

## 2. Diseño de un programa de psicoeducación a familiares de pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de salud mental.

**Autor/es:** Lourdes María Parera García<sup>1</sup>

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Santa Lucía (Cartagena)

**Email de contacto:** [lurdillas89@hotmail.com](mailto:lurdillas89@hotmail.com)

### Introducción

Los miembros de la familia tienen el rol de cuidar de sus miembros viéndose forzados a asumir una gran proporción de tareas extras simultáneamente a sus roles habituales debido al cuidado que debe brindar al paciente para su recuperación, alterando con esto su rutina y provocando en ellos paralelamente cansancio físico y malestar emocional. Es necesario evitar la sobrecarga en el cuidador principal. Por ello es conveniente, conocer la situación real de las familias a cargo de una persona con enfermedad mental, con la intención de hacer visible las dificultades que experimenta y plantear estrategias para mejorar la calidad de vida familiar.

### Objetivos

Conocer la situación real de los familiares cuidadores y diseñar un programa de psicoeducación a familiares de pacientes ingresados en una UHSM durante su ingreso en la unidad para disminuir el deterioro del rol del cuidador en los familiares.

### Metodología

Se ha diseñado un programa de psicoeducación a cuidadores y familiares de pacientes con trastorno mental tras la revisión bibliográfica sobre la sobrecarga y el deterioro del rol en familiares de pacientes con trastorno mental.

Con ello también pretendemos facilitar el proceso de adaptación a la atención en la comunidad de las personas afectas y sus familiares ante las situaciones cotidianas vividas en el domicilio, proporcionando así, tanto a unos como a otros, el apoyo necesario para afrontar las dificultades que ellos evidencien.

### Desarrollo

Se realizará un grupo de familiares de pacientes con trastorno mental con un máximo de 10 personas durante el tiempo de ingreso en la UHSM de esos pacientes, de manera semanal cada miércoles y de una hora y media de duración. Se trata de un grupo continuo cuya entrada y salida de los integrantes irá en función del tiempo de ingreso del paciente en la UHSM.

La información obtenida y las necesidades detectadas nos servirán para diseñar estrategias de intervención dirigidas a aumentar la calidad de la asistencia prestada por enfermería en la UHSM.

El foco central es la discusión de los problemas actuales o potenciales para generar estrategias alternativas de afrontamiento, además el grupo cumple una función muy importante, proporcionar apoyo emocional a sus miembros, ofrecer la oportunidad de expresar sentimientos y emociones en un clima seguro, tranquilizar a los familiares, animarles a escuchar y dialogar de una forma relajada los problemas de otros y eludir el sentimiento de estigma y aislamiento.

Durante las sesiones teóricas se incluirán los siguientes temas:

- Sesión Teórica 1: Información sobre etiología y características de la enfermedad mental.
- Sesión Teórica 2: Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Sesión Teórica 3: Manejo de problemas usuales ( Síntomas positivos, negativos, recaídas)

El grupo será dirigido por una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar de enfermería, podrán participar las EIR de Salud Mental que se encuentren realizando su rotación por este dispositivo. Los pacientes son excluidos del grupo por dos razones, en primer lugar para dar la oportunidad a los familiares de expresar sentimientos que puedan estar reprimidos sin que este pueda verse negativamente afectado, y en segundo lugar, en el momento en el que se inicia el grupo, el paciente puede encontrarse en la fase aguda del proceso, lo que probablemente impida su participación en un estado óptimo en el grupo.

## Conclusiones

La psicoeducación de pacientes y familias, combinada con otros tratamientos, es una alternativa de abordaje terapéutico. Posibilita una relación de apoyo Enfermero-Paciente/Familia, informa al paciente y familia acerca del trastorno mental y su manejo, recomienda un ambiente familiar sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad y posibilita integrar al paciente en roles familiares, sociales y laborales.

## Bibliografía

1. Valmisa Gómez de Lara, E., Alén Fidalgo, M., Amo Alfonso, M., del Pino López, R., Díaz del Peral, D., Fernández Regidor, G., Sánchez García, L. et al. (2008). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud.
2. Del Río Noriega, F., Aguilera Prieto, D., Caballos Gutiérrez, C., Carmona Calvo, C., Chinchilla Marín, A., Gay Pamos, E., et al. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave: Consejería de Salud. (Junta de Andalucía) 1ª Edición, año 2006.
3. Aparicio Delgado, A. M. (2010). Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Herminio Valdizán, enero-febrero del 2010.
4. Leal, M. I., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. Actas Españolas de Psiquiatría, 36(2).

5. Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P. (2009, May). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 101-110).
6. Unión, R. A. S. Área 3. cuadernos de temas grupales e institucionales.
7. Holmgren, D., Lermenda, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K., Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4), 275-286.
8. Pezo Silva, M. C., Costa Stefanelli, M., & Komura Hoga, L. A. (2004). En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Ciencia y enfermería*, 10(2), 31-41.
9. García Laborda, A., Rodríguez Rodríguez, C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, año IX, nº 18, 2. semestre 2005; pp. 45-51.
10. Rascón Gasca, M. L., Caraveo Anduaga, J. J., & Valencia, C. M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica*, 62(6), 509-515.
11. Fernández, L. L. Elementos relacionales en esquizofrenia.
12. Gila, M. J., Sánchez, R. O., Gómez-Caro, S., Oropesa, A. S., Morena, J. C., & Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2(7), 332-334.
13. Ruiz Gómez, E; Suárez Ramírez, N; Pascual Tosina, R; Serrano Rodríguez, E. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con trastorno mental grave a través de un programa de apoyo y seguimiento. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0554.php>
14. Cano Asuar, M; Ramos Martínez, M. Abordaje de la enfermera especialista en Salud Mental a familias con hijo diabético para mejorar el afrontamiento familiar de esta enfermedad. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0538.php>
15. Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665.
16. Barrera-Ortiz, L., Pinto-Afanador, N., & Sánchez Herrera, B. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Rev Salud Pública*, 8(2).
17. Gila, M. J., Sánchez, R. O., Gómez-Caro, S., Oropesa, A. S., Morena, J. C., & Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2(7), 332-334.
18. Jofré Aravena, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 111-120.
19. LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 159 Miércoles 4 de Julio de 2007
20. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España, 2010.
21. Moorhead. S, Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta edición 2009. Elsevier España, S.A.

- 
22. Alberdi Oyarzabal, M.J., Martínez Martínez, J.A., Gurrutxaga Arriola I., BelasteguiDurañona A., Martínez Fernández O, UzkudunElosegi L. El cuidador en el paciente frágil. Escala Zarit.VII Jornadas de Enfermería del País Vasco. Cuidando y progresando.
  23. Palancar Sánchez, A. Algunos comentarios sobre el trabajo grupal con familiares de enfermos mentales. Área 3. cuadernos de temas grupales e institucionales.Nº 9 - Primavera 2003.
  24. Restrepo, M. U., Mora, O. L., & Rodríguez, A. C. C. (2007). Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
  25. Almonacid, C., Burgos, N., Maldonado, V., & Polo, J. (2007). Representaciones sociales existentes en una familia hacia uno de sus miembros con trastorno afectivo bipolar. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 183-204.
  26. Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I., López López, A., & Sánchez Colodrón, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga.



### 3. El estigma de los profesionales de la salud mental: la actitud de los profesionales y la visión de las personas con trastornos mentales.

**Autor/es:** Ilda López Pelegrín<sup>1</sup>, Laura Pérez Gómez, Efrén Valverde Bolívar.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Terapeuta ocupacional.

**Centro de trabajo:** Hospital Psiquiátrico Román Alberca

**Email de contacto:** ildalopezp@hotmail.com

#### Introducción

Las personas con trastornos mentales padecen el etiquetado que provoca el estigma y éste a su vez les genera una desventaja con el resto de los componentes de una sociedad, limitando su participación como ciudadanos activos en la misma y mermando su calidad de vida.

La **hipótesis** de este estudio es que los profesionales de la Salud Mental no están a salvo de interiorizar estos estereotipos y prejuicios asumidos por su entorno reflejándose en sus actitudes y comportamientos hacia los usuarios en los diferentes servicios de salud mental.

#### Objetivos

Conocer el nivel de estima que presentan los profesionales de Salud Mental y las percepciones de los usuarios de los servicios de Salud Mental sobre éste.

