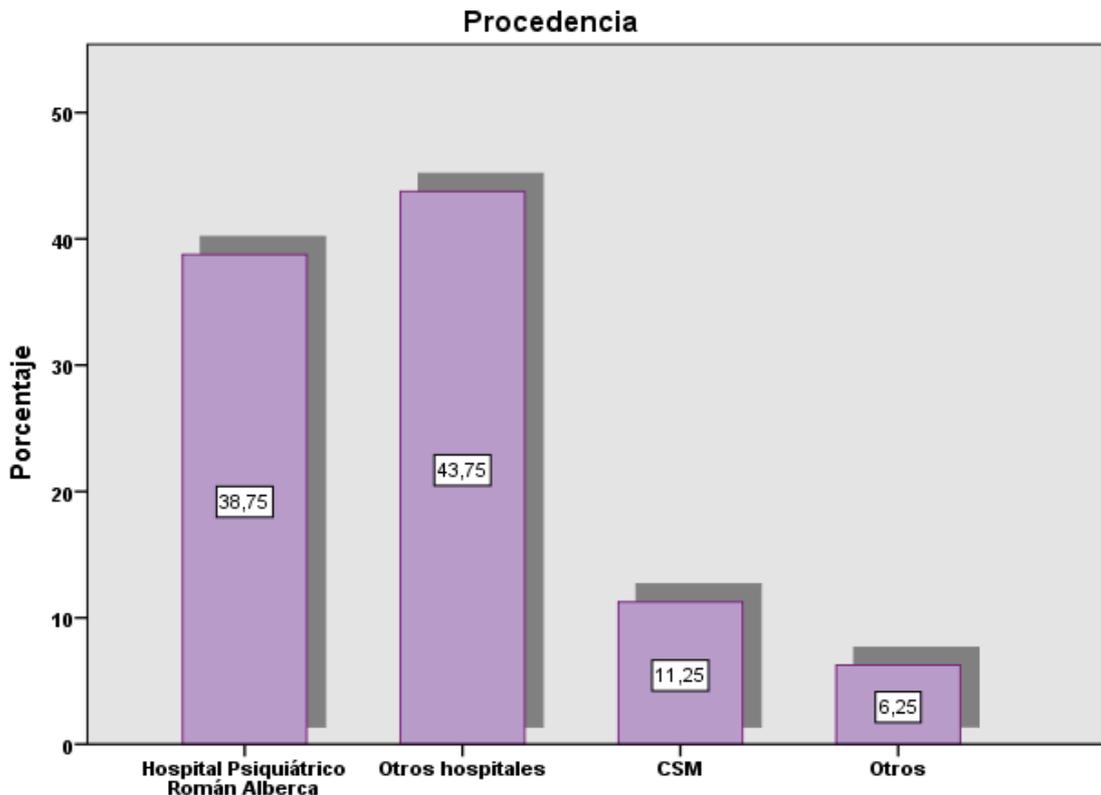


GRÁFICO 2: porcentaje de pacientes que recibieron TEC en régimen agudo según procedencia (año 2013). N= 80 pacientes.

Con la creación de nuestra Unidad (6), se completa la cartera de servicios que oferta este hospital respecto a la TEC. Ofreciendo TEC en régimen ambulatoria y/o mantenimiento a los CSM (siendo este un servicio pionero a nivel nacional, no teniendo nosotros conocimiento de ningún servicio de estas características) y a los demás hospitales de nuestra región dotados de unidades de psiquiatría. Las nuevas instalaciones hacen de este servicio, un lugar más abordable, confortable, cómodo y satisfactorio para los pacientes y sus familiares. Por otra parte evitaremos recaídas y reagudizaciones de cuadros clínicos con indicación terapéutica, facilitando la integración familiar y social del paciente.

Aparte de los objetivos terapéuticos, nos permitirá una serie de beneficios respecto a la mejor utilización de los recursos ya existentes, como son (7):

- Ø Disminución de los ingresos y reingresos hospitalarios
- Ø Disminución del número de estancias hospitalarias

- Ø Disminución de la frecuentación de los servicios de urgencias
- Ø Completar el arsenal terapéutico en el sistema ambulatorio (permitiendo su uso a los C.S.M)
- Ø Permite un seguimiento individualizado de los pacientes, actuando como mecanismo de control y complementando el seguimiento realizado por su unidad psiquiátrica de referencia
- Ø Permite la coordinación de los recursos de Salud Mental en la Región de Murcia (en cuanto a TEC)

Son complementarios con los anteriores y no menos importantes, los dirigidos a las áreas de Docencia/Formación y de investigación.

- Ø *Docencia/Formación.*- Dirigida al personal de la unidad y a personal externo a la misma. Tanto en periodo de formación (médicos, MIR; enfermería) como a profesionales en ejercicio (psiquiatras, anestesistas, DUES y auxiliares)
- Ø *Investigación.*- Orientados a la elaboración de una base de datos, estadísticas, recogida de información, intercambio de experiencias y realización de estudios y trabajos en colaboración con otras unidades de este y otros Centros, dentro del tema que compete a la patología psiquiátrica en general y a la TEC en particular

En definitiva, desde la unidad de TEC buscamos progresar en un mayor conocimiento de los diagnósticos en los que la TEC podría ser de primera elección, por haber demostrado mayor eficacia y/o seguridad que otras alternativas de tratamiento. También intentamos mejorar el método de aplicación de la TEC, a menor estímulo, menor efectos secundarios. Y sobre todo somos conscientes de que sigue habiendo un rechazo social

Principales modalidades de la TEC

Independientemente de las modalidades técnicas (bipolar, monopolar, etc.) y de la frecuencia de las sesiones, a efectos didácticos podemos clasificar la TEC en dos modalidades según su régimen de aplicación (2):

- a. *TEC en régimen agudo.*- Es la TEC que se realiza en pacientes ingresados en unidades psiquiátricas o en forma ambulatoria sin estar el paciente ingresado, con aplicación de 2 ó 3 sesiones por semana y de 8 a 12 como media para completar un tratamiento, pudiendo o no pasar a régimen de TEC de mantenimiento. Hemos de hacer mención a la que denominamos *TEC de continuación*, cuando después de un tratamiento agudo, se dan varias sesiones con periodicidad variable, para consolidar un buen resultado de un tratamiento agudo.
- b. *TEC en régimen de mantenimiento.*- (TEC-M) Esta modalidad es definida como un régimen de tratamiento a largo plazo, en el que los pacientes reciben TEC en intervalos constantes o variables de tiempo, según los casos, a lo largo de un periodo.

El programa de tratamiento habitual consiste en sesiones semanales, seguidas de otras quincenales, durante pocas semanas, pasando después a su intervalo mensual, hasta que se considera que existe una adecuada estabilidad en el paciente, por lo general al cabo de 6 ó 7 meses. Un caso aparte en cuanto a duración del tratamiento son los pacientes TEC-dependientes, en que dicho plazo puede prolongarse.

La Administración de TEC ambulatoria y de TEC-M sigue el modelo de la cirugía ambulatoria. El paciente es ingresado en el Hospital específicamente para TEC la noche anterior o la misma mañana en que se realiza el tratamiento. Unas horas después del mismo, es dado de alta, bajo la tutela de un familiar o adulto responsable, recomendándose no conducir vehículos ni realizar tareas peligrosas o que requieran atención.

Indicaciones principales para la utilización de la TEC

La Terapia Electroconvulsiva está considerada un tratamiento biológico para el Trastorno mental grave, y se define como una técnica eficaz y segura en indicaciones claras y precisas (gráfico 3). Como se indica en el directrices APA, hay "datos convincentes. . . o fuerte consenso "de apoyo al uso de TEC en las siguientes condiciones (2,8):

1. *Episodio depresivo mayor* (que surge de la depresión unipolar, como parte de un Trastorno bipolar depresivo o síntomas maníacos concomitantes durante "estados mixtos"). La TEC se debe considerar seriamente, sobre todo cuando se asocia con una de las siguientes características (9,10)
 - Tendencias suicidas aguda con alto riesgo de que se representan pensamientos suicidas
 - Rasgos psicóticos
 - El rápido deterioro del estado físico debido a las complicaciones de la depresión, como la mala ingesta oral
 - Historia de la mala respuesta a los medicamentos
 - Historia de la buena respuesta a la terapia electroconvulsiva
 - La preferencia del paciente
 - Los riesgos de un tratamiento antidepresivo estándar son mayores que los riesgos de la TEC, en particular en pacientes físicamente débiles o ancianos
 - Catatonia

2. *Manía*: la TEC se debe considerar especialmente si
 - Cualquiera de las características anteriores está presente
 - En presencia de agitación extrema y sostenida
 - En presencia de "delirio maníaco"

3. *Esquizofrenia*: Según el directrices de la APA, las siguientes características asociadas predicen una respuesta favorable a la terapia electroconvulsiva
 - Los síntomas positivos con aparición brusca o reciente
 - Catatonia

- Historia de la buena respuesta a la terapia electroconvulsiva

Indicaciones secundarias para la utilización de la TEC

4. Otras psicosis: Psicosis atípicas, Psicosis puerperales, Psicosis orgánicas
5. Trastornos motores
6. Epilepsia
7. Retraso mental con autolesiones
8. Síndrome neuroléptico maligno
4. Pacientes embarazadas
5. Niños: según la APA, tendría las mismas indicaciones que en el adulto.
6. Intolerancia a algunos fármacos de uso psiquiátrico.

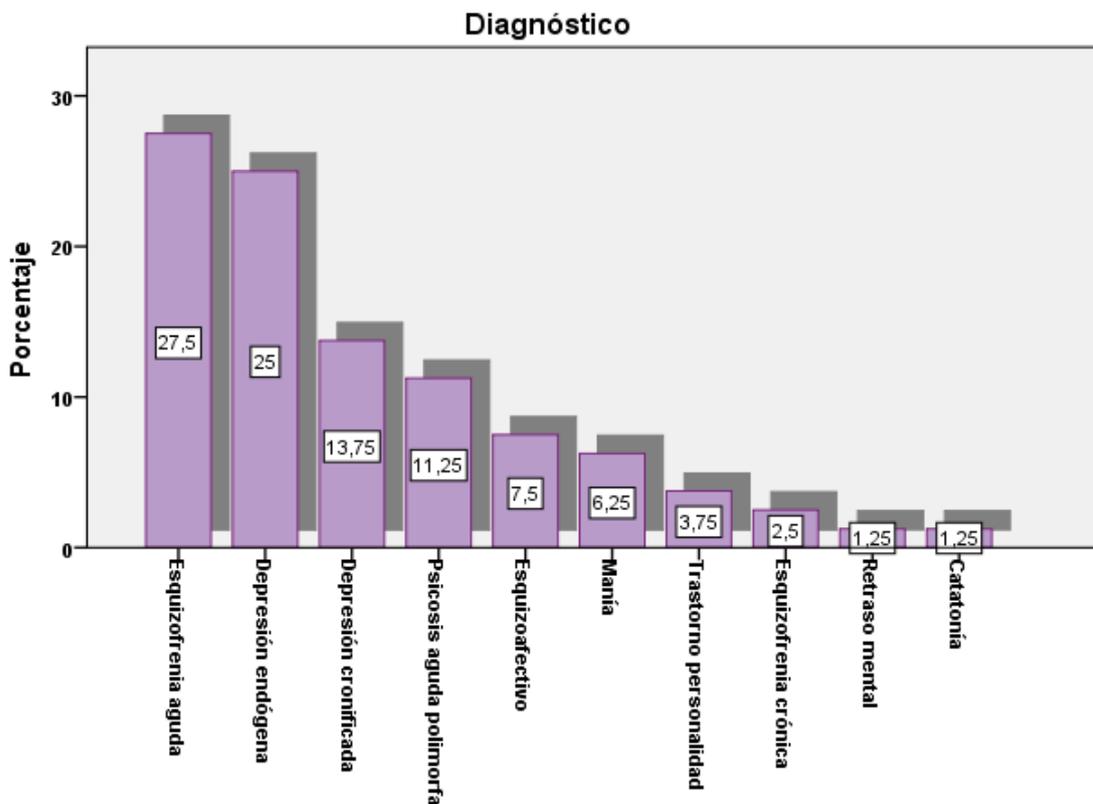


GRÁFICO 3: porcentaje de pacientes de TEC en régimen agudo según diagnósticos (años 2013).
N= 80 nacientes.

Organización y funcionamiento

La Unidad TEC está ubicada físicamente en el Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” y depende orgánicamente del Servicio de Agudos de este hospital. La metódica de actuación se basa en el trabajo en equipo, mediante un proceso de programación de las actividades y la aplicación de protocolos específicos para cada uno de los profesionales del equipo. Los componentes de la Unidad actúan bajo el principio de coordinación y participación en las actividades propias de la unidad. Los componentes de la unidad se reúnen diariamente para la programación de las actividades del día y semanalmente para la programación de la actividad de la semana siguiente (6).

Los pacientes atendidos en la unidad procederán de:

- o Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” (ingresados, ambulatorios y/o mantenimiento).
- o Hospitales de la Región, dotados de unidades psiquiátricas (ambulatorios y/o mantenimiento)
- o Centros de salud mental (CSM) (ambulatorios y/o mantenimiento)
- o Otros Centros.

Los pacientes y/o familiares serán atendidos mediante cita previa. Los pacientes ambulatorios serán remitidos a nuestra unidad con:

- o Un informe clínico de solicitud de TEC emitido por su psiquiatra de referencia lo más completo posible, en los que constará historia clínica y antecedentes, tratamiento farmacológico y cualquier otro dato que sea de interés para el tratamiento del paciente. En el informe se hará mención si el tratamiento que se propone es: Emergencia vital, primera elección, fallo de tratamiento o como último recurso
- o Consentimiento informado para la aplicación de TEC firmado por el paciente o familiar responsable, tutor legal y psiquiatra
- o Deberán así mismo aportar, salvo excepciones justificadas, sus pruebas complementarias: analítica completa (con determinación de colinesterasa), radiografía de tórax y electrocardiograma recientes. Así como otros que

fueran necesarios para la correcta evaluación de los pacientes y que su estado físico y psíquico aconsejen

El psiquiatra y el anestesista de la Unidad, evaluarán al paciente en cuanto a la indicación psiquiátrica y situación orgánica respectivamente para su inclusión en el programa TEC ambulatorio y/o mantenimiento, por ser competencia de estos, comunicando al Centro o psiquiatra de referencia su inclusión en el programa. Caso de no admitirse al paciente en el programa, se enviará informe razonado, indicando las causas de la exclusión. Tras la aceptación del paciente se procederá a incluirlo en el programa de TEC y se le citará para comenzar el tratamiento, haciéndole entrega de la cartilla de TEC ambulatorio y/o mantenimiento, donde se indicará la fecha y horario del próximo tratamiento, y un folleto de recomendaciones. El seguimiento del paciente durante su tratamiento de TEC, corresponderá a su psiquiatra de referencia. La unidad se pondrá en contacto con el mismo para comunicarle cualquier cambio o situación de su estado clínico que sea relevante para su tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento de TEC prescrito, el psiquiatra de la Unidad emitirá informe de alta, dirigido al psiquiatra de referencia, con indicación de la evolución, incidencias y situación actual del paciente. Al dar alta al paciente se obtendrá cita de visita en su Centro de referencia. La documentación clínica de cada paciente que esté incluido en el programa TEC debe ser:

- Informe clínico de su psiquiatra, solicitando ser incluido en el programa TEC
- Informe clínico de evaluación del psiquiatra de la Unidad (aceptando o denegando la inclusión). Hoja de evaluación preanestésica del anestesista de la Unidad (aceptando o denegando la inclusión)
- Consentimiento informado de TEC firmado por psiquiatra y anestesista
- Hoja individual de seguimiento de TEC
- Hoja individual de evaluación de enfermería
- Informe clínico al alta. Copia para nosotros y el original se remitirá a su psiquiatra o Centro de referencia
- Cartilla de TEC ambulatoria y/o mantenimiento. Se entregará al paciente o familiar responsable, indicándose los días y horarios de tratamiento

- Hoja de programación de TEC (será común para todos los pacientes y recoge la programación mensual de la TEC)

Siguiendo las recomendaciones de la APA, realizamos evaluaciones previas a cada tratamiento, por el psiquiatra con una evaluación psiquiátrica del intervalo entre sesiones (al menos una vez al mes si las TEC son más frecuentes) y de anestesia con una historia médica del intervalo y examen físico, centrándonos en aspectos específicos de riesgo para la TEC. Cada 3 meses se debe hacer una revisión de la indicación de TEC-m (APA 1990), Examen físico y analítica (al menos Hematocrito, Hemoglobina, electrolitos) y una evaluación cada 3 tratamientos de la función cognitiva del paciente. Cada 6 meses la renovación del consentimiento informado y la revisión de la indicación de TEC-m (APA 2001) y cada año deben realizarse un Electrocardiograma

Con respecto a la ubicación del tratamiento deben situarse tanto en unidades de internamiento como en consultas externas si se dispone del equipamiento y preparación adecuados y serán sometidas a una acreditación de las unidades (control externo).

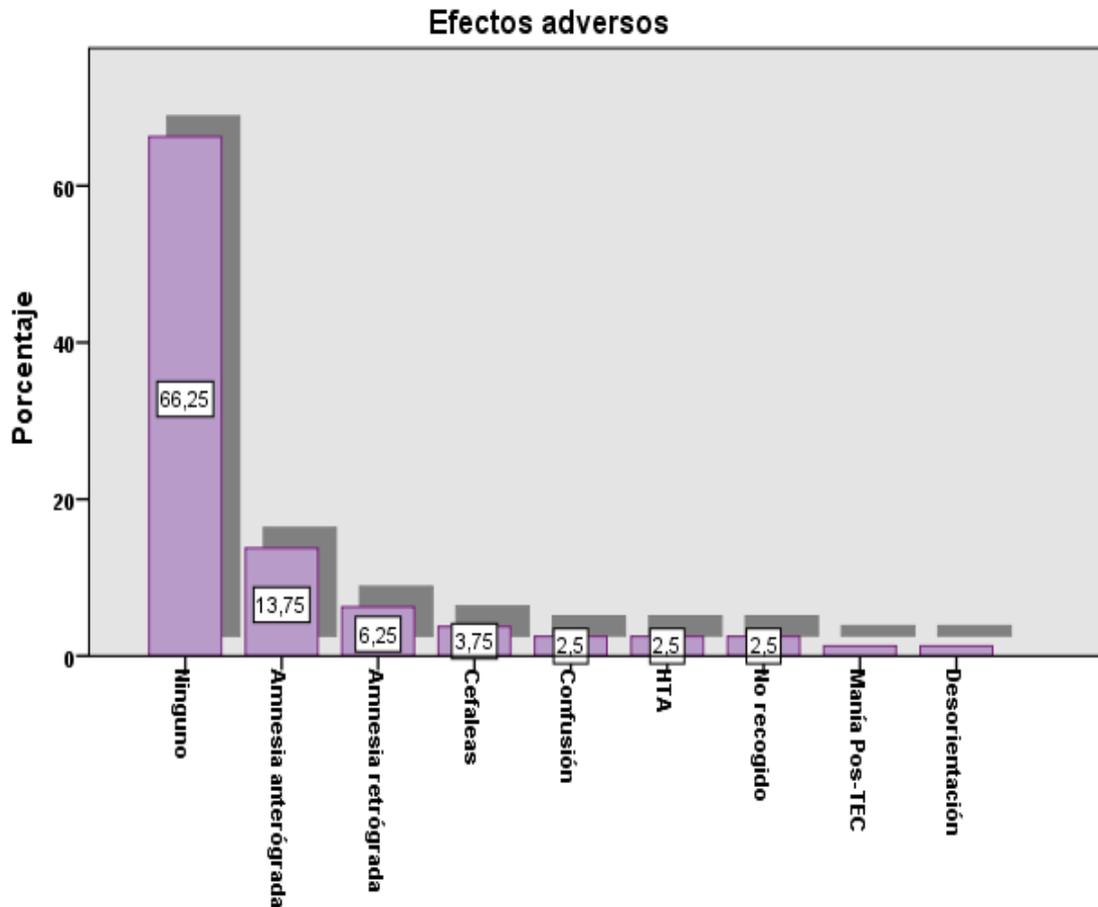
Nuestra unidad cuenta con:

- o Filtro: la unidad cuenta con un psiquiatra que corrobora la indicación (y junto al paciente, la eficacia de la TEC) según lo establecido en los protocolos basados en la evidencia
- o Triple valoración de eficacia con escalas (impresión clínica de eficacia, impresión clínica de severidad y mejoría global): Contrastada por el psiquiatra de referencia y el equipo multiprofesional de la unidad
- o Asesoramiento: se comentan casos clínicos que pudieran ser candidatos o no para la aplicación de la TEC
- o Comité ético: en los casos de discrepancia entre los criterios del psiquiatra que demanda la asistencia y el psiquiatra de la unidad. Está formado por dos psiquiatras externos a la unidad que valoran el caso

Efectos secundarios de la TEC

Inmediatamente después de la TEC, se puede experimentar náuseas, dolor de cabeza y musculares. Puede sentir algo de confusión aguda en el día de la sesión de TEC, que muy a menudo se resuelve rápidamente. También puede olvidar eventos recientes o los acontecimientos que ocurren en todo el tiempo que usted tiene el TEC. Estos problemas de memoria son generalmente de carácter leve y puede ser disminuido por ligeros cambios en el procedimiento técnico. Algunos pacientes experimentan de manera más duradera, problemas con la recuperación de la memoria reciente, y ocasionalmente problemas con la memoria remota. Estos efectos de memoria generalmente desaparecen una vez que la TEC se ha completado. Algunos pacientes pueden tener problemas más graves para recordar los acontecimientos del pasado lejano. Los pacientes generalmente tienen menos problemas de memoria con TEC unilateral en comparación con TEC bilateral. A los pacientes se les aconseja que deben informar los efectos secundarios a sus enfermeros o psiquiatras, por lo que el equipo de tratamiento puede trabajar para reducirlos (Gráfica 4) (11).

La TEC se considera muy segura, y no es más peligrosa que un procedimiento quirúrgico menor que requiere una anestesia general corta. Una estimación actual de mortalidad en la TEC es de 2 por cada 100.000 tratamientos.



Gráfica 4: porcentaje de efectos secundarios en pacientes que han seguido la TEC en régimen agudo (año 2013). N= 80 pacientes.

Contraindicaciones para la TEC

No hay contraindicaciones absolutas para la TEC. Si la TEC se considera necesaria, se puede aplicar incluso cuando tales "contraindicaciones relativas" identificado por los guías de la APA, están presentes:

- o Condiciones cardiovasculares inestables o graves, como infarto de miocardio reciente, angina inestable, insuficiencia cardíaca mal compensada, y la enfermedad cardíaca valvular severa incluyendo estenosis aórtica crítica
- o Aneurisma o malformación vascular que podrían ser susceptibles a la ruptura con el aumento de la presión arterial

- o Aumento de la presión intracraneal, como puede ocurrir con algunos tumores cerebrales u otras lesiones cerebrales ocupantes de espacio.
- o Reciente infarto cerebral
- o Condiciones pulmonares como grave enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma o neumonía
- o El estado del paciente clasificado como ASA (American Society of Anesthesiologists) nivel 4 o 5

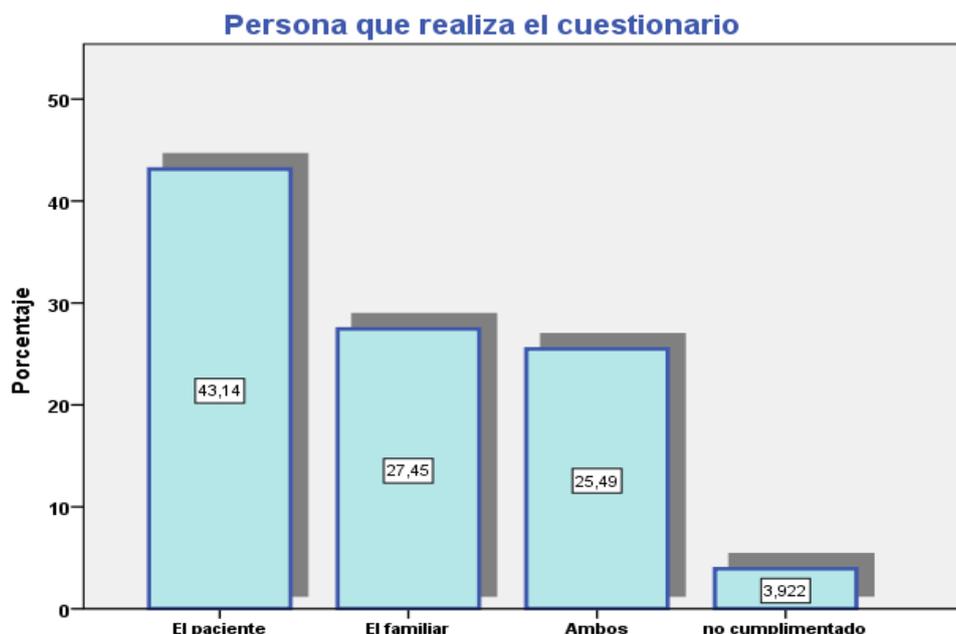
Condiciones que tienen sustancialmente mayor riesgo con la TEC incluyen

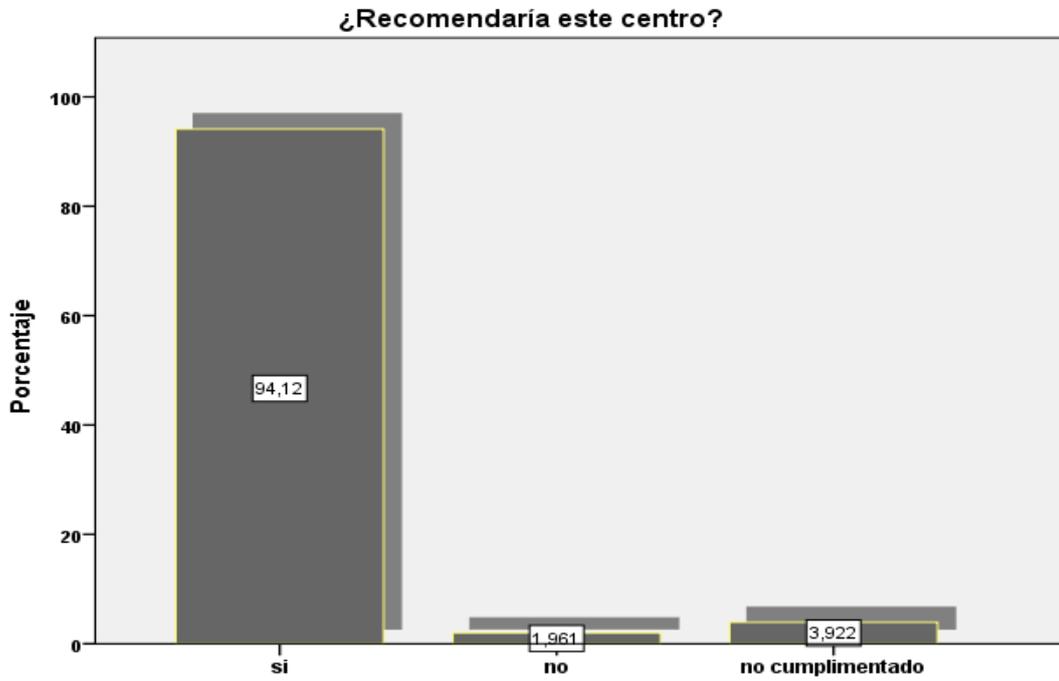
- o El feocromocitoma
- o El desprendimiento de retina
- o Glaucoma agudo de ángulo estrecho

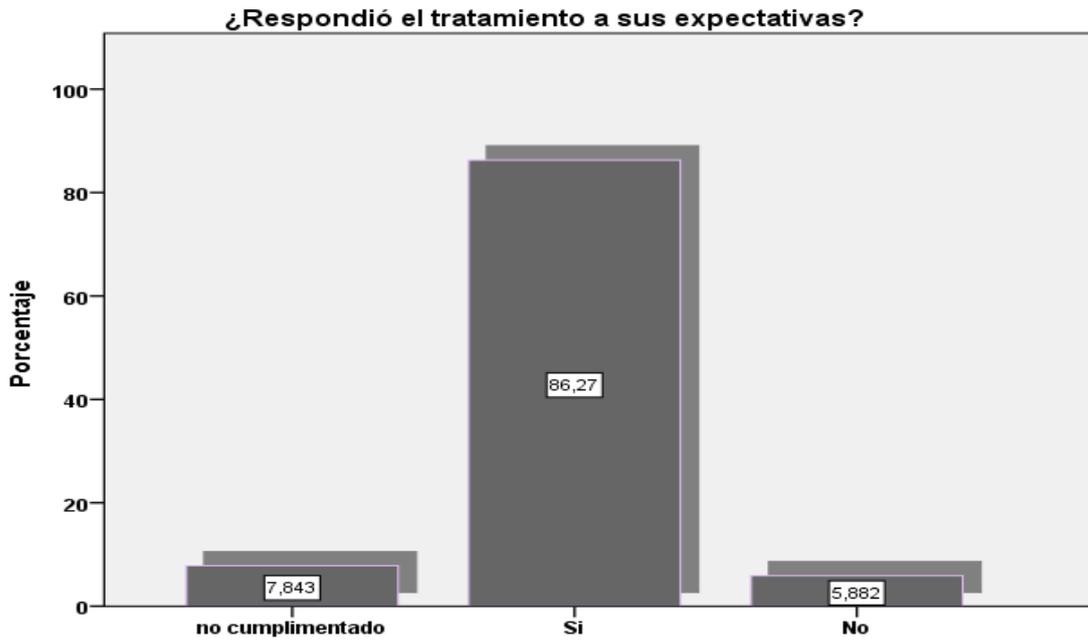
Las personas con marcapasos y los desfibriladores automáticos implantados justifican cierta cautela. Es poco probable que la TEC pueda alterar el funcionamiento de un marcapasos cardíaco moderno, pero si no se está seguro, debe consultarse al especialista cardiólogo (11).

Resultados

Resultados de satisfacción en el año 2013 con una muestra de 50.







Discusión/Conclusiones

La terapia electroconvulsiva (TEC) es uno de los tratamientos disponibles y utilizados por la psiquiatría para los trastornos mentales graves. Se ha aprobado su eficacia tal como queda reflejado en las principales guías clínicas disponibles en la

materia como la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (8), la American Psychiatric Association Committee on ECT (2), Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy (NICE) (12); Royal College of Psychiatrists: Standards for the administration of ECT (13).

Durante 70 años de su introducción, la TEC ha evolucionado considerablemente. Hoy el tratamiento se realiza bajo anestesia, con relajación muscular, ventilación artificial y mediante el uso de una estimulación eléctrica controlada con aparatos computarizados que monitorizan con un electroencefalograma la convulsión inducida por una onda de pulsos breves. De este modo se ha logrado disminuir el estímulo mínimo aplicado para menores efectos secundarios cognitivos cerebrales. La acreditación de las unidades de TEC, donde se haga cumplir los requisitos de infraestructura necesaria para la aplicación de la TEC, un equipo especializado (anestesista, psiquiatra, enfermería, auxiliar de clínica), con experiencia y entrenado para garantizar la seguridad del paciente, la responsabilidad de un consentimiento informado, y la existencia de un comité de TEC, hace que los criterios de inclusión para la TEC sean claros y precisos, sin posibilidad de uso indiscriminado y con rigor científico.

A pesar de las evidencias clínicas que se apoyan en numerosos estudios y ensayos clínicos, hay muchos pacientes con enfermedades mentales graves refractarios a otros tratamientos que no han sido tratados con TEC. En gran parte pueda ser debida a un estigma basado en creencias anticuadas sobre este tratamiento. Un conocimiento adecuado en los profesionales de la salud, su formación y una psicoeducación a pacientes y familiares, pueden ayudar a combatirlo.

Bibliografía

1. Shorter E. Historia de la Psiquiatría. Ediciones médicas. Barcelona. 1999.
2. American Psychiatric Association Task Force on Electroconvulsive Therapy. The Practice of Electroconvulsive Therapy. 2nd edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001.
3. Barcia Salorio D, Martínez Pardo F. Encuesta sobre la utilización del electrochoque en España. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1978; 6: 117–56.

4. Martínez Pardo F. y Coy Fuster L. Historia de la psiquiatría Murciana. Imprenta Regional de Murcia. Murcia. 2007.
5. Bertolín-Guillén, J.M. et al. Patterns of electroconvulsive therapy use in Spain. *European Psychiatry*. 2006; 21:463–470
6. López Villaescusa M, Medina Garrido ML, Pérez García A, Martínez Serrano J. Unidad de TEC ambulatoria y/o mantenimiento de carácter regional, Hospital psiquiátrico Román Alberca. Editorial Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia. 2011.
7. Cobo Gómez JV, Rojo Rodés. Terapia Electroconvulsiva de Mantenimiento. Editorial Glosa. Barcelona. 2001.
8. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. Madrid. 1990.
9. Sienaert P. What we have learned about electroconvulsive therapy and its relevance for the practising psychiatrist. *Can J Psychiatry*. 2011; 56 (1): 5-12.
10. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 1337-1344.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2003. Guía en el uso para la terapia electroconvulsiva. London. Año 2003, última modificación octubre del 2009.
12. National Institute For Health and Clinical Excellence. Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy. NICE. NICE (National Institute for Clinical Excellence). Technology Appraisal Guidance 59. Issue date: April 2003. Review date : the treatment and management of depression in adults'(NICE clinical guideline 90).
13. Royal College of Psychiatrists (2013). ECT Accreditation Service (ECTAS) Standards for the administration of ECT. Eleventh Edition: December 2013. Editors: Joanne

Cresswell, Nicky Buley & Sophie Hodge. Publication Number: CCQI162 2013 Royal College of Psychiatrists.

Agradecimientos

A todo el equipo de la unidad de Terapia electroconvulsiva (TEC) de mantenimiento y/o ambulatoria de Murcia por su profesionalidad, humanidad y buen hacer.

A todos nuestros pacientes y sus familiares que nos ayudan a mejorar nuestra práctica clínica diaria.

MESA II: "INTERVENCIONES GRUPALES EN SALUD MENTAL"

Moderador: Antonio López López

Profesión: Psicólogo Clínico y Coordinador CSM San Andrés

Centro de trabajo: CSM Adultos San Andrés

Para introducir el trabajo de esta mesa podemos compartir la idea que las intervenciones grupales de la red de salud mental presentan hoy día una oferta terapéutica más numerosa y diversificada que nunca, y se puede afirmar que se configuran como una fortaleza asistencial consolidada en todos los programas de atención. Para explicar el crecimiento experimentado por las modalidades grupales de tratamiento los distintos documentos de referencia se apoyan en dos elementos principales, por un lado, los beneficios terapéuticos para los pacientes equiparables a otras intervenciones, por otro, los derivados de factores asociados a la rentabilidad del sistema sanitario. Sin embargo, los trabajos presentados a esta mesa así como la actividad grupal que se desarrolla en la red muestran que cumplen con otros objetivos y producen otros efectos quizás menos evidentes pero que justifican así mismo su progresión y solvencia en la actualidad.

Los encuadres grupales por su propia naturaleza y mecanismos de acción suponen uno de los recursos terapéuticos con mayor flexibilidad que nos permite responder a las demandas y necesidades asistenciales alejando a los pacientes de la soledad del sufrimiento, la exclusión o los síntomas a través de un nuevo tipo de lazo social y aprendizaje interpersonal. En su ejecución nos siguen facilitando levantar el aislamiento que suele existir en la consecución de objetivos asistenciales básicos como la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dando la oportunidad de un encuentro fluido y de interacción permanente.

Las intervenciones grupales y familiares posibilitan dotar de estructura a los programas, definir itinerarios de tratamiento y delimitar contextos terapéuticos haciéndolos más presentes para los pacientes y los equipos de trabajo. Nos ayudan a

pensar la asistencia en términos de programas, itinerarios y contextos diferenciados. Contextos que han repercutido y animado abordajes de trabajo integradores como refleja el hecho de incorporar a los diseños de grupo componentes novedosos o de creciente evidencia como el mindfoulness mientras se rescatan elementos que podían haber quedado como testimoniales en la historia de la red como el psicodrama, la psicomotricidad o la arteterapia según los programas donde se desarrollen, en un impulso continuado de integrar visiones, modelos y técnicas a una realidad en vertiginoso cambio.

A su vez los diseños de grupo se han orientado en mayor medida hacia una perspectiva evolutiva que entiende las necesidades de los pacientes a lo largo del ciclo vital: niños, adolescentes, familias, jóvenes adultos, adultos en distintos momentos evolutivos y pacientes ancianos, así como estrategias preventivas o que incorporan la perspectiva de género aportando miradas globales y restando, en cualquier caso, hegemonía a la posición central del diagnóstico clínico.

En su desarrollo y crecimiento las modalidades de tratamiento en grupo han ido dibujando con claridad su doble estatuto de funcionamiento: por un lado como una eficaz herramienta de intervención, y por otro, como generadoras de identidad y consistencia terapéutica a la red de salud mental, una identidad de respuesta que se ha hecho cultura entendida como intercambio de experiencias, producción científica y desarrollo de un juicio crítico, una cultura de intervenciones grupales que no ha permanecido estática sino que se renueva de forma permanente y es capaz de seguir ofreciendo alternativas innovadoras, creativas y rigurosas a numerosas necesidades de los pacientes y de los equipos de trabajo, que aunque no está exenta de dificultades y limitaciones sabemos que trabajar desde la identidad y la cultura siempre resulta sano.

Tanto en el momento actual de la asistencia clínica con una población en sobrecarga y en muchas ocasiones al límite de las capacidades de lo soportable, como para las nuevas demandas de futuro que debemos recoger, ya vengan por el lado de la soledad, el desarraigo, las patologías de la agresividad, el recurso a las adicciones o el porvenir para la familia moderna, incluso en la consecución de objetivos organizativos como la cooperación con atención primaria, la coordinación sociosanitaria o el trabajo

en red, podemos decir que si hay salida, si hay respuesta ésta debe seguir siendo en grupo, y considerar si en realidad lo que significa en gran medida trabajar en salud mental no sea más que operar y facilitar procesos de grupo, procesos colectivos, ya se orienten hacia los usuarios, el espacio comunitario o la organización, de los cuales se obtiene un plus, un beneficio imposible de alcanzar por otro camino como vamos a comprobar en los trabajos presentados a continuación.

9. SEÍSMOS DE LORCA: EXPERIENCIA DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL

Autores: ¹Jesús O. Valera Bernal*, ¹M. Ascensión Albacete Belmonte*, ²Antonia Sánchez López*, ³José Joaquín García Arenas y ⁴Julio C. Martín García-Sancho**

Profesión: ¹Psicólogo Clínico, ²Enfermera, ³Terapeuta ocupacional*, ⁴Jefe de Servicio de Programas Asistenciales

Centro de trabajo: *Centro de Salud Mental de Lorca, **Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud

Introducción

El 11 de mayo de 2011 la ciudad murciana de Lorca sufrió dos terremotos de alta intensidad; el primero ocurrió a las 17:05 hora local con una magnitud de 4,5 grados en la escala de magnitud de momento, sufriendo el segundo seísmo a las 18:47 hora local alcanzando una magnitud de 5,1 grados. La escala sismológica de magnitud de momento (M_w) es una escala logarítmica usada para medir y comparar terremotos basada en la medición de la energía total que se libera en un seísmo. Posteriormente a dichos terremotos se dieron numerosas réplicas que se extendieron en el tiempo incidiendo en el incremento e instalación del temor a la repetición del desastre y vivencia traumática acaecida.

Es relevante indicar, para comprender la magnitud de la repercusión de los terremotos, que sus efectos se sintieron en toda la Región de Murcia, así como en Almería, Albacete, Granada, Jaén, Málaga, Alicante, Ciudad Real y algunas zonas de la ciudad de Madrid.

El diario "El País" en su edición del 12 de mayo de 2011, en el artículo titulado «Murcia, en la zona más sísmica de España» afirma: *"Murcia pertenece a la zona más sensible a los terremotos de España. Durante la tarde del miércoles ha sufrido, en menos de dos horas, dos temblores que han sacudido con especial vehemencia Lorca, pero también se han dejado sentir en Cartagena, Águilas, Mazarrón y la propia capital de la provincia, Murcia"*¹.

“En la reciente historia sísmica de España, desde el terremoto de 1956 en Albolote (Granada) con once muertos y el de 1969 al SW del Cabo San Vicente con cuatro, el terremoto de Lorca de 11 de mayo de 2011 (magnitud 5.1) ha vuelto a ser especialmente importante por haber ocasionado nueve víctimas mortales. El movimiento sísmico, localizado muy próximo a la ciudad de Lorca, ha afectado directamente a más de 90.000 personas, que han sufrido sus consecuencias al registrarse con una intensidad de grado VII en la escala europea EMS, lo que ha motivado daños notables en las viviendas”².

La Escala Macro-sísmica Europea (EMS) es la base para la evaluación de la intensidad sísmica en los países europeos y a diferencia de las escalas sísmicas de magnitud, que expresan la energía sísmica liberada por un terremoto, la EMS indica el grado en que un terremoto afecta a un lugar específico.

Como dicen García y Mardones³ en relación al terremoto sufrido el 27 de febrero de 2010 en la región centro sur de Chile, el carácter traumático de un evento de esta naturaleza es innegable, afirmación que podemos asumir como propia al referirnos a los seísmos que afectaron a Lorca.

García y Mardones señalan, citando a Gaborit⁴, que a diferencia de otros desastres naturales, los terremotos tienen como característica la dificultad de su predicción³.

“Más que cualquier otro desastre, los terremotos son los más temidos, ya que poseen características peculiares que, en parte, explican por qué la afectación psicológica es mayor que en los otros tipos de desastres (McCaughey, Hoffman y Llewellyn, 1994)”⁴.

El hecho de que la aparición de los terremotos sea por sorpresa, su intensidad elevada y su poder destructivo inigualable, influyen para que generen un fuerte sentimiento de indefensión, ansiedad e incertidumbre cognitiva. En este sentido, como recalca Gaborit⁴, la impredecibilidad genera un fuerte sentimiento de “indefensión psicológica”, que aumenta la ansiedad y la incertidumbre cognitiva sobre qué hacer cuando suceda el desastre.

Como ya se ha indicado, la población lorquina continuó sufriendo réplicas constantes que como indica este autor *“crean las condiciones para la reexperimentación del trauma inicial”*⁴.

Esta es la realidad en la que el Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca se ha visto envuelto, ya que constituye el Centro Especializado en Salud Mental del Área III de Salud encargado en dar respuesta a la incidencia del conjunto de problemas de índole psiquiátrica y psicológica que afectan a la población de dicha área. Los seísmos sufridos y su devastación, las repercusiones en la zona de seguridad personal y colectiva de la población lorquina, las secuelas objetivas relacionadas con el cambio en la fisonomía de la propia ciudad, la pérdida o deterioro del domicilio (hogar), de lugares de trabajo, vehículos, y especialmente la muerte de seres queridos, la vivencia de los propios seísmos y sus consecuencias, son aspectos concatenados y amalgamados que han afectado a la población lorquina de forma evidente.

Dar una respuesta rápida y ágil a la población afectada por los terremotos de mayo de 2011 constituyó el objetivo inicial del CSM de Lorca. Se ha de tener en cuenta, como refiere Figley⁵, que los traumas son eventos peligrosos y repentinos que abruman los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y las comunidades.

*“Por definición, los desastres son traumáticos y sobrecargan los recursos disponibles de la comunidad, lo cual pone en peligro la capacidad de las personas y de la comunidad para afrontarlos”*⁴.

El CSM de Lorca desde su “Unidad de Adultos” diseñó un plan de intervención dentro del marco de actuación del propio centro; dicho plan, como refieren Valera et al.⁶, consistió inicialmente en la constitución de un Equipo de Intervención en Crisis (EIC) formado por una enfermera (Sánchez) y dos psicólogos clínicos (Valera y Albacete), con el objetivo de dar una respuesta rápida y ágil a los usuarios afectados por los seísmos contando con un encuadre organizativo.

La importancia de haber constituido dicho EIC, así como el encuadre de intervención que se desarrolla en el presente capítulo a partir de los seísmos de mayo de 2011, se reafirmó, como indican Valera et al.⁷ al reactivar dicho dispositivo de

intervención después de las inundaciones de septiembre de 2012 en las que se vieron afectadas las poblaciones murcianas de Puerto Lumbreras y Lorca.

“La respuesta del Equipo de Intervención en Crisis, mostró su eficacia de forma inmediata en la población, la cual, tuvo una asistencia sin demora”⁸

Aunque en el presente capítulo se describe el trabajo realizado en el CSM de Lorca con los afectados por los terremotos de mayo de 2011, conviene reseñar la puesta en marcha por parte de la “Subdirección General de Salud Mental” en junio de 2011 de un dispositivo de asistencia psicológica en los tres Centros de Salud de la ciudad correspondientes a las zonas más afectadas por los seísmos. *“De esta forma la figura del psicólogo clínico pasa a estar completamente integrada en el centro de salud y comienza a trabajar de forma coordinada con el equipo de profesionales del mismo para tender a los afectados por los seísmos que lo soliciten”⁹*

La actuación desarrollada durante los primeros días en el CSM de Lorca y la continuidad de asistencia psicológica realizada en los Centros de Salud de las zonas más afectadas de modo prolongado e inmediato son un ejemplo de agilidad y eficacia en la forma de responder por parte de la administración pública a través del conjunto de la red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud a la población de Lorca afectada por los terremotos.

A parte del objetivo principal indicado previamente consistente en dar una respuesta rápida y ágil a los usuarios afectados por los terremotos, también se ha perseguido mediante el plan de actuación diseñado, generar estrategias de afrontamiento adaptativas, prevenir o paliar la aparición del Trastorno por Estrés Post-traumático (TPEPT), expresar y contextualizar las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis, afianzar la normalización, incluyéndose técnicas reductoras de ansiedad para facilitar la introducción de estrategias de afrontamiento, resaltar y rescatar fortalezas individuales para ponerlas en funcionamiento en el presente y restarle al propio recuerdo el significado traumático.

La afirmación *“Ante una situación anormal, la reacción anormal constituye una conducta normal”¹⁰* es un punto de partida esencial a la hora de intervenir en este tipo de casos. Como resaltan García y Mardones³, *“la necesidad de normalizar las*

reacciones psicológicas en un primer contacto psicoterapéutico con los supervivientes pasa a ser entonces un paso importante para ayudar en el proceso de adaptación”.

Método/Procedimiento

Tras la creación del EIC, como se ha indicado, el proceso desarrollado en el CSM de Lorca focaliza su atención en dos vías complementarias. Por un lado la actuación inicial e inmediata con profesionales del CSM que se vieron afectados al ser testigos directos de los terremotos y sus consecuencias; por otro, la intervención grupal sobre usuarios del CSM que presentaron cuadros de Reacción a Estrés Agudo (REA). Se persigue, como indican Valera et al⁶, prevenir la aparición e instalación de TEPT entre los pacientes afectados atendidos.

Intervención psicológica grupal en personal del *Centro de Salud Mental*

Dicha intervención se realizó en formato grupal y en sesión única. Previamente se ofreció a todo el personal del CSM la posibilidad de asistir a aquellos compañeros que se consideraran afectados por los seísmos a un grupo de intervención psicológica

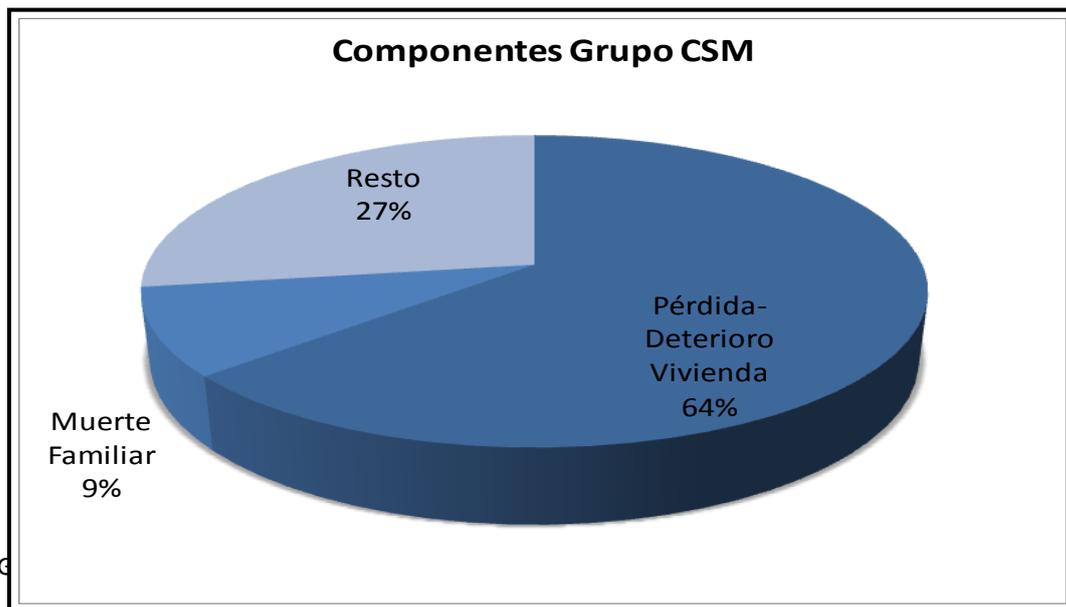
El CSM de Lorca contaba con 46 trabajadores, de los cuales 17 residían en Lorca y 16 de ellos habían sido testigos directos de los terremotos.

Tabla 1. Personal CSM Lorca

	Personal	Miembros Grupo
Personal Total	46	11
Hombres	13	0
Mujeres	33	11
Residentes en Lorca	17	11
No residentes en Lorca	29	0
Hombres residentes en Lorca	3	0
Mujeres residentes en Lorca	14	11
Testigos directos Total	16	11
Testigos directos Hombres	2	0
Testigos directos Mujeres	14	11

Como se observa en la tabla 1, once trabajadores de los cuarenta y seis que componían el personal del CSM de Lorca participaron en el grupo, siendo todas mujeres, residentes en Lorca y testigos directos de los seísmos.

La razón por la que se incluyeron en grupo fue la existencia de síntomas propios de REA. De las once, siete vieron afectadas sus viviendas, y sólo una había perdido a un familiar en los seísmos, no habiendo resultado afectada su vivienda.



Los objetivos específicos perseguidos con esta modalidad de intervención en sesión única, fueron normalizar y exteriorizar las vivencias asociadas a los seísmos, habiéndose conseguido su realización a los 8 días de los seísmos. *“La importancia de esta actuación fue doble: repercusión directa y diferida, ya que el personal atendido a su vez estaba afectado y realizaba labores de ayuda a la población víctima de los terremotos”*⁶.

La técnica utilizada fue una adaptación del “debriefing psicológico” de Dyregrov¹¹ y de Mitchell¹²; técnica enmarcada en lo que podríamos denominar “intervención preventiva” que pretende estructurar la experiencia traumática tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo, impidiendo con ello la cronificación de los síntomas de estrés agudo.

Intervención psicológica grupal en pacientes afectados por los seísmos

La enfermera del EIC llevó a cabo el cribado de pacientes procedentes de Atención Primaria con demanda por reacciones tras seísmos, realizando “acogida”. Posteriormente, mediante entrevista individual, un psicólogo clínico del EIC realizó valoración diagnóstica siguiendo criterios CIE-10, así como pertinencia de inclusión en grupo, habiendo sido excluidos los diagnósticos no relacionados con la clínica traumática.

Para la valoración del proceso de intervención realizado se procedió a la administración de las pruebas psicométricas STAI-E de Spielberger et al.¹³ y BSQ de Chambless et al.¹⁴ en modalidad de pretest y de postest.

La intervención se ha realizado con dos grupos y con un total de 27 pacientes, “siendo el germen para el inicio posterior de un dispositivo específico de atención psicológica en Atención Primaria”⁶. La implantación se realizó con un primer grupo formado por 16 pacientes, en su mayor parte procedente del propio CSM (“antiguos”), y un segundo grupo con 11 pacientes derivados desde Atención Primaria (“nuevos”).

Como indican Valera et al.⁶, la intervención consistió en cuatro sesiones grupales, siendo objetivo básico el normalizar las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis (físicas, cognitivas, emocionales y conductuales) generando estrategias de afrontamiento adaptativas.

Tabla 2. Contenido y objetivos específicos de cada sesión⁶

1ª) Reconstrucción de lo ocurrido la tarde de los seísmos, incidiendo en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales de cada miembro del grupo. El objetivo fundamental fue expresar y contextualizar las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación de crisis, para ayudarles con ello a normalizar dichas reacciones.

2ª) Se trabajó lo sucedido desde el acontecimiento traumático hasta el presente, en relación a lo que pensaban, sentían y hacían entonces. El objetivo prioritario fue seguir normalizando sus reacciones, tanto físicas como psicológicas, por lo que en esta sesión se incluyó la técnica de relajación de Jacobson, como estrategia de afrontamiento.

3ª) Se rastrea la existencia de estrategias previas de afrontamiento ante alguna dificultad importante que les hubieran sido efectivas. El principal objetivo fue resaltar y rescatar fortalezas individuales para ponerlas en funcionamiento en el presente. El resto de la sesión se continuó con relajación, recomendando practicarla en casa, junto con la realización de ejercicio físico, ambas como estrategias de afrontamiento.

4ª) Se analizaron posibles salidas a la crisis, así como la forma de interpretar lo ocurrido. El objetivo fue la normalización de sus vidas poniendo en práctica tanto las estrategias de afrontamiento aprendidas como las rescatadas, así como la reestructuración cognitiva que permitiese la mejor adaptación. Se terminó con otra sesión práctica de relajación y con una evaluación de la mejoría, donde el psicólogo clínico valoró el alta o bien la derivación a tratamiento psicológico individual en el propio CSM.

Resultados

Tras la realización de sesión única con el grupo del personal del CSM, se constató que ninguna de las participantes necesitó medicación al mejorar el cuadro de REA, reforzando, así mismo, su capacidad de afrontamiento a las situaciones asociadas con los seísmos; ninguna requirió de baja laboral.

Como indican Valera et al.⁶, con respecto a los pacientes afectados por los seísmos que recibieron tratamiento psicológico grupal, el 85% eran mujeres y el 15% varones. En la distribución por edad la mayoría de pacientes se agrupaba entre los 30 y los 49 años, oscilando el rango de edades entre los 18 y los 63 años; con una media de edad de 41 años.

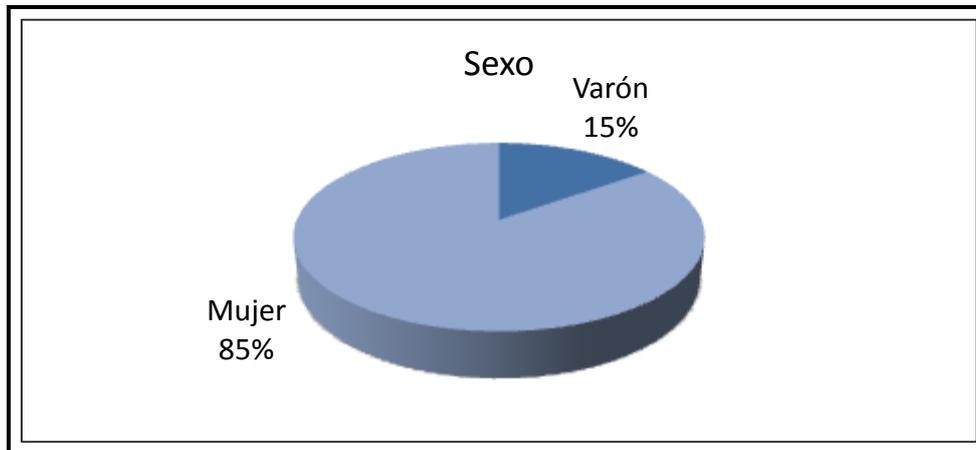


Gráfico 2

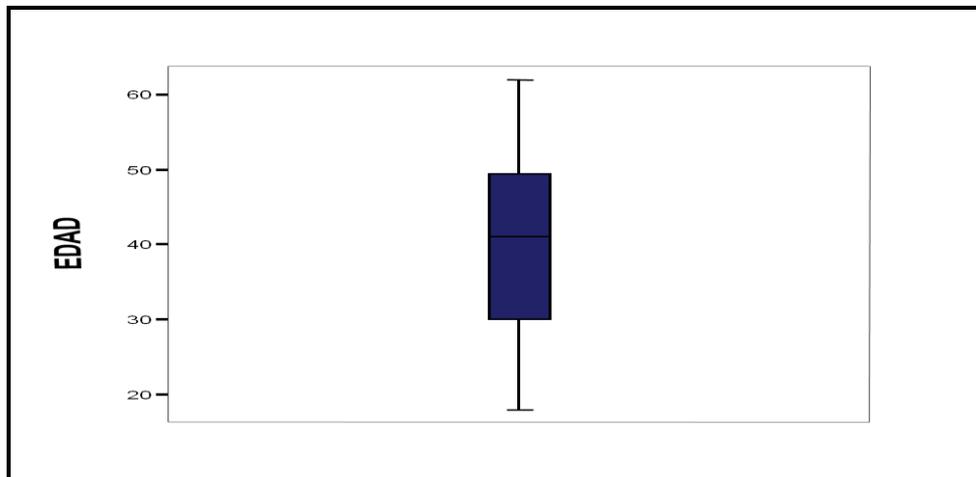


Gráfico 3

Como se indica en la tabla 3, teniendo en cuenta el primer diagnóstico, se aprecia que la REA aparece en el 48% de los casos, siendo especialmente significativa, con un 80%, entre los pacientes nuevos que eran aquellos procedentes tras los seísmos de Atención Primaria antes de la implantación del recurso psicológico en los Centro de Salud más afectados.

Tabla 3: Primer Diagnóstico General

Crterios CIE-10	Total	Antiguos	Nuevos
F43.0-Reacción a estrés agudo	48%	9%	80%
F43.1-Trastorno de estrés post-traumático	7%	8%	6%
F43.2-Trastornos de adaptación	15%	25%	7%
F61.02-Trastornos mixtos de la personalidad	3%	8%	0

F32-Episodio Depresivo	4%	8%	0
F34.1-Distimia	15%	34%	0
F41.0-Trastorno de pánico	4%	8%	0
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	4%	0	7%

“En cuanto al Segundo Diagnóstico siguiendo criterios CIE-10 se observa que el 58% de los pacientes “antiguos” recibe el diagnóstico de “F43.0-Reacción a estrés agudo”, el 8% el de “F43.1-Trastorno de estrés post-traumático” y un 17% presenta “F43.2-Trastornos de adaptación”; apareciendo entre los pacientes “nuevos” como segundo diagnóstico el de “F43.0-Reacción a estrés agudo” en sólo un 13%” Valera et al.⁶

Cabe destacar dentro de los resultados obtenidos que el 80% de los pacientes tratados en los dos grupos de psicoterapia completó el tratamiento.

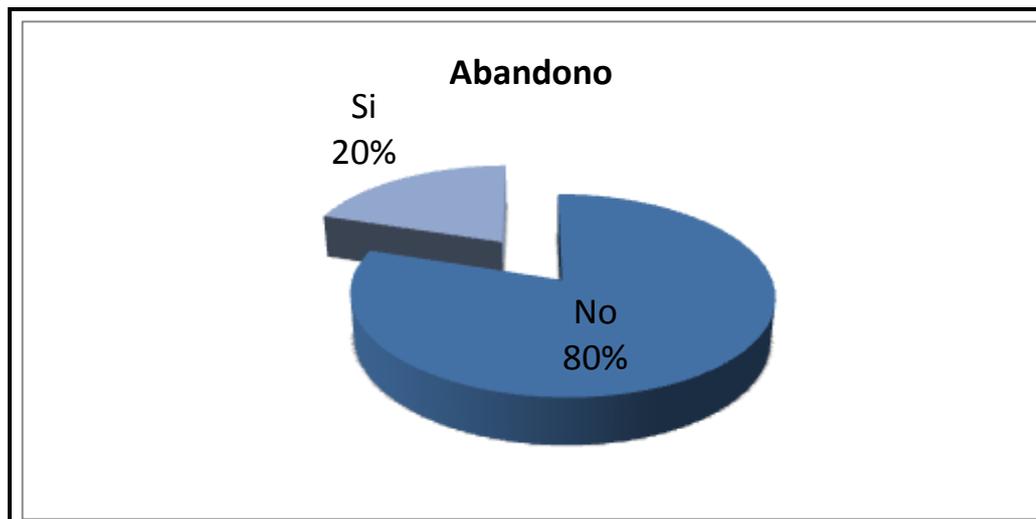


Tabla Gráfico 4

Los resultados obtenidos mediante las pruebas psicométricas administradas tanto al inicio como al final de la intervención reflejaron mejoría clínica; como se observa en el gráfico 5 el Pretest STAI-E en hombres se alcanzó un percentil de 95, descendiendo en el Postest a 70; los resultados en mujeres (gráfico 6) fueron percentil 90 en el Pretest y 65 en el Postest, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,016$)

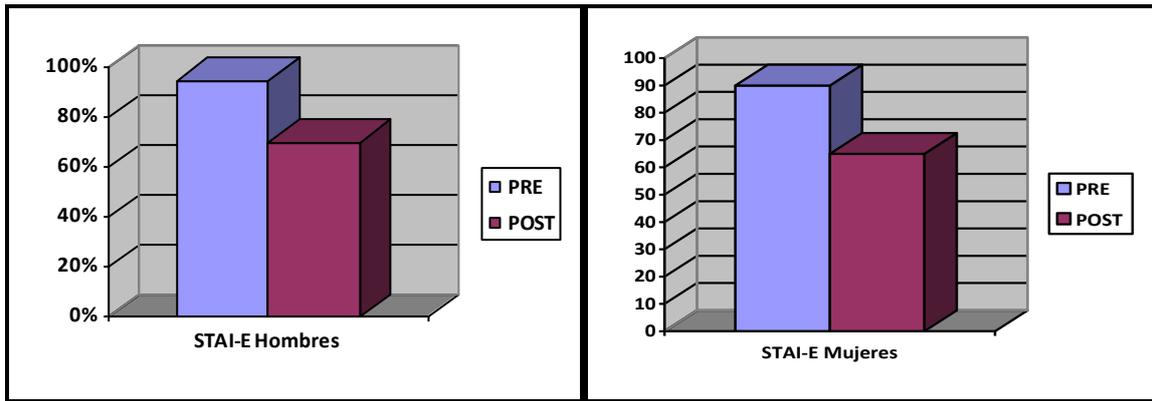


Tabla Gráfico 5

Tabla Gráfico 6

Con respecto a la prueba BSQ, en el Pretest obtuvieron una puntuación directa media de 23 y de 15 en el Postest ($p= 0,021$) (Gráfico 7)

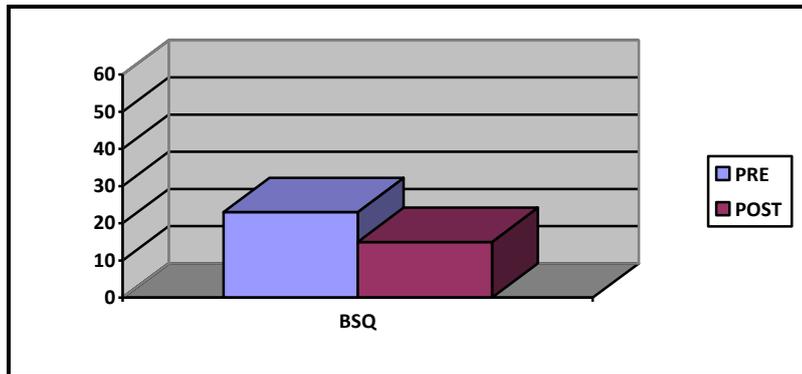


Tabla Gráfico 7

La resolución general al finalizar la intervención grupal de la patología tratada alcanza un 85%, variando mínimamente entre el grupo de pacientes nuevos con 87% y el de pacientes antiguos con una resolución del 83%.



Tabla Gráfico 8

Tras el contacto realizado a los 9 meses con los pacientes se constató una resolución del 92%.

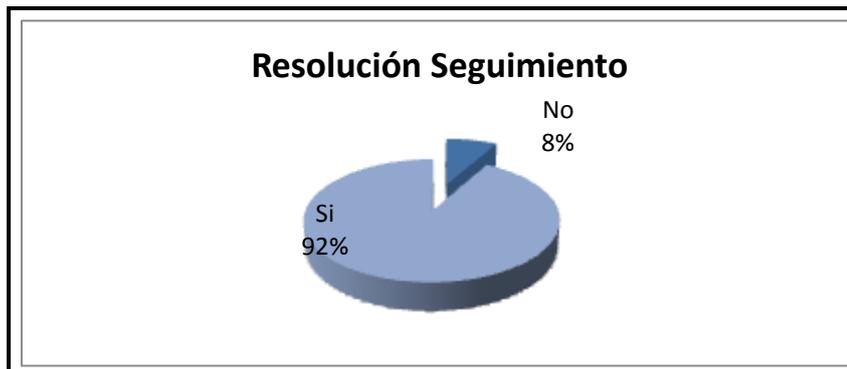


Tabla Gráfico 9

Conclusiones

Se puede concluir como ya especifican Valera et al.⁶ que el hecho de residir en el municipio afectado por los seísmos, y haber sido testigo directo son factores determinantes para la aparición de reacciones de estrés agudo. *“Haber sufrido daños o deterioro en la vivienda junto con la pérdida de seres queridos incrementa la probabilidad de aparición de dicha clínica”* Valera et al.⁶

El hecho de que la mayoría de los pacientes resolvieran el cuadro clínico reactivo, manteniendo dicha mejoría a los 9 meses, evidencia la efectividad y eficiencia de la intervención psicológica grupal aplicada.

Por su parte, la rapidez en la intervención se concluye como decisiva en la resolución adecuada del cuadro clínico postraumático.

Se hace evidente como resaltan Valera et al.⁷ que la protección de la Salud Mental ante la vivencia de experiencias traumáticas es un aspecto a tener en cuenta desde las instituciones públicas, por lo que las experiencias ocurridas en Lorca en mayo de 2011 constituyeron un germen para la formación y mantenimiento de estructuras consistentes de respuesta ágil y eficaz desde los propios servicios de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, incorporando a las intervenciones programadas no emergentes un aspecto reseñable como es el de agilizar dentro de la propia dinámica programada del CSM un encuadre novedoso sin que se altere el funcionamiento del propio CSM.

Bibliografía

1. Méndez R, Seco R. Murcia, en la zona más sísmica de España. *El País*. PRISA. 2011.
2. Cabañas L, Carreño E, Izquierdo A, Martínez JM, Capote R, Martínez J, Benito B, Gaspar J, Rivas A, García J, Pérez R, Rodríguez MA, Murphy P. Informe del sismo de Lorca del 11 de mayo de 2011. Madrid: Instituto Geográfico Nacional. 2011
3. García FE, Mardones R. Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia psicológica*. 2010; 28 (1): 85-93.
4. Gaborit M. Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*. 2006; 2 (7): 15-39.
5. Figley CR. *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention*. Nueva York: Brunner/Mazel; 1985.
6. Valera J, Albacete MA, Sánchez A, Martín JC. Intervención psicológica grupal en un centro de salud mental con afectados por los seísmos de Lorca (Murcia). En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en psicología Clínica*. 2012; (pp. 947-950). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
7. Valera J, Albacete A, Sánchez A, Martín JC. Actuación inmediata tras inundaciones en Puerto Lumbreras y Lorca 2012. Experiencia grupal en el Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en psicología Clínica*. 2013 (pp.383-389).Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
8. Sánchez A, Albacete MA, Valera J, Martín JC. Actuación inmediata tras seísmos en Lorca en el programa de adultos del Centro de Salud Mental de Lorca. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (Comp.), *Avances en psicología Clínica*. 2013 (pp. 126-131). Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
9. Egea C, Sainz C, Garriga A, Martín JC. Lorca: historia de una vida. Intervención psicológica en el barrio de la viña tras los seísmos del 11 de mayo. Intervención individual en un caso de estrés postraumático. En R. Quevedo y V.J. Quevedo

(Comp.), *Avances en Psicología Clínica*. 2012. (pp. 333-337). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

10. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1991.
11. Mitchell, JT. When disaster strikes...The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. 1983; 13(11): 49–52.
12. Dyregrov, A. Caring in disaster situations: psychological debriefing disaster. *Management*. 1989; 2: 25-30.
13. Spielberger, C. D. Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1994.
14. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *J Consult Clin Psychol*. 1984; 52(6):1090-7.

Agradecimientos

Al Dr. D. Fernando Lojo *Fritschi* por el apoyo recibido para tanto la creación de EIC y como para la puesta en marcha de la intervención descrita.

A la Subdirección General de Salud Mental por la inmediatez de su respuesta ante el conjunto de las necesidades planteadas desde el CSM de Lorca.

A todos los compañeros del CSM de Lorca por su colaboración.

Y especialmente a los pacientes que nos han enseñado lo que significa la palabra “superación”.

10.UNA ALTERNATIVA EN SITUACIÓN DE CRISIS: GRUPO TERAPÉUTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS POR PROBLEMÁTICA LABORAL

ELEGIDA MEJOR COMUNICACIÓN DE SU MESA



Autores: ¹José Antonio Ortega Fernández, ¹Nieves Ros Barrio ²Yolanda Blaya Sánchez;
³Josefa Belén Murcia Liarte; ³Inés Bello Pombo, ³Silvia Bravo Gómez.

Profesión: ¹Psicólogo Clínico; ²Trabajadora Social; ³Psicólogas Internas Residentes.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Cartagena-Área II (Murcia)

Introducción:

Las alteraciones psicológicas asociadas a problemas de índole laboral han crecido en los últimos años, dada la delicada situación socio-económica actual. Con la crisis, no solo se ha producido un aumento relevante de personas sin empleo sino que las condiciones laborales se han endurecido, con mayores niveles de exigencia por parte de las empresas, pérdida de algunos derechos, disminución de las retribuciones,... lo que ha contribuido a un aumento de las tensiones laborales. Consiguientemente, los niveles de estrés en este ámbito han aumentado notablemente generando un efecto negativo en el estado emocional de los trabajadores (1,2).

A nivel asistencial, creímos adecuado la puesta en marcha de un Grupo Terapéutico abierto de orientación cognitivo-conductual en el Centro de Salud Mental de Cartagena (Región de Murcia), destinado al tratamiento intensivo de personas con Trastorno Adaptivo Mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo), reactivo a situaciones estresantes por problemática laboral.

Justificamos este grupo en el aumento importante de casos que acuden a nuestro CSM por clínica adaptativa reactiva a problemas de tipo laboral, con la respectiva sobrecarga del Servicio. También en la necesidad de dar una respuesta

terapéutica rápida a estos casos, para evitar que se alarguen en el tiempo, con los costes que esto supone. Y finalmente, en la indicación desde Servicios Centrales de Salud Mental de la necesidad de realizar grupos terapéuticos como forma de mejorar la calidad asistencial y reducir las listas de espera.

En España hay varias experiencias previas de terapias grupales para este tipo de patología. En el Centro de Salud Mental del Área X de Madrid entre los años 2003-2006 realizaron 5 grupos cerrados transdiagnóstico de 10 pacientes que tenían en común problemas de acoso laboral; la duración del mismo fue de 10 sesiones semanales con un enfoque cognitivo-conductual y dirigido por dos terapeutas (3). Mallorca, concretamente, el Centro de Salud Mental de Calviá, cuenta también con una experiencia similar en el año 2011 que consistió en un grupo cerrado de 15 pacientes que presentaban problemas de burnout. La duración fue de 7 semanas, con una sesión semanal, también con enfoque cognitivo-conductual y guiado por dos terapeutas (4).

Método/Procedimiento

Sujetos:

Este tratamiento grupal tiene lugar en el Centro de Salud Mental de Cartagena. Se inició en Noviembre de 2012 y es un grupo abierto, por lo que la duración es continuada y no hay límite de sesiones. Atiende a pacientes del propio centro, con una frecuencia semanal y una orientación cognitivo-conductual; además se trata de un enfoque multiprofesional, ya que los profesionales encargados del grupo son un psicólogo clínico, una psicóloga interna residente y una trabajadora social.

Los criterios de inclusión del grupo indican que deben ser pacientes con una clínica adaptativa reactiva a problemas laborales, ya sea por: a) estrés laboral, b) conflictividad/acoso laboral, c) despido reciente o d) conflictos con la Administración. Asimismo, los criterios de exclusión son pacientes con trastorno adaptativo reactivo a situación de desempleo prolongado y/o con problemas económicos y sociales graves asociados. Y también, pacientes con otras patologías psiquiátricas más relevantes y criterios de exclusión propios de cualquier intervención psicológica: pacientes poco motivados, con escasa capacidad intelectual y/o introspectiva, con actitudes/conductas hostiles y agresivas, etc.

Procedimiento:

La característica de formato grupal abierto hace referencia a que los pacientes inician el tratamiento derivados directamente al grupo por los facultativos del CSM, existiendo la posibilidad de incorporar nuevos casos cada semana. Además, existe flexibilidad en cuanto a la asistencia. Las maneras de terminar el tratamiento grupal son varias: 1. Voluntariamente (informan que no desean seguir acudiendo); 2. Pérdida de contacto (abandonan el grupo sin avisar); 3. Alta por mejoría (reducción y/o resolución de la clínica adaptativa); 4. Alta consensuada (se produce en caso de que se estime que han completado el tratamiento y no van a seguir beneficiándose de la terapia grupal).

Los objetivos generales del tratamiento se pueden resumir en lograr que los pacientes asuman y se adapten al problema laboral, afrontándolo de la forma más eficaz posible (con el menor coste emocional) y por ende, prevenir que desarrollen un cuadro psicopatológico más grave.

De manera más específica, los objetivos de este grupo son la comprensión de la problemática adaptativa, disminución de la clínica ansioso-depresiva, movilización de los propios recursos de afrontamiento, protección y/o recuperación de la autoestima, servir de espacio grupal continuo de apoyo emocional y social, y finalmente facilitar recursos comunitarios externos de orientación y ayuda.