#### Metodología

El **método** empleado en este estudio para conocer el estigma de los profesionales de salud mental es una combinación de un estudio cuantitativo y cualitativo, analizando en el primero el nivel de estigma que presentan los profesionales mediante el cuestionario de atribución 27 (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003) y en el segundo las percepciones experimentadas por personas con trastorno mental mediante un grupo de discusión.

#### Desarrollo

Los **resultados** obtenidos ponen de manifiesto la existencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores por parte de los profesionales que prestan sus servicios en los distintos recursos integrados dentro del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia, predominando los factores de ayuda, piedad, coacción y evitación. Dentro de los datos sociodemográficos de la muestra cabe destacar que el mayor nivel de formación de los

profesionales disminuye las actitudes y comportamientos relacionados con el estigma, no obteniendo relación directa con el mismo otros datos como la edad, el género, el tiempo trabajado en salud mental o el tipo de recurso en el que se presta el servicio.

### Conclusiones

Las **conclusiones** obtenidas mediante este estudio son que el nivel de estigma de los profesionales disminuye al aumentar la formación, y que los usuarios de los servicios de Salud Mental perciben comportamientos estigmatizadores, siendo éstos más frecuentes cuando acuden a los hospitales generales.

### Bibliografía

- Ebrahimi, H., Namdar, H., Vahidi M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Irán J NursMidwiferyRes*, 17 (7): 534-8.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Pande, V., Saini, R. y Chaudhury, S. (2011). Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *IndPsiquiatria J*, 20(1) 17-20.
- Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., y Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 250-263.
- Struch N., Levav I. , Shereshevsky Y., Baidani-Auerbach A., Lachman M., Daniel N. y Zehavi T. (2008). Stigma experienced by persons under psychiatric care. *Isr J Psychiatry RelatSci*, 45(3): 210-8.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. y Christiaens, W. Part-time hospitalization and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC HealthServicesReseach*, 8. 125.

**El Estigma de los profesionales de Salud Mental:**

**La actitud de los profesionales y la visión de las personas con trastornos mentales**

Ilda López Pelegrín, Laura Pérez Gómez y Efrén Valverde Bolívar

**Introducción**

Las personas con trastornos mentales padecen el etiquetado que provoca el estigma y éste a su vez les genera una desventaja con el resto de los componentes de una sociedad, limitando su participación como ciudadanos activos en la misma y mermando su calidad de vida.

La hipótesis de este estudio es que los profesionales de la Salud Mental no están a salvo de interiorizar estos estereotipos y prejuicios asumidos por su entorno, reflejándose en sus actitudes y comportamientos hacia los usuarios en los diferentes servicios de Salud Mental.

**Objetivos**

El **objetivo principal** del estudio es conocer el nivel de estigma que presentan los profesionales de Salud Mental y las percepciones de los usuarios de los servicios de Salud Mental sobre éste.

Los **objetivos específicos** son analizar si los datos sociodemográficos de los profesionales guardan relación directa con las actitudes y comportamientos estigmatizantes de los profesionales, y estudiar las interrelaciones entre los datos sociodemográficos y los factores del estigma (responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación).

**Metodología**

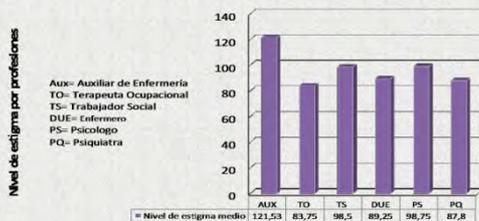
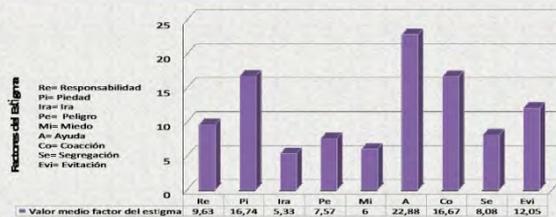
Para conocer el estigma de los profesionales de la Salud Mental se llevaron a cabo dos tipos de estudios descriptivos transversales, uno cuantitativo y otro cualitativo.

El estudio **cuantitativo** se realizó con profesionales de la Salud Mental de los diferentes recursos asistenciales del Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia. Se usó una hoja de datos sociodemográficos (género, edad, antigüedad en el puesto, formación y tipo de recurso en el que prestan sus servicios, diferenciando entre hospitalarios y comunitarios) y el Cuestionario de Atribución-27 (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003), que valora los diferentes factores del estigma (responsabilidad, piedad, peligrosidad, miedo, evitación, ayuda, ira, coacción y segregación). Se correlacionaron los datos sociodemográficos de la muestra (variables independientes) con los resultados obtenidos en los diferentes factores del estigma (variables dependientes).

El estudio **cualitativo** consistió en un grupo de discusión en el que participaron personas diagnosticadas de enfermedad mental que reciben o han recibido tratamiento en recursos de Salud Mental, en el cual debatieron sobre sus experiencias y percepciones del estigma de los profesionales de la salud mental. Se estableció una comparativa entre ambos estudios.

**Resultados**

Los **resultados** obtenidos ponen de manifiesto la existencia de actitudes y comportamientos estigmatizadores por parte de los profesionales que prestan sus servicios en los distintos recursos integrados dentro del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" de Murcia, predominando los factores de ayuda, piedad, coacción y evitación. Dentro de los datos sociodemográficos de la muestra cabe destacar que el mayor nivel de formación de los profesionales disminuye las actitudes y comportamientos relacionados con el estigma, no obteniendo relación directa con el mismo otros datos como la edad, el género, el tiempo trabajado en salud mental o el tipo de recurso en el que se presta el servicio.



**Conclusiones**

Las **conclusiones** obtenidas mediante este estudio son que el nivel de estigma de los profesionales disminuye al aumentar la formación de los mismos, y que los usuarios de los servicios de Salud Mental perciben comportamientos estigmatizadores, siendo éstos más frecuentes cuando acuden a los hospitales generales.

**Bibliografía**

- Ebrahimi, H., Namdar, H., Vahidi M. (2012). Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 17 (7): 534-8.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A.J. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedades mentales*. Madrid: Editorial Complutense.
- Pando, V., Saini, R. y Chaudhury, S. (2011). Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals. *Ind Psychiatry J*, 20(1): 17-20.
- Polanco-Frntera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Valls-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., y Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 250-263.
- Struch, N., Levav, I., Shereshevsky Y., Balidani-Ajerfook, A., Ledman, M., David, N. y Zohari T. (2008). Stigma experienced by persons under psychiatric care. *Br J Psychiatry Relat Soc*, 45(3): 210-8.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. y Christiaens, W. Part-time hospitalization and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals. *BMC Health Services Reseach*, 8, 125.

## 4. El riesgo suicida en los trastornos de personalidad.

**Autor/es:** Sara Díez Galerón<sup>1</sup>, Sonia Lozano Bueno, M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Mateo, Nuria Conesa Hernández

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Centro de Salud Mental de Cartagena

**Email de contacto:** aisha\_rx@hotmail.com

### Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como, un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (1).

Consideramos el intento de suicidio un acto personal deliberado que lleva al sujeto a hacerse daño, sin consecuencias fatales; pero que puede constituir un elemento predictor del suicidio consumado.

El intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con TLP es la causa más frecuente de hospitalización.

### Objetivos

- Conocer los factores que aumentan el riesgo suicida en pacientes con TLP.
- Analizar y actualizar nuestros conocimientos sobre el TLP.

### Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos: Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden. El periodo del 2000 al 2014.

### Desarrollo

Los factores que aumentan el riesgo suicida en los pacientes con TLP son los siguientes (2):

- Historia previa de intentos de suicidio.
- No tener pareja estable, estar sin trabajo y encontrarse aislado socialmente.
- Historia de abuso sexual.
- Nivel educativo elevado.

- Mayor impulsividad.
- Historia de abuso de sustancias y episodio depresivo mayor.

### Conclusiones

El 80% de los pacientes diagnosticados TLP llevan a cabo alguna vez en su vida una tentativa de suicidio. De estos de un 8-10% llegan a consumir el acto suicida.

Por lo que resulta importante evaluar el riesgo del intento de suicidio en los pacientes con TLP ya que permite conocer el grado de letalidad y su oportuno tratamiento (3).