Los contenidos abordados durante las sesiones grupales se centran en el distanciamiento emocional, la movilización conductual, la toma de decisiones y el establecimiento de un plan de actuación personalizado, asunción de los costes en la toma de decisión, la necesidad de un cambio de enfoque para un mejor afrontamiento, la importancia de ser asertivos, la canalización y expresión adecuada de emociones, la búsqueda de apoyo social, la mejora de la autoestima y el manejo de la incertidumbre, la autoexigencia, la preocupación excesiva, la complacencia y la culpa. Se abordan desde un enfoque semiestructurado, con cierta flexibilidad en el desarrollo y contenidos de las sesiones (5, 6) Las estrategias (7) que se emplean se pueden resumir en psicoeducación, recomendaciones directas, señalamiento, refuerzo

positivo, discusión cognitiva, relajación, solución de problemas, uso de iconos, dinámicas grupales, orientación sobre temas laborales, legales, ayudas sociales, etc.

Instrumentos:

Para evaluar los resultados a nivel cuantitativo se administran los siguientes cuestionarios antes y después del tratamiento:

- Ø Inventario de Depresión de Beck (BDI) (8): Es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos dando más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte se sitúa en 18.
- Ø Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) (9): Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo, y otros 20 ítems que se relacionan con la ansiedad-rasgo. El rango de puntuaciones oscila de 0-60 en cada escala.
- Ø Escala de Adaptación (10): Es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30) y mide el grado en que la situación laboral afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libres, relación de pareja y vida familiar, así como también a nivel global. El punto de corte es de 12 en la escala global y de dos en cada uno de los ítems, con una puntuación mayor, cuanto mayor es la inadaptación.
- Ø Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) (11): Instrumento diseñado a partir del inventario de Folkman y Lazarus (12), como un cuestionario de 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento, diferenciando entre estrategias de afrontamiento activas o dirigidas a la acción (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social) y estrategias de afrontamiento pasivo (evitación de problemas, pensamiento ansioso, autocrítica y retirada social), con un formato de respuesta tipo Likert de cinco intervalos (desde “nunca utilizada” a “siempre utilizada”).

Para evaluar los resultados a nivel cualitativo, se aplican dos cuestionarios de preguntas abiertas:

- Ø Uno se les administra a los pacientes, donde se les pregunta acerca de sus expectativas sobre el tratamiento, satisfacción con la terapia grupal, lo que más les ha ayudado y lo que menos, y sobre aspectos estructurales y de funcionamiento del grupo.
- Ø El otro se aplica a los 3 terapeutas, donde se formulan cuestiones sobre aspectos objetivos del grupo y también impresiones e inquietudes personales. Posteriormente, con parte de esta información se realizó un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) (13).

Resultados:

El objetivo de este estudio es dar a conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes que están participando en el Grupo Terapéutico de “Trastorno Adaptativo por problemática laboral”. Y especialmente valorar la eficacia de este tipo de tratamiento grupal tras dos años de experiencia, aportando resultados tanto cuantitativos como cualitativos. Para la valoración del tratamiento se ha tenido en cuenta el número de pacientes atendidos, el perfil sociodemográfico de los pacientes, media de asistencia a las sesiones grupales, y resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de 58 pacientes (los que han cumplimentado los distintos instrumentos complementarios descritos). Todos los datos obtenidos se analizan mediante el programa estadístico SPSS.

Los pacientes totales atendidos durante este tiempo (noviembre 2012-octubre 2014) son 103, de los cuales, 70 son derivados por Psicología Clínica y 33 por Psiquiatría.

Respecto al perfil sociodemográfico de los pacientes encontramos lo siguiente: sexo (54% mujeres; 46% varones); edad (las personas con edades comprendidas entre los 36-45 años son el grupo más abundante), estado civil (58,6% casados; 18,6% solteros; 15,7% separados/divorciados; 5,7% unión de hecho; y 1,4% viudos); profesión (32,9% comercio, hostelería y seguridad; 24,3% construcción, industria, minería y transporte; 20% personal de Administración y servicios; 17,1% Administración Pública: funcionarios, estatuarios y laborales; y 5,7% agricultura ganadería y pesca); situación laboral (70,6% baja médica; 17,3% paro; 12,1% activo) y tipo de problemática laboral

(58,6% conflictividad laboral; 18,6% estrés laboral; 11,4% despido reciente; y 11,4% conflictos con la Administración). Por lo tanto, se puede concluir que el perfil medio del paciente que acude al grupo es básicamente mujer con edad comprendida entre los 36-45 años, casada, que se dedica al comercio, hostelería y seguridad, actualmente se encuentra en baja médica cuando acude a la terapia grupal básicamente por conflictividad laboral.

Por otro lado, la media de pacientes que asisten al grupo por sesión es de 14 pacientes, estando este dato comprendido entre 9 (número mínimo de pacientes asistentes a una sesión) y 23 pacientes (número máximo por sesión).

Los resultados cuantitativos, tal y como se observan en la tablas siguientes, indican una disminución significativa en las variables de depresión y ansiedad, tanto estado como rasgo. Con respecto a las puntuaciones en la Escala de Adaptación, se obtuvieron diferencias significativas en las áreas de trabajo, vida social, tiempo libre, vida familiar y funcionamiento general, obteniendo puntuaciones menores en todas ellas tras la intervención. La única área que no ha experimentado mejoría significativa ha sido la de la relación de pareja.

Tabla 1

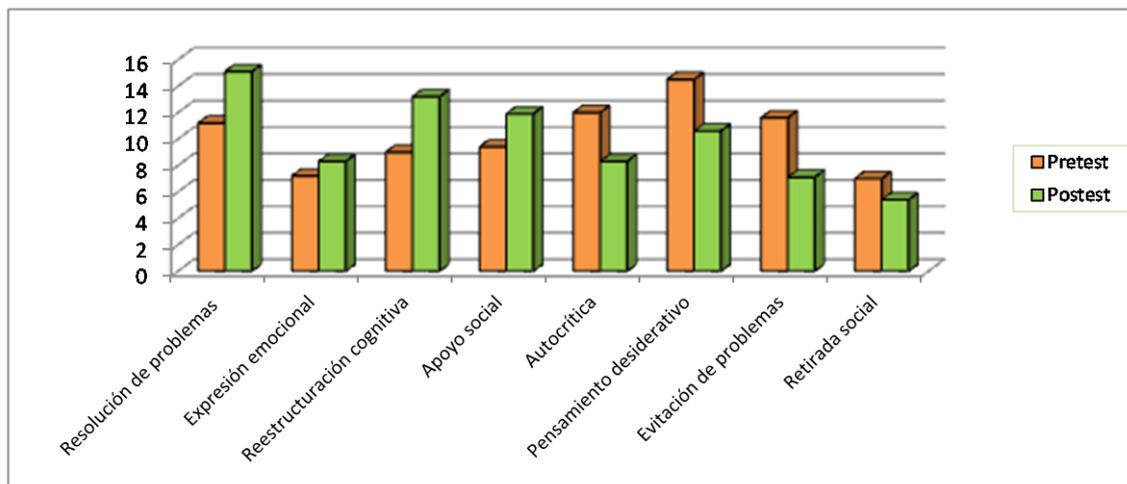
	PRETEST	POSTEST
BDI	25,8	13,6 (p < 00,1)
STAI-E	24,9	17,3 (p < 00,5)
STAI-R	29,3	26,1 (p < 00,5)

Tabla 2

RESULTADOS	TRABAJO	VIDA SOCIAL	TIEMPO LIBRE	RELACION PAREJA	VIDA FAMILIAR	FUNCIONAMIENTO GENERAL
PRETEST	4,6	4,1	4,2	3,6	3,8	4
POSTEST	2,7 (p < 0,05)	2,2 (p < 0,01)	2 (p < 0,01)	3,1	2,6 (p < 0,05)	2,3 (p < 0,05)

En relación con los análisis obtenidos en la escala de afrontamiento, indicar que todas las variables sufren cambios: aumentan las puntuaciones en las escalas que evalúan estrategias dirigidas a la acción y centradas en el problema y en las emociones (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión de emociones); mientras que disminuyen las puntuaciones en las escalas pasivas (pensamiento ansioso, autocrítica, evitación de problemas y retirada social). Esto se aprecia claramente en el siguiente grafico.

Gráfico 1



Respecto al análisis cualitativo, las respuestas de los pacientes se resumen de la siguiente manera: Sus expectativas fueron por orden de importancia: saber afrontar su situación laboral; mejorar de los síntomas; poder expresar sus dificultades y desahogarse. Por otro lado, el grado medio de satisfacción con el tratamiento fue de 7,3 sobre 10. El 100% lo recomendaría a otras personas. En cuanto a lo que les resultaba más útil, encontramos la presencia de otras personas con el mismo problema y el saber que podían acudir al grupo sin reservas. En cambio, lo que menos

les agradaba era no poder intervenir más veces y/o más tiempo, cuando había exceso de participantes.

Resumiendo también las repuestas de los terapeutas, se destaca que muestran una elevada satisfacción personal con la terapia grupal; perciben clara mejoría en el proceso de adaptación de los pacientes; ven necesario mejorar la coordinación con los profesionales de referencia de estos pacientes; refieren quejas de cierta sobrecarga y estrés.

Como adelantábamos más arriba, con parte de la información de los cuestionarios realizamos un análisis DAFO.

Las “Debilidades” obtenidas se concretan en: El escaso control de la asistencia de los pacientes; la no limitación del número de pacientes, que complica la participación y el manejo del grupo; el elevado número de participantes dificulta un conocimiento más completo de los casos por parte de los terapeutas; la dispersión de la atención de los pacientes en sesiones muy numerosas; la tendencia a la “acomodación” de los participantes; las resistencias para acabar el tratamiento de algunos pacientes; el incumplimiento de criterios de algunos casos al no existir una selección previa; la inexistencia de seguimiento de los pacientes que abandonan; y la dificultad para evaluar los resultados.

Las “Amenazas” que se derivan son: El número ilimitado de pacientes, pero recursos espaciales y personales limitados; las derivaciones que no cumplen los criterios de inclusión/exclusión; la no descarga de las agendas de los terapeutas del grupo, lo que produce la sobrecarga de éstos; la imposibilidad del programa informático Selene para registrar todos los pacientes y otros datos asistenciales; el escaso seguimiento individual de los pacientes derivados, por parte de sus terapeutas de referencia; y la excesiva presión asistencial, que no permite dedicar tiempo a comentar a posteriori la sesión realizada.

Las “Fortalezas” obtenidas en el análisis son estas: La inmediatez de la atención, al no haber demora desde la derivación; la atención multidisciplinar al participar psicólogos clínicos y Trabajadora Social; la presencia de terapeuta y co-terapeutas que garantizan la continuidad de las sesiones del programa terapéutico; la posibilidad de

que los pacientes permanezcan en el grupo hasta que mejoren, lo que les da tranquilidad, confianza y favorece la cohesión grupal; los pacientes “veteranos” motivan y orientan a los nuevos y facilitan la autorregulación del grupo; la utilización de iconos y repetición de pautas, que optimizan la asimilación de contenidos; la flexibilidad en el desarrollo de las sesiones; la frecuencia semanal, que permite una intervención sistemática; la heterogeneidad del grupo respecto a la problemática laboral, que lo hace más enriquecedor, y la posibilidad de subgrupos de ayuda mutua fuera del contexto terapéutico.

Finalmente, las “Oportunidades” se concretan en: Una mayor conciencia del aumento en situación de crisis económica y social de los trastornos adaptativos por problemas laborales; una derivación más temprana y adecuada de los cuadros incipientes; una mayor concienciación a nivel general de la eficiencia de los grupos terapéuticos en salud mental; la promoción desde la coordinación del centro de la realización de grupos, para disminuir la saturación de las agendas profesionales; el apoyo del jefe de servicio; la disponibilidad de una sala de grupos con buenas condiciones; el interés de la mayoría de los compañeros facultativos y de enfermería en conocer el grupo y remitir casos.

Discusión y conclusiones:

Nos resulta llamativo el amplio número de pacientes que han acudido al grupo durante estos 2 años, ya que supera el centenar. Respecto al perfil de los pacientes destaca el número creciente de casos atendidos en el grupo que trabajan en el ámbito público, lo que demuestra que la Administración también se ha visto afectada por la crisis, con recortes laborales. Pensamos que cada tipo de “empresa” (pública o privada) genera sus propias fuentes de estrés: consideramos que la empresa privada tiende a generar tensiones y conflictos por acción (generalmente por malas prácticas de los superiores y diferencias de los compañeros). Mientras que la Administración Pública lo genera por omisión, al ser ineficaz a la hora de dar solución a los problemas que se plantean. Además, la mayor parte de los pacientes que acuden lo hacen por presentar una problemática de conflictividad/acoso laboral. No obstante, sospechamos que este dato está sobrestimado ya que algunos participantes

consideran que están viviendo una situación de acoso cuando puede tratarse más de tensión y sobrecarga laboral. Con el objetivo de aclarar este aspecto estamos aplicando recientemente a los pacientes al iniciar el grupo un cuestionario específico de acoso laboral. Esta área será objeto de estudio en nuestras próximas investigaciones (14, 15, 16).

Consideramos probado que el tratamiento está resultando eficaz: los pacientes logran movilizarse en la búsqueda de una solución airosa, adquiriendo estrategias de afrontamiento más activas. Consiguen así, reducir el impacto emocional del estresor laboral, mejorando por consiguiente de la clínica depresiva y ansiosa. Además, es clara la satisfacción que experimentan con el grupo terapéutico; de hecho, ven cubiertas sus expectativas, lo consideran muy útil y lo aconsejarían a otras personas con esta misma problemática.

Es importante resaltar que la característica diferencial de esta intervención grupal respecto a otras es su carácter abierto y continuo. Este aspecto es precisamente el que genera a la vez sus fortalezas y debilidades. Las primeras se relacionan con la inmediatez y continuidad del tratamiento y con su carácter multidisciplinar. Mientras, las limitaciones se relacionan con derivaciones inadecuadas y con el riesgo de masificación del grupo, con las desventajas que esto implica.

Por último, queremos exponer las siguientes consideraciones con el objetivo de optimizar este tipo de tratamiento:

- Ø Es conveniente prestar más atención al perfil del paciente que nos puede ayudar a establecer de modo más adecuado el tipo de trabajo psicológico a realizar.
- Ø Es preciso articular formulas para disminuir las limitaciones señaladas anteriormente. Algunas ya las hemos aplicado, como la de dar más altas consensuadas, que los pacientes se incorporen al grupo mensualmente en vez de semanalmente y reuniones más regulares con los terapeutas de referencia.
- Ø Para asegurar la continuidad de esta terapia es necesario reducir las agendas de los profesionales para descargar la presión asistencial que sufren. En general, esto puede ser aplicable también a cualquier terapia grupal.

- Ø En estos tiempos de crisis, este enfoque grupal puede exportarse a Atención primaria, como un tratamiento de primer nivel.

Bibliografía

1. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide; 2000.
2. Bjorkelo B. Workplace bullying after whistleblowing: future research and implication. *Journal of Managerial Psychology*. 2013; 28 (3): 306-323.
3. Sanz LJ, Almendro MT, Gómez M y Díaz-Caneja, S. Una experiencia de abordaje grupal de conflictos laborales desde los servicios de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2009; 29 (103): 63-77.
4. Lago E, Pizá MR. Resultados preliminares de un programa Cognitivo-conductual grupal para el abordaje de la ansiedad en contexto laboral. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2011, 14(37): 1-15
5. Piñuel y Zabala, I. *Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae. 2001
6. Rodríguez, N. *Mobbing: vencer el acoso moral*. Barcelona: Planeta. 2002.
7. McKay M, Davis M y Fanning P. *Técnicas cognitivas para el manejo del estrés*. Barcelona: Marneiz Roca. 2000.
8. Beck AT, Brown CK y Street RA. *Beck Depression Inventory*. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 1996.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene RE. *Manual of state/trait anxiety inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press. 1970.
10. Echeburúa E y Corral P. Escala de adaptación. Manuscrito no publicado. 1987.
11. Cano FJ, Rodríguez L y García J. Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007; 35; 29-39.
12. Folkman S. y Lazarus R.S. An analysis of coping in the middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980; 21, 219-239.

13. Jordanna C, Thierken, SI y Garcés P. Métodos cuantitativos y cualitativos ¿Alternativa metodológica?,1995.
14. Aleassa HM y Megdadi OD. Workplace bullying and unethical behaviour: A mediating model. *International Journal of Business and Management*, 2014; 9(3): 157-165.
15. Chirilă T, Constantin T. Understanding workplace bullying phenomenon through its concepts: A literature Review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences Journal*. 2013; 84: 1175-1179.
16. Olmedo M y González P. La violencia en el ámbito laboral: la problemática conceptualización del mobbing, su evaluación, prevención y tratamiento. *Acción Psicológica*. 2006; 4 (2): 107-128.

Agradecimientos:

Queremos agradecer a los pacientes su buena actitud hacia la terapia grupal y también su deseo de cambiar y mejorar; sin duda, nosotros hemos aprendido mucho de ellos.

Igualmente dar las gracias al Centro de Salud Mental por favorecer este tipo de planteamientos grupales y a los compañeros por la buena acogida del grupo.

11. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LA CONSULTA DEL CSM INFANTO-JUVENIL. EXPERIENCIA GRUPAL EN HABILIDADES SOCIALES

Autora: Cristina Banacloig Delgado.

Profesión: Enfermera Especialista Salud Mental

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental Cartagena, Unidad de Infanto- Juvenil

Introducción

La población atendida en esta consulta es todo paciente del Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil (CSM IJ) que por **derivación interna** en reunión de equipo semanal, ellos y/o sus familiares precisen ser derivados a **consulta de enfermería**, en la que dependiendo de la necesidad se harán las siguientes actividades asistenciales:

Asistencia Individual:

- Ø Relajación individual.
- Ø Enuresis.
- Ø Encopresis.
- Ø Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Ø Trastornos del Sueño.
- Ø Modificación de Conducta.
- Ø Adherencia al Tratamiento.
- Ø Administración de Neurolépticos de Acción Prolongada.
- Ø Educación para la salud en Drogas.

Coordinación con Servicios Externos

1. Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP):

Consulta telefónica con Orientadores de Colegios e Institutos de Educación Secundaria (IES) de toda el área de Cartagena con el fin de coordinar plan de

actuación, así como contrastar información sobre resultados académicos, relaciones del niño en su entorno y comportamiento en ámbito escolar.

EOEP: Cartagena 1, Cartagena 2, MAR MENOR, TOTANA. y cada IES el suyo propio.

2. Servicios Sociales y Asociaciones:

Información bidireccional sobre casos importantes de gravedad por situación familiar de abandono o riesgo de exclusión.

Asistencia Grupal:

- Ø Básico de Padres.
- Ø Habilidades Sociales (HH:SS) y Cognitivas para niños.
- Ø Trastorno Mental Grave en Infancia para niños.
- Ø Psicoeducativo de padres con Trastorno del Espectro Autista (TEA) como co-terapeuta.
- Ø Psicoeducativo de padres con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDA-H) como co-terapeuta.
- Ø Relajación Grupal (según demanda y grupos de edad adecuados).

Método/Procedimiento

Grupos de HH.SS. y Cognitivas para niños.

Inicio: curso 2010-2011 (actualmente 4ª edición)

Una edición anual para cada grupo de edad: (8-10 años, 11-12 años y 13-16 años).

Terapeuta: enfermera especialista en salud mental.

15 sesiones aproximadamente en periodicidad quincenal de 1 hora cada una.

Destinado a niños con problemas en relaciones sociales bien por inhibidos o por activos en exceso.

Contenidos en estilos de comunicación, resolución de problemas, toma de decisiones.

Metodología: juegos, historias, emociones, situaciones, criterios de tomas de decisiones.

GRUPO DE HHSS y COGNITIVAS PARA NIÑOS ENTRE 11 Y 12 AÑOS:

Población: Grupo Actual: Curso 2014/2015

- Ø 8 NIÑOS Y 4 NIÑAS (Otros 10 se quedan en lista de espera).
- Ø Diagnósticos: F32.0, F93 (3), F90, F91.3, F98.9 (5) y F81.

- Ø Derivantes: 6 psicología, 3 psiquiatría y 3 ambos.
- Ø Curso escolar: 5º primaria a 1º Eso (solo 2 repetidores).
- Ø Extraescolares: 3 ninguna, 4 academias (con otra más) y el resto entre 1 o 2 (piscina, bádminton, fútbol, baile, taekwondo, rugby, baloncesto, pádel)
- Ø Tratamiento farmacológico: 6 nada, 1 doble (risperidona y atomoxetina), el resto solo uno (Metilfenidato: 2 niños, oxcarbazepina, paliperidona y atomoxetina).
- Ø Relaciones:
 - Niño1: No le gusta destacar
 - Niño2: Solo 2-3 amigos, cansino.
 - Niño3: No escucha a los demás.
 - Niño4: No se relaciona bien: peleas.
 - Niño5: Solo 1 amig@. Rechaza y rechazad@
 - Niño6: En el colegio le insultan y es agresiv@, fuera bien
 - Niño7: Tiene amigos, pero miedo al rechazo.
 - Niño8: Buenas relaciones, pero pega, se frustra.
 - Niño9: Impulsivo, amigos en las extraescolares, no en cole.
 - Niño10: "Mentiros@", no sabe hacer amigos.
 - Niño11: No habla, le cuesta salir e integrarse.
 - Niño12: Tiene amig@s, pero no en colegio por repetir curso.

PROCEDIMIENTO:

Entrevista individual con enfermería: toma de contacto y explicación a niñ@s y padres. Se trabaja la Adherencia al Tratamiento.

Realización por parte de los padres de la escala **WFIRS-P**: "Clasificación del impedimento funcional" (valora problemas emocionales o del comportamiento en global y por dimensiones que son: familia, escuela y aprendizaje, habilidades vitales, concepto propio del niño, actividades sociales y actividades arriesgadas). Previa y Posterior a la realización del grupo.

Desarrollo de sesiones: desde Octubre a Junio (coincidiendo con curso escolar)

1. Actividad Cognitiva

- Ø Lectura de primera parte de situación social.
 - Ø Preguntas sobre cómo resolverla
 - Ø Lectura y reflexión de la solución de esa situación. (Segura, Justa, Útil y Satisfacción).
 - Ø Interpretación de la situación como si fueran ellos cada uno de los protagonistas
2. Listado de emociones.
- Ø Preguntas sobre qué sintió cada uno de los protagonistas según el momento de la historia.
3. Práctica de la HH.SS.
- Ø Definición y coloquio sobre la Habilidad.
 - Ø Lectura de 4 posibles situaciones para practicarla y elección de 2 por parte de ellos.
 - Ø Rol-playing de 2 en 2, evaluación grupal sobre estilo: pasivo, agresivo o asertivo.
 - Ø Se trabajarán las habilidades de: hacer un elogio, pedir un favor, dar las gracias, presentar una queja, decir no, disculparse, responder al fracaso y saber escuchar.
4. Breve resumen por escrito para practicar la HHSS trabajada hasta la siguiente sesión.

Resultados

Resultados parciales del grupo actual 2014-2015.

- Ø Asistencia: 1ª sesión: 90%, - 2ª sesión: 100%, - 3ª sesión: 90%, - 4ª sesión: 100% de los niños que inician el grupo.
- Ø Escala previa: 10 de los 12 PADRES responden.
 - Respuestas por escala LIKERT: 0-1-2-3- ó no aplicable
 - Puntuación total (mejora significativa diferencia mayor a 13 en previa y posterior).
 - Por dominios: se entendería por Deterioro clínico, si:
 - Media igual o mayor a 1,5 ó

- Al menos 2 ítems con puntuación de 2, ó
- Al menos 1 ítem con puntuación de 3.
- Excepción: actividades arriesgadas: media igual o mayor a 0.5

Los resultados de la escala Previa de los 10 padres que respondieron son:

- Ø Niño 1: sin deterioro clínico en ningún dominio, total: 38
- Ø Niño 2: deterioro clínico en dominios: Familia, aprendizaje y escuela, HH vitales, actividades sociales y actividades arriesgadas. Total: 71
- Ø Niño 3: deterioro clínico en dominios: Familia, aprendizaje y escuela, HH vitales y actividades sociales. Total: 48.
- Ø Niño 4: deterioro clínico en dominios: Familia, aprendizaje y escuela, HH vitales, concepto del niño y actividades sociales. Total: 62.
- Ø Niño 5: deterioro clínico en dominios: Familia y concepto del niño. Total: 32.
- Ø Niño 6: deterioro clínico en todos los dominios. Total: 59.
- Ø Niño 7: sin deterioro clínico en ningún dominio. Total: 8.
- Ø Niño 8: deterioro clínico en dominios: aprendizaje y escuela, HH vitales y actividades sociales. Total: 42.
- Ø Niño 9: deterioro clínico en dominios: Familia, HH vitales, Concepto del Niño y actividades arriesgadas. Total: 53
- Ø Niño 10: sin deterioro clínico en ningún dominio. Total: 12.

Resultados del grupo finalizado en el curso 2012-2013

Población:

- Ø 10 NIÑOS (no queda ninguno en lista de espera).
- Ø Diagnósticos: F93.2 (3), F91.3 (2), F98.9 (2) y Z73.4 y F84.5 (2).
- Ø Derivantes: 4 psicología, 2 psiquiatría y 4 ambos.
- Ø Curso escolar: 5º primaria a 1º Eso (solo 1 repetidor).
- Ø Extraescolares: 5 ninguna, y el resto entre 1 o 2 (futbol, baloncesto, kayak, scouts, ingles y asociaciones)
- Ø Tratamiento farmacológico: 6 nada, 1 doble (risperidona y fluoxetina), el resto solo uno (risperidona).

Ø Relaciones:

- Niño 1: solo tiene 2 amigos en el colegio.
- Niño 2: es el líder, pero muchas peleas.
- Niño 3: Inhibido, pega cuando se meten con él.
- Niño 4: Inhibido, sin la madre mejor en el colegio.
- Niño 5: Amigos inapropiados, se ríen de él.
- Niño 6: Acoso, problemas con niños del colegio.
- Niño 7: Tímido, tiene problemas familiares.
- Niño 8: Busca relacionarse, pero lo ven diferente.
- Niño 9: No sabe defenderse, le pegan, lo marginan.
- Niño 10: Se siente inferior, se calla, rechazado.

ASISTENCIA:

- Ø De los 10 pacientes avisados para inicio del grupo, uno tuvo que ser dejado fuera debido a edad desproporcionada con el resto, y sólo uno de ellos rechazó acudir al grupo.
- Ø De los 8 pacientes que debieron iniciar, 4 de ellos nunca lo hicieron, por lo que se consideró trabajar mejor para la edición actual la adherencia del tratamiento grupal con la entrevista individual previa con un padre y el niño con el objetivo de prevenir ausencias y de valorar la necesidad real del tratamiento grupal en HH.SS.
- Ø De los 4 pacientes con los que se quedó el grupo, la asistencia real fue:
 - Niño 1: 100%
 - Niño 2: 83.3 %
 - Niño 3: 50%
 - Niño 4: 25%

Discusión /Conclusiones

Grupo realizado en curso 2012/2013:

Sólo 4 de los 10 niños finalizan el grupo. Se planteó falta de Adherencia al Tratamiento (No se hizo entrevista previa).

Se incluyeron 2 niños con síndrome de asperger porque todavía no se había iniciado el grupo de HHSS específico para TEA en la unidad de infanto-juvenil.

Los padres manifiestan verbalmente mejoría en las relaciones de sus hijos con los demás y con la familia, subjetivamente. (No se hizo escala previa ni posterior)

Propuestas de mejora:

Los padres solicitaron al finalizar el grupo que los niños se lleven a casa la actividad trabajada para que así ellos pudieran insistirles en la práctica y conocer los contenidos de la terapia (Ya se está haciendo en la edición actual).

Y como conclusiones del grupo finalizado se presentan como objetivos para el actual:

Mejorar la adherencia con entrevista previa con padres y niño. (Se ha hecho antes del inicio del grupo actual).

Valorar objetivamente la mejora de los niños con escalas que midan éstos resultados. (Se encuentra la escala que mide lo queremos medir)

Grupo actual: curso 2014/2015

Se realizan las entrevistas previas a todos los pacientes, sin que ninguno de ellos rechace el tratamiento grupal en HH.SS.

La respuesta a la realización de la escala, es de 10 de los 12 padres antes de la realización de este artículo, con las siguientes conclusiones:

Solo 3 niños de los 10 no tienen ningún dominio con deterioro clínico.

EL resto tienen al menos 2 dominios deteriorados. Destaca que solo 1 tiene todos los dominios deteriorados.

Los dominios más deteriorados (6/10) son familia y HH vitales, seguidos de (5/10) aprendizaje y escuela y Actividades sociales, Concepto del niño (3/10) y Actividades arriesgadas (2/10).

Con la escala no solo se podrá ver la evolución objetiva de los niños en las HHSS según la impresión de los padres, sino que además se valorará previamente la relevancia que los padres le están dando a los dominios deteriorados o no, que presentan sus hijos antes de la terapia grupal y así valorar si puede influir o no en la

adherencia al tratamiento, en caso de coincidir la ausencia de deterioro clínico con las ausencias en la asistencia al mismo.

Es de esperar que los resultados con las nuevas modificaciones realizadas de una edición a otra, puedan mejorar no solo en el porcentaje de la asistencia, sino además y sobre todo en la mejora objetiva de las HHSS de los niños, siendo los contenidos similares, al igual que el perfil de los pacientes.

Bibliografía

1. Segura M., Arcas M. Relacionarnos bien: Programa de competencia social para niñas y niños de 4 a 12 años. Programa “nos necesitamos” para 11 y 12 años., Madrid, Narcea (2004).
2. Bulechek G, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona, Elsevier Mosby (2009)

Agradecimientos

Agradecer al Comité Científico y Organizador por elegir mi ponencia y darme la oportunidad de exponer mi trabajo, a los compañeros de mi unidad que me alentaron a presentarme por todo su apoyo, al servicio de Preevid del Servicio Murciano de Salud por facilitarme la tarea de elegir y sobre todo a los niños del grupo que hacen que mi labor asistencial sea todo un reto en el que todos los días aprendo de ellos a ser mejor persona.

12.ABORDAJE GRUPAL MULTIFAMILIAR DE LA PROBLEMÁTICA CONDUCTUAL ADOLESCENTE EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Autor/es: ¹María Pérez García; ¹Victoria Valcárcel Lencina; ²M^a Dolores García González; ¹Cecilia Huete Morales; ³Carmen Pérez Ripoll, ²Carmen Ripoll Spiteri; ⁴M^a Carmen Ballesteros Juan; ¹Desiderio Mejías Verdú

Profesión: ¹Psiquiatra, ²Psicólogo Clínico, ³Psicólogo, ⁴Enfermera

Centro de trabajo: CSM de Cieza

Introducción

La adolescencia supone una etapa crítica para las familias, apreciándose como una etapa de cambio en la que pueden converger varios estresores (dificultades en los estudios, relación con la pareja, actividad laboral y/o ámbito familiar) y que podría constituirse como una crisis del desarrollo correspondiente a sucesos propios del ciclo vital. A su vez, también puede acompañarse de momentos de crisis circunstancial, en función de los sucesos inesperados que acontezcan en el entorno próximo del adolescente (1). A veces resulta difícil diferenciar el estrés debido a las dificultades adaptativas, en relación a los cambios propios de esta nueva etapa, de una crisis secundaria a un proceso de disfunción en el adolescente y/o su entorno próximo, que lo abocaría a un proceso patológico (2).

Así, es frecuente que el adolescente y su propia familia se sientan sometidos a los cambios que les sobrevienen, generándose una resistencia a esta nueva situación que puede precipitar la aparición de conductas problemáticas. De entre las clasificaciones propuestas para dichas conductas, destaca aquella que las agrupa en conductas externalizantes e internalizantes. Las conductas externalizantes, constituyen el trastorno de conducta perturbada (3), caracterizado, entre otros, por conducta antisocial, agresividad verbal y búsqueda de atención; mientras que, las conductas internalizantes, se relacionan con inestabilidad en el estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía,

disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas (4). Se ha evidenciado que la externalización e internalización de la conducta no se dan por separado, sino que presentan un alto nivel de comorbilidad, generando un cuadro que se denomina trastorno mixto de la conducta (5).

Por otro lado, esta problemática conductual, aunque presenta su comienzo en la infancia, continúa desarrollándose a lo largo del periodo adolescente y en la edad adulta. Además, el gasto sanitario y social que genera es hasta 10 veces superior en la población afectada que en la carente de este problema (6). Ante esta situación, todo tipo de actuación a nivel preventivo que se realice, y más en los primeros años de vida, incidiría en una mejor salud mental de esta población, siendo fundamental el papel de los padres y educadores en el desarrollo psicológico del adolescente (7).

A esto se añade que, debido a que el trastorno de conducta es un ejemplo paradigmático de la implicación de factores individuales, familiares y sociales, no existe un tratamiento específico del trastorno, por lo cual conviene elaborar un plan de tratamiento racional y eficaz en función de los síntomas predominantes y de las características personales, familiares y sociales. Con frecuencia se han llevado a cabo tratamientos multimodales (farmacológicos y psicológicos), tratando de afianzar la competencia de los padres para mantener la mejoría clínica alcanzada (8). En esta línea, y para la resolución del duelo por los cambios acontecidos en el niño-adolescente y de la conflictiva transgeneracional que eclosiona con el cambio de etapa del ciclo vital, tenemos que el grupo multifamiliar ha funcionado de forma eficaz en diversas patologías en la adolescencia en abuso a menores (9), en patología afectiva (10-12), en psicosis de inicio (13-15), en patología somática (16;17) y en patología alimentaria (18).

Ante la magnitud de este problema se plantea la Terapia Grupal Multifamiliar (TGM), que parte de la elevada demanda que la problemática conductual adolescente suscita en el Centro de Salud Infanto-juvenil de Cieza (CSMIJ), contando en la actualidad con pocos recursos profesionales disponibles en nuestro medio, para poder dar una respuesta inmediata y eficaz. Desde esta escasez de recursos asistenciales, la participación de varios profesionales de los equipos de salud mental y de otros equipos

del área sanitaria, educativa y psicosocial, evitarían la tendencia a la fragmentación de los espacios de terapia individuales y aislados (19). Además el grupo, constituido por los adolescentes, sus familias y otras personas de su entorno próximo, implicaría un espacio de intersección entre la institución y la comunidad (20).

Este modelo de TGM, basado en el modelo de terapia interfamiliar del foro de Elche (21), toma como referencia modelos de intervención grupal y aquellos que consideran a la familia como elemento clave para un cambio de conducta efectivo (tabla 1).

Tanto el Psicoanálisis Multifamiliar como la Terapia Multisistémica (TMS) incluyen diversos abordajes basados en la evidencia. Además ambos integran aspectos individuales, familiares y sociales, los cuales se han demostrado útiles en el abordaje del trastorno conductual en el adolescente, constituyendo una herramienta terapéutica integradora, multimodal, que involucra tratamientos biológicos, psicosociales y Psicoeducativo, con una ambientación ecológica (particularmente la TMS está basada en el ámbito domiciliario y comunitario para las familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves, surgiendo como alternativa a los centros residenciales fuera del domicilio de niños y adolescentes) (22;23).

Los objetivos de la TGM además estarían orientados a enriquecer a los padres con recursos y habilidades para contender con la crianza de adolescentes y para que éstos hagan frente a los problemas familiares y extrafamiliares (24). Además, siguiendo los principios del Psicoanálisis Multifamiliar, estaría dirigida a liberar a cada uno de los participantes de las influencias patógenas que limitan el desarrollo individual, lo que, en parte, se consigue a través del conductor del grupo que promueve el diálogo dentro de un clima de confianza, sin que nadie pueda sentirse juzgado por lo que diga desde sí mismo (25). Las intervenciones en este contexto serían individualizadas y flexibles, con la participación directa de los padres y con una periodicidad frecuente de sesiones, pudiendo ser semanales, contando siempre con un equipo de apoyo continuo, integrado principalmente por psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, pedagogos, pediatras y médicos de atención primaria (26).

Por otro lado, la TMG se inspira también en el modelo conocido como Open Dialogue que ha mostrado eficacia en la mejora psicosocial de los pacientes, con reducción de los síntomas, tratamientos farmacológicos y hospitalizaciones por primeros episodios psicóticos en relación a los tratamientos habituales. Así se constituye como modelo sociocomunitario efectivo y abierto a todos los agentes sociales del entorno del paciente, considerado como agente activo en la toma de decisiones terapéuticas (27-29).

Tabla 1. Modelos que consideran a la familia como factor clave de cambio.

Modelo	Autor/es principal/es	Período de inicio	Lugar	Orientación psicoterapéutica	Patologías
Psicoanálisis Multi- familiar	J. E. García Badaracco y M. E. Mitre	1970	Buenos Aires (Argentina)	Psicoanalítica Integrativa	Trastorno mental grave y diversos problemas clínicos
Open Dialogue	J. Seikkula y M. Sutela	1980	Laponia (Finlandia)	Psicología construccionista	Trastorno mental grave
Terapia Multi- sistémica	S.Henggeler y Borduín C. M.	1990	Carolina del Sur (EE.UU.)	Sistémica Cognitivo- conductual	Problemática conductual adolescente
Terapia Inter- familiar	J. Sempere Pérez	2005	Alicante (España)	Sistémica Integrativa	Problemática conductual adolescente, TMG y otros problemas clínicos

Método/Procedimiento

El área IX de la Región de Murcia, cuenta con una extensión aproximada de 568,08 km² y, según datos disponibles del Centro Regional de Estadística de Murcia en año 2013, con un total de 54857 habitantes, censados y distribuidos en 4 zonas de salud: Abarán con 13157 habitantes; Cieza Este con 16412 habitantes; Cieza Oeste con 18828 habitantes; y Blanca con 6460 habitantes (30).

La TGM, desarrollada en los dos últimos años en el CSMIJ de Cieza, se constituye como un recurso terapéutico para dar respuesta rápida a la elevada demanda de atención psicosocial a la problemática conductual del adolescente, constituyéndose un grupo multifamiliar y multiprofesional en el que,

aproximadamente, el 60% de los participantes pertenecían al municipio de Cieza, el 30% al municipio de Abarán el 10% al de Blanca, (DT= .728).

En el diseño que presentamos se han tenido en cuenta los elementos de programas de intervención eficaces en abordaje de conducta perturbada, según estudios de meta-análisis (31;32), tales como receptividad (favoreciendo métodos activos y participativos de trabajo por parte de los componentes del grupo), intervención multimodal (teniendo en cuenta múltiples factores que inciden en la conducta problema y orientado a la adquisición de destrezas sociales), enfoque comunitario (estableciendo lazos entre el adolescente y su comunidad), integridad del programa (favoreciendo la participación multiprofesional que garantiza la máxima competencia en las intervenciones) y reducción de necesidades criminogénicas (produciendo cambios en actitudes y sentimientos disociales, reducción de asociaciones de coetáneos disociales, fomento de afecto y comunicación familiar, identificación con modelos antidelictivos, fomento de habilidades en resolución de problemas, reducción de dependencia a drogas, etc.).

La sistemática de la TGM tratará de articular las necesidades de la demanda mediante las modificaciones técnicas precisas y mantener la calidad de los programas asistenciales, para lo cual se llevará a cabo, según los puntos enumerados a continuación:

1. Orientada hacia el adolescente, así como hacia padres y educadores o tutores, cuyos hijos, atendidos en el CSMIJ de Cieza, presenten problemas de conducta (externalizante y/o internalizante). Es decir, incluye un trabajo con las familias y otros sistemas sociales (escuela, grupos de pares, etc.). Tomando como referencia otros modelos que se han demostrado eficaces en el abordaje de problemática conductual de adolescentes, incluye la evaluación integral del desarrollo del mismo, de las interacciones familiares y de las interacciones de los miembros de la familia en otros sistemas sociales (33). Se tratará de ir desbloqueando situaciones en las que las familias se encuentran y donde el alto potencial patológico desdibuja a cada uno de sus miembros, atrapando al individuo e impidiendo su diferenciación y autonomía (20).

2. Encuadre de las sesiones: frecuencia quincenal con sesiones 90 minutos de duración, facilitando un encuadre natural y flexible, en la medida en que se ofrece un entorno comunitario lo más parecido al entorno habitual del adolescente y su familia, según las características del medio en que se desenvuelvan; además, se proporciona un grupo abierto, con continuas incorporaciones al mismo y reglas mínimas (lugar, día y hora) y adaptado a las necesidades de los participantes, de manera que cada miembro finaliza su proceso en el momento en que siente haber encontrado una salida a su problemática. Se diferencia así de los encuadres tradicionales por los que los pacientes tienen que ajustarse a procedimientos que desnaturalizan su participación espontánea y auténtica (34).

Se realiza además grabación audiovisual de las diferentes sesiones con la finalidad de supervisar las dificultades emergentes, tanto con compañeros del equipo de salud mental, como con otros profesionales expertos en este modelo de trabajo. Previamente se ofrece a las familias un consentimiento informado para dicha grabación.

3. Terapeutas participantes: mínimo dos (terapeuta y coterapeuta). Al menos uno de ellos ha de ser Facultativo Especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica con formación en terapia grupal. Aparte pueden participar otros profesionales, tanto del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, como de la red comunitaria de la población atendida en el grupo (orientadores, trabajadores sociales,...).

El conductor del grupo, junto con el resto de profesionales que lo apoyan, tratará de favorecer la expresión emocional sincera dentro del grupo. Su misión principal consiste en reconducir el rumbo del grupo, facilitando una tarea común, convirtiendo los monólogos en diálogos y promoviendo la participación de aquellos miembros más rezagados.

4. Familias participantes: el grupo estará constituido por una media de 8 unidades familiares en cada sesión, compuestas por adolescentes de distinto sexo, de 12-15 años de edad, y sus padres o tutores. Este modelo convoca, por tanto, a personas representativas del entorno del paciente y de todas las generaciones,

proporcionando un marco social que va más allá de la presencia de un equipo multidisciplinar de profesionales.

Ante posible inasistencia o abandono de las sesiones por algún miembro del grupo, se registran las razones que le han llevado a ello a través de cuestionarios específicos.

5. Enfoque terapéutico: fundamentalmente es integrador, constituyéndose un proceso de terapia “activo”, en el que se ponen en marcha todos los mecanismos terapéuticos posibles y donde cualquier acontecimiento es utilizable a nivel terapéutico. Comparte así elementos comunes con el modelo grupoanalítico de Foulkes (35), ya que el grupo multifamiliar conformaría una matriz interaccional en la que toda comunicación adquiere un sentido terapéutico.

Resultados

A lo largo de estos dos últimos años en el CSMIJ de Cieza han sido unas 60 familias participantes de media, repartidas en dos grupos paralelos e independientes, cada uno con una frecuencia quincenal, encontrando un espacio para poder dar sentido a los síntomas y aportar salidas a la problemática individual y familiar, como en la relación de estos con los profesionales y la institución.

Estos fueron los resultados más destacables obtenidos en el desarrollo de este modelo de intervención y que han sido referidos por los propios pacientes (registrados mediante grabación audiovisual):

- Ø Mayor interacción entre los participantes en el grupo, en un plano familiar (entre los individuos que conforman el grupo, entre los miembros de la misma familia y entre las diferentes familias) y profesional (entre los miembros del equipo profesional multidisciplinar concurrente y entre el equipo y el resto de participantes). Esto ha permitido mejorar la implicación de profesionales y pacientes en el proceso terapéutico, al igual que una comprensión más holística del proceso enfermante del adolescente por quienes integran su entorno próximo.

-
- Ø Mayor empleo de estrategias enfocadas al afrontamiento del problema, consiguiendo desarrollar diversas habilidades positivas, elogiando el esfuerzo y la resolución consensuada de problemas.
 - Ø Optimización de recursos en red comunitaria, a través de colaboración multidisciplinar, compartiendo responsabilidades sobre el trabajo terapéutico entre todos los participantes y agilizando el acceso de los pacientes a los profesionales que participan en el abordaje del problema. Así se han ido consiguiendo un diagnóstico y plan terapéutico individual más precisos, garantizándose la continuidad asistencial, siendo mínimas las atenciones en servicios de urgencias y muy limitados los ingresos hospitalarios psiquiátricos.
 - Ø Mayor clima emocional en interacción dentro del grupo multifamiliar mediante el uso de contratransferencia técnicamente elaborada por los terapeutas. Al observar los participantes en el grupo reflexiones sobre el sentir y el actuar de otros se potencia la capacidad de mentalización en los adolescentes y sus familias, alcanzando de esta manera una mayor capacidad introspectiva y responsabilización por el efecto que cada uno produce en cada componente del grupo y en el proceso evolutivo de todo el grupo.
 - Ø Proporción de ventajas inherentes de la terapia grupal respecto a la intervención individual o unifamiliar, tales como:
 - Eficiencia al conseguir que un elevado número de pacientes fueran tratados rentabilizando el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos. Así se ha llegado a atender a un total de 15 familias en 90 minutos.
 - Desarrollo psicológico del ser humano a partir de multitud de interacciones que proporciona el grupo, rompiendo el aislamiento personal y social.
 - Aprendizaje interpersonal, a través del la cual los adolescentes y sus padres han podido explorar las propias dinámicas y encontrar mejores salidas a las mismas. De esta manera, el grupo multifamiliar además ha infundido esperanza a familias que escuchan a otras que han pasado por experiencias críticas similares y que han acabado superando de forma exitosa.

- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario desde la interacción que se establece con los conductores, con otros miembros del grupo y otras familias.
- Individualización y reconstitución de los lazos a los que el adolescente estaba vinculado. En la medida en que se ha conseguido un espacio de escucha y libre de juicios críticos, el adolescente ha podido expresar la mejor faceta de sí mismo. Además, ha podido experimentarse como individuo diferente y esencial para los otros al percibir que su ausencia en las sesiones ha dejado una marca en sus compañeros de grupo.

Por otro lado el espacio terapéutico ha ido más allá de la sala de terapia en la que se reúnen familias y profesionales, extendiéndose a otros ámbitos de los participantes a través de la red de conexiones interfamiliares que han establecido entre ellos.

Pese a todo esto, desde que se viene trabajando con este modelo a nivel ambulatorio, han abandonado de forma precoz la TGM unas 22 familias, de las cuales 7 se han replanteado su incorporación al grupo unos seis meses después y, 4 de ellas, en relación a una situación crítica que se les ha presentado poco antes de su reincorporación.

Discusión /Conclusiones

Han sido notables las dificultades iniciales en la implementación de este modelo de intervención en el CSMIJ de Cieza (integrado en centro de salud de Atención Primaria), debido a escasez de recursos humanos (escasez de personal en el equipo de salud mental) y físicos (ausencia de sala específica para terapia de grupo). No obstante, se estableció la TGM como una actividad más del centro, para cuya participación estaban invitados diversos profesionales sanitarios y de servicios educativos y sociales.

En nuestra opinión, en el abordaje de la problemática conductual en adolescentes es recomendable la intervención conjunta de adolescentes y padres en un mismo grupo por la implicación que tienen en el origen de los problemas de conducta (36). Intervenir desde esta perspectiva podría contribuir en una menor

cronificación de la problemática conductual, ya que se posibilita la potenciación de las capacidades evolutivas y de desarrollo del adolescente, partiendo de la base de que la predicción catastrofista del adolescente por parte del padre o la madre hipotecaría de forma considerable su futuro, perpetuando la locura y la incompreensión. Como proponen algunos autores (20), se puede entender la enfermedad mental como una problemática vincular, acontecida en los primeros años del desarrollo y sostenida a lo largo del tiempo, con un complejo y patológico entramado de relaciones, pero con posibilidad de revisión y reversión. Así, como todo lo que ocurre es enormemente relativo, si a los padres, a los adolescentes y a los propios profesionales se les diera una nueva oportunidad, se aferrarían a ella como una salida a su problemática.

En este sentido en la TGM cuenta con una estructura compleja y sofisticada para poder abordar mediante psicoterapia diversas patologías, entre ellas también trastornos mentales graves, por la posibilidad que tendría de producir cambios profundos, lo que también podría ser facilitado por la inclusión de diversos enfoques psicoterapéuticos en las mismas coordenadas de espacio y tiempo, añadiendo una dimensión institucional, comunitaria y social (20). Además, para constituirse como un recurso potencialmente más efectivo que las intervenciones habituales en el abordaje de la problemática conductual adolescente, requeriría iniciativa y colaboración de distintos profesionales (37).

Partiendo del “equipo reflexivo” multiprofesional y multifamiliar, que tiene en cuenta al adolescente en la toma de decisiones, supondría un modelo de intervención revolucionario respecto a las actuaciones en los servicios tradicionales psiquiátricos, al cuestionar las acciones paternalistas que con frecuencia someten a la coerción a los pacientes y que va en contra del principio de autonomía del paciente (38;39). Por tanto, desde la TGM se fomenta el respeto de cada participante y se tienen en cuenta decisiones individuales y colectivas. Además son los propios pacientes los que crean nuevas narrativas, siendo ellos los que elaboran y llevan a cabo sus propios cambios.

Se dispone así de una herramienta multimodal, por ser una intervención de carácter multifacético, ya que trata de fortalecer los vínculos del adolescente con su entorno próximo, teniendo en cuenta a la familia y el medio socio-escolar en que se

desenvuelve, a través de un vínculo positivo hacia los demás, compromiso y creencia en los valores sociales. Creemos que el grupo multifamiliar implicaría más que ninguna otra técnica el espacio de intersección entre la institución y la comunidad, un espacio frontera entre lo de adentro y lo de afuera, donde se producen las máximas tensiones, porque son estos espacios de intersección los espacios del conflicto y del cambio (20). Contando con esto, el equipo profesional facilitaría el establecimiento de paralelismos en el sentir y actuar de cada componente del grupo en otras situaciones cotidianas de su vida (40), así del “aquí y ahora” se pasaría al “allí y entonces”. En este sentido, la experiencia emocional compartida en el tiempo que se ha venido funcionando con este grupo en el CSMIJ de Cieza, ha resultado liberadora tanto para los terapeutas como para el resto de integrantes del grupo, permitiendo que cada participante se sintiera acompañado y validado en la expresión de sus emociones y acercándose a la experiencia emocional correctiva como parte necesaria del cambio terapéutico. Además han sido notorios los efectos terapéuticos curativos alcanzados y que han sido inherentes a la dinámica de grupo, tales como imitación o “aprendizaje vicario e interpersonal” (cada miembro del grupo o familia se ha beneficiado de la observación de la terapia de otras personas u otras familias) y “cohesión” (aceptación y tolerancia entre todos los componentes del grupo, así como unión en la consecución de un objetivo grupal común, lo que se considera un factor importante de éxito terapéutico). Pero también resulta destacable la toma de conciencia del propio problema por cada adolescente, por la forma en que sus actuaciones afectan a los otros y por cómo son percibidos por los demás miembros del grupo (41). Asimismo, el trabajo en coterapia, además de asegurar coherencia y responsabilidad compartida, ha permitido que fuera el propio grupo el que proporcionara un feed-back a cada familia, desarrollándose otros factores terapéuticos como “universalidad” y “altruismo” para potenciar los efectos positivos de interacción (41;42).

Como se ha señalado, algunos miembros del grupo se han acompañado en situaciones tanto alegres como dolorosas fuera del espacio grupal, incluso, en casos concretos, en situaciones de crisis. Quizás este hecho se convierta en un punto fundamental de la TGM, ya que más allá de intervenir sobre el paciente identificado y

su red social es capaz de proveer a la familia de una red de conexiones que en muchas ocasiones ha sido previamente precaria o que se ha perdido por las dificultades de la situación clínica que sufre el adolescente.

Destacan además los aspectos violentos de la problemática conductual en la adolescencia. Nos encontramos con pacientes que se violentan en el grupo, lo que, en la mayoría de las ocasiones, viene determinado por la falsedad que detectan en la comunicación de su familia, porque esa falsedad hace que ellos se sientan sin espacio. Al respecto, en el grupo multifamiliar hay una transformación, de manera que los pacientes dejan de ser personajes y empiezan a ser personas, que denuncian abiertamente el contexto que les fuerza y les obliga a ser personajes. De este modo, la TGM invita a la autenticidad y oferta un espacio al adolescente para que exprese como pueda lo que padece. Esto nos permite a los terapeutas ver lo que hay detrás de esa violencia y cómo los pacientes precisamente se violentan porque no se les facilita un lugar por sí mismos junto a otros. El grupo multifamiliar, por tanto, permite al adolescente descubrir su capacidad de pensar y razonar en presencia de sus familias como nunca lo habían hecho antes, ayudando así a sus padres a encontrar el proceso de cambio. Es aquí donde radica la resolución de las interdependencias patógenas, a partir de la “virtualidad sana” del adolescente (43).

No obstante, durante el proceso de terapia grupal, han sido varios los abandonos e inasistencias a sesiones por parte de varias familias. Se ha constatado el temor de las familias ante la posibilidad de que el adolescente imite conductas violentas de otros, por lo que el efecto imitativo inherente a la dinámica grupal ha resultado controvertido en nuestra práctica clínica. Sin embargo, situaciones de esta índole también podrían explicarse, tanto por la sorpresa que les hubiera generado un contexto tan amplio y distinto al de sus experiencias terapéuticas anteriores, como por la tendencia de los profesionales a legitimar el nuevo espacio terapéutico como “actividad accesoria y suplementaria” con respecto a la citación individualizada (44). A familias que han visto incierta su continuidad en el grupo se les ha señalado que desde la diversidad que proporciona el grupo multifamiliar se incidiría en lo específico, ya que la TGM parte de la idea de que el “Grupo Multifamiliar” se constituiría como una

“minisociedad” (45), conformada por familias con distintos orígenes y problemas, pero con cualidades similares. Así se alcanzaría uno de los objetivos terapéuticos, es decir, ir descubriendo estas similitudes entre las familias que integran el grupo para facilitar la metaforización de la situación y, de este modo, ir generando cambios en la dinámica familiar de interdependencias patógenas entre padres e hijos (45).

En definitiva, la TGM persigue alcanzar la salud mental, entendida ésta como la capacidad para vivir de forma genuina, libre de control y sometimiento a los otros y orgulloso de ser uno mismo en el contexto social (44), permitiendo que todos los integrantes del grupo (profesionales del ámbito sanitario, educativo y social, además de los pacientes identificados, familiares y otras personas de su entorno) realizaran intercambios comunicacionales de forma más activa para, al igual que otros autores propusieron (40;46), pasar a conformar una terapia realizada por todos y para todos.

Sin embargo, aún se precinde de suficiente literatura científica que aporte resultados de eficacia acerca de las intervenciones grupales multifamiliares que integran diversos enfoques. Por tal motivo, se está desarrollando un proyecto de investigación que, iniciado simultáneamente a la implementación de la TGM en el CSMIJ de Cieza, viene siendo avalado por la Universidad de Murcia y aprobado por el Comité Ético y de Investigación del Hospital General Universitario Morales Meseguer, para objetivar la efectividad de este modelo.

Bibliografía

1. Mascaró Masri N. Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional* 2007 Jul;6(2):1-9.
2. Jeammet P. La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 33[34], 59-91. 2002. Ref Type: Journal (Full)
3. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology* 1984; 35:227-56.
4. López C, Alcántara M, Fernández V, Castro M, López J. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica de 8-12 años mediante el CBCL. *Anales de Psicología* 2010;26:325-34.

5. Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmori P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:484-94.
6. Scott S, Sylva K, Dooland M, Price J, Jacobs B, Crook C, et al. Randomized controlled trials of parents group of child antisocial behavior targeting risk factors: the Spokes project. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:48-57.
7. Hautmann C, Hanish C, Mayer I, Plück J, Döpfner M. Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behavior (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder generalization to the real world. *J Neurol Transm* 2008;115:363-70.
8. Mardomingo Sanz MJ, Soutullo Esperón C. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Panamericana; 2009.
9. Asen KE, George E, Piper R, Stevens A. A systems approach to child abuse: management and treatment issues. *Child Abuse and Neglect* 1989;13:45-57.
10. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFBG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 4[4], 254-262. 2002.
Ref Type: Journal (Full)
11. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009 Sep;66(9):1013-21.
12. Sandler IN, Ayers TI, Wolchik SA, Tein J, Kwok O, Haine RA, et al. The Family Bereavement Program: Efficacy Evaluation of a Theory-Based Prevention Program for Parentally Bereaved Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(3):587-600.
13. McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995;34(2):127-44.

14. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(8):679-87.
15. McFarlane WR, Lynch S. Family psychoeducation in clinical high risk and first-episode psychosis. *Adolescent Psychiatry* 2012 Apr;2(2):182-94.
16. Gonzalez S, Steinglass P, Reiss D. Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process* 1989;28:69-87.
17. La Roche MJ, Koinis-Mitchell D, Gualdron L. A culturally competent asthma management intervention: a randomized controlled pilot study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006 Jan;96(1):80-5.
18. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thömke V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy* 2005 May;27:132-41.
19. Sempere Pérez J. El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Psicopatol salud ment* 2005;5:93-100.
20. Ayerra Balduz JM, López Atienza JL. El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en Salud Mental Relacional* 20032(1)Available from: URL: http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/989.pdf
21. Sempere Pérez J, Fuenzalida Muñoz C, Pérez Medrano A, Mesa Pérez A, Jadraque R, Ruvira Ruvira B, et al. Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y práctica psicoanalítica* 2012;2(1):109-22.
22. Henggeler S.W., Letourneau E.J., Chapman J.E., Borduin C.M., Schewe P.A., McCart M.R. Mediators of Change for Multisystemic Therapy with Juvenile Sexual Offenders. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(3):451-62.
23. (Henggeler SW, Cunningham PB, Pickrel SG, Schoenwald SK, Brondino MJ. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence* 1996;19:47-61.

24. De la Peña Fernández ME. Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y protección. Madrid: Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense de Madrid; 2010.
25. García Badaracco JE. Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós; 2000.
26. Henggeler SW. Multisystemic therapy: an overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child psychology and psychiatry review* 1999 Feb;4(1):2-10.
27. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process* 2003;42:403-18.
28. Sutela M. Visiting Open Dialogue: "What is it, what it looks like and how it is experienced". *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2012;33(4):283-4.
29. Seikkula J, Alarake B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenic patients. *Ethical Human Sciences and Services* 2003;5(3):163-82.
30. Centro Regional de Estadística de Murcia. CREM-PADRÓN MUNICIPAL DE HABITANTES. Datos municipales. INE Padrón municipal de habitantes 2013
31. McGuire J, Priestley P. Reviewing "what works": past, present and future. In: McGuire J, editor. *What works: reducing reoffending*. Chichester: Wiley; 1995. p. 3-34.
32. Fabiano GA, Pelham WE, Coles E.K., Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 2009;29(2):129-40.
33. Little JH, Popa M, Forsythe B. Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años. *Salud Pública Mex* 2008;45:124-31.
34. Mascaró Masri N. La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional* 2011 Dec;10(3):1-7.

35. Foulkes SH. Introducción a la psicoterapia grupoanalítica. Barcelona: Cegaop Press; 2005.
36. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Arch Dis Child 2002;86:251-6.
37. Borduin CM, Schaeffer CM. A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009;77(1):26-37.
38. Hamann J, Mendel R, Meier A, Asani F, Pausch E, Leucht S, et al. "How to speak to your psychiatrist" : shared decision-making training for inpatients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2011;62:1218-21.
39. Villagrán JM, Lara Ruiz-Granados I, González-Sáiz F. El proeso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de capacidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2014;34(123):491-506.
40. Sunyer Martín JM. Psicoterapia grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
41. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. 5ª edición ed. Barcelona: Paidós; 1996.
42. Springer DW, Orsbon SH. Families helping families: implementing a multifamily group with substance-abusing adolescents. Health and Social Work 2002 Aug;27(3):204-7.
43. García Badaracco JE. Virtualidad sana. Revista de Psicoterapia y Psicosomática 2011;31(76):61-8.
44. Sempere Pérez J, Fuenzalida C. Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Análisis y difusión del modelo terapéutico. Psicoterapia y Psicodrama 2013;1(2):88-105.
45. García Badaracco JE. El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general: V Jornadas del I.E.P.P.M. Revista de Psicoterapia y Psicosomática 1999;18(41):23-36.

46. Pines M, Hutchinson S. Análisis Grupal. In: Alonso A, Swiller HI, editors.

Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México: Manual Moderno; 1995.

Agradecimientos

A los compañeros del equipo de salud mental de Cieza, por su esfuerzo y por la ilusión que han transmitido durante el tiempo que estoy trabajando con ellos. Además a todas las familias participantes, por la confianza que han depositado en el equipo profesional y en el resto de compañeros de grupo, contribuyendo a la realización de este trabajo.

He de hacer una especial mención a mi propia familia nuclear, mis dos amores, fuente de inspiración principal. A ellos y a mi familia extensa, por el apoyo ofrecido, por constituir de forma constante fuente de gratificación y de aprendizaje.

13. IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO MATRIX EN LA RED ASISTENCIAL

Autor: Jesús Martí Esquitino

Profesión: Psicólogo clínico

Centro de trabajo: Unidad de Corta Estancia del Hospital Román Alberca

Introducción

España es uno de los países del mundo con mayor consumo de cocaína de acuerdo con la ONU, y por encima de países como Estados Unidos y Reino Unido, anteriormente considerados como los primeros consumidores de cocaína. En España, una de cada cuatro solicitudes de tratamiento en abuso de sustancias es por el uso de esta droga (United Nations & United Nations Office on Drugs and Crime, 2013). De acuerdo con el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (de las Drogas, n.d.), el consumo de cocaína en Europa ha alcanzado su tasa histórica mayor, teniendo en España su más alto pico.

Historia del Modelo Matrix

El Modelo Matrix (MM) nació en el instituto Matrix de Los Ángeles, California, E.E.U.U. como resultado de la experiencia clínica de trabajo con personas con problemas de adicción en los años 80 (Obert et al., 2000). Se fundamenta actualmente varios pilares: la intervención psicoeducativa respecto a las diferentes sustancias adictivas; un estilo basado en la entrevista motivacional, el apoyo de los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos AAAA y diferentes grupos de los 12 pasos), la intervención familiar, la intensidad del tratamiento en su inicio, un material y sesiones estructuradas que permiten formación de terapeutas y aplicación reglada de los procedimientos, el análisis de orina semanal y como marco teórico un enfoque cognitivo-conductual (Obert et al., 2000).

Desde sus inicios en los años 80 para el tratamiento de la cocaína en Los Ángeles, el MM también se ha probado efectivo en el tratamiento de las sustancias psicoestimulantes como la metanfetamina (Rawson et al., 2004). Por otra parte, si bien hay tratamientos farmacológicos específicos para otras sustancias (Colme para alcohol, Metadona para heroína, etc.), no existe ningún fármaco en la actualidad aprobado para evitar el consumo de cocaína por lo que los tratamientos psicológicos quedan como primera elección, tras haber mostrado su efectividad en diferentes modalidades (Dutra et al., 2008; Lee & Rawson, 2008; Rawson et al., 2004).

Por otro lado, resulta obvio lo importante que es medir las intervenciones que se practican para comprobar si son efectivas por lo que este proyecto representa también una oportunidad para evaluar la efectividad de los tratamientos ambulatorios en el ámbito público.

Dado el recorrido histórico de los tratamientos grupales y las actuales restricciones económicas impuestas por la realidad, se hace indispensable contar con tratamientos psicológicos grupales para los trastornos adictivos en los que se hayan mostrado eficaces. En este sentido el tratamiento psicosocial intensivo del modelo Matrix cumple con todas las condiciones para introducirse en la sanidad pública.

Estudios recientes concluyen que no se requiere un tratamiento específico para cocaína puesto que los resultados de los tratamientos entre consumidores de estimulantes son similares (Vocci & Montoya, 2009). El tratamiento actual del modelo Matrix está diseñado específicamente para estimulantes por lo que parece adecuado para nuestros pacientes. En concreto, según el estudio de (Vocci & Montoya, 2009), se muestra moderadamente efectivo.

A pesar de la alta prevalencia en consumo de cocaína y otras drogas en España existe una carencia destacable del uso de modelos empíricos de tratamiento psicológico o psicosocial intensivo (mínimo 4-5 sesiones semanales). En España, ahora más que nunca, es necesaria la aplicación de modelos de tratamiento a las adicciones, en particular a la cocaína y a otras drogas de alto consumo como el alcohol, el tabaco, el cannabis y las drogas de diseño. MATRIX se constituye como una opción excelente

de tratamiento, particularmente por la seguridad de saber que es un modelo cuya efectividad ha sido probada en numerosas ocasiones para el tratamiento de adicciones a diferentes drogas, no solamente a estimulantes como la cocaína y que está siendo utilizado en diferentes países y con múltiples grupos étnicos y culturales.

Antecedentes en Murcia

Los antecedentes en España se remontan al año 2005 en el que se inició la primera formación de terapeutas por Jeanne Obert del Instituto Matrix de California. En 2011 se inicia la implantación del Modelo Matrix como psicoterapia basada en la evidencia a pacientes drogodependientes y familiares, con un importante componente formativo: acciones formativas para terapeutas con supervisión clínica para garantizar la fidelidad a este modelo de tratamiento.

Para ello en julio de 2011 se firmó un Convenio de colaboración entre Treatnet Spain y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, para poder disponer de y distribuir todos los manuales del Modelo Matrix traducidos con la posibilidad de adaptación de los mismos a España, con carácter indefinido y de forma gratuita. Se incorpora una Key Supervisor Training y un psicólogo clínico que es formado en el Instituto Matrix de Los Ángeles, California, EE.UU. recibiendo certificación de Key Supervisor para iniciar la formación y supervisión previas a la implantación del MM.

Se han llevado a cabo cuatro cursos de Terapeutas Matrix para la formación, posterior monitorización y supervisión continua entre 2011 y 2014. Esto ha permitido disponer de 80 terapeutas certificados en MM.

En noviembre de 2012 se formaron 4 Key Supervisores del MM certificados por el Instituto Matrix, para supervisar a los terapeutas en la fidelidad al MM.

Aspectos básicos del Modelo Matrix

El MM cumple con la mayoría de los principios recomendados por el Instituto Nacional de Adicciones (NIDA) para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (9):

1. NINGÚN tratamiento es APROPIADO PARA TODAS LAS PERSONAS.
2. El tratamiento debe estar DISPONIBLE y ser ACCESIBLE.
3. Un tratamiento efectivo atiende MÚLTIPLES NECESIDADES, no sólo el uso de drogas.
4. El plan de tratamiento debe ser EVALUADO CONTÍNUAMENTE y MODIFICADO SEGÚN SE REQUIERA para asegurar que cubra las necesidades cambiantes del usuario.
5. Permanecer en tratamiento por un PERÍODO DE TIEMPO ADECUADO es crucial para la efectividad de dicho tratamiento.
6. El asesoramiento (individual y/o grupal) y otras terapias conductuales son NECESARIAS.
7. La medicación es un componente IMPORTANTE del tratamiento para muchos usuarios, especialmente cuando se combina con terapia conductual.
8. Las personas con desórdenes mentales concurrentes deben ser tratadas de manera INTEGRAL.
9. La desintoxicación es sólo la PRIMERA ETAPA del tratamiento de la adicción y es insuficiente para cambiar el consumo prolongado de drogas.
10. El tratamiento NO tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible consumo de drogas durante el tratamiento debe ser MONITORIZADO continuamente.
12. Los programas de tratamiento deben comprender exámenes de VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, así como asesoría para ayudar a los usuarios a cambiar conductas de riesgo para sí mismos y para otras personas.
13. La recuperación de la dependencia de drogas puede ser un PROCESO LARGO y comúnmente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Principios del MM:

- Ø Es un Tratamiento psicosocial cognitivo-conductual, directivo y centrado en objetivos. Se basa en los principios fundamentales de las terapias psicológicas de corte cognitivo-conductual y en el manejo de contingencias.
- Ø Se pretende compaginar con un estilo motivacional de intervención, en el cual no se juzga a la persona y se conceptualiza la ambivalencia como parte fundamental de la condición humana.
- Ø Es fundamentalmente un tratamiento grupal, a pesar de que tiene un componente individual, la mayor parte de la intervención se lleva a cabo de manera grupal.
- Ø Su origen también está en los grupos de autoayuda de los 12 pasos como Alcohólicos Anónimos por lo que se apoya en la figura del colíder, una persona que ya ha pasado por el tratamiento y está abstinente y que sirve de modelo a quienes comienzan ahora la abstinencia.
- Ø Los grupos son abiertos, en parte para dar acceso inmediato a quienes quieran beneficiarse del tratamiento y en parte porque así todos los participantes pueden observar diferentes etapas de la abstinencia y del proceso, animando a unos y otros a continuar su cambio vital.
- Ø Es intensivo, del orden de 5 sesiones semanales mínimo, sin dejar más de 2 días entre cada sesión.
- Ø En su origen fue ambulatorio, aunque ahora se ha adaptado a diferentes contextos.
- Ø Garantiza seguimiento de al menos 1 año.
- Ø El modelo teórico es empírico, construido a partir de la experiencia de los terapeutas y las aportaciones de los usuarios, y comprobado después con estudios de investigación.
- Ø Se utiliza como base el concepto de enfermedad mental crónica. A pesar de la controversia es el aceptado por la asociación americana de medicina adictiva,

sustenta también el modelo de intervención de los 12 pasos y para el MM es fundamental.

- Ø Al igual que en la Entrevista Motivacional, se hace diferencia entre caída y recaída. Una caída sería un consumo que no tiene por qué llevar a una recaída (un reinicio del consumo a niveles anteriores a la abstinencia).
- Ø La importancia de estar muy estructurado, con manuales para usuarios, terapeutas y familiares, agenda y libro de trabajo para los usuarios y una descripción pormenorizada de cada sesión y sus variaciones. Esto permite estandarizar y supervisar el modelo con mayor facilidad.

Constructos fundamentales:

- Ø Establecer una **relación terapéutica motivacional**, positiva y colaboradora con el paciente
- Ø El desarrollo de una **organización explícita**, basada en expectativas realistas
- Ø **Enseñanza** psicoeducativa a pacientes y familiares
- Ø Entrenamiento en **técnicas cognitivo-conductuales**
- Ø **Refuerzo positivo** de conductas deseables
- Ø **Implicación familiar** fundamental
- Ø Participación en grupos de **ayuda mutua**
- Ø **Monitorización** semanal de la abstinencia

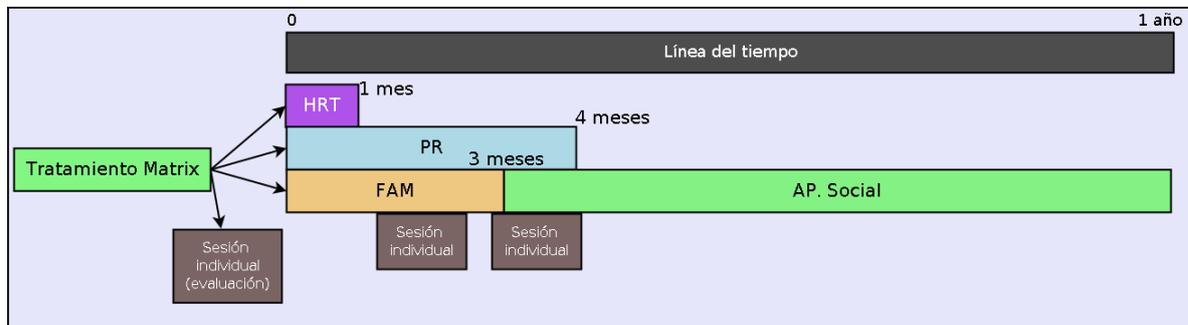
Componentes básicos:

- Ø Sesiones Individuales/Conjuntas
- Ø Grupos Habilidades de Recuperación Temprana (**HRT**)
- Ø Grupos Prevención de Recaídas (**PR**)
- Ø Grupos psicoeducativos Familiares (**FAM**)
- Ø Grupo apoyo social (**Ap. Social**)

- o Análisis de orina/alcohol
- o Reuniones de apoyo social (**AMAS**)
- o Análisis de recaídas
- o Grabaciones de audio/video
- o Hoja de información y consentimiento
- o Manuales

El proceso general estándar de tratamiento se representa en la ilustración 1.

Ilustración 1



Los grupos de HRT, PR y FAM se inician a la vez, aunque en algunos centros se hace de forma secuencial.

Método/Procedimiento

El procedimiento de implantación del MM en Murcia siguió unos pasos definidos previamente a lo largo de los años 2011-2014 y continúa en la actualidad. Algunos de los procesos se llevaron a cabo de forma secuencial y otros paralelamente.

- o **Primer curso de formación.** En 2005 hubo un intento de implantación, a través de un curso de formación para profesionales. Ya en 2011 se envió a un psicólogo a EE.UU. para formarse y reestablecer contacto con el Instituto Matrix. Al mismo tiempo, por parte de un equipo formado por profesionales de Valencia, Alicante y Murcia se realizó una primera traducción de los manuales originales, en su versión abierta al público.