### Bibliografía

1. Linares J.L. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clínica y Salud [revista en Internet]. 2007 Ene [citado 2016 Feb 08]; 18(3): 381-399. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008&lng=es).
2. Antretter E, Dunkel D, Seibl R, Haring C: Classification and predictive quality of the "suicide intent" marker in parasuicides. A clusteranalyticstudy. Nervenarzt 73(3):219- 230, 2002.
3. Caballo V.C. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid. Ed. Síntesis. 2004.

VI JORNADA DE  
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

## EL RIESGO SUICIDA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Sara Díez Galerón, Sonia Lozano Bueno, M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Mateu, Nuria Conesa Hernández

### INTRODUCCIÓN:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se define como, un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Consideramos el intento de suicidio un acto personal deliberado que lleva al sujeto a hacerse daño, sin consecuencias fatales; pero que puede constituir un elemento preeditor del suicidio consumado.

El intento de suicidio en los pacientes diagnosticados con TLP es la causa más frecuente de hospitalización.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Conocer los factores que aumentan el riesgo suicida en pacientes con TLP.

**OBJETIVO SECUNDARIO:** Analizar y actualizar nuestros conocimientos sobre el TLP.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en bases de datos: Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden. El periodo del 2000 al 2014.

### RESULTADOS:

Los factores que aumentan el riesgo suicida en los pacientes con TLP son los siguientes:

- Historia previa de intentos de suicidio.
- No tener pareja estable, estar sin trabajo y encontrarse aislado socialmente.
- Historia de abuso sexual.
- Nivel educativo elevado.
- Mayor impulsividad.
- Historia de abuso de sustancias y episodio depresivo mayor.

### CONCLUSIONES:

El 80% de los pacientes diagnosticados TLP llevan acabo alguna vez en su vida una tentativa de suicidio. De estos de un 8-10% llegan a consumir el acto suicida.

Por lo que resulta importante evaluar el riesgo del intento de suicidio en los pacientes con TLP ya que permite conocer el grado de letalidad y su oportuno tratamiento (3).

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Linares JL. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clínica y Salud [revista en Internet]. 2007; Ene [citado 2016 Feb 08]; 14(3): 381-399. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-52742007000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-52742007000300008&lng=es).
- 2.- Antretter E, Dunkel D, Seibl R, Haring C. Classification and predictive quality of the "suicide intent" marker in parasuicides. A cluster analytic study. Nervenarzt. 73(3):219-230, 2002.
- 3.- Caballo VC. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid. Ed. Síntesis. 2004.

## 5. Empoderamiento en los usuarios de salud mental: acciones y beneficios.

**Autor/es:** Sonia Moya Ferri<sup>1</sup>.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>EIR Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental de Murcia

**Email de contacto:** kels.bz@gmail.com

### Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el empoderamiento es un concepto fundamental de la promoción de la salud, así se define como “un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad” este proceso incluye cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y, pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

A pesar de que la atención a la Salud Mental en nuestro país se centra fundamentalmente en: unidades de agudos psiquiátricas, centros de salud mental y unidades de rehabilitación, la intervención en el ámbito comunitario resulta esencial, ya que es allí donde es posible establecer un mejor vínculo para desarrollar estrategias de rehabilitación, enseñando habilidades psicosociales que faciliten vivir de la manera más autónoma posible, además de dar apoyo a las familias y asesorar a la Enfermería de Atención Primaria para conseguir una atención integral en los pacientes con enfermedad mental, reduciendo el estigma y fomentando la prevención y promoción de la salud mental.

### Objetivos

1. Conocer las acciones para empoderar a los usuarios de Salud Mental.
2. Identificar los beneficios del empoderamiento en los usuarios de Salud Mental.

### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: empoderamiento y salud mental, seleccionando los documentos publicados entre 2005 y 2016, incluyendo aquellos que tenían relación con las acciones de empoderamiento y sus beneficios sobre los usuarios de Salud Mental.