-
- Ø **Formación de profesionales.** Una vez realizada la primera traducción se organizó un curso de formación para profesionales de la red asistencial de Murcia, que congregó a 25 personas. Desde entonces se han ido realizando cursos en diferentes niveles y con públicos diana diversos.
 - Ø **Adaptación con supervisión a centros.** Una vez realizado el primer curso de formación se comenzó a implantar en los centros públicos y privados de drogodependencias de la región. Se adaptó el modelo a los ámbitos de internamiento, ambulatorio original y menos intensivo, incluso a centros penitenciarios y con un enfoque preventivo para mujeres embarazadas. En el proceso se han supervisado los cambios de forma que se respete lo máximo posible el modelo original.
 - Ø **Adaptación de materiales.** Tras la traducción literal se realizó una adaptación cultural, actualización de datos y simplificación del vocabulario. Todo el material se encuentra de acceso público a través de la web: <http://www.e-drogas.es>. En esta web se pueden encontrar: libro terapeuta (Zarza González et al., 2013a), libro usuario (Zarza González et al., 2013c), libro familias (Zarza González et al., 2013b), agenda, libreta de trabajo, Trípticos informativos y las presentaciones en PPT para libro de familias. También se han adaptado los materiales a diferentes grupos de intervención como el de mujeres, reconociendo así la importancia de los factores de género en la intervención en drogodependencias.
 - Ø **Adaptación del modelo a diferentes ámbitos.** Uno de los objetivos de la administración de implantar este modelo fue el tener un tratamiento estándar para las adicciones, que fuera más o menos independiente del centro en el que lo recibieras, por ello se puso especial énfasis en adaptar el modelo, que venía de un origen ambulatorio intensivo, a los ámbitos de actuación en España: ambulatorio, público, privado, CT, Hospitalario, Prisiones, Mujeres, otras drogas...

- Ø **Acreditación de centros.** Otro paso importante para fomentar la difusión e implantación fue acreditar centros como clínicas oficiales Matrix, igualando en importancia así a las clínicas en EE.UU. y otros lugares del mundo.
- Ø **Difusión de material (congresos, jornadas).** Otro punto importante de la implantación ha sido la difusión de los materiales, y del propio proceso de adaptación e implementación.
- Ø **Creación de un protocolo de evaluación y plataforma on-line de corrección.** En un intento por fomentar la investigación y la estandarización de procesos, se escribió un protocolo de evaluación para el Modelo Matrix (Ortuño Campillo, Martí Esquitino, & Payá Tourné, 2013), que pretende facilitar a quien quiera realizar estudios de investigación, la tarea de elección de escalas con alta validez, fiabilidad y uso extendido en el mundo.
- Ø **Actualización de terapeutas.** A través de jornadas y talleres exclusivos para terapeutas.

Escuela Matrix: Definición y funciones

La escuela Matrix es una entidad que tiene como objetivo principal dar soporte en los ámbitos de formación, investigación y supervisión en todos los temas relacionados con la aplicación del Modelo Matrix en España.

Formación

La Escuela Matrix está encargada de todos los cursos de formación relacionados con el MM:

- Ø Organización de cursos de formación de Terapeutas Matrix
- Ø Cursos de formación de supervisores
- Ø Talleres específicos y cursos de especialización para terapeutas
- Ø Cursos introductorios Matrix (Residentes MIR, PIR y EIR), presentaciones en centros interesados en incorporar Modelo Matrix.

Investigación

Se ocupa también de las tareas relacionadas con los estudios de investigación:

- Ø Soporte a los equipos y centros que deseen iniciar estudios relacionados con Matrix.
- Ø Seguimiento de la implantación del protocolo de evaluación para el modelo.
- Ø Mantenimiento base de datos de investigación online de la FFIS.
- Ø Desarrollo de proyectos de investigación.

Supervisión

Otra de las tareas específicas de la Escuela es la supervisión y apoyo:

- Ø Supervisión técnica de los terapeutas Matrix a través del análisis de las grabaciones de algunos grupos.
- Ø Soporte a la asociación de usuarios Matrix (AMAS).
- Ø Soporte para resolución de problemas de recursos humanos, estructurales, etc.
- Ø Seguimiento de los centros acreditados como clínicas Matrix.

Soporte documental

Se da soporte para el diseño y creación de toda la documentación relacionada con el Modelo Matrix (Trípticos informativos, manuales, módulos con contenido específico, registros, material de apoyo en las sesiones, diplomas de graduación, posters, calendarios, etc.).

También las adaptaciones de materiales a nuevas situaciones, centros, poblaciones, están organizadas por la escuela Matrix.

Coordinación

A la escuela le corresponden todas las tareas de coordinación relacionadas con el modelo, ya sea coordinación interna con los centros que desean implementar el modelo, están en proceso o lo han hecho, la coordinación entre los centros o bien con el Instituto Matrix en Estados Unidos.

Organización de eventos relacionados con Modelo Matrix

Además de la coordinación de los centros, la escuela es la encargada de organizar reuniones, congresos y symposiums relacionados con el modelo así como visitas de otros centros fuera de la región.

Resultados

Escuela Matrix

Formación y supervisión

- Ø Dos cursos de formación básica para residentes de salud mental.
- Ø Tres cursos de formación para profesionales y no profesionales en la Universidad del Mar.
- Ø Tres cursos oficiales de terapeutas Matrix.
- Ø Tres jornadas de actualización para terapeutas Matrix.
- Ø Más de 200 personas formadas en el modelo Matrix, 72 terapeutas Matrix y 5 supervisores.
- Ø Difusión en asociaciones locales relacionadas con la salud mental y las adicciones.

Soporte y coordinación con otros centros

- Ø Organización de la visita de Jeanne Obert (fundadora instituto Matrix)
- Ø Se ha dado apoyo para la creación de la asociación AMAS (<http://www.amas.es>), formada por pacientes que han finalizado el tratamiento intensivo del MM. El objetivo es dar cobertura social de apoyo a los pacientes en alta, cubriendo el déficit que en nuestra sociedad existe en relación con el asociacionismo de ex-toxicómanos, en relación con la propuesta inicial americana del MM que precisa de la existencia de dicho apoyo en la comunidad cercana al paciente, que facilita la inserción social tras el tratamiento clínico.
- Ø Actualmente hay trece centros públicos y privados en los que se utiliza el Modelo Matrix, entre los que hay comunidades terapéuticas, unidades de hospitalización, centros ambulatorios, centros de día y un centro penitenciario.

- Centros ambulatorios:
 - CADs Murcia, Cartagena, Cieza, Águilas, Lorca.
- Centros de día:
 - UHCA Caridad (Cartagena), Heliotropos (Alcantarilla) y Neurocultura (Torre Pacheco).
- Comunidades terapéuticas y centros de internamiento:
 - UHCA Caridad, Neurocultura (Torre Pacheco), URME HPRA (Regional, El Palmar), Betania (Cehegín), Las Flotas (Alhama), El Buen Camino (Lorca).
- Establecimientos penitenciarios:
 - Sangonera y próximamente en Campos del Río.
- Se ha realizado una *auditoría para la acreditación como "Clínicas Matrix"* de 4 centros asistenciales por parte del Instituto Matrix de Los Ángeles, California, mediante la evaluación presencial según fidelidad al modelo. Los centros acreditados han sido:
 - Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) de Murcia.
 - CAD Águilas.
 - Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas del Hospital de Caridad en Cartagena.
 - Centro Neurocultura-Salud en Torre Pacheco.

Soporte documental

- Ø Planificación, edición, maquetación y difusión de los trípticos Matrix (Familiares, usuarios y profesionales).
- Ø Edición, actualización y difusión de los nuevos manuales Matrix, con correcciones, cambios en sesiones, cambios en las ilustraciones, simplificación y actualización de datos estadísticos. Se repartieron entre los 13 centros en total más de 1000 manuales.

Investigación y Difusión

Como se ha expuesto anteriormente, se ha publicado un protocolo de evaluación para el modelo Matrix, que pretende ser el referente para la realización de estudios de investigación relacionados con Matrix.

Asimismo se ha publicado la plataforma online de corrección de pruebas y análisis que permite hacer fácilmente estudios multicéntricos, corregir los resultados y analizarlos con paquetes estadísticos estándar. Se han realizado 3 ponencias en congresos nacionales y dos comunicaciones escritas en formato póster. También se han realizado 2 ponencias en jornadas nacionales y regionales y se ha publicado un artículo de investigación (Martí Esquitino, Carballo Crespo, Cárcelos Arnau, García Ruíz, & Gómez Sánchez, 2012).

Resultados Asistenciales

Hasta la fecha se han tratado aproximadamente 860 usuarios entre los 13 centros en los 3 años de implantación del modelo en la Región.

Discusión /Conclusiones

La implantación del Modelo Matrix en la Región de Murcia es un proyecto ambicioso que está siendo posible gracias a la buena coordinación entre las instituciones que tienen capacidad de organizarlo y financiarlo, y los centros asistenciales que tienen capacidad de aplicarlo.

En términos generales está siendo un éxito rotundo, pone a disposición de la población un tratamiento para las drogodependencias que ha probado su eficacia y además de forma continua en la mayoría de los recursos públicos y concertados; en la mayoría de los casos de forma completamente gratuita.

Hasta la fecha se ha conseguido formar a un número importante de profesionales de las adicciones en un mismo método de trabajo, normalizando tratamientos, dándole continuidad asistencial. Se han difundido numerosos documentos que dan estructura y peso a la adaptación del modelo en la región. Se han supervisado los diversos centros, que ahora cuentan con un protocolo de evaluación

clínica y de investigación muy potente. Tienen disponible también una escuela que puede realizar supervisión en el modelo y soporte en diferentes aspectos de asistencia e investigación. Todo esto con el sustento de las evidencias científicas y la administración pública.

Los resultados muestran que se ha conseguido estandarizar procedimientos, homogeneizar los tratamientos psicológicos disponibles independientemente de la situación geográfica y proporcionar un marco común para los pacientes en la recuperación de sus adicciones. Al mismo tiempo se está fomentando la investigación y el trabajo en el modelo basado en evidencias en salud mental, se invierte en formación práctica y se da oportunidad de supervisar a los profesionales.

Por otra parte, es necesario reflexionar sobre las diferencias entre el sistema sanitario estadounidense, cuna de Matrix, y el español. Una de las razones de su duración e intensidad está en la cobertura de los seguros sanitarios privados allí, que limita la atención a un tiempo determinado. Además el modelo psicosocial deja fuera la parte biológica de las adicciones y carga sobre otros profesionales ajenos a la asistencia a la salud mental que sea independiente de las adicciones, hace lo mismo con los grupos de ayuda mutua, que en Los Ángeles son muy numerosos (más de 3000 reuniones de AAAA por semana) mientras que aquí son escasos.

Es necesario realizar estudios empíricos en la región y comprobar la eficacia real en nuestra cultura, una vez adaptado el modelo. El nivel educativo de los usuarios y familiares no siempre es suficiente para adecuarse a este modelo, a pesar de que está estructurado y utiliza una metodología con muchas repeticiones, hay usuarios para los que el modelo no se adapta de forma adecuada.

Debido a las diferencias estructurales y de recursos humanos entre centros, no siempre se está implantando de la misma manera y a veces se obvian aspectos importantes del Modelo, implementándose parcialmente.

Los centros públicos ambulatorios están saturados por lo que requiere un enorme esfuerzo implementar un tratamiento nuevo que exige del trabajo de 2 profesionales 2/3 días por semana durante 3 horas laborales. En cambio en los centros

de internamiento se pierden algunos de los aspectos del modelo como el autocontrol y la gestión del tiempo, que vienen dadas por la propia institución donde se está internado.

Por último, en un futuro sería recomendable completar la implantación en los centros restantes para poder incluir el MM en la cartera de servicios.

Bibliografía

1. United Nations, United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report, 2013 [Internet]. New York: United Nations; 2013.
2. De las Drogas OE. las Toxicomanías. Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa.
3. Obert JL, McCann MJ, Martinelli-Casey P, Weiner A, Minsky S, Brethen P, et al. The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32(2):157-64.
4. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addict Abingdon Engl*. junio de 2004;99(6):708-17.
5. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. febrero de 2008;165(2):179-87.
6. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev*. mayo de 2008;27(3):309-17.
7. Vocci FJ, Montoya ID. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. mayo de 2009;22(3):263-8.
8. NIDA. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. 3rd ed. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
9. Zarza González MJ, Martí Esquitino J, Botella Guijarro A, Vidal Infer A, Ribeiro Do Couto B, Bisetto Pons D. Modelo Matrix: Manual del terapeuta [Internet]. Primera. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.

10. Zarza González MJ, Martí Esquitino J, Botella Guijarro A, Vidal Infer A, Ribeiro Do Couto B, Bisetto Pons D. Modelo Matrix: Manual del usuario [Internet]. Primera. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.
11. Zarza González MJ, Martí Esquitino J, Botella Guijarro A, Vidal Infer A, Ribeiro Do Couto B, Bisetto Pons D. Modelo Matrix: Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias [Internet]. Primera. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.
12. Ortuño Campillo T, Martí Esquitino J, Payá Tourné M. Protocolo de evaluación para el modelo Matrix [Internet]. 1st ed. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.
13. Martí Esquitino J, Carballo Crespo JL, Cárceles Arnau I, García Ruíz A, Gómez Sánchez RM. Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un centro público: estudio piloto. Health Addict. 2012;12(2):253-72.

Agradecimientos

A Juan Jiménez Roset y Julián Oñate Gómez, promotores y soporte de la implantación y desarrollo del modelo en Murcia; a, Damián Alcaraz, M^a Dolores Oñate Sánchez, M^a José Zarza González, Ana Belén Villar, Consuelo Puerta y todos los profesionales del ámbito público y privado que hacen este modelo posible en nuestra región.

14. TRABAJANDO EXPERIENCIA DEL MODELO MATRIX EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL ÁGUILAS

Autora: Pilar Galindo Piñana

Profesión: Psicóloga Clínica

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Águilas (Murcia)

Introducción

El abuso de drogas es un problema especialmente complejo, ya que está modulado por factores de muy diversa índole y se relaciona con la presencia de problemas médicos, familiares, sociales, laborales, económicos, legales y psicológicos asociados a su uso. Hasta la actualidad, se ha venido desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre las conductas adictivas y su tratamiento, instrumentos de evaluación cada vez más sensibles, específicos y refinados, e intervenciones cada vez más eficaces (Secades y Fernández, 2003). Sin embargo, a pesar del indudable avance en el conocimiento y en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar su desarrollo como, sobre todo, para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo.

Los distintos modelos psicológicos que abordan el tratamiento de las adicciones constituyen actualmente el soporte conceptual fundamental que mejor respuesta puede dar a las necesidades básicas de los tratamientos aplicados en pacientes drogodependientes. El incremento de la motivación por el cambio, la prevención de recaídas, las intervenciones psiquiátricas y farmacológicas y las sociales, forman parte de los tratamientos comprensivos multidisciplinares, considerados la mejor estrategia terapéutica en el tratamiento de las adicciones (Carroll, 2004; NIDA, 2001, 2009).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) define la adicción como una enfermedad cerebral crónica, a menudo recurrente, que conduce a la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias perjudiciales para los sujetos adictos y para quienes los rodean (NIDA 2008).

El enfoque seguido en este programa de tratamiento fue desarrollado en el Instituto Matrix en los Ángeles, California, y, fue adaptado para este programa por el Center for substance abuse treatment (CSAT) y Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

El Modelo Multicomponente Matrix, es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas con un nivel de evidencia científica de alta recomendación.

El Modelo Matrix ha sido reconocido como uno de los pocos programas basados en la evidencia para los trastornos por abuso de sustancias y ha sido incluido en la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) del Registro Nacional de Programas y Prácticas basados en la evidencia (NREPP) de EEUU. Esta inclusión está avalada por los datos acumulados de las evaluaciones del Modelo Matrix en los últimos 25 años.

El Modelo Matrix para pacientes externos, fue originalmente desarrollado como respuesta a la epidemia de consumo de metanfetamina de los años 80 en EE.UU. Muchos modelos tradicionales, fueron desarrollados para tratar la dependencia al alcohol, y demostraban ser relativamente inefectivos para el tratamiento de la dependencia a la cocaína y otros estimulantes (Obert y cols., 2000). El Instituto Matrix se basó en los modelos empíricamente comprobados y validados para la creación de protocolos efectivos de tratamiento.

El citado modelo, incorpora elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual (Prevención de recaídas), Psicoeducación, Grupos Familiares, así como el Programa de Apoyo de los 12 Pasos (Obert y cols. 2000), todo ello, desde un estilo y filosofía terapéutica, que toma la orientación del enfoque de la Entrevista Motivacional. El Modelo Matrix hace hincapié en el uso de técnicas conductuales (condicionamiento clásico, operante y modelamiento) y técnicas cognitivas, incluyendo el análisis funcional de la conducta, a nivel de tratamiento ambulatorio.

Numerosos proyectos han demostrado que los participantes tratados con el Modelo Matrix muestran estadísticamente una reducción significativa en el uso de drogas, una mejoría a través de los indicadores psicológicos y una disminución en los

comportamientos sexuales de riesgo. Estos informes, conjuntamente con la evidencia, que sugiere un resultado comparable en los tratamientos para usuarios de anfetaminas y cocaína, y una eficacia demostrada para mejorar el tratamiento basado en la naltrexona para los adictos a opiáceos, nos proporcionan una base de apoyo empírico para la aplicación de este modelo (Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; And Rawson, R.,1997), (Rawson, R; Shotaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Mrinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W.,1995).

Los componentes que hacen que un modelo de tratamiento en adicción sea efectivo pasa, además de por rigurosos estudios empíricos, por el cumplimiento de los principios de buenas prácticas terapéuticas. Estos principios están a su vez, basados en los resultados de efectividad de una amplia gama de tratamientos empíricos recopilados por el instituto NIDA (2001, 2009). El NIDA, recomienda diversos tratamientos psicológicos, entre ellos el modelo Matrix para el tratamiento de drogas estimulantes, fundamentalmente, porque ofrece una combinación de terapias psicológicas que han sido probadas con anterioridad para el tratamiento efectivo de las adicciones y por la trayectoria empírica del modelo que ha sido evaluado y validado en múltiples ocasiones desde sus inicios hasta la fecha (Rawson, 2009). El modelo multicomponente Matrix, es un Programa efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas que cumple con los criterios de buenas prácticas del NIDA, con un nivel de evidencia científica, de alta recomendación.

El Modelo Matrix es un modelo asistencial de tratamiento ambulatorio dirigido a pacientes con adicción a cocaína y alcohol, considerando ésta como una enfermedad mental crónica, de acuerdo a los avances científicos y de neuroimagen (Leshner, 1997) y las consideraciones del NIDA (2001, 2009). Esta definición, ya destaca tanto los fundamentos científicos de la adicción como sus ramificaciones conductuales, psicológicas y sociales. Partiendo de esta premisa, recaída no como fracaso terapéutico sino como parte del proceso, el modelo de tratamiento ambulatorio Matrix está basado en una actitud terapéutica motivacional continuado, donde no se da la confrontación o culpabilización por la posible recaída. El objetivo básico del modelo es que el paciente vuelva en la próxima sesión, ya que, en el tratamiento en adicciones el

índice de abandono es generalmente alto (Zarza, M.J., Obert, J., Rawson, R.C. y cols. 2011).

Un aspecto central en el tratamiento de esta enfermedad mental crónica, es el seguimiento semanal a largo plazo después del tratamiento intensivo de 16 semanas, lo que supone una intervención semanal de alta frecuencia, 4 ó 5 sesiones, de duración intensiva mínima, 4 meses, así como, la recomendación de continuar semanalmente el tratamiento a largo plazo (36 semanas) a través del Grupo de Soporte Social, y, sesiones individuales periódicas.

En el Modelo Matrix, se identifican ocho constructos específicos básicos:

- o Establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con el paciente.
- o Desarrollo de una organización explícita, basada en expectativas realistas.
- o Enseñanza psico-educativa a pacientes y familiares
- o Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales
- o Refuerzo positivo de conductas deseables
- o Implicación familiar
- o Introducción a la participación en grupos de autoayuda
- o Monitorización semanal del consumo a través de analíticas de orina y alcoholímetro.

Los constructos centrales del modelo van en línea con las técnicas de tratamiento psicológico que se viene realizando en España en las últimas décadas, pero que no han seguido una estructura consensuada o siguiendo un modelo explícito y uniforme.

El Modelo Matrix es un Programa de tratamiento de las adicciones multicomponente, integral e intensivo de tratamiento ambulatorio de 16 semanas para consumidores de alcohol y cocaína y otras sustancias. Programa altamente estructurado, en formato y contenidos. Así, su estandarización y materiales lo hacen fácil de implementar a nivel internacional.

Los componentes del programa son: Sesiones Individuales y Conjuntas, Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, Grupo de Prevención de Recaídas, Grupo de Psicoeducación Familiar, Grupo de Apoyo Social y Programa de Analíticas de Orina.

Método/Procedimiento

La aplicación del Programa Multicomponente Matrix en el Centro de Salud Mental de Águilas, se lleva a cabo, en todo momento, siguiendo los criterios de fidelidad al Modelo Matrix. Los criterios de fidelidad al modelo, se refieren al contenido de las sesiones, siendo elementos críticos, las referencias cognitivo-conductuales, a los 12 pasos u otras comunidades de apoyo, el uso de los materiales de Matrix y la limitación en los comentarios de procesos o emociones en la aplicación del componente de habilidades de recuperación temprana. El segundo criterio de fidelidad al modelo, se refiere al estilo motivacional en la aplicación de los contenidos, consistente con la filosofía del modelo Matrix; esto es, el uso de refuerzos positivos y afirmaciones, la escucha reflexiva, y, el uso de preguntas abiertas. El tercer criterio, se refiere a los elementos grupales, atendiendo a la participación de todos y cada uno de los usuarios, y a los elementos que determinan la cohesión de grupo. Y, por último, la organización del tiempo de la sesión y de los componentes que conforman el modelo. Las sesiones de Habilidades de Recuperación Temprana tienen una duración de 60 minutos y de Prevención de Recaídas, de 90.

La implantación del Modelo Matrix en el Centro de Salud Mental de Águilas se comenzó a realizar en 2010, y, se desarrolla con un terapeuta y supervisor Matrix, y un co-líder, para cada uno de los grupos de Habilidades de Recuperación Temprana y de Prevención de Recaídas. Desde entonces hasta la actualidad, se han realizado sucesivas aplicaciones del Programa de forma completa, con todos sus componentes, es decir: Sesiones individuales y conjuntas con familiar (3 sesiones), grupo de habilidades de recuperación temprana (9 sesiones), grupo de prevención de recaídas (33 sesiones), grupo de psicoeducación familiar (13 sesiones), programa de analíticas de orina (2 veces en semana), y grupo de apoyo social (36 sesiones).

Las directrices del desarrollo de la sesión, son las siguientes: planteamiento del tema y discusión, lectura y participación de cada uno de los miembros.

Una característica importante a destacar, es el carácter abierto de los grupos. Es decir, valorada la motivación y el estadio de cambio (Prochaska y DiClemente) se realiza la incorporación del paciente al Programa en cualquier momento del desarrollo del mismo, volviendo al principio una vez finalizado. El Programa Matrix en CSM de Águilas es de fácil acceso y disponibilidad para los pacientes con trastorno por uso de sustancias.

Los materiales, presentaciones de psicoeducación familiar, y agenda de trabajo tanto del paciente como del terapeuta, que se emplean están disponibles en la web www.e-drogas.es.

En enero de 2012, se realizó la aplicación experimental del Programa Matrix a un grupo de 7 mujeres, víctimas de violencia doméstica. Y dadas las especiales dificultades y complejidad de la mujer adicta, se procedió a la aplicación del Modelo Matrix con perspectiva de género, a un grupo de 7 mujeres con problemas de adicción. Todas ellas, tenían en común las siguientes cuestiones: problemas relacionados con hechos negativos en niñez; problemas relacionados con grupo de apoyo, incluido los familiares; problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales (problemas legales: retirada carnet de conducir, juicios, retirada de menores), y, con una historia de adicción de larga evolución.

El Modelo Matrix con perspectiva de género, es un refuerzo del Programa Matrix de tratamiento intensivo ambulatorio, que se aplica una vez finalizado el grupo de Habilidades de Recuperación Temprana, con contenidos específicos de género (familia y parentalidad, crianza, trauma y abuso, sexualidad, roles, imagen corporal, embarazo, barreras de género). Consta de 9 sesiones adicionales, se realiza una vez en semana, y la sesión tiene una duración de 60 minutos. El grupo, debe ser concebido por las mujeres como un lugar seguro, afectuoso, de comprensión y tolerancia, donde es determinante el vínculo y clima terapéutico, y el estilo motivacional y aceptación de la ambivalencia por parte del terapeuta.

En cuanto a las directrices básicas del desarrollo de las sesiones del Programa Matrix con perspectiva de género, son las mismas que las del Programa Matrix Intensivo Ambulatorio: Planteamiento del tema y discusión, lectura y participación.

En Julio de 2013, se realizó el proceso de Supervisión de la implantación, lo que dio lugar a la acreditación de dicho Centro de Salud Mental, como Clínica Matrix con grado de Excelencia, por un período de tres años. El proceso de supervisión de la implantación del Modelo, se realizó a cargo de Jean Obert.

La aplicación del Programa Matrix, se realiza de acuerdo a los criterios de fidelidad al Modelo, relativos a la estructura, los contenidos y el estilo motivacional de los terapeutas. Junto a ello, y, teniendo en cuenta los rasgos clínicos de la población y las características de los grupos, que pueden ser muy heterogéneos, ya que se aplica a grupos abiertos, a adicciones de todo tipo de sustancias, así como a adicciones comportamentales, se pueden incorporar elementos de adaptación a la población y los centros. En la aplicación del Modelo Matrix en el Centro de Salud Mental de Águilas, se incorporan elementos adicionales para sentar las bases del funcionamiento grupal, explicación del modelo, y sesiones específicas para la planificación y el uso de la agenda, realización del balance decisonal, sesiones de análisis de recaída, de resolución de problemas, y manejo del estrés, la ansiedad y la ira, y de técnicas de relajación.

En cuanto a la estructura temporal del Programa de Tratamiento Matrix Intensivo en CSM de Águilas, el horario seguido, se exponen:

Tabla 1. Horario Programa Matrix en CSM de Águilas.

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1ª- 4ª	16:00-17:00 h Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana 18:00- 19:30h Grupo de Prevención de Recaída	Programa de Analíticas de Orina Sesiones Individuales y Conjuntas	16:00-17:00 h Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana 18:00-19:30 h Grupo de Prevención de Recaída	Sesiones de revisión Psicosocial	Programa de Analíticas de Orina
	16:00- 17:30	Sesiones	16:00- 17:30		

5ª-16ª	Grupo de Prevención de Recaída 18:00- 19:30 Grupo de Educación Familiar	Individuales y Conjuntas	Grupo de Prevención de Recaída	Sesiones de revisión Psicosocial	
17ª-52		Sesiones Individuales y Conjuntas	18:00- 20:00 Grupo de Apoyo Social	Sesiones de revisión Psicosocial	

Resultados

Desde diciembre de 2010, momento en el que comenzó a aplicarse el Programa Matrix, en el Centro de Salud Mental de Águilas, se han llevado a cabo 14 grupos. Así mismo, han recibido tratamiento con dicho programa de tratamiento, 140 pacientes y sus familias. La aplicación del actual programa comenzó en julio de 2014, extendiéndose hasta el momento presente por las sucesivas adaptaciones que se han ido realizando, principalmente en cuanto al análisis de situaciones de riesgo, revisión de la evolución del proceso de recuperación a nivel grupal, refuerzo en sesiones referidas a la dificultad en el manejo e importancia de las mismas (principalmente control de la ira, impulsividad, mapa de la recuperación, y habilidades de comunicación). Las sesiones que se han adaptado se realizan fundamentalmente, una vez iniciado el grupo de Prevención de Recaídas y se han consolidado los conceptos y las estrategias que se enseñan en el grupo de Recuperación Temprana.

Recordando el carácter abierto y la accesibilidad en la participación de la intervención grupal del Programa Matrix, cabe destacar, que en la actual aplicación del Programa Matrix en el CSM de Águilas, han pasado veinte pacientes, estando constituido el grupo, actualmente, por ocho pacientes.

A modo de resumen, algunas características generales de este grupo, a nivel clínico, son las siguientes:

- Ø En cuanto a la distribución por sexo, se aprecia una notable diferencia de porcentaje en la *N* total, ya que, quince son hombres y cinco mujeres.

- Ø Respecto a la sustancia consumida, seis pacientes eran consumidores de cocaína, cinco de alcohol, cuatro de opiáceos y cocaína, tres consumidores de cannabis, un consumidor de opiáceos (codeína), y un consumidor de tabaco.
- Ø En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, cuatro pacientes están diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, un paciente trastorno bipolar, y, el resto, presenta rasgos de trastorno mixto de la personalidad.
- Ø En cuanto a la tasa de abandonos, ha sido del 60%; es decir, del total de pacientes que han pasado por esta aplicación del Programa Matrix, doce han abandonado en distintos momentos del programa, siendo, de éstos, ocho hombres y cuatro mujeres. Los motivos de abandono, generalmente informados al responsable del programa, fueron: cuatro de ellos abandonan de forma voluntaria y, tras seguimiento telefónico, se desconoce evolución; tres pacientes comenzaron a trabajar de forma reglada con horarios que no podía permitir la asistencia dos veces en semana durante dos horas aproximadamente, aunque sí siguen acudiendo al final de su jornada laboral a programa de analíticas de orina y sesiones individuales; una paciente, sufrió un accidente de moto con limitaciones funcionales para acudir físicamente al tratamiento, incorporándose posteriormente al mismo; dos pacientes, dejaron de acudir a tratamiento grupal por exacerbación de la clínica psiquiátrica uno de ellos y el otro, por presentar consumo activo; en ambos casos, se trabaja con ellos a nivel individual, y, finalmente, dos derivaciones, a demanda de los pacientes y trabajadas en terapia individual con el propio paciente y el familiar de referencia, a Comunidades Terapéuticas de la Región de Murcia, dada la difícil contención a nivel ambulatorio.

En cuanto a resultados en el momento actual, cabe destacar que todos aquellos pacientes que constituyen el grupo actualmente, son los pacientes que desde que se incorporaron al mismo, siguen en mantenimiento de la abstinencia y presentan una elevada retención y adherencia al tratamiento; este dato, queda refrendado a través de los resultados de los controles de tóxicos en orina y del registro de asistencia de los pacientes a grupo. Informando de una mejora de las relaciones familiares y de la

calidad de vida de los pacientes, registrado en los informes de los pacientes en sesiones individuales y conjuntas.

Discusión /Conclusiones

El programa Matrix como Tratamiento Intensivo de las adicciones es un programa validado y estandarizado que reúne los criterios de evidencia científica y buenas prácticas del NIDA. Es un programa altamente estructurado en formato y contenidos que lo hace fácil de implementar. Así mismo, destaca el trabajo grupal, desde una perspectiva motivacional y empática donde no cabe la confrontación, y, aceptando la ambivalencia como un aspecto normal; que enfatiza, la responsabilidad de los pacientes en el cambio y mantenimiento de la abstinencia, dando participación a las familias. Por todo ello, y visto los resultados de aplicación en las sucesivas ediciones, el Programa Matrix ha demostrado su eficacia a través del mantenimiento de la abstinencia de los pacientes que finalizan los programas, la mejora en el funcionamiento psicosocial, y la disminución del craving.

En general, algunas conclusiones de la experiencia de la implantación del Modelo Matrix en el Centro de Salud Mental de Águilas, desde el año 2010, son: Se ha registrado una mayor prevalencia de hombres con respecto a las mujeres, que solicitan y mantienen adherencia al tratamiento. Así mismo, la tasa de abstinencia, mantenida en el tratamiento de continuidad, es decir, al finalizar el tratamiento intensivo, hasta completar el año, es mayor en aquéllos pacientes que han seguido el tratamiento en cada una de las sesiones desde que se incorporan hasta finalizar el mismo. Los resultados que presentan una mayor efectividad del tratamiento Matrix, es para el tratamiento de pacientes con adicción al alcohol y cocaína.

Estas observaciones, pone en evidencia las dificultades de acceso y mantenimiento del tratamiento de la población de mujeres con adicción, y las características asociadas a nivel de salud y psicosociales de los pacientes con adicción a opiáceos, junto a la necesidad de aplicar los tratamientos farmacológicos necesarios. Esto debe cuestionarnos y plantearnos la necesidad de adaptar programas específicos a poblaciones específicas, siendo el programa Matrix un programa efectivo de

tratamiento de las adicciones, a partir del cual, podemos realizar adaptaciones a poblaciones específicas.

Para finalizar, estos datos, son el resultado de la experiencia de la aplicación, no generalizando a la población de pacientes con trastorno mental y del comportamiento debido al uso de sustancias que se atienden a nivel ambulatorio en el CSM de Águilas, ni al resto de Centros de Salud Mental o de Atención a Drogodependencias de la Red Regional de Atención a Drogodependencias de la Región de Murcia.

Y, como conclusión final, destacar que si el Programa Matrix es un programa efectivo de tratamiento de las adicciones, basado en la evidencia científica, que potencia el trabajo grupal, desde la perspectiva motivacional, destacando y responsabilizando al paciente del cambio y mantenimiento de la abstinencia, dando participación a las familias y con la participación del Co-líder como agente de cambio, sería oportuno plantearnos la aplicación de dicho programa en la red asistencial de drogodependencias, para fomentar la homogeneidad de los tratamientos de las adicciones, y poder realizar futuros estudios de investigación, con el fin de adaptar la aplicación del Programa Matrix a la realidad de la población de pacientes con problemas de adicción de la Región de Murcia, y dentro de ella, a determinadas poblaciones específicas.

En este sentido, la implantación del Modelo Matrix en el CSM de Águilas así como en el resto de Centros de Atención a Drogodependencias que conforman la Red de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sigue las líneas de actuación enumeradas en el actual borrador del Plan Regional sobre Drogodependencias de la Región de Murcia 2015-2020, a través de la actuación número 38, *desarrollo de un programa terapéutico basado en la evidencia, para la deshabituación de drogas estimulantes, multicomponente (individual, grupal y familiar) y su incorporación a la Cartera de Servicios de Atención Especializada*, dirigido a normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica incorporando a la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud dichas prestaciones sanitarias.

Bibliografía

1. Carroll K. Tratamientos combinados para la dependencia de sustancias. En: Sammons, T, Schmidt, N. Tratamientos combinados de los trastornos mentales: una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas. 1ª ed. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.; 2004. p. 251-274.
2. Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., and Rawson, R. "Integrating Treatments for Methamphetamine Abuse: A Psychosocial Perspective". Journal of Addictive Diseases. 1997; 16, no. 4: 41–50.
3. Leshner, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. Science. 1997; 278:45-47.
4. National Institute on Drug Abuse NIDA. Principles of drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. Second Edition. NIH publication; 2009.
5. National Institute on Drug Abuse NIDA. Principios de tratamiento efectivos. NIH publication. 2001; 1: 41-80.
6. National Institute on Drug Abuse NIDA. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. NIH publication. 2008.
7. Obert, J. L., McCann M. J., Marinelli-Casey P., Weiner, A Minsky, S. Brethen, P and Rawson, R. The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment: History and Description. Journal of Psychoactive Drugs. 2000; 32 (2): 157–64.
8. Obert, J.L., Rawson, R. A., McCann, M. J. & Ling, W. The Matrix Model Intensive Outpatient Alcohol and Drug Treatment Program: a 16-week Individualized Program. Center City, Minnesota: Hazelden; 2005.
9. Prochaska, J.O., Prochaska,J.M. Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas, M., Gossop, M., editores. Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas. Sitges. Ediciones en Neurociencias; 1993. p. 85-136.

10. Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J.L., et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1995; 12 (2): 117-127.
11. Rawson, R. A., Obert, J.L., and McCann, J. J. *The Matrix Intensive Outpatient Program Therapist Manual*. Los Angeles, CA: The Matrix Center, Inc.; 1995.
12. Rawson, R.A. Treatments for methamphetamine dependence: Contingency management and Matrix Model. En R. Pates and D. Riley, editores. *Interventions for Amphetamine Misuse*. New York: Wiley-Blackwell; 2009.
13. Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vázquez, editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide; 2003. p. 107-132.
14. Zarza González M.J., Obert, J. L., Rawson, Richar A., Palau, C., Perelló del Río, M., Sánchez Máñez, A., Cortell Cortell, C. Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias*. 2011; 36 (1): 27-48.

Agradecimientos

La implantación del Modelo Matrix de tratamiento de las Adicciones en el Centro de Salud Mental de Águilas, se ha llevado a cabo gracias a la implicación de los profesionales de dicho centro, entre los que se encuentran las enfermeras y la trabajadora social; por ello, quiero agradecer especialmente a Sonia, Noemí, María, y, Rosa, su interés en la formación del programa Matrix, así como su labor desempeñada en la aplicación del mismo.

Así mismo, a todos los profesionales de la Red de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud, por la confianza en el modelo y su colaboración para el desarrollo y aplicación del Programa Matrix en cada uno de los centros, en aras de la homogeneización de los tratamientos de adicciones de la Región de Murcia.

En otro orden, mis más sinceros agradecimientos a los pacientes, fuente real de conocimiento, que en el padecimiento de su enfermedad, depositan su confianza y recuperación, aportándonos su experiencia y enseñándonos que todo cambio es posible.

Finalmente, y, en especial, agradecer al Dr. Juan Jiménez Roset, Coordinador Regional de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que desde el año 2004, impulsa el estudio, adaptación y supervisión del Programa Matrix en la región, junto al Dr. Julián Oñate Gómez, Jefe de Servicio de Drogodependencias de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del Servicio Murciano de Salud, por todo el apoyo, soporte técnico y arreglos propuestos para las sucesivas aplicaciones del programa.

Así mismo, a todo el equipo humano de la Unidad Docente, de Investigación y Formación, de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, a Fernando Navarro, M^a Luisa Pujalte y, en especial a Ascensión Garriga, así como, a Julio César Martín García- Sancho, Jefe de Programas Asistenciales, por la confianza que han puesto en mí, y por haberme brindado la oportunidad de compartir y difundir la experiencia de la implantación del Modelo Matrix en el CSM de Águilas.

Personalmente, a Dr. Carlos Giribet Muñoz, por haberme mostrado siempre su confianza, apoyo y flexibilidad ante las nuevas propuestas asistenciales; y, en último lugar, y, no por ello menos importante, al Dr. Joaquín Nieto Munuera por su tutela en mi proceso formativo e intelectual, sin el que no hubiera sido posible la elaboración de mi Tesis Doctoral “Adaptación cultural e implantación del Programa Matrix de tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia” (2012).

A todos, gracias por la vocación humana que les une.

15. TRABAJANDO LO EXPERIENCIAL EN LA INESTABILIDAD EMOCIONAL: ESTUDIO PILOTO DE UN MODELO INTEGRADO DE TERAPIA GRUPAL EN MUJERES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL.

Autor/es: ¹M.J. Jiménez Moreno y ²I. Bello Pombo.

Profesión: ¹ Psicóloga Clínica y ²Psicóloga Interna Residente de 2º año

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Cartagena

INTRODUCCIÓN

Lo primero a tener en cuenta en este artículo es el concepto de “inestabilidad emocional”. La inestabilidad emocional es un rasgo de personalidad que incluye un continuo de conductas que las personas realizan ante la frustración. En el momento en el que una persona tiene una meta, un objetivo, unas expectativas y éstos se ven frustrados, la persona sufre una alteración emocional, en función de las conductas que realice logrará recuperar la estabilidad emocional, o por el contrario, contribuirá a que esa desestabilización emocional aumente. En un extremo de este continuo se situarían las personas estables, seguidamente estarían las personas con ligera inestabilidad emocional pero sin graves repercusiones en su vida diaria, y por último se situarían las personas con gran inestabilidad emocional que realizarían respuestas muy inadaptadas ante la frustración y les acarrearían consecuencias graves en los diferentes ámbitos de su vida: Trastorno Límite de Personalidad (1).

Las personas con inestabilidad emocional mantienen un pensamiento dicotómico que les hace percibir el mundo y a ellos mismos de forma rígida y radical (2). Esta característica cognitiva les dificulta aprender estrategias de manejo nuevas, les interfiere en su actividad diaria y también provoca un aumento de su malestar subjetivo (3).

La inestabilidad emocional es un síntoma que se encuentra en diferentes cuadros psicopatológicos y comprende diferentes elementos: 1) emociones primarias y secundarias que tienen sus propias características, duración e intensidad; 2) cambios

bruscos ante estímulos de valencia afectiva neutra a elevada intensidad emocional y 3) dificultades en la regulación emocional (4).

El afecto se relaciona con estímulos internos y externos que provocan una respuesta fisiológica en nuestro organismo. La unión de esa experiencia física con elementos cognitivos del pasado y afectos experimentados previamente, conforman la emoción que se expresa a través de sensaciones somáticas (5).

Otra característica importante de las emociones es su labilidad, es decir, su cambio con el paso del tiempo y con la entrada de nuevos estímulos en la experiencia actual.

La mayor parte de los autores han llegado a un consenso sobre las dimensiones del constructo de inestabilidad emocional: valencia afectiva, intensidad afectiva, bajo umbral de reactividad a los desencadenantes ambientales, rápido cambio en el afecto con patrones al azar, y falta de control en la regulación de las emociones.

La inestabilidad emocional también juega un papel en la autoestima y en la percepción de cómo es la relación con otros. Investigaciones recientes han encontrado asociaciones fuertes y consistentes entre estos factores (6). Así pues, la inestabilidad emocional suele ir asociada a baja autoestima, dependencia afectiva, dificultad para separar los diferentes ámbitos de la vida y baja tolerancia a la frustración.

Un aspecto fundamental a tener en cuenta es que la inestabilidad emocional es una característica temperamental heredada y modulada por las experiencias personales.

Algunos autores (7) indican que hay factores que se relacionan con el desarrollo de la inestabilidad emocional como estar expuesto en la infancia a situaciones estresantes, a situaciones impredecibles de recompensa que generan en las relaciones paterno-filiales conflictos graves y persistentes, así como malas relaciones objetales.

Por otro lado, en relación a las investigaciones realizadas sobre las relaciones de apego, diversos autores entienden los problemas de apego como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (8, 9, 10, 11). Así pues, el trastorno límite de la personalidad (TLP) se ha relacionado con un estilo de **apego inseguro-ambivalente** (o preocupado) **y desorganizado**. Varios autores (12, 13, 14) han enfatizado el rol del apego en el desarrollo de la función simbólica y el modo en el que el apego inseguro

desorganizado puede generar vulnerabilidad frente a confusiones y desafíos posteriores. Así, para un niño pequeño, un grito, una crítica o una actitud hostil no son experiencias de poca importancia. Cuando este niño se hace adulto, un tono de voz alto, o un comentario crítico pueden disparar una reacción aparentemente injustificada. Estas reacciones contradictorias en las relaciones íntimas se pueden relacionar con un apego desorganizado que el individuo desarrolló en la infancia. Es como si estas personas vivieran en el tiempo del trauma (15).

Cuando un niño depende emocionalmente de un cuidador que no está disponible cuando lo necesita, o que reacciona con rechazo ante sus manifestaciones emocionales, o que resulta inconsistente en sus respuestas, el niño o la niña puede ir desarrollando un estilo de apego inseguro o evitador o desorganizado, a través del cual se minimiza la importancia de la relación vincular o se bloquea la comunicación de rabia o de malestar (16).

Actualmente la investigación sobre el tratamiento de la inestabilidad emocional está enfocada en el tratamiento de su expresión más patológica y sólo existen tratamientos valorados como “probablemente eficaces” para el Trastorno límite de la personalidad (TLP): como son la **Terapia conductual-dialéctica** (17). y la terapia de conducta (reforzamiento positivo y negativo, economía de fichas y tiempo fuera).

La **terapia Icónica** (18) es un modelo de terapia integrado para la inestabilidad emocional, pudiendo incluirse en el grupo de terapias efectivas a la luz de unos resultados que reflejan la disminución de las conductas inestables, especialmente en los casos en los que predominan las conductas autoagresivas, y al mismo tiempo, el aumento de las de afrontamiento (18).

Tal y como se ha mencionado previamente, el vínculo en la inestabilidad emocional es un factor de vulnerabilidad, ya que está dañado. La relación terapéutica con las personas inestables, y especialmente en los casos más graves (TLP), siempre debe estar basada en la **autenticidad**, ya que las personas con inestabilidad emocional son extremadamente sensibles para captar los sentimientos de los demás a través del lenguaje no verbal (19). Desde las terapias humanistas (entre ellas la Terapia Gestalt) se incide en la importancia del **vínculo terapéutico** como elemento de curación en

psicoterapia. La actitud del psicoterapeuta para este tipo de terapias se caracteriza por 3 componentes principales: **Empatía, Aceptación incondicional y Congruencia o Autenticidad**

La Terapia Gestalt utiliza el “darse cuenta” como herramienta fundamental de su trabajo. Latner en Castanedo (p.87) (20) define el “darse cuenta” como un aspecto del funcionamiento sano de un individuo y significa “aprehender con todos los sentidos el mundo fenomenológico, interno y externo, tal y como éste es y ocurre. Awareness (o darse cuenta) es lo que ocurre en el momento presente, y es en sí mismo la herramienta fundamental del proceso de autorregulación orgánica que tiende hacia el equilibrio sano del individuo. Este tipo de terapia se basa en un enfoque fenomenológico de la personalidad, y no utiliza categorías diagnósticas clasificatorias rígidas (21), interesándose más por la observación de cada comportamiento en cada nuevo evento, en cada sujeto particular y en ofrecerle herramientas para que sea el mismo sujeto quien se haga consciente de sus modos recurrentes de enfrentar la vida y se abra a partir de allí a todo su potencial creativo, a su libertad y a su responsabilidad para crecer y realizar nuevas elecciones que le permitan sentirse más pleno, satisfecho y en armonía en el campo ambiente-individuo.

MÉTODO/PROCEDIMIENTO

Sujetos

Las pacientes que fueron seleccionadas para participar en este proyecto de terapia grupal, fueron todas mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y 36 años, que acudían al Centro de Salud Mental de Cartagena (Murcia) y estaban recibiendo en ese momento psicoterapia individual. Las pacientes fueron seleccionadas en función de la presencia de una serie de rasgos de personalidad comunes como son: elevada inestabilidad emocional y dificultad para tolerar la frustración, lo cual les estaba generando un malestar anímico importante y problemas en las relaciones interpersonales. Debemos señalar, que las pacientes seleccionadas presentaban estos rasgos de personalidad de manera acentuada, pero sin llegar a cumplir todos los criterios diagnósticos de un trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad (TLP). Todas las pacientes presentaban diagnóstico psiquiátrico en el Eje I y/o II, siendo

dicho diagnóstico diferente en cada caso (grupo transdiagnóstico). Así pues, entre las 11 pacientes que fueron seleccionadas inicialmente para participar en la terapia grupal, existían diagnósticos de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), distimia, trastorno mixto ansioso-depresivo y/o trastorno histriónico de la personalidad. Así mismo, fueron excluidas también pacientes con diagnósticos de trastornos de personalidad graves (paranoide, esquizoide y esquizotípico) y/o trastornos psicóticos. Todas las pacientes seleccionadas presentaban buena capacidad introspectiva y elevada motivación hacia la terapia grupal, valoradas a través de las entrevistas clínicas realizadas previamente. De las 11 pacientes seleccionadas inicialmente para participar en la terapia grupal, sólo 9 acudieron a la primera sesión grupal, produciéndose además a lo largo de la terapia 4 abandonos por motivos diferentes (laborales, embarazo y cambio de domicilio).

Procedimiento

La modalidad de grupo realizado consistió en un grupo terapéutico cerrado, en el que se intentó integrar el modelo teórico de la terapia icónica (22) como marco de trabajo orientativo y técnicas y ejercicios gestálticos. El grupo fue dirigido por una terapeuta (psicóloga clínica, formada en terapia Gestalt) y una coterapeuta (psicóloga interna residente de primer año). La duración total de la terapia grupal llevada a cabo consistió en 32 sesiones, de 2h de duración cada una, repartidas de la siguiente manera: 25 sesiones semanales, 2 sesiones con familiares intercaladas entre las sesiones grupales, 2 sesiones quincenales, 1 sesión de seguimiento al mes, 1 sesión de seguimiento a los 3 meses y 1 última sesión de seguimiento al año (pendiente de realizar). Las 2 sesiones familiares consistieron en : una sesión de presentación multifamiliar, sólo con los familiares de las pacientes, entre cuyos objetivos pretendimos, por un lado, dar un marco explicativo de la sintomatología de las pacientes relacionándola con sus rasgos de personalidad y su vulnerabilidad (modelo teórico de la terapia icónica, 17), y por otro implicar a toda la familia en el tratamiento, y señalar la influencia y responsabilidad de todos los miembros en el desarrollo y mantenimiento de los problemas detectados a nivel familiar, desculpabilizando así a la paciente identificada. La 2ª sesión llevada a cabo con las

familias, incluyó a las pacientes y fue también multifamiliar y en ella se abordaron conflictos concretos que fueron manifestando los componentes del grupo durante la sesión y habilidades de comunicación específicas (como por ejemplo la expresión de sentimientos negativos y su manejo).

En cuanto a las sesiones grupales llevadas a cabo con las pacientes, nuestros objetivos fueron: aumentar el autoconocimiento y el “darse cuenta” de las pacientes; mejorar la identificación de las propias emociones para facilitar la expresión y el manejo de las mismas; reducir las conductas autolesivas, heteroagresivas y/o de escape/evitación que podían estar presentes; y aumentar el contacto de las pacientes con sus propias necesidades, deseos y sentimientos.

Para conseguir estos objetivos trabajamos los siguientes aspectos: por un lado, fuimos ayudando a las pacientes a darse cuenta de cómo habían ido desarrollando determinadas formas de pensar, de sentir y de relacionarse desadaptativas, a raíz de vivencias que se habían ido acumulando desde su infancia y que les habían ido generando una mayor **vulnerabilidad** (relaciones con figuras de apego, esquemas cognitivos, pensamiento dicotómico, baja autoestima y dependencia excesiva). Por otro, fuimos facilitando que nuestras pacientes pudieran ir realizando un contacto más auténtico con su “verdadero yo”, identificando mecanismos de defensa (mecanismos neuróticos en terapia Gestalt) que les estaban dificultando un contacto real y satisfactorio con ellas mismas y con los otros (proyecciones e introyectos) Al mismo tiempo fuimos facilitando y acompañando a las pacientes en el desarrollo y aprendizaje de **habilidades de comunicación, manejo de las frustraciones y de los límites** (propios y ajenos).

En todo este trabajo intentamos siempre respetar la **individualidad** de cada una de ellas, por lo que tuvimos que atender también a los **síntomas específicos** e ir trabajando con cada una de ellas asuntos pendientes (duelos no resueltos, descarga de la ira,...), siempre dentro de un contexto grupal. Y por supuesto, siempre teniendo en cuenta la alta probabilidad de recaídas y su prevención y manejo.

En nuestra dinámica de trabajo grupal dimos prioridad a ciertos aspectos que consideramos imprescindibles y necesarios para conseguir nuestros objetivos, y ayudar

así a las pacientes en su proceso de autoconocimiento y crecimiento personal, y éstos fueron: lograr una buena **cohesión grupal**, para ayudar a crear un **clima seguro** desde el cual fuera posible favorecer el proceso de exploración; la elaboración del **vínculo terapéutico**.; la aceptación incondicional de cada componente del grupo; y la validación de todas las emociones surgidas y relatadas durante las sesiones grupales por cada una de nuestras pacientes. Y todo esto, siempre intentando lograr un equilibrio entre el **apoyo** a nuestras pacientes y la **confrontación** con sus partes más inconscientes y no integradas.

Para nuestro trabajo grupal nos fuimos ayudando además de elementos y técnicas gestálticas, incluyendo ejercicios de trabajo corporal (23), y como marco teórico de referencia utilizamos el modelo terapéutico integrado de la terapia icónica (Figura 1), como “mapa” para ayudar a las pacientes a identificar sus problemas y servir de guía en el camino a recorrer hacia la mejoría y resolución de conflictos. La idea de usar un modelo de trabajo gestáltico vino de nuestro interés por trabajar a un nivel más profundo y experiencial los aspectos que nos parecían claramente identificados en el modelo teórico de la terapia icónica.

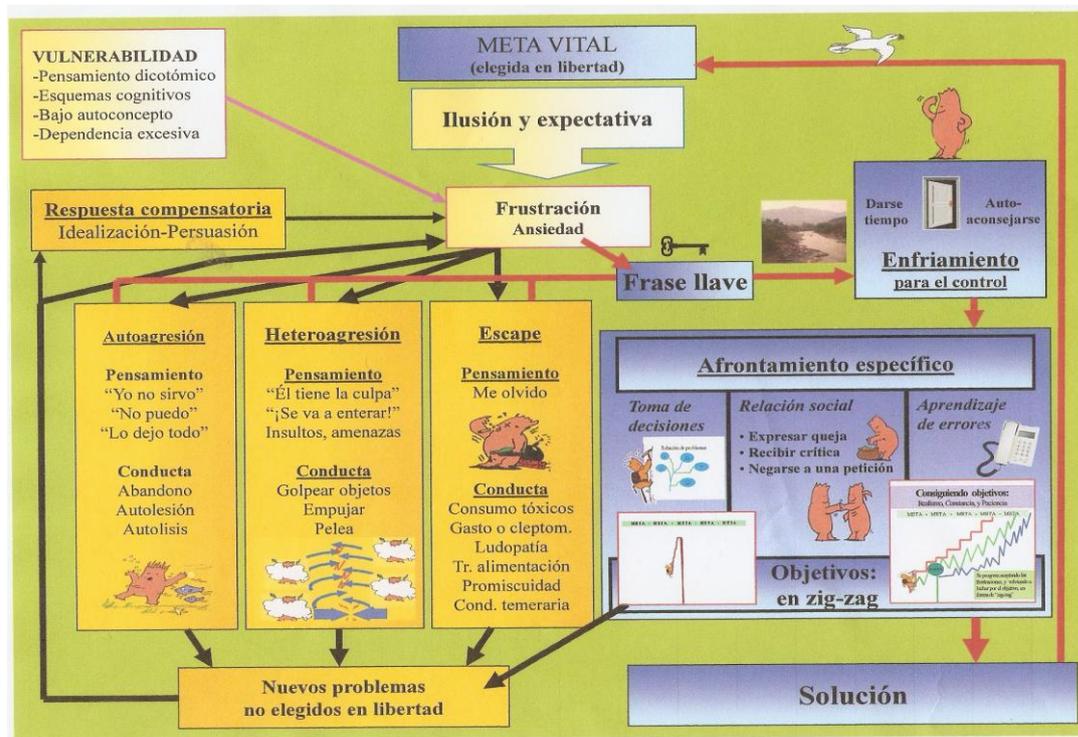


Figura 1. Modelo integrado de la terapia icónica (Soledad Santiago López)

Evaluación

La evaluación de las pacientes de este grupo consistió en una batería de cuestionarios y autoinformes que fueron administrados al inicio de la terapia grupal y al finalizar dicha terapia. Además, a lo largo de la terapia se administró también un cuestionario de seguimiento (a los 4 y a los 9 meses tras el inicio de la terapia grupal) en forma de entrevista semiestructurada para evaluar la presencia de conductas desadaptativas, frecuencia e intensidad de las mismas y afectación que dichas conductas les producía en su vida.

Instrumentos

Los cuestionarios y autoinformes administrados en la evaluación fueron los siguientes:

Ø Inventario de Depresión de Beck (BDI) (24)

El cuestionario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems, la persona elige la frase que se corresponda con su estado anímico medio durante la última semana incluyendo el día de hoy, entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad. Cada ítem se valora de 0-3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0-63. En el caso de que la persona elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso del ítem 19 sólo se valora si la persona indica que no está en un proceso dietético para adelgazar. En el caso de que lo esté se otorga la puntuación 0 en dicho ítem. Los datos normativos sugieren cuatro niveles de severidad: ausente, leve, moderado, severo.

Ø Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger (STAI-E/STAI-R) (25)

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Consta de 40 ítems tipo Likert de 3 puntos de rango, variando de 0 (nada) a 3 (mucho). La mitad de los ítems miden estado de ansiedad a través de síntomas aparecidos en el último mes. La otra mitad evalúan el rasgo de ansiedad o neuroticismo. Este cuestionario presenta una estructura tetradimensional. El primer factor se define como presencia del estado de ansiedad (nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad); el segundo factor como ausencia del estado de ansiedad (activación

positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo); el tercer factor como presencia del rasgo de ansiedad (melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad); y el cuarto factor como ausencia del rasgo de ansiedad (estabilidad y ausencia de cambios de humor).

o **Inventario de Autoestima de Rosenberg (26)**

Incluye 10 ítems tipo Likert, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y autoaceptación. La mitad de los ítems se enuncian positivamente y la otra mitad negativamente. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo; 2=de acuerdo; 3= en desacuerdo; 4= muy en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total oscila entre 10 y 40.

o **Cuestionario de Apego Adulto (27).**

Está compuesto por 40 ítems y ofrece información en cuatro escalas. Escala 1: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Este cuestionario permite la clasificación de los sujetos en dos clusters seguros/inseguros o en cuatro: temerosos, preocupados, seguros y alejados, según se combinen las cuatro escalas.

o **Inventario de Temperamento y Carácter (versión Revisada) TCI-R de Cloninger (28).**

El Inventario del temperamento y el Carácter revisado (TCI-R) es un instrumento autoaplicado de 240 ítems (5 de los cuales son de validez), que se responde en escala Likert de 5 puntos. Este inventario mide 7 dimensiones de personalidad: 4 del temperamento: Evitación del daño (tendencia a responder de manera intensa a las señales aversivas, por lo que se aprende a no realizar la conducta con el fin de evitar el castigo, la incertidumbre y la frustración), Búsqueda de novedades (tendencia a responder fuertemente a estímulos nuevos y señales que conducen a una actividad exploratoria en búsqueda de recompensas, así como en la evitación de la monotonía y el castigo), Dependencia en la recompensa (relacionado

con el refuerzo social e implica sensibilidad a las señales sociales, el malestar en relación con la separación social y dependencia de la aprobación de otros) y Persistencia (mantenimiento de la conducta a pesar de que los refuerzos sean intermitentes y haya pequeñas frustraciones) y 3 dimensiones del carácter: Autodirección (capacidad para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores), Cooperación (capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con los demás) y Autotranscendencia (engloba conceptos relacionados con la visión de uno mismo como parte integral del universo).

RESULTADOS

Se analizan los resultados obtenidos a través del paquete estadístico SPSS Statistics 17.0 utilizando la prueba no paramétrica de comparación de medias para muestras relacionadas, Prueba de Wilcoxon.

Los resultados indican una disminución significativa en síntomas de depresión y ansiedad estado a nivel grupal (ver Tabla 1).

Tabla 1

	PRETEST	POSTEST	SIGNIFICACIÓN
BDI	21	7	p<0.05
STAI-E	33	21	p<0.01

Con respecto a la autoestima, la mitad de las pacientes (N=4) aumentan la puntuación en esta variable (de una puntuación baja a una media, y de una media a una elevada), un cuarto disminuye la puntuación (de puntuación elevada a puntuación baja) y el otro cuarto la mantiene (puntuación elevada).

El estilo de apego evaluado en estas pacientes es inseguro tanto en el pre-test como en el post-test, sin encontrarse cambios significativos.

En relación con las variables de personalidad, se mantienen estables aunque se observan cambios importantes, no significativos, en las escalas de Dependencia a la recompensa en la que los valores post-test disminuyen, y en la de Autodirección, en donde aumentan. Otras escalas en las que se han visto cambios de tipo cualitativo a

nivel individual han sido: Cooperación, Evitación del daño y Persistencia. En Cooperación los niveles pre-test de todas ellas eran relativamente bajos mientras que en el post el 75% de las pacientes aumentaron cualitativamente su puntuación obteniendo unos niveles medios. En Evitación del daño todas las pacientes puntuaban con una puntuación muy elevada en el pre, mientras que en el post, la puntuación cualitativa de todas disminuyó a niveles elevados. En relación con la Persistencia, el 75% de las pacientes obtuvieron valores previos medios-elevados, en la evaluación final, aumentaron su puntuación en esta variable adquiriendo valores elevados-muy elevados. El 25% que tenía valores excesivamente elevados en un primer momento en esta dimensión, los disminuyó de manera no significativa pero más adecuada, permaneciendo aún así en niveles muy elevados de persistencia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

De esta intervención cabe destacar varios aspectos. El trabajo más profundo a nivel psicoterapéutico ha permitido un aumento en la capacidad de “darse cuenta” de las pacientes, lo que se ha reflejado en un mayor autoconocimiento y capacidad de autonomía al final de la intervención. Esta autonomía se traduce a nivel sintomático en una disminución de su sintomatología ansioso-depresiva, así como en variables más profundas como un aumento en la persistencia y logro de objetivos autodeterminados y no impuestos por elementos externos, por un lado, y disminución de la necesidad constante de aprobación social y dependencia social por otro (29). Estos cambios propician que el contacto social sea más auténtico, promoviendo empatía, acercamiento y cooperación en determinadas circunstancias sin por ello depender del refuerzo social. La disminución en la puntuación de la escala de Evitación del daño indica una mejoría a la hora de aceptar y gestionar situaciones aversivas, en donde la frustración previamente les impedía actuar.

El autoconocimiento también queda plasmado en la autoestima, mostrando finalmente una imagen más auténtica de ellas y no modulada en gran medida por sus mecanismos de defensa, como quedaba patente en los primeros momentos de la intervención.

A nivel familiar cabe destacar la importancia de estas intervenciones para disminuir la culpa y el rol de paciente identificado y poder ofrecer otra perspectiva más amplia de la problemática y de qué otras variables pueden estar influyendo en la inestabilidad emocional. En nuestras pacientes pudimos observar como en todas había experiencias de maltrato, negligencia o carencias afectivas en las relaciones con los progenitores, y como la inestabilidad emocional no era un rasgo exclusivo de ellas dentro de sus respectivas familias.

Es importante comentar que el hecho de que no se hayan producido cambios en el apego puede ser interpretado en relación a la corta duración de la intervención. Es un punto a subrayar para poder tener en cuenta en tratamientos futuros con este tipo de pacientes y lograr así una mejoría completa en todos los aspectos intervinientes en este constructo.

En cuanto a los cambios observados a nivel clínico, no objetivables a través de instrumentos de evaluación estandarizados, pero no por ello menos importantes, queremos resaltar que hemos observado en nuestras pacientes cambios a nivel corporal y físico a lo largo de la intervención grupal, facilitados a través del trabajo corporal, que reflejan su mejoría y aumento de su capacidad de contacto y espontaneidad (disminución de la rigidez muscular, cambio postural, mantenimiento del contacto ocular...), una mejor identificación y mayor aceptación en ellas de las emociones que estaban reprimidas y censuradas (tristeza y rabia) y un mejor manejo de las situaciones de frustración, desapareciendo las conductas autolesivas a lo largo de la intervención en las pacientes que las presentaban al inicio.

Por último, en relación a las limitaciones fundamentales de este trabajo podemos señalar, en primer lugar, el reducido tamaño de nuestra muestra, lo que nos impide extraer conclusiones generalizables sobre la efectividad del tratamiento grupal llevado a cabo. En segundo lugar, es también una limitación importante de este trabajo, la no inclusión de varones en la muestra seleccionada, hecho que fue circunstancial, pero que debería ser tenido en cuenta en futuras intervenciones, ya que al no incluirlos perdemos la oportunidad de trabajar determinados aspectos dentro del

área de las relaciones afectivas y vinculación, y por otra parte tampoco podemos medir si hay diferencias en relación al sexo en las diferentes variables medidas.

A modo de conclusión, nos parece necesario señalar también, la necesidad de desarrollar tratamientos integrados para este síntoma, y no sólo para su expresión más patológica, que sería el TLP, ya que como hemos visto en la introducción son muchos los factores asociados a la inestabilidad emocional y dicho rasgo afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, generando además un malestar subjetivo importante. No debemos olvidar que existen investigaciones en las que se ha visto que la inestabilidad emocional es un factor predictor de intentos de suicidio, ira excesiva y conflictos interpersonales (30).

Bibliografía

1. Millon T y Davis RD. Trastornos de la personalidad, más allá del DSM IV. Barcelona: Masson; 1998.
2. Beck AT y Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós; 1995.
3. Sarason IG y Sarason BR. Psicología anormal. México: Prentice-Hall; 1996.
4. Renaud SM y Camillo Z. Toward a definition of affective instability. Harv Rev Psychiatry. 2012; 20 (6): 298-308.
5. Damasio AR. Descartes' error: emotion, reason, and the human brain. New York: Penguin Putnam, 1994.
6. Dizén M y Berenbaum H. Cognitive Correlates of emotional traits: perceptions of self and others. Emotion. 2011; 11 (1): 115-126.
7. MacKinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. Bipolar Disord 2006; 8: 1-14.
8. Kernberg P, Weiner A y Bardenstein K. Personality Disorders in Children and Adolescents. New York, NY: Basic Books; 2000.
9. Bateman A y Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization Based Treatment. Oxford University Press; 2004
10. Rubio Larrosa V. Comunicación personal; 2008.

11. Mosquera D. El apego inseguro-ambivalente y sus efectos en el adulto con trastorno límite de la personalidad. En X jornadas de Apego y Salud Mental. Internacional Attachment Network; 2009.
12. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2000; 48, 1129-1146; discussion 1175-1187.
13. Fonagy P, Target M, Gerfely G. Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. Psychiatric Clin. North Am. 2003; 23: 103-122.
14. Mosquera D y González A. Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Revista Digital de medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2013; 3 (3).
15. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, y Solomon R. Dissociation of the personality in complex trauma related disorders and EMDR: Theoretical considerations. Journal of EMDR Practice and Research 2010; 4 (2): 76-92.
16. Keiley M. Attachment and affect regulation: A frame work for family treatment of conduct disorder. Family Process. 2002; 41 (3): 477-493.
17. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
18. Santiago S. et al. Terapia icónica en inestabilidad emocional estudio preliminar. Cuaderno de psiquiatría comunitaria. 2005; 5(2): 151-164.
19. Wagner AM y Linehan MM. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotional regulation?. Journal of Personality Disorders. 1999; 13 (4): 329-344.
20. Castanedo SC. Terapia gestal un enfoque centrado en el aquí y el ahora. 3ª ed. Barcelona: Herder; 1997.
21. Peñarrubia F. Terapia gestalt: La vía del vacío fértil. Madrid: (2ª Ed.). Alianza editorial S.A; 2008.
22. Santiago S. Tratando la inestabilidad emocional. Terapia icónica. 3ª Edición Ed: Pirámide; 2013.

23. Gutiérrez-Zotes JA, Bayón C, Montserrat C, Valero, J, Labad A, Cloninger CR, y Moreau A. Ejercicios y técnicas creativas de gestaltterapia. 4ª Edición. Ed: Sirio; 2009.
24. Beck AT, Brown CK y Street RA. Beck Depression Inventory. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 1996.
25. Spielberger CD, Gorsuch RL y Lushene RE. Manual of state/trait anxiety inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press. 1970.
26. Rosenberg M. Society and the adolescent selfImage. Princeton, NJ: Princeton: University Press; 1965.
27. Melero R, y Cantero MJ. Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. Clínica y Salud. 2008; 19: 83-100.
28. Cloninger CR. Temperament and character inventory revised. Documento no publicado; 1999.
29. Fernández-Aranda, F. Inventario del Temperamento y el Carácter Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. Actas Esp. Psiquiatr. 2004; 1: 8-15.
30. Links PS, Eynan R, Heisel MJ y Nisenbaum N. Elements of affective instability associated with suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder. The Canadian Journal of Psychiatry. 2008; 53(2): 112-116.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras pacientes todo el aprendizaje aportado, sin ellas esta experiencia no hubiera sido llevada a cabo. Sus vivencias y cualidades únicas nos han ayudado a disfrutar del camino de acompañamiento realizado y nos sirve de motor para continuar desarrollándolo.

16.GRUPO DE AUTOAYUDA EN TRASTORNO BIPOLAR

Autor/es: ¹Isabel Illán Cano; ¹M^a Ángeles Ortiz Jiménez; ²M^a Teresa Bernal Canales

Profesión: ¹Enfermeras especialistas en salud mental; ²Psiquiatra

Centro de trabajo: CSM Infante Murcia

Introducción (Antecedentes, estado actual del tema...)

La mayoría de las personas, cuando se encuentran con problemas que demandan más recursos de lo que poseen para resolver o enfrentarse a una situación, buscan ayuda, ya sea de profesionales o a través de las redes sociales. Así obtienen apoyo, información y asistencia adecuada.

Se crean así movimientos asociativos en forma de organizaciones o grupos de autoayuda (Self-Help/ Mutal-Help Groups), como fuente de apoyo a individuos que han de enfrentarse a situaciones de crisis o de enfermedad.,

En el año 2011 se inician en el CSM Infante los grupos de psicoeducación para pacientes con Trastorno Bipolar.

Hasta el día de hoy, se han realizado un total de 5 grupos de 6 meses de duración cada uno, con una frecuencia semanal.

Se incluyen unos 15 pacientes por grupo, de los que suelen acabar una media de 8 pacientes.

¿Cómo surgió el grupo de autoayuda?

Al finalizar el segundo grupo psicoeducativo, surge por parte de los pacientes la petición de continuidad.

Se crea la necesidad de formar un grupo de autoayuda que este compuesto por personas con un problema o una experiencia común (trastorno bipolar) y su función es proporcionar ayuda y apoyo para enfrentarse a las dificultades con las que se encuentran.

Los pacientes se reúnen de forma periódica para compartir sus experiencias, discutir formas de afrontar los problemas, apoyarse mutuamente e identificar qué recursos comunitarios eran los más idóneos para resolver su situación.

Se origina así, un grupo abierto al que se van incorporando aquellos pacientes que voluntariamente deciden asistir cuando finalizan la psicoeducación sobre el trastorno bipolar que se realiza en este CSM Infante.

Método/Procedimiento

La población a la que va dirigida es: Paciente con T. Bipolar del área del CSM Infante que han realizado previamente el grupo de psicoeducación.

En el grupo participan una psiquiatra y dos enfermeras especialistas en salud mental.

Las sesiones son mensuales, de una duración de una hora y media.

En la actualidad asisten 14 pacientes pertenecientes a los 4 últimos grupos psicoeducativos.

Contenido de las sesiones:

- o Recordar medidas de prevención de recaídas.
- o Apoyo y contención individual en caso de descompensación dentro del grupo.
- o Resolución de problemas.
- o Incidir en temas de autocuidados aprendidos.
- o Temas abiertos y actividades a criterio de los propios pacientes (elaboración y publicación de un libro de recetas de cocina, celebración de fiestas de Navidad, Semana Santa ...)

Entre las actividades destacadas está la creación de un libro de recetas de cocina y su publicación.

Paralelamente se establecieron relaciones informales entre los miembros del grupo que quisieron seguir fomentando.

Surge así, una iniciativa espontánea con encuentros lúdicos fuera del ámbito sanitario.

No se definen como una asociación sino como un grupo de personas que a través de una enfermedad han compartido experiencias y con las que quieren seguir avanzando.

Se ayudan y apoyan cuando detectan un empeoramiento de uno de ellos: acuden a su casa, se comunican y quedan para animar a esta persona e incluso lo acompañan a su psiquiatra de referencia.

Es algo propio de ellos y el personal sanitario no interviene.

Entre las actividades que realizan fuera del CSM:

- Caminar semanalmente
- Meriendas en común
- Comunicación mantenida por teléfono, WhatsApp, facebook.
- Excursiones y barbacoas
- Reuniones en sus casas particulares

Resultados (si los hay o resultados esperados)

- Ø La evaluación ha sido positiva. La puesta en común de experiencias sobre la enfermedad amplía la percepción sobre la misma. Así, se hace posible la corrección de actuaciones erróneas y se fomenta el aprendizaje de formas más adecuadas de afrontamiento.
- Ø Los pacientes tienen mayor conciencia de enfermedad e implicación en su tratamiento y se sienten apoyados por sus propios compañeros. Los miembros del grupo comparten su experiencia actuando como paciente experto, brindan su ayuda a otros y a la vez aprenden de sus vivencias. Todo esto aumenta la sensación de bienestar personal y la autoestima.
- Ø En la mayoría de los pacientes disminuye el nº de ingresos y atención en urgencias al tener más posibilidades de detección precoz y apoyo.
- Ø Se sienten parte de un grupo de amigos y no únicamente de pacientes.
- Ø Sólo 2 pacientes han requerido ingreso en este tiempo.

Discusión /Conclusiones

Entre los recursos o beneficios básicos proporcionados por el grupo de autoayuda de T. Bipolar, se establecen los siguientes:

- a) Obtienen INFORMACIÓN sobre la enfermedad para saber cómo actuar en una situación de crisis tanto el paciente como sus familiares. El grupo se convierte en una estimable fuente de información sobre la manera de manejarse con la enfermedad.

- b) Ofrece a sus componentes un área y un momento donde puedan verse escuchados y comprendidos por los demás miembros del grupo y encontrar APOYO/SOPORTE EMOCIONAL en ellos; en definitiva, encontrar un espacio donde perciban que «no están solos».
- c) Tienen la oportunidad de AYUDAR A OTROS.

La obtención de información y soporte emocional son aspectos que por sí y en sí mismos suponen, o pueden inducir, un cambio respecto a la forma de percibir y manejar la enfermedad; incrementar las experiencias de afrontamiento y aumentar el bagaje de recursos personales, familiares y/o grupales.

En definitiva, los grupos de autoayuda que se ocupan de la salud proporcionan una serie de recursos encaminados a hacer frente a los problemas de adaptación suscitados directa o indirectamente por la enfermedad. A este respecto, pueden ser un importante complemento de los servicios de atención sanitaria y del soporte social que proviene de familiares y amigos.

Bibliografía

1. BROWN, B. B., «Social and Psychological Correlates of Help-Seeking Behavior Among Urban Adults», American Journal of Community Psychology, 1978, 6 (5), pp. 425-439.
2. Colom F. ; Vieta. E.; Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona. Ars Médica. 2004
3. IGARTUA, J. y otros, Enfermedad mental: Grupos de autoayuda e integración social, Vitoria, Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1994.
4. Iraurgi, N.; Basabe, J.; Igartua, D.; Paez, M.; Velorio J.; Grupos de autoayuda y enfermedad mental; Revista AEN. 1995; Vol. 15; Nº 52; 125-135.

Agradecimientos

A nuestros queridos pacientes por enseñarnos todos los días algo maravilloso y dejarnos compartir su experiencia.