### Desarrollo

Según la declaración de la OMS, las acciones para empoderar a los usuarios de Salud Mental se basan en los siguientes 5 niveles:

1. Protección de los derechos humanos de los usuarios de servicios y lucha contra el estigma y la discriminación.
2. Garantizar unos cuidados de alta calidad y la responsabilidad de los servicios.
3. Acceso a la información y a los recursos.
4. Inclusión en la toma de decisiones.
5. Disponer de capacidad de organización en el ámbito local para reclamar ante las instituciones y las estructuras gubernamentales.

En general, diversos estudios demuestran los beneficios del empoderamiento en los usuarios de Salud Mental por varios aspectos a nivel individual y comunitario; por una parte, a nivel individual las evidencias indican que proporciona mejoras en el funcionamiento, los síntomas y el bienestar de los usuarios, ya que se aporta al paciente el acompañamiento en su enfermedad, teniendo en cuenta sus decisiones, otorgándole el acceso a la información y a los recursos necesarios, así como las distintas opciones para que pueda elegir, y de esta manera también se fomenta una autoimagen positiva que le capacita para luchar contra el estigma de la enfermedad mental; por otra parte, los beneficios del empoderamiento se reflejan, no solo en los usuarios, sino, también en la comunidad, cambiando la percepción de la sociedad sobre nuestra competencia y la capacidad de acción que tiene.

### Conclusiones

Llevar a cabo el empoderamiento en Salud Mental es un proceso amplio que implica la participación de los pacientes, familiares, profesionales y, en general, de la sociedad; es por ello, que se debe continuar promoviendo la inserción y participación de los usuarios de Salud Mental, modificando el rol de estas personas para hacerlas útiles a la sociedad y a sí mismas, de esta manera se favorecerá el cambio real en la personas y en la sociedad.

### Bibliografía

1. User empowerment in mental health. A statement by the WHO Regional Office for Europe. 2010. Traducido al español. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)
2. Banda-Castro AL, Morales-Zamorano MA, Varela RF, Vanegas-Lizárraga AC. Promoción de salud mental mediante el desarrollo de agencia humana y empoderamiento: enfoque intrapersonal. Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; 32(S1): 161-169.
3. Munarriz Ferrandis M. Sin ti no soy nada: participación de usuarios en Salud Mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013; 33(118): 239-242.
4. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012; 8:144-51

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**El empoderamiento en los usuarios de Salud Mental: acciones y beneficios**

AUTORA: Moya Ferri, Sonia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> EIR Salud Mental: Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental de Murcia

**INTRODUCCIÓN:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el empoderamiento es un concepto fundamental de la promoción de la salud, así se define como "un proceso de toma de control y responsabilidad de las actuaciones que tienen como propósito alcanzar la totalidad de su capacidad" este proceso incluye cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y, pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

A pesar de que la atención a la Salud Mental en nuestro país se centra fundamentalmente en: unidades de agudos psiquiátricas, centros de salud mental y unidades de rehabilitación, la intervención en el ámbito comunitario resulta esencial, ya que es allí donde es posible establecer un mejor vínculo para desarrollar estrategias de rehabilitación, enseñando habilidades psicosociales que faciliten vivir de la manera más autónoma posible, además de dar apoyo a las familias y asesorar a la Enfermería de Atención Primaria para conseguir una atención integral en los pacientes con enfermedad mental, reduciendo el estigma y fomentando la prevención y promoción de la salud mental.

**OBJETIVOS:**

1. Conocer las acciones para empoderar a los usuarios de Salud Mental.
2. Identificar los beneficios del empoderamiento en los usuarios de Salud Mental.

**METODOLOGÍA:**

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: empoderamiento y salud mental, seleccionando los documentos publicados entre 2005 y 2016, incluyendo aquellos que tenían relación con las acciones de empoderamiento y sus beneficios sobre los usuarios de Salud Mental.