17. Ocio saludable

Autor/es: ¹Josefa Martínez González, ²M^a Teresa Bernal Canales

Profesión: ¹Auxiliar de enfermería, ²Psiquiatra

Centro de trabajo: CSM Infante Murcia

Introducción

El manejo adecuado del ocio y del tiempo libre es una de las formas más idóneas de integración y realización propio de las personas afectadas por un trastorno mental grave.

No debemos olvidar que el ocio es un factor más en la calidad de vida de las personas, esto significa que debería ser abordado, en el caso de los enfermos mentales, dentro de los distintos programas y terapias de recuperación e integración social.

A través de las actividades de ocio no solo se relacionan con otras personas, lo cual contribuye al refuerzo de su personalidad, sino que también se pone al enfermo mental en confrontación con situaciones de convivencia social lo que genera claros beneficios.

Sin embargo, el ocio en enfermos mentales crónicos presenta algunas variantes que deben ser conocidas y tenidas en cuenta por quienes, precisamente, participan en la organización de actividades de tiempo libre.

Mientras que en las personas sanas las actividades de ocio se presentan como una alternativa relajante, en muchos casos para el enfermo mental crónico es un ocio obligado normalmente por su situación de incapacidad laboral.

Método/Procedimiento

El origen de este programa surge al detectar pacientes con buena adherencia al CSM pero aislados socialmente y con dificultad o negativa para acudir y participar en los recursos de RHB.

Se desarrollan dos actividades:

- Ø Grupo de caminar.
- Ø Grupo de labores y lectura.

La población a la que va dirigida es; paciente del CSM Infante con TMG y buena adherencia al centro que presentan aislamiento social y que no quieren o no pueden acudir a los centros especializados de rehabilitación.

El equipo es multidisciplinar, coordinado por psiquiatra, auxiliar de enfermería y colaboradores externos al CSM.

Los contenidos de los grupos son los siguientes:

- Ø Grupo de *labores y lectura*: Actividades lúdicas y labores artesanales en grupos reducidos (máx. 20 personas).
 - Lectura de relatos: Los profesionales o pacientes leen libros (cuentos y relatos cortos) seleccionados entre todos y luego se debate sobre lo que cada uno ha entendido.
- Ø Grupo *Camina*: Caminar durante una hora, ver exposiciones, ir a centros culturales, museos...

La periodicidad de los grupos es semanal y se realiza durante todo el año.

Resultados (si los hay o resultados esperados)

Desde nuestra experiencia nos gustaría destacar una serie de logros en los pacientes:

- Ø Mejora de las habilidades sociales, memoria (a través de la lectura), ansiedad e incluso el temblor secundario por efectos de la medicación (con la labor)
- Ø A través del *grupo Camina* se estimula la actividad física y se les ofrece un espacio donde relacionarse entre ellos, además de compartir experiencias sobre su evolución y estado actual
- Ø Los pacientes han ido demostrando un interés progresivo por el disfrute del tiempo libre
- Ø Aumenta su autosatisfacción y su autoestima
- Ø Se han incrementado y mejorado las relaciones interpersonales entre ellos
- Ø Observamos un mayor cuidado de su aspecto personal (aseo, vestimenta, etc.)

- Ø Ha aumentado su interés por lo que les rodea y su motivación para tener un papel más activo dentro de la sociedad
- Ø Mejora su calidad de vida

Discusión /Conclusiones

En general, se crea un espacio para reunirse y evitar el aislamiento, haciendo actividades conjuntas para asumir y repartir responsabilidades y compromisos.

Es como una “obligación” que les ayuda evitar aislarse durante los periodos críticos de su enfermedad.

De esta forma muchos pacientes están en mejor disposición para acudir posteriormente a los centros de rehabilitación especializados.

Gracias a estas iniciativas se puede detectar descompensaciones en los pacientes y prevenir recaídas.

La necesidad de programar estas actividades de tiempo libre contribuye a la potenciación de las personas con enfermedad mental grave a la vez que se van a prevenir otro tipo de conductas no adecuadas.

Bibliografía

1. Gisbert, C. (coord.), Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno mental severo, Madrid, AEN, 2003.
2. Tur Juan, Francisca; Armada, M^a. Jesús; González Aguilar, Deo y Segura Valero, Ana M^a; Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. Rev. AEN. 2006, vol.26, n.2; pp. 27-33.

Agradecimientos

A nuestros queridos pacientes por enseñarnos todos los días algo maravilloso y dejarnos compartir su experiencia.

MESA III: "COORDINACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL"

Moderador: M^a José Ignacio del Río

Profesión: Enfermera de Salud Mental

Centro de trabajo: CSM Adultos San Andrés

Los trastornos mentales, especialmente los graves conllevan múltiples consecuencias sociales, laborales, legales, educativas, etc. que deben ser consideradas componentes de la enfermedad y por tanto objeto de atención por parte de los servicios de salud mental en colaboración con los sectores implicados.

La coordinación de todos los sectores permite proveer prestaciones integradas lo que maximiza la eficacia y favorece la continuidad de cuidados, ofreciéndole al paciente una atención de mayor calidad en su conjunto. Debemos pensar la actuación desde longitudinalidad con el fin de atender las necesidades de los usuarios aunque sin dejar de lado los mecanismos de coordinación transversal.

La mayoría de las CCAA mantienen espacios de cooperación y coordinación con: Educación, IMAS, Bienestar Social, Justicia, Empleo, Agencia anti droga, Ayuntamientos, Instituciones Penitenciarias, Asociaciones de pacientes y familiares, etc.

Respecto a la ley de autonomía del paciente las CCAA tienen definidas las valoraciones y características para la aplicación de dicha ley aunque deberemos seguir profundizando en la misma.

18.CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TMG: Experiencias de Coordinación entre Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental.

Autor/es: ¹Lidia Franco López, ²Inmaculada Martínez Tudela, ³María Isabel Ortuño Pascual, ⁴José Joaquín García Arenas, ⁵Jesús O. Valera Bernal, ⁵Ascensión Albacete Belmonte, ⁶Gonzalo Pérez López, ⁶Carlos Olivan Roldán.

Profesión: ¹Enfermera especialista en Salud Mental, ²Trabajadora Social, ³Enfermera, ⁴Terapeuta ocupacional, ⁵Psicología clínica, ⁶Psiquiatría.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Lorca.

Introducción:

El Trastorno mental grave (TMG) se entiende como un trastorno de evolución habitualmente crónica y discapacitante, el cual engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con cierta persistencia en el tiempo y que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada (1). Esta situación implica la necesidad de trabajar diversas áreas de la persona, haciendo preciso incorporar intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y rehabilitadoras, además de la farmacológica (2).

Los pacientes con TMG tienen una mortalidad por enfermedades cardiovasculares un 15% más elevada que el resto de la población (3). Como consecuencia de su patología mental, los efectos de la medicación que toman y los estilos de vida poco saludables que llevan, presentan con frecuencia factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Esto se debe a que la atención del paciente con TMG se centra en su patología mental y se lleva escaso control sobre dichos factores. Las tasas relativas de incidencia y

prevalencia tanto de diabetes como de síndrome metabólico, son de 2 a 4 veces superiores en los pacientes con TMG que en la población general (4).

El tratamiento farmacológico es uno de los pilares fundamentales en la evolución de este trastorno, sin embargo la mayoría de publicaciones sitúan el incumplimiento terapéutico alrededor del 50% (5,6). Las dos principales causas de incumplimiento son la falta de conciencia de enfermedad y el rechazo a los efectos secundarios que conlleva el tratamiento.

Muchos pacientes tienen dificultad para desplazarse con la frecuencia requerida al centro de salud mental para seguir tratamientos inyectables de larga duración, por lo que prefieren acudir a su centro de salud (7). También es una forma de normalizar el tratamiento de una enfermedad crónica como tantas otras, atendiéndolos en las consultas programadas de enfermería de atención primaria.

Como consecuencia de su patología mental, la atención integral a las personas con TMG implica un abordaje de las consecuencias sanitarias, sociales, laborales, educativas y legales, considerados componentes de la propia enfermedad (8). Todo ello conlleva una actuación de diferentes recursos socio sanitarios y de diferentes profesionales tanto del Centro de Salud Mental (CSM) Atención Primaria (A.P.) y Servicios Sociales en colaboración con todos los sectores y profesionales implicados.

ATENCIÓN PRIMARIA- CENTRO DE SALUD MENTAL:

En el año 2010 se implantó en Lorca el Protocolo de Continuidad de Cuidados. A consecuencia de la implantación de este protocolo, surgió el proyecto INTEGRAME, que se define como el proyecto de mejora del manejo de pacientes con TMG que son atendidos por AP.

Los objetivos principales de este proyecto son:

- Ø La implantación de la continuidad de cuidados y adherencia al tratamiento por enfermería.
- Ø La mejora en el control y diagnóstico de los factores de riesgo y enfermedades físicas por los médicos de familia en los pacientes con TMG.

SERVICIOS SOCIALES-CENTRO DE SALUD MENTAL:

En Junio de 2013 se celebró en Lorca el I Encuentro socio sanitario denominado “La mejora en la atención de las personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias”. En este encuentro participaron responsables, técnicos de la Consejería de Sanidad y Política Social, Centro de Salud Mental de Lorca y Unidad de Salud Mental de Águilas, Centro de Servicios Sociales de Lorca, Águilas, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo, Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental: Asofem, Afemto, Afemac, Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (ISOL), NYPACOL y Buen Camino (8).

En una de las conclusiones elaboradas en este encuentro, se concretó en la necesidad de establecer mecanismos y protocolos de coordinación entre las instituciones implicadas en la atención a las personas con TMG y/o Drogodependencias. Para ello se planteó como actuaciones concretas la constitución de comisiones de trabajo, con una estructura permanente, carácter técnico, representadas por la totalidad de instituciones y entidades, con la participación de técnicos del Área y de la Administración Regional y a su vez respaldadas institucionalmente, estableciendo niveles de coordinación diferenciados (8).

Procedimiento:

En el **proyecto INTEGRAME** se llevaron a cabo una serie de intervenciones:

- o La primera de ellas, fue la jornada de formación de formadores, dónde psiquiatría y enfermería de CSM presentaron el protocolo de continuidad de cuidados al resto de profesionales de AP.
- o La segunda, tercera y cuarta intervención se llevaron a cabo en AP, dónde se realizaron dos sesiones para la formación del resto de profesionales sanitarios. Se efectuó un trabajo de campo donde cada profesional aplicó la intervención en un paciente con TMG y posteriormente se realizó una puesta en común entre los profesionales de las dificultades e impresiones que habían tenido con la aplicación del programa.
- o Para finalizar, en la quinta sesión cada centro expuso un resumen de los casos de su centro de salud, intercambiando las experiencias con el resto de los

centros y sistematizando la información para mejorar la identificación y control de factores de riesgo, el riesgo de recaídas y la adherencia al tratamiento.

Para el inicio de la **coordinación Socio Sanitaria en el Área III**, concretamente en el municipio de Lorca, se realizaron reuniones entre el Coordinador del Centro de Salud Mental y la Trabajadora Social del CSM responsable de la Coordinación Socio Sanitaria, con el Coordinador del Centro de Servicios Sociales de Lorca, cuyo objetivo fue definir líneas de actuación conjuntas entre ambas instituciones, asignar responsables técnicos de la coordinación y puesta en marcha de la comisión de trabajo.

A continuación se desarrolla una de las Comisiones de Trabajo creadas en Febrero de 2014 por los responsables técnicos de la coordinación del Centro de Servicios Sociales y Centro de Salud Mental (U.T.S, Dependencia, Acompañamiento para la inclusión Social y Centro de Salud Mental):

Comisión de Gestión de casos, definida como un grupo de trabajo formado por profesionales del Centro de Salud Mental y Centro de Servicios Sociales para la gestión y tratamiento individualizado de los casos.

La población atendida en esta Comisión, responde al perfil de personas con Trastorno Mental Grave que puedan encontrarse en situación de exclusión Social, con hijos menores a su cargo en posible situación de riesgo social y/o en situación de dependencia.

En esta comisión participan los profesionales de los siguientes programas de Servicios Sociales.

- U.T.S
- Dependencia.
- Acompañamiento para la Inclusión Social.

Y los profesionales de los programas Centro de Salud Mental:

- Infanto-Juvenil.
- Adultos.
- Rehabilitación.
- Asertivo-Comunitario.

Esta Comisión se reúne mensualmente en el Centro de Servicios Sociales y/o Centro de Salud Mental de Lorca. Si los Casos precisan una actuación urgente, se establecerán contactos telefónicos y/o reuniones con los profesionales implicados.

- Ø El método de trabajo para los casos que van a ser atendidos, requerirán: Una valoración sociofamiliar del paciente con TMG.
- Ø Información al paciente y/o representante legal sobre la coordinación con el Centro de Servicios Sociales y con la consiguiente firma para la recogida y tratamiento de sus datos.
- Ø Inscripción del paciente candidato en el Censo Socio Sanitario (responsable Trabajadora Social del Centro de Salud Mental adscrita al programa de adultos).

Realizada esta primera parte, se propone al responsable técnico de la comisión (trabajadora social del Centro de Salud Mental- Programa de Adultos y/o Técnico responsable-coordinación de Servicios Sociales) los casos a valorar con una semana de antelación para su posterior asignación al profesional de referencia de Programas de Servicios Sociales y/o Salud Mental.

Resultados

Desde la implantación de la Coordinación entre AP y SM y del proyecto INTEGRAME, hemos observado que ha habido tanto beneficios a nivel del paciente como a nivel sanitario.

Entre los beneficios encontrados en el paciente, se han detectado un mayor control del tratamiento y de su salud, por lo tanto, una mejora en la calidad de vida de éste, debido a que son tratados en AP en consultas programadas, por lo que se reserva un espacio, tiempo e intimidad necesaria para una mejora asistencial, se normaliza la atención y disminuye el estigma social hacia estos pacientes, existiendo una mejor accesibilidad de los pacientes por la cercanía a su CS.

Entre los beneficios encontrados a nivel sanitario, se ha detectado una disminución de ingresos hospitalarios y del número de consultas psiquiátricas innecesarias, debido ambas al mejor seguimiento del paciente; una mayor comunicación entre los distintos niveles asistenciales, repercutiendo en la mejora asistencial del paciente, menor estrés laboral y mayor seguridad para los profesionales

sanitarios. Para ello se ha realizado la formación sobre la detección precoz de los síntomas de crisis y sobre el TMG en general.

Desde la implantación de la **Coordinación Socio-Sanitaria** y la creación de la **Comisión de Gestión de casos**, se han atendido, desde Marzo hasta Diciembre de 2014 un total de 41 personas con TMG.

23 TMG en Situación de Exclusión Social.

12 TMG en situación de dependencia.

5 TMG con menores a cargo.

1 TMG con Patología Dual.

Conclusiones.

Se puede concluir, como se ha indicado al inicio de este documento, que tanto el **Proyecto INTEGRAME** como la **Coordinación Socio Sanitaria** es importante para una atención integral a las personas con TMG, implicando para ello, a todas las instituciones sanitarias y sociales del Área III de Salud.

Hacer mención a que la comisión de trabajo creada en el municipio de Lorca (Salud Mental, Atención Primaria y Servicios Sociales), ha permitido:

- Ø Atención integral al paciente y/o usuario y su implicación en todo el proceso, convirtiéndolo en agente activo en sus decisiones, evitando un continuo peregrinaje por los distintos recursos y servicios.
- Ø Mejoría de la eficiencia de los servicios, evitando la fragmentación de éstos que dan lugar a la duplicidad de actuaciones.
- Ø Ofrecimiento al paciente y/o usuario de una visión de trabajo en equipo ante sus necesidades socio sanitarias.
- Ø Priorización de los casos más graves.
- Ø Detección de situaciones de exclusión social en otros miembros de unidad familiar.
- Ø Agilización en el trámite de solicitud de dependencia.
- Ø Acuerdos sobre recursos de dependencia más idóneos.
- Ø Organización de agendas y horarios para las gestiones conjuntas.

- Ø Utilización de dos huecos disponibles de agenda para que la primera consulta programada en AP a pacientes con TMG sea más extensa y de mayor calidad.
- Ø Asignación de una enfermera de referencia en el CSM para cada caso clínico, dependiendo del psiquiatra responsable.
- Ø Asignación de un teléfono corporativo ubicado en un despacho de enfermería del CSM, el cual facilitará la accesibilidad en la coordinación entre los diferentes dispositivos.

Bibliografía:

1. Celdrán Lorente, Josefina, Martín García-Sancho, Julio C. et al. Proceso de Continuidad Asistencial a pacientes con problemas de Salud Mental. [Informe]. 2014
2. Martín JC, Aznar JA, Balanza P Castillo MD, Del Toro M Martínez I, Martínez-Artero MC, Moreno J, Pujalte ML, Salmerón JM, San Llorente C, Sánchez R, Serrano F, Viñas R. (2009) Guía de práctica clínica del tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Servicio Murciano de Salud. Murcia
3. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease, American Heart Journal, 150, 6, 1115-1121.
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarría Santamera A, Alcázar Alcázar R, Amate Blanco JM. "Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios". IPE 58/09. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Julio de 2009
5. García Cabeza, Factores predictores del cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia. 1998. 4º curso anual de la esquizofrenia. Madrid.
6. Primer consenso clínico español de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia (8-4-2007).
7. Martín García-Sancho, Julio C., Martínez Liarte, Mª Dolores, Martínez Guillén, Rafaela et al. Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento intramuscular. [Informe]. 2012

-
8. Encuentro Socio-sanitario. La mejora de la atención de las personas con trastorno mental grave y drogodependencia. Área III de Salud. Conclusiones. [Libro]

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado a la participación del presente trabajo, en especial a la Subdirección General de Salud Mental por el ánimo y apoyo recibido, para nuestra participación en las I Jornadas sobre Buenas Prácticas en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

También nos gustaría agradecer a los Centros de Servicios Sociales de Lorca, y Puerto Lumbreras por su implicación, participación y colaboración para la puesta en marcha de este modelo de Coordinación Socio Sanitaria implantado durante el año 2014. Así como a todos los Centros de Atención Primaria del Área III de Salud para el desarrollo del Proyecto INTEGRAME.

19. MUJER Y CLIMATERIO: UNA EXPERIENCIA GRUPAL ENTRE AP/SM

Autora: Juana María Martínez Berbén

Profesión: Trabajadora Social del Centro de Salud Mental Infante Don Juan Manuel

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental Infante Don Juan Manuel de Murcia

Introducción (Antecedentes, estado actual del tema...)

El climaterio es el proceso por el cual la mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo.

Se trata de un periodo de transición que se extiende durante varios años. El proceso se desencadena antes y después de la menopausia (que es el cese de la menstruación en la mujer).

Los síntomas del climaterio aparecen con manifestaciones muy diversas. Cada mujer reacciona de forma muy distinta a este cambio.

Hay mujeres que no sienten ningún tipo de molestias, otras perciben síntomas leves y otras en las que las molestias son muy fuertes y afectan a su día a día.

Los síntomas más frecuentemente referidos por las mujeres son los vasomotores (sudores y sofocos), síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad) síntomas urinarios, etc....

La transición de la edad reproductiva a la no reproductiva que se debe considerar como un proceso normal en la mujer, se convierte a veces en un periodo difícil para la mujer por la falta de conocimiento y por la connotación negativa con la que es considerada esta etapa por la sociedad.

Cada mujer vive los cambios que se producen en esta etapa según su situación personal, entorno familiar, laboral, amistades etc...

Este proceso está no solo relacionado con los cambios hormonales y fisiológicos si no también con la historia personal y los factores socioculturales de cada mujer.

En esta etapa coinciden diversos factores estresantes que afectan a las mujeres: pérdida o enfermedad de familiares cercanos, aparición de enfermedades crónicas, jubilación, síndrome del nido, viudedad, etc....

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La OMS define la educación para la salud como “actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y de desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan la salud”.

Desde 1999 se viene desarrollando en el Centro de Salud Infante Don Juan Manuel de Murcia una experiencia grupal con mujeres que están en la etapa del climaterio. Se trata de un proyecto de prevención de la salud que se plantea el climaterio como tema central de sus actividades.

El Centro de Salud Mental está ubicado en la planta baja del centro de salud de atención primaria. Esto ha permitido la realización de actividades conjuntas.

La idea partió de las Trabajadoras Sociales del Centro de Salud Mental, Centro de Salud y la Trabajadora Social de participación comunitaria del Centro de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia”.

Nos planteamos programar alguna actividad de promoción para la salud en mujeres que están en la etapa del climaterio.

Nos centramos en el malestar biopsicosocial de las mujeres de estas edades que estaban siendo atendidas en los centros de salud de atención primaria, en los Servicios Sociales Comunitarios y/o en los Centros de Salud Mental por procesos ansiosos, depresivos o psicosomáticos y que en algunas ocasiones ya se encontraban en tratamiento tomando ansiolíticos y/o antidepresivos.

Por otra parte, en los Centros de Salud Mental de la Red de Salud Mental de la Región de Murcia se ha producido en los últimos años un aumento de las consultas realizadas por mujeres en esta franja de edad (45-55 años).

Por todo lo expuesto anteriormente, surge la idea de realizar un proyecto de intervención enfocado a la mujer que se encuentra en esta etapa en forma de talleres de Educación para la Salud.

El objetivo general es contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer en la etapa del climaterio aumentando conocimientos y capacidades tendentes a promover estilos de vida saludables y a prevenir factores de riesgo.

Objetivos específicos:

- Ø Incrementar los conocimientos en torno al climaterio.
- Ø Modificar la visión negativa del climaterio.
- Ø Disminuir el nivel de ansiedad.
- Ø Formar grupo de autoayuda.

Destinatarios:

Mujeres que pertenecen al área de salud de referencia que se encuentran en la etapa del climaterio.

Es importante que la mujer aprenda a vivir de manera positiva esta etapa de la vida. Para ello necesita conocer los cambios que se producen en este proceso de envejecimiento natural.

Con esta actividad grupal de promoción para la salud se pretende el fomento de hábitos saludables, la información y el intercambio de experiencias personales.

El trabajo grupal es la forma más eficaz de promover cambios en las actitudes, conductas y emociones a través del intercambio de experiencias.

Método/Procedimiento

Cada grupo consta de 15 sesiones de educación para la salud con una duración de dos horas.

La primera hora se dedicó a transmitir información y la segunda a analizar las experiencias personales utilizando dinámicas de grupo.

Se llevó a cabo de forma interdisciplinar contando con la colaboración de distintos profesionales del Servicio Murciano de Salud y del Ayuntamiento de Murcia: médicos de atención primaria, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, sexóloga, etc....).

El grupo facilitara la comunicación e interacción entre las asistentes.

El grupo es cerrado para facilitar el ambiente de diálogo y trabajo conjunto. El número ideal de participantes es 15 no debiendo superar nunca las 20 mujeres.

Captación y selección

El personal del centro de salud cuando detecta una paciente que pueda beneficiarse de este taller la deriva a la Trabajadora Social.

La Trabajadora Social mediante una entrevista valora la idoneidad de esta actividad de educación para la salud por la falta de conocimientos sobre este proceso.

Se seleccionan participantes con un perfil similar que permiten la formación de un grupo homogéneo.

Aunque el proyecto se inició como una experiencia entre los tres organismos, se consolidó al poco y actualmente estos talleres están incluidos en la programación permanente del Centro de Salud.

Se hace un grupo al menos al año, normalmente en el primer trimestre.

Las sesiones desarrolladas son:

1. AUTOCONOCIMIENTO Y EXPECTATIVAS DE GRUPO.

La primera sesión va destinada a que las mujeres se conozcan, para lo cual utilizamos técnicas de presentación. Se trabajan las normas grupo, los objetivos del taller.

Se intenta motivar a las mujeres para que se sientan cómodas y puedan resolver dudas y compartir experiencias.

2. CAMBIOS FÍSICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS.

La reducción de los estrógenos producen unos cambios en la mujer: sofocos, cefaleas, insomnio, osteoporosis, etc....

En esta sesión las mujeres reciben información sobre los cambios físicos y los tratamientos médicos que existen.

3. FISIOTERAPIA PREVENTIVA.

Los cambios que se producen en esta etapa en el aparato urinario afectan a las mujeres. En esta sesión se exponen todas las técnicas de rehabilitación del suelo pélvico.

4. EJERCICIO FÍSICO E HIGIENE POSTURAL.

El ejercicio físico es fundamental y ayuda a detener la descalcificación de los huesos. El tratamiento hormonal se debe de acompañar de un ejercicio físico continuado.

5. ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

La importancia de una alimentación saludable en esta etapa de la mujer para prevenir el sobrepeso y fomentar hábitos saludables.

6. EXPLORACIÓN MAMARIA.

En esta sesión se les orienta a las mujeres sobre las pruebas ginecológicas y la importancia de estas para prevenir posibles enfermedades graves.

7. RELAJACIÓN.

La sesión de relajación es fundamental para que las mujeres aprendan técnicas de relajación que les permitan disminuir su nivel de ansiedad.

8. CAMBIOS FAMILIARES Y EMOCIONALES.

Coinciden en esta etapa cambios importantes en la mujer como son el cuidado de personas mayores o pérdidas, “nido vacío”, enfermedades crónicas, etc...que incrementan la aparición de trastornos psiquiátricos.

Las mujeres se quejan de cambios de humor, irritabilidad, insomnio, síntomas ansioso-depresivos, fallos de memoria, etc....

Se ofrecen consejos sobre cuidar y cuidarse: tiempo para sí, compartir cuidados, etc....

Es muy importante la comprensión y el apoyo de la pareja y la familia en esta etapa de la vida.

9. SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS I.

La menopausia es solo el fin de la capacidad reproductiva, no de la capacidad de sentir que nos acompaña durante toda la vida.

Se tratan los cambios que a nivel sexual producen la caída de estrógenos: pérdida de la libido, sequedad vaginal, etc....

Se trabajan las relaciones de pareja, familiares, etc....

10. VIOLENCIA DE GÉNERO.

Esta sesión se incorporó al cabo de algunos años de realizar los talleres, ya que en muchos grupos aparecía alguna mujer que presentaba este problema.

11. SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS II.

Es una etapa para descubrir nuevas formas de vivir la sexualidad.

Es una etapa que además de cambios físicos trae consigo cambios en la esfera emocional. A veces se produce en algunas mujeres una crisis vital. Otras mujeres la viven con cierta liberación al perder el miedo a un embarazo no deseado.

12. CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LA MUJER.

En esta sesión se trabaja la importancia del cuidado de la mujer tanto físico como psíquico. Se incide en estilos de vida saludables, la aceptación de la situación personal y las medidas de autocuidado.

Se insiste en cuidarse para seguir cuidando.

13. SINDROME METABÓLICO.

En esta sesión se tratan los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares.

14. DIABETES.

Este proceso de cambio hormonal puede provocar alteraciones en los niveles de glucosa en sangre.

Se dan consejos para prevenir la diabetes o llevar un mejor control de esta.

15. RECURSOS SOCIALES PARA LA MUJER.

En la última sesión se detallan los recursos sociales y de ocio y tiempo libre que existen en el Municipio y en la Región de Murcia. Se motiva a las mujeres para que realicen actividades sociales, deportivas, de ocio y tiempo libre que aumenten su calidad de vida.

Se hace un resumen de todo lo tratado en los talleres y se realiza una evaluación global.

Evaluación:

La evaluación se realiza a través de cuestionarios de valoración elaborados para los talleres:

- Ø Cuestionarios evaluativos en cada sesión en la que se evalúa la asistencia de las mujeres, el docente que imparte la sesión, el material distribuido en la sesión, aspectos a incorporar en la sesión, etc....

- Ø Cuestionario final, sobre gestión y organización del curso, en el que las participantes evalúan el aula, los materiales distribuidos, temas que le interesen y no hayan sido tratados, etc....

Gracias a esta evaluación hemos podido incorporar nuevos temas a tratar elegidos por las participantes.

Las mujeres descubren en el grupo que cada una de ellas vive esta etapa de manera distinta y que va a depender mucho de los apoyos que tengan.

Resultados

Se han realizado unos 16 talleres de educación para la salud en el que han participado más de 225 mujeres que estaban en la etapa del climaterio.

En la mayoría de los grupos realizados se ha formado un grupo de autoayuda, pues un número de participantes han seguido quedando para llevar a cabo alguna actividad de ocio y deporte con lo positivo que resulta para ellas.

Discusión /Conclusiones

Las actividades grupales favorecen el intercambio de experiencias con lo positivo que puede llegar a ser para las participantes.

Ante el desconocimiento de esta etapa, la mujer obtiene mediante la actividad grupal una mejoría de sus síntomas al obtener herramientas para afrontar mejor esta etapa.

Las mujeres sienten que han aprendido de la experiencia suya y de las demás. Afrontan esta etapa con más seguridad al tomar conciencia de lo que le está pasando y que pueden hacer para mejorar su situación personal.

Las participantes refieren que el hablar con otras mujeres que están pasando por lo mismo les ayuda para relativizar sus problemas. Y sienten que el grupo es un espacio donde se respeta a cada miembro.

Las mujeres perciben que su situación no es única y que tiene mucho en común con otras.

Muchas mujeres después de la realización de este grupo han desarrollado muchas habilidades personales que han influido positivamente en sus relaciones cotidianas con sus parejas, hijos y demás familiares.

En algunas ocasiones esta actividad preventiva ha evitado la derivación desde Atención Primaria a Salud Mental y en otras ocasiones se ha producido el alta de pacientes que estaban acudiendo a Salud Mental.

Bibliografía (en estilo Vancouver)

1. Perez Jarauta, MJ.: Echauri Ozcoidi, M. En la madurez...Guía educativa para trabajar con mujeres. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. 1996.
2. Matas Pita, L., Martín Blanco P., Martínez Berbén, J.M. Experiencia de Trabajo Social Comunitario y Educación para la Salud. En Libro de mesas redondas y comunicaciones libres del IX Congreso de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Santiago de Compostela 2000. Pag. 229-233.
3. Instituto de la Mujer. Guías para la Salud.2009.

Agradecimientos

A los profesionales que han participado en la coordinación y el desarrollo de los talleres y a las mujeres que han pasado por ellos y han aportado su experiencia personal.

20.PROGRAMA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN CSM I-J CARTAGENA

ELEGIDA MEJOR COMUNICACIÓN DE SU MESA



Autor/es: ¹Déborah López Marco. Psiquiatra; ¹Ángeles Díaz-Caneja Greciano;

Profesión: ¹Psiquiatra

Centro de trabajo: CSM Infanto/Juvenil Cartagena

Introducción/ Justificación

En la Región de Murcia se dispone de un protocolo de coordinación de las actuaciones sanitarias y educativas para la detección e intervención del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este programa ha sido desarrollado en colaboración con los colectivos de Educación, Atención Primaria y Salud Mental infanto-juvenil (CSMI-J).

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un conjunto de alteraciones que afectan al desarrollo infantil. La manifestación de estas alteraciones varía mucho de un niño a otro, de ahí que se hable de un “espectro”; y es importante tenerlo en cuenta para la detección y para la intervención. El TEA suele manifestarse antes de los tres años. Incluso en el primer año de vida ya pueden aparecer señales de alarma. Una de las dificultades que existen para realizar el diagnóstico es que la sintomatología autista va cambiando, en muchos casos, con la edad. Se observa una variación sintomática a medida que el niño crece, lo que dificulta el diagnóstico.

El Protocolo TEA implantado desde el año 2013 es una herramienta de coordinación y detección precoz de estos trastornos que abarca desde los 0 a los 16 años de edad. En el protocolo intervienen tanto los Servicios Sanitarios como los Servicios Educativos. El objetivo es que el pediatra o médico de familia, en base a unos indicadores de alarma (escalas como el M-Chat e indicadores de riesgo), detecte un posible caso de TEA y lo derive al dispositivo específico de CSMI-J.

En el protocolo se estableció derivación directa a CSMI-J a niños por encima de 12 meses de edad sin sospecha de neuropatología. Los menores de 12 meses se derivan directamente a Neuropediatría. (fig.1)

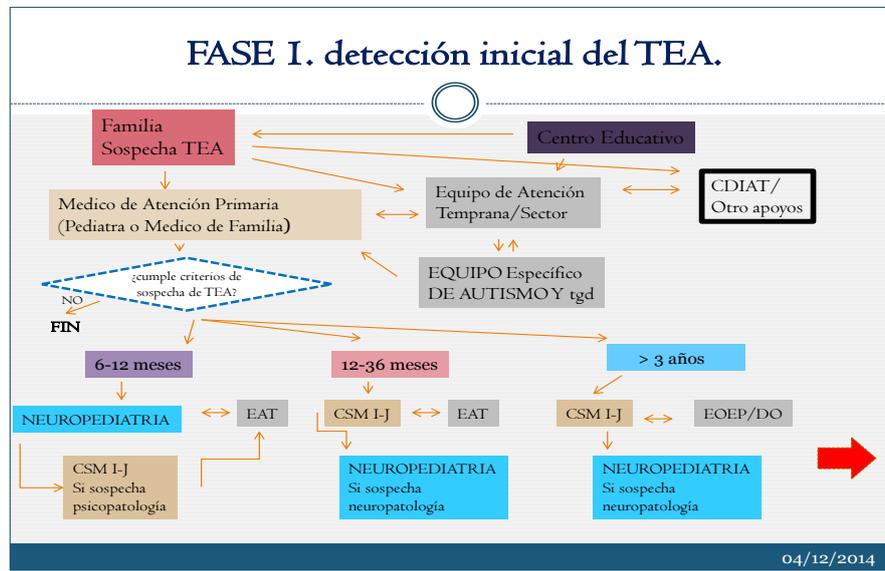


Fig.1 Protocolo TEA.

Una vez en el CSM-IJ se realiza acogida y tras valoración por el profesional de salud mental se confirma o no el diagnóstico y se emite informe de devolución al pediatra o medico. Si el diagnóstico es positivo para TEA se emite informe para el pediatra y para el Equipo de Orientación de Educación Primaria (EOEP) o Departamento de Orientación en Educación Secundaria con el fin de establecer las medidas de intervención pertinentes a nivel escolar.

A modo resumen, se expone en la siguiente figura (figura 2). El modelo de detección e intervención entre diferentes organismos implicados en el TEA.

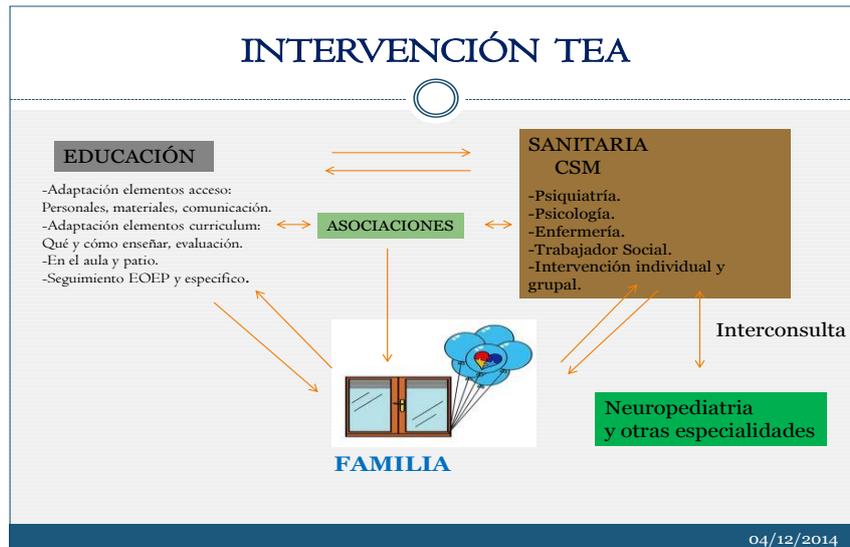


Figura 2. Intervención TEA.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cartagena está formada por cuatro psiquiatras a tiempo completos y un psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogos clínicos, un trabajador social y una enfermera. El Programa Infanto-Juvenil atiende a niños de 0-15 años de edad cubre el área II y área VIII de salud.

Con la implantación del Protocolo, los pediatras de Atención Primaria derivan a los niños con sospecha de TEA de forma preferente, cuya valoración se realiza antes de un mes de la fecha de derivación.

La valoración inicial es realizada principalmente por psiquiatría que confirma el diagnóstico. Durante el diagnóstico si existe sospecha de causa orgánica, se deriva el niño a Neuropediatría. Si no ha sido valorado previamente por el EOEP, se realiza una petición de valoración a través del informe entregado a los padres.

Una vez confirmado el diagnóstico, el enfoque de la intervención multidisciplinar e individualizado.

La trabajadora social del equipo informa a la familia de los recursos y ayudas de los que se pueden beneficiar. Si hubiera problemas de alimentación, control esfínteres, conducta se deriva a enfermería especialista en salud mental para intervención.

Si hubiera problemática emocional, o familiar se deriva a psicología. El psiquiatra realizará revisiones periódicas en las cuales se supervisan intervención, seguimiento y valoración de si precisa tratamiento farmacológico. Enfermería realiza talleres de alimentación, hábitos de sueño y manejo de conducta y programa psicoeducativo.

Desde el año 2013 ante la necesidad de las familias y del niño de recibir un tratamiento más integral en nuestra Unidad se lleva a cabo grupos tanto para familiares (especialmente padres y cuidadores) como para los niños:

Para padres:

- Ø Grupo Psicoeducativo para Padres: diagnóstico reciente. 6 sesiones. Realizado por Enfermería, trabajador social y psiquiatría. Inicio Abril 2013, 1 hora /quincenal.
- Ø Grupo de Apoyo (emocional): Quincenal dirigido psiquiatra y trabajadora social. Dirigido a padres cuya finalidad es compartir experiencias y apoyo.
- Ø Grupo de padres básico.
- Ø Para niños.
- Ø Habilidades Sociales. Centrados en la Teoría de la Mente.

Inicio en 2013, quincenal, 1 hora.

Actualmente se realizan 3 grupos:

- Ø Niños de 9-12 con diagnóstico de Asperger.
- Ø Niños de 9-12 años con diagnóstico de TEA.
- Ø Adolescentes de 12-16 diagnóstico de TEA.

Es importante la coordinación multidisciplinar con el EOEP/Departamento de Orientación, Neuropediatría, Servicios Sociales, Asociaciones Específicas de TEA) bien telefónicamente o se programan reuniones con los EOEPs y los pediatras de Atención Primaria, con los pediatras de atención Especializada a través de la interconsulta y sesiones clínicas realizadas en el hospital.

El objetivo de este estudio es describir valorar cómo se realiza la implantación del protocolo de TEA en nuestra unidad desde su publicación en 2013.

Método/Procedimiento

El *diseño* es un estudio descriptivo.

Duración: de enero a junio de 2012, 2013 y 2014,

Variables: edad, sexo, procedencia y aplicación del protocolo en AP, diagnóstico e informe en CSMI-J, intervención en CSMI-J, si reciben intervención externa (neuropediatría, asociacionismo).

Población Diana:

- Ø Niños y adolescentes de 0-16 años y sus familias,
- Ø que acuden a acogida del CSM por primera vez
- Ø con diagnóstico posterior confirmado de TEA, de las Áreas sanitarias II y VIII
- Ø Derivados por pediatría o interconsulta por sospecha de TEA.

Resultados

El número de pacientes derivados por sospecha de TEA aumentó en el primer año del protocolo de TEA (Fig.3). La derivación a partir de 2013 procede de AP o del EOEP observándose un descenso de derivación de neuropediatría en 2014 (Fig.4)

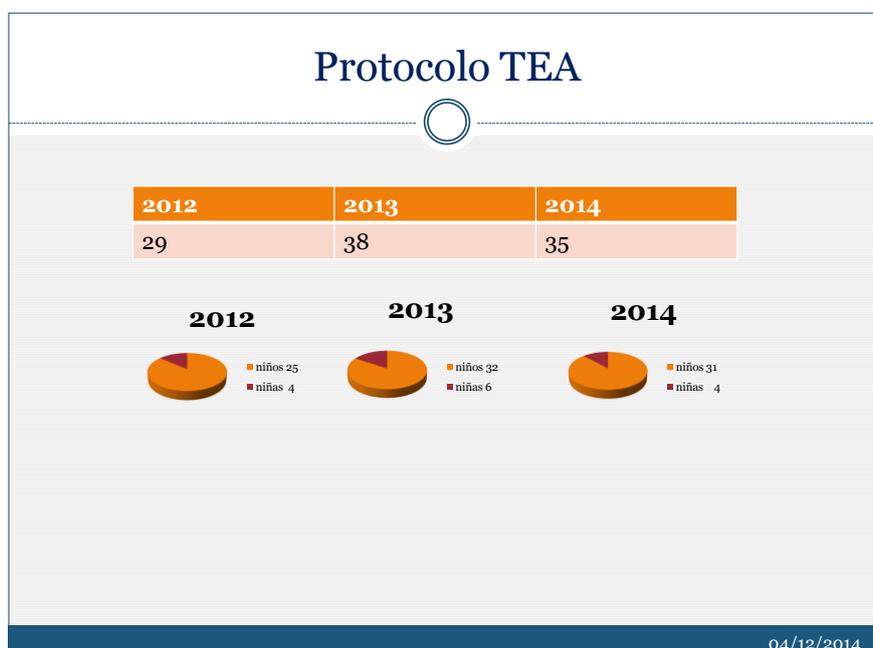


Fig. 3 Numero pacientes atendidos y diagnosticados de TEA. (Enero a Junio).

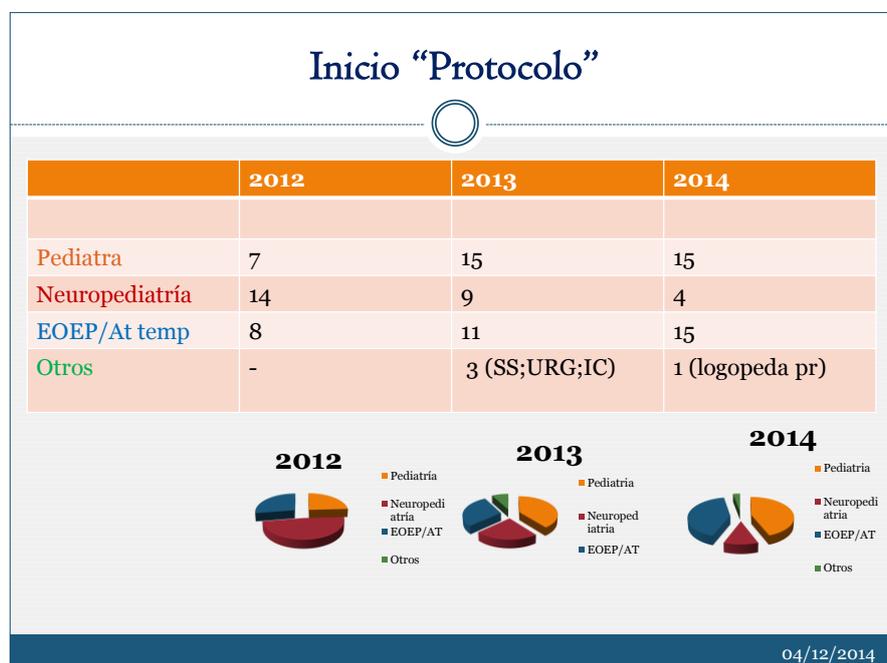
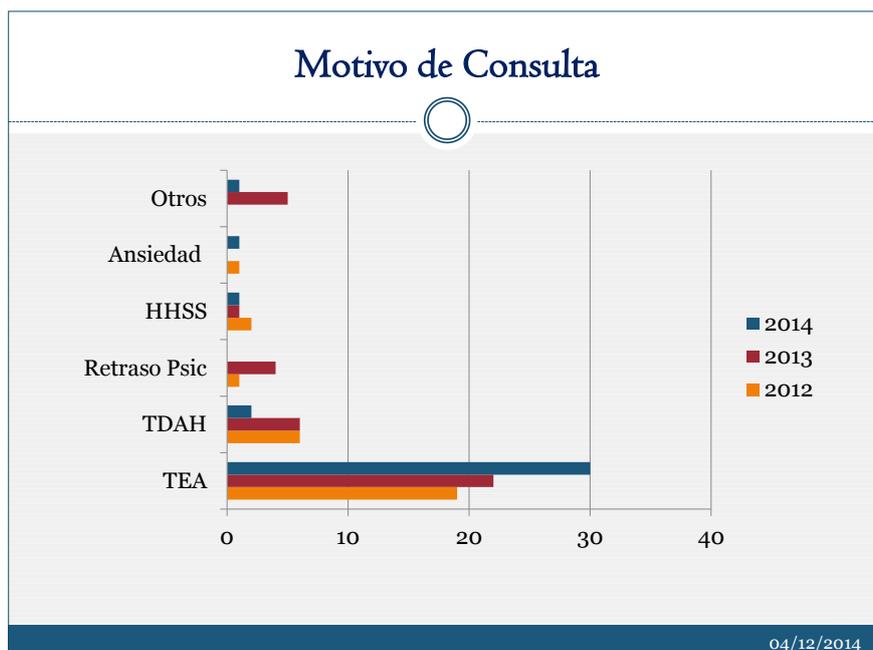
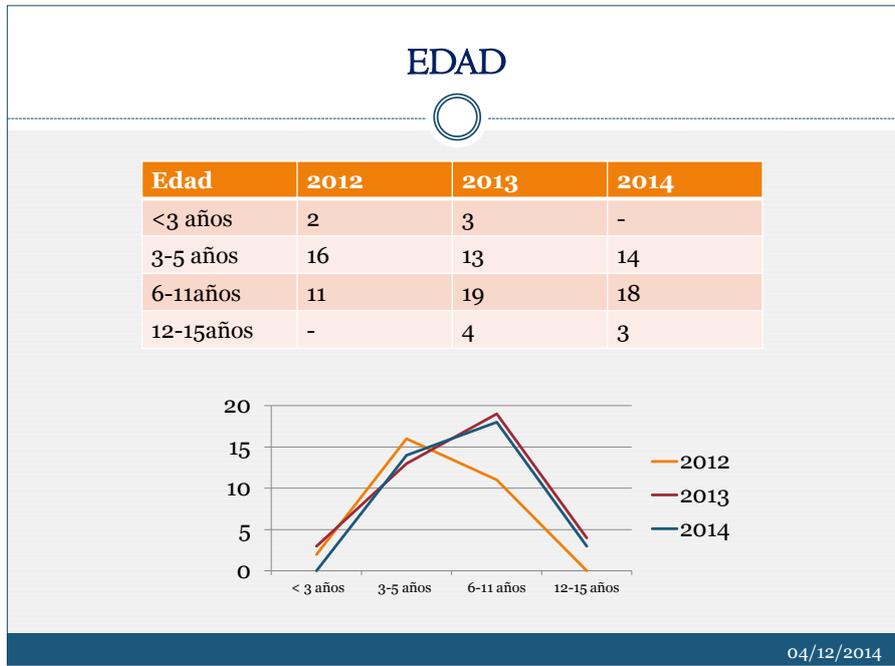


Figura 4.

En la mayoría de los casos el motivo de consulta era sospecha de TEA pero hubo algunos casos que fueron derivados por sospecha de TDAH y posteriormente se confirmó el diagnostico de TEA **(Fig. 5)**



En cuanto a la edad de los niños derivados, se observó que aumentó el grupo de mayores de 3 a 11 años reduciéndose a cero la derivación de niños menores de 3 años en el año 2014 **(Fig. 6)**



En cuanto al informe de devolución, se observó mejoría en su realización a partir de 2013 **(Fig. 8)**



Figura. 8. Realización de informe de devolución a pediatría con diagnóstico.

En la Fig. 9 se recogen la implicación de asociaciones en la intervención de estos niños. Se ha notado cierto descenso en el año 2014.



Figura 9. Pacientes diagnosticados de TEA que acuden a asociación.

Discusión /Conclusiones

Como conclusión y a modo de reflexión comentar que los casos derivados a CSM II normalmente son niños mayores de 3 años de edad cuando comienza escolarización. Desde la implantación del Protocolo TEA existe un incremento de la derivación por pediatría como primer escalón tal y como indica el protocolo; pero en la mayoría de los casos, el inicio del protocolo ha comenzado desde el EOEP.

Se ha observado un descenso de derivaciones desde Neuropediatría quizás relacionado con una disminución de edad de derivación al CSMIIJ. Con esto se intenta evitar la duplicidad de especialidades que atienden al niño siendo solo necesaria la intervención de neuropediatría cuando exista neuropatología de base.

Desde el CSMI-J Cartagena se cumple protocolo en cuanto a tiempo de demora a realizar las Acogidas (menos de un mes), informe devolución y coordinación con diferentes equipos.

No obstante este estudio parece mostrar la existencia de cierta dificultad de coordinación con Atención Primaria.

21. BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO Y COORDINACIÓN INFANTO-JUVENIL-ÁREA V

Autor/es: Ana M^a García Herrero

Profesión: Facultativo especialista en Psiquiatría

Centro de trabajo: CSM Jumilla-Yecla

Introducción

El dispositivo donde se lleva a cabo nuestro proyecto es el Centro de salud mental de Jumilla y Yecla. Se trata de dos centros independientes pero pertenecientes a la misma área de salud, el área V, y por lo tanto, dependientes de una misma gerencia de salud. La coordinación de ambos centros es común.

En el desarrollo del proyecto de trabajo infanto-juvenil intervienen los dispositivos correspondientes a la atención infanto-juvenil, tanto sanitarios como educativos, dentro de esta misma área de salud.

Para llevar a cabo la atención en nuestra área a este tipo de pacientes, contamos con dos psiquiatras (Ana M^a García Herrero en ambos centros y Blanca Pérez Molina en el CSM de Yecla exclusivamente), dos psicólogas clínicas (Dulce Nombre de María López Sánchez en el CSM de Jumilla y María Infante Sánchez de Lugarnuevo en el CSM de Yecla), una trabajadora social (Irene Valdés Campillo en ambos CSMs) y el equipo de Enfermería de ambos centros (Fuensanta Lozano Baños y Ana M^a Fernández Jiménez en el CSM de Jumilla, Ana M^a Gea Jiménez y Ángel Andrés Maroto Hernández en el CSM de Yecla y Jacoba Martínez Martínez en ambos centros). No se trata de personal exclusivo para llevar a cabo el programa infanto-juvenil, ya que en nuestro centro no existe ningún subprograma y todo el personal tiene que atender a todo tipo de pacientes, sin especialización concreta. Aún así, en un intento de mejora continua, procuramos que la atención a este tipo de pacientes, sea lo más específica posible, realizada por un grupo de personas concreto.

Método/Procedimiento

Nuestras líneas de actuación son las siguientes: intervención directa con pacientes individual y/o grupal, intervención familiar, abordaje multidisciplinar, coordinación interinstitucional y coordinación intrainstitucional.

El periodo de desarrollo es sobre todo entre los años 2012 y 2014. Es a partir de este periodo cuando contamos con una mayor estabilidad de profesionales en nuestros centros y cuando se desarrolla de forma más específica y organizada la atención a los pacientes infanto-juveniles. Podemos abordar la atención a esta franja etaria en condiciones adecuadas, por lo que se nos derivan en su totalidad pacientes que se estaban atendiendo en el CSM de san Andrés, pero pertenecían a nuestra área de salud.

Resultados (si los hay o resultados esperados)

Pasamos a describir nuestro proceso de atención a estos pacientes.

El primer proceso es la acogida del paciente infanto-juvenil. El paciente es derivado por Pediatría o Médico de Atención Primaria (entre 14 y 16 años) mediante propuesta, que se manda por fax y se incluye en el programa Selene por administración en un único hueco diario, con posibilidad de incluir un paciente extra diario como urgencia/preferente.

El paciente es evaluado por Psicología clínica en primera instancia, excepto en los casos con clara implicación psiquiátrica.

Los casos se derivan para valoración conjunta entre Psicología/Psiquiatría cuando corresponde y como cumplimiento de los protocolos TADH, TEA, TCA. El diagnóstico se establece de forma conjunta, ya que apostamos por la mayor coordinación intraequipo posible. En muchas ocasiones, se comentan los casos de forma global, con su correspondiente discusión en sesiones conjuntas de todo el equipo. Sobre todo, se trata de casos con gran complejidad a diferentes niveles. Todo el equipo puede aportar en gran medida con respecto al diagnóstico, tratamiento u orientación general del caso.

En la acogida inicial también se emiten los informes correspondientes para solicitar información a entidades sanitarias y/o académicas (p.e. datos sobre cómo se

relaciona con los compañeros y adultos del centro, qué rendimiento escolar tiene, si tiene dificultades específicas en el aprendizaje, y cualquier otro dato que puedan aportar para facilitar un mejor estudio).

También emitimos informes por nuestra parte, preliminares, indicando la asistencia del paciente y una impresión inicial, dirigidos a Pediatra/Médico de Atención Primaria y/o centro académico.

El paciente se va del centro con las citas de revisión correspondientes y si procede la derivación, se llama al paciente en días posteriores, lo antes posible, ya que la derivación ha de ser comentada con el que la recibe con el fin de valorar la conveniencia de la misma. Además de a Psicología y Psiquiatría, se puede derivar el caso a Enfermería, si procede, o a Trabajadora social, si procede, para gestionar ayudas y apoyos.

Es necesaria la firma de los consentimientos informados correspondientes (de tratamiento en el centro, de traspaso de información, de padres separados, de uso de fármacos). Mediante el consentimiento de tratamiento del menor en la unidad infanto juvenil, los padres o tutores legales autorizan que su hijo/a reciba tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en el Centro de Salud Mental. El consentimiento de padres separados implica que si ha acudido un cónyuge a la consulta para la evaluación y posible tratamiento de su hijo, éste reconoce que ha sido informado/a por el profesional que le ha atendido de la necesidad legal y clínica de comunicar al padre/madre del menor que el niño/a está acudiendo a este servicio, y, por tanto, se comprometen a hacerlo en el mínimo plazo de tiempo. El consentimiento informado para la coordinación de los organismos en relación al menor en tratamiento en la unidad de salud mental infanto-juvenil del centro de salud mental sirve para autorizar por parte de los padres o tutores responsables que los Facultativos especialistas (Psiquiatra/Psicólogo) responsables del tratamiento que está recibiendo, puedan intercambiar información y coordinarse, bien sea de forma escrita o telefónica, con los siguientes organismos: colegio, instituto, equipos generales o específicos de orientación, servicios sociales municipales u otros.

En relación al tratamiento con psicofármacos, contamos con un consentimiento informado para que los padres o tutores reconozcan que habiendo recibido la información necesaria sobre indicaciones, posología, posibles interacciones, contraindicaciones y posibles efectos secundarios del fármaco/s correspondiente/s consienten en el uso de dicho tratamiento y asumen la responsabilidad sobre el mismo.

También se aporta la información necesaria sobre asociaciones y otros recursos y se realiza en la medida de lo posible psicoeducación ya desde la primera consulta, que se mantendrá de forma sucesiva.

Cuando el diagnóstico ya es definitivo, emitimos informes, que están protocolizados en Selene para Pediatra/Médico de Atención Primaria y el centro académico. En el informe para Pediatra se indican datos sobre motivo de consulta, exploración psicopatológica, otras exploraciones, diagnóstico, evolución, tratamiento y recomendaciones.

En el informe emitido para el centro escolar o EOEP se incluye diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.

Hemos incluido varios protocolos, que intentamos seguir lo más fielmente posible, para que nuestras actuaciones se atengan a la mayor calidad.

El primero es el protocolo sobre Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TADH).

Consta de varias fases. La primera es la fase inicial de detección. El objetivo de esta fase es detectar los casos compatibles con TADH. La sospecha inicial puede partir de los padres/tutores/familia, Pediatra, centro escolar. En cualquier caso, se pondrán en contacto con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), bien acudiendo directamente al mismo o telefónicamente.

El equipo valora al niño y si de esta evaluación se sigue confirmando la presencia de indicadores de posible TADH, el EOEP realiza un informe de derivación con los resultados de todas las pruebas y conclusiones al respecto, informa a la familia y pide su autorización para trasladar el caso al Pediatra para valoración complementaria.

Si en algún momento los padres o tutores no autorizan el desarrollo del protocolo o lo revocan y los profesionales consideran la necesidad de seguir el asunto, se realizará un informe de derivación a Servicios Sociales.

La segunda es la fase intermedia de identificación. El objetivo de esta fase es descartar de entre los niños detectados previamente, a aquellos que no presentan características específicas de este trastorno.

El Pediatra con el informe del EOEP evalúa al niño mediante anamnesis, valoración de dinámica familiar y exploración e incluso exámenes complementarios si es necesario.

Cuando el resultado de esta evaluación muestra indicadores de posible TADH, se remite para valoración en Salud mental mediante hoja de interconsulta.

Cuando el resultado descarta TADH, el Pediatra informa a la familia y remite el informe a EOEP para intervención escolar.

Finalmente está la fase final de diagnóstico. Esta fase pone de manifiesto el diagnóstico de TADH en aquellos niños que presentan de forma clara las características específicas de este trastorno, permite diagnosticar otros cuadros si no presenta TADH y el diseño de un plan específico de actuación y tratamiento, de forma interdisciplinar. En Salud mental se evalúan los informes de EOEP y Pediatra y se hacen las entrevistas y pruebas pertinentes. El profesional llega a un diagnóstico e inicia tratamiento. Del informe se envía copia a EOEP, Pediatra, familia.

El siguiente protocolo que hemos explicitado es el de Trastornos del espectro autista (TEA).

La fase 1: consiste en la detección inicial del TEA. Sirve para identificar a todos aquellos menores con sospecha de TEA. Se abre el proceso cuando por parte de la familia, centro educativo o Pediatra aparece esta sospecha. Es el Pediatra quien valora si cumple los criterios. Si no los cumple se cierra el proceso, y si los cumple, se envía al niño a los equipos sanitarios especializados para su evaluación diagnóstica. Cuando desde el centro educativo se tengan sospechas, hay que comunicar a los EOEP del centro, Equipos de Atención Temprana y familia. Tras ellos lo tendrá que valorar el Pediatra. Puede intervenir si se considera el Equipo Específico de Autismo de la

Consejería de Educación. Los EOEP o AT en menores de 3 años elaborarán los informes técnicos correspondientes que harán llegar a Neuropediatría o CSM.

Fase 2: es la de diagnóstico del TEA. El objetivo es realizar un tratamiento clínico y educativo, así como su seguimiento. Entre 6 y 12 meses, Neuropediatría realizará el tratamiento neuropatológico y su seguimiento si se confirma diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría, EAT y CSM.

El CSM también realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento y aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría y EAT.

El Equipo de Atención Temprana orientará de la adecuada orientación educativa, enviando informe psicopedagógico que incluye el tratamiento y seguimiento tanto al CSM como a Pediatría.

Entre 12 y 36 meses el Pediatra deriva al CSM de referencia y Neuropediatría si sospecha neuropatología. El CSM si no confirma el diagnóstico cierra el proceso con informe al Pediatra y si confirma pondrá tratamiento y a través de la familia aportará informe a Pediatría y EAT. Si sospecha neuropatología deriva a Neuropediatría.

Si en Neuropediatría se confirma neuropatología se pondrá el tratamiento correspondiente y se hará seguimiento aportando informe a la familia para Pediatra, EAT y CSM. Si no hay neuropatología, igualmente se emitirá informe.

En los mayores de 3 años, el Pediatra o MAP deriva al CSM. Si no se confirma el diagnóstico, se informa al Pediatra con un informe y si se confirma, informe a Pediatría o MAP y EOP. Si se sospecha neuropatología se deriva a Neuropediatría.

El diagnóstico definitivo lo hace el CSM e interviene como apoyo el Equipo Específico de Autismo, si se considera necesario.

Última fase: es la de intervención de tratamiento clínico, educativo y seguimiento del TEA. El objetivo de esta fase es realizar un tratamiento clínico y educativo, así como su seguimiento. Entre 6 y 12 meses Neuropediatría realizará el tratamiento neuropatológico y su seguimiento si se confirma diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría, EAT y CSM.

Entre 12 y 36 meses, el CSM también realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento y aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría y EAT.

Neuropediatría realizará el tratamiento neuropatológico y su seguimiento si se confirma diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría, EAT y CSM.

El equipo de Atención Temprana orientará de la adecuada orientación educativa, enviando informe psicopedagógico que incluye el tratamiento y seguimiento, tanto al CSM como a Pediatría.

En mayores de 3 años, el CSM también realizará tratamiento psicopatológico y seguimiento y aportará informe a través de la familia del tratamiento y evolución a Pediatría y EOEP.

Neuropediatría realizará el tratamiento clínico y su seguimiento si confirma el diagnóstico neuropediátrico. Aportará informe a través de la familia del tratamiento neuropatológico y evolución a Pediatría, EAT y CSM, si está en seguimiento también en CSM.

El EOEP orientará la adecuada intervención educativa, enviando informe psicopedagógico que incluya el tratamiento y seguimiento tanto al CSM como a Pediatría o MAP

Otro protocolo que utilizamos es el de Trastornos de la conducta alimentaria. Es importante realizar una historia de acogida lo más detallada posible, recogiendo información básica: peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial, frecuencia cardiaca, alteraciones menstruales, hábitos alimenticios, hábito intestinal, hábitos compensatorios, signos y síntomas de desnutrición, consumo de tóxicos.

Dentro de la exploración psiquiátrica se realiza la correspondiente historia clínica, exploración somática, se valoran signos físicos, alteración de órganos. Si procede, se piden exploraciones complementarias como analítica sanguínea con perfil electrolítico, hemograma, VSG, proteínas totales y albúmina, pruebas de función hepática, renal y tiroidea electrocardiograma, radiografía de tórax. Además de otras pruebas complementarias que se consideren, según el caso.

Dentro de la exploración psicológica se realiza la correspondiente historia clínica, la historia específica de alimentación (que también puede realizar Enfermería) y las pruebas psicodiagnósticas necesarias.

Se efectúa un diagnóstico de forma coordinada, valorando comorbilidad y la necesidad de hospitalización u otros recursos.

Es importante la realización por parte de Enfermería de registros alimentarios, de peso.

La Trabajadora social es una herramienta importante a la hora de valorar recursos y de la orientación social de los casos. Destacamos la importancia de la actuación coordinada en casos de problemática social o maltrato infanto-juvenil. Cuando se detecta un posible caso es necesaria una valoración interdisciplinar. Y la notificación de los casos a la entidad correspondiente. Para ello contamos con la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Es necesaria la coordinación, no solamente intraequipo, sino también con las entidades externas correspondientes. Esta coordinación la realizamos de forma telefónica o por escrito. Además de reuniones periódicas que mantenemos con los Equipos de Orientación Psicopedagógica, maestros, Pediatras de Atención Primaria u hospitalarios, Neuropediatría del Hospital Virgen del Castillo o Atención Temprana. También nos reunimos con asociaciones que realizan un trabajo común o complementario en la atención a este tipo de pacientes. Un ejemplo es la asociación ADAHI de Jumilla que presta apoyo a pacientes con diagnóstico de TDAH y/o a sus familiares. También mantenemos coordinación con ciertos profesionales como psicopedagogos que prestan apoyo a niños o adolescentes que estamos tratando en nuestros centros.

El objetivo es la coordinación, información y aunar actuaciones. Otras actuaciones abarcan sesiones de relajación para casos con gran componente ansioso. Las realiza Enfermería.

Tenemos en cuenta también la derivación hospitalaria y coordinación de casos con los hospitales correspondientes. Los menores de 11 años ingresan en la Unidad de Neuropediatría de HUVA. Entre 11 y 14 años ingresan a cargo de Pediatría del Hospital

Virgen del Castillo. En los casos entre 14 y 16 años ingresan en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca o bien de forma programada en la Unidad Infanto-Juvenil del Hospital de Orihuela. Para ello contamos con un circuito de derivación específico. En caso de trastorno de la conducta alimentaria de 12 años o más, contamos con la Unidad de Trastornos de la conducta alimentaria del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Otras actividades son la participación en la comisión infanto-juvenil regional, en los proyectos e iniciativas marcados por plan de gestión infanto-juvenil 2014 (como la realización de registros sobre pacientes hospitalizados en el último año, pacientes TADH, TEA o TMG no TEA). Y la realización de cursos, formación continuada, sesiones bibliográficas. Hemos realizado recientemente el curso titulado Aspectos legales en menores. Y los pósters como participación a congresos “trastorno de aprendizaje no verbal”, “trastorno de vómitos cíclicos” y un artículo recientemente publicado sobre “trastorno de aprendizaje no verbal”

Discusión /Conclusiones

Nuestro mayor objetivo es mejorar la atención prestada a esta franja de población infanto-juvenil, a pesar de las grandes dificultades con las que nos encontramos. A pesar de no contar con un programa infanto-juvenil como tal, como hemos mencionado, progresivamente la tendencia del servicio es a la especialización por programas. Nuestra mayor prioridad es la mejora de la calidad asistencial en general, y específicamente en cuanto a la atención a la población infanto-juvenil. Uno de los puntos clave para conseguir en la medida de lo posible este objetivo, es la coordinación.

Bibliografía

1. Subdirección General de Salud Mental. Guía de práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. Murcia: 2005.
2. Consejería de Sanidad y Política Social, Consejería de Educación, Formación y Empleo. Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la

detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
Murcia: 2012.

3. Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social, Consejería de Educación, Formación y Empleo. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en trastornos del espectro autista. Murcia: 2012.

Agradecimientos

Quiero agradecer el apoyo prestado por mis compañeras Dulce Nombre de María López Sánchez, María Infante Sánchez de Lugarnuevo y Blanca Pérez Molina en la revisión de este documento y en su trabajo diario. A los enfermeros Fuensanta Lozano Baños, Ana M^a Fernández Jiménez, Jacoba Martínez Martínez y Ángel Andrés Hernández Maroto por su gran colaboración y apoyo. A nuestra trabajadora social Irene Valdés Campillo, ya que su trabajo es un pilar fundamental de nuestra actividad diaria. Así como a mis compañeros Francisco de Asís Pérez Crespo, Pedro Enrique Asensio Pascual, Selman Franco Salonia Anim, Pablo González Valls y Víctor Manuel Serrano Jurado, por su gran labor clínica y su apoyo. Por supuesto, a nuestras administrativas María Carcelén Medina, Catalina Francisco Verdú, Antonia Olivares y M^a Carmen Hortelano, ya que sin ellas no podríamos funcionar.

22.PROGRAMA DE COLABORACIÓN DEL CSM DE CARTAGENA CON INSPECCION MÉDICA

Autores: Caridad Espinosa, José Francisco Martínez Inglés e y S. Peña

Profesión: Facultativos especialistas en Psiquiatría

Centro de trabajo: CSM de Cartagena

Introducción

A principios de 2013 la Subdirección general de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria solicitó la colaboración de la Subdirección General de Salud Mental (S.G.S.M.) para que, una vez al mes, psiquiatras de los CSM se desplazaran a las dependencias de las Inspecciones Médicas con el objeto de realizar valoraciones a pacientes previamente citados por las Inspecciones, en relación con proceso de incapacidad temporal para el trabajo que tienen que ver con nuestra especialidad.

La propuesta fue acogida favorablemente por la Subdirección General, Dr. Carlos Giribet, que la transmitió a la red de CSM, de los cuales, sólo el de Cartagena se mostró interesado en poner en marcha dicha colaboración, para lo cual se designó a tres psiquiatras de la Unidad de adultos para llevarla a cabo, los doctores Martínez Inglés, Peña y Espinosa.

Las inspecciones médicas están interesadas en recibir apoyo de todas las especialidades, pero sólo la S.G.S.M. se mostró abiertamente dispuesta a colaborar. Además, en el caso de la psiquiatría, caracterizada por la carencia de pruebas paraclínicas médicas, los inspectores se sienten más inseguros a la hora de valorar las altas. Así pues, les es mucho más necesario el auxilio del consultor en nuestra especialidad que en las demás.

En marzo de 2013 comenzó a llevarse a cabo el programa y una vez al mes y de forma consecutiva, un psiquiatra acude a la Inspección Médica a peritar a los pacientes sobre los que el inspector decidirá posteriormente si continúa en IT o son dados de alta.

Línea de actuación

Se trata de un programa de coordinación interinstitucional, que se desarrolla desde marzo de 2013 hasta la actualidad, sin fecha límite.

La frecuencia es de una consultoría al mes, excluidos los meses de agosto. Por tanto, desde el inicio del programa hasta noviembre de 2014 hemos actuado como consultores en 19 ocasiones. En cada intervención valoramos 5 pacientes lo que arroja un montante de 95 pacientes. Si falta algún paciente citado normalmente es porque ha recibido el alta previamente.

Población diana

Pacientes en IT por enfermedad mental o diagnóstico psiquiátrico. En general se evalúa a pacientes con trastorno mental común que están profesionalmente en activo pero con baja laboral.

Los diagnósticos más frecuentes son:

- Trastornos adaptativos
- Trastornos de ansiedad
- Depresiones cronificadas o distimias

Los pacientes reciben asistencia en Atención Primaria, siendo su médico de familia el que inicia y mantiene la situación de incapacidad laboral transitoria. En la mayoría de los casos han pasado por el CSM en el que reciben atención psiquiátrica y/o psicológica de la que refieren sentirse muy satisfechos, sobre todo de las terapias individuales y de grupo que se aplican a estas patologías.

Método

Realizamos una actividad de consultoría para la inspección y procedemos llevando a cabo una entrevista clínica orientada a emitir un informe pericial que no es vinculante para el inspector médico, pero que le proporciona un mejor criterio y una visión más amplia de los casos para que pueda proceder al alta o mantener la baja de forma más objetiva y ajustada al verdadero estado clínico del paciente, con independencia de otras circunstancias adversas que puedan rodear a la persona.

En la mayor parte de pacientes, al cabo de unas semanas de IT, más o menos 12 semanas, el estado clínico mejora y hasta se normaliza, pero persisten estresores sociales (conflictos laborales, familiares, juicios pendientes en diversas jurisdicciones) que no se resuelven en el tiempo en que sí se han repuesto de los síntomas.

Hay múltiples perversiones del sistema que instan a las personas a permanecer en IT, aun habiendo mejorado la clínica, y se da por hecho que la prestación de IT es una suerte de paraguas protector para cualquier contingencia de la vida, cuando en realidad sólo está orientada a proteger al trabajador durante el periodo que dura una patología aguda.

La actividad se realiza en las consultas de inspección médica de Cartagena, fuera del CSM para enfatizar el carácter pericial del programa y evitar al máximo posible la contaminación del entorno “terapéutico”.

No se trata de evaluar o modificar o continuar el tratamiento, sino de evaluar la funcionalidad y si ésta es adecuada, o se evalúa la aptitud para el alta. Otra cosa distinta es que, tras el alta, se incorporen o no al trabajo. La incorporación está condicionada a factores como que no medien despidos laborales, procedimientos judiciales en curso y otras contingencias de la vida. Por tanto, los pacientes acuden a una cita en la Inspección Médica para ser evaluados en su aptitud laboral, no para recibir una terapia y esta orientación pericial opera tanto en el psiquiatra como en el paciente al que se le explica cual es nuestra misión en ese momento.

La jornada de consultoría y, por tanto, el método de trabajo se desarrollan de la siguiente manera:

1. Entrevista Consultor – Inspector, en la que éste nos presenta los casos y aporta la documentación que tiene en su poder, que es la historia de bajas laborales y los informes médicos del proceso en curso. Habitualmente se ven cinco casos por jornada.
2. Entrevista individual con el paciente. Consiste en la elaboración de una historia clínica convencional que hace hincapié en las circunstancias que han concurrido en el inicio y mantenimiento de la IT. Es fundamental explorar la funcionalidad de la persona en el momento actual, en el que ha recibido una terapia y puede

objetivarse una mejoría. La entrevista no se atiene a un cuestionario predeterminado, se desarrolla como una historia clínica normal, dejando fluir el discurso del paciente que, como siempre en medicina, ilustra espontáneamente sobre aspectos cruciales de la información que necesitamos.

3. Tras la entrevistas individuales elaboramos un informe con dos apartados:
 - a. Resumen ordenado con los datos de anamnesis/historia clínica.
 - b. Juicio pericial, propiamente dicho, en el que valoramos la funcionalidad y la aptitud para el alta.
4. Nueva entrevista consultor-inspector en la que devolvemos los informes escritos y comentamos verbalmente las impresiones que hemos obtenido en las entrevistas. En base a la información que aportamos la inspector, este toma la decisión sobre el alta laboral.

Es importante señalar que al principio de las entrevistas nos presentamos como psiquiatras en función de peritos, para asesorar al inspector sobre la continuidad o no de la IT.

Resultados

El porcentaje de informes favorables al alta esta en torno o superior al 95%, ya que se trata de pacientes tratados, que han estado en IT un tiempo no inferior a 12 semanas por lo que el proceso agudo de origen se ha resuelto o ha mejorado significativamente.

En caso de que el estado clínico del paciente no haya mejorado valoramos los posibles motivos tales como tiempo insuficiente de tratamiento, infradosificación, no haber aplicado estrategias adecuadas, etc. Y se lo informamos al inspector para que este lo comente con los terapeutas responsables, si así lo estima oportuno.

También solemos indicar un plazo breve de prolongación de la IT en los casos en que el tratamiento se haya establecido de forma tardía. Los porcentajes de alta y de buena evolución de casi todos los casos están referidos al tipo de patologías que vemos que son trastornos adaptativos y de ansiedad y con pocos rasgos caracteriales que compliquen la evolución.

Conclusiones

La devolución que nos hacen los inspectores es de una gran satisfacción al poder contar con nuestra colaboración para agilizar y se lo más objetivo posible en su proceso de dar altas, más en nuestra especialidad, en la que se encuentran más inseguros que en otras patologías.

A nosotros nos beneficia el evitar que estos pacientes nos lleguen dentro del programa mostrador, volviendo a ser evaluados desde el punto de vista asistencial, cuando lo que se requiere es una pericia.

Por otra parte, nos proporciona experiencia en aspectos tan importantes como la forma en que el hecho de ser puerta de acceso a la percepción de prestaciones sociales y económicas condiciona la relación médico paciente, la respuesta al tratamiento y la cronificación.