**DESARROLLO**



**CONCLUSIONES:**

Llevar a cabo el empoderamiento en Salud Mental es un proceso amplio que implica la participación de los pacientes, familiares, profesionales y, en general, de la sociedad; es por ello, que se debe continuar promoviendo la inserción y participación de los usuarios de Salud Mental, modificando el rol de estas personas para hacerlas útiles a la sociedad y a sí mismas, de esta manera se favorecerá el cambio real en la personas y en la sociedad.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. User empowerment in mental health. A statement by the WHO Regional Office for Europe. 2010. Traducido al español. Disponible en: [http://www.msp.es/organizacion/sms/planCalidadSNS/pdf/Declaración\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.msp.es/organizacion/sms/planCalidadSNS/pdf/Declaración_Empoderamiento_OMS.pdf)
2. Banda-Castro AL, Morales-Zamorano MA, Varela RF, Vanegas-Lizárraga AC. Promoción de salud mental mediante el desarrollo de agencia humana y empoderamiento: enfoque intrapersonal. Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; 32(S1): 161-169.
3. Munarriz Ferrandis M. Sin ti no soy nada: participación de usuarios en Salud Mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013; 33(118): 239-242.
4. Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012; 8:144-51

## 6. ¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para disminuir la ansiedad en fobias específicas?

**Autor/es:** Elisa Pulido Albertus<sup>1</sup>; Elena María Soto Martínez; Judith Romero Baeza; Ana Maravillas González Fajardo.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Servicio Murciano de Salud

**Email de contacto:** [pulidoalbertus@gmail.com](mailto:pulidoalbertus@gmail.com)

### Introducción

La fobia específica es una entidad infradiagnosticada, cuya prevalencia ronda el 10% pero las personas que la padecen pueden vivir una realidad limitada e incapacitante, deteriorando su calidad de vida.

Las enfermeras de salud mental comunitaria están en una situación privilegiada de poder participar en la terapia cognitivo conductual aplicada a las fobias, mediante la relajación; que será la herramienta que les permita disminuir el nivel de ansiedad cuando las personas establezcan contacto con el estímulo fóbico.

La relajación es una técnica habitual utilizada por las enfermeras especialistas en salud mental para disminuir niveles de ansiedad. Su puesta en práctica a nivel grupal puede aportar ciertos beneficios en comparación con la relajación individual.

### Objetivos

-Evaluar la utilidad de la intervención enfermera de relajación para disminuir el nivel de ansiedad, comparando a su vez los resultados obtenidos al utilizar un indicador de la escala de resultados NOC y la Escala de Ansiedad de Hamilton.

-Evaluar si la relajación grupal es más efectiva que la relajación individual para disminuir el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual de las personas con fobias específicas.

### Metodología

Ensayo clínico cuasiexperimental, en adultos de 20 a 40 años diagnosticados de fobia específica que asistan por primera vez al centro de salud mental derivados de atención primaria. Tanto el grupo control como el experimental realizaran psicoterapia cognitivo-conductual individualizada según el protocolo terapéutico del CSM, salvo en lo referente a la relajación, que en el grupo experimental será llevada a cabo a nivel grupal.

La eficacia del tratamiento se valorará con las escala de ansiedad de Hamilton y la escala tipo likert de los indicadores de resultado del NOC "nivel de estrés" con 3 mediciones, antes de comenzar, inmediatamente después de terminar las sesiones de relajación y a los tres meses.

## Desarrollo

El 72% de los pacientes con fobias específicas de entre 20 y 40 años que llevó a cabo la relajación muscular progresiva realizada a nivel grupal y guiada por la enfermera especialista en salud mental disminuyeron el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual.

## Conclusiones

El estudio referido a la TCC; muestra en relación con la modalidad de la terapia que hay diferencias significativas en cuanto a los resultados conseguidos. La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que evalúa el trabajo enfermero; es útil para constatar la capacidad terapéutica de la actividad grupal mediante uno de sus indicadores de resultados con la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Las enfermeras de salud mental como partícipes en el proceso des-sensibilización sistemática, llevando a cabo una relajación a nivel grupal; además de aportar importantes beneficios al usuario, señalan formas de “cuidar” sostenibles para el sistema optimizando al máximo los recursos disponibles.

## Bibliografía

- (1) Carrión O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires. Galerna; 2011. p. 25-35
- (2) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV- TR. Barcelona. Masson; 2002.
- (3) Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serrán, A, Frutos Martín MA de y Elcano Alfar, R.: Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. Aten Primaria. 2003 feb; 19(2):67-71.
- (4) NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2ª ed. Madrid. Elsevier; 2005-2006.
- (5) Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica 7ª edición. Barcelona. Masson; 2006. pp 359.

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**¿ES MÁS EFECTIVA LA RELAJACIÓN A NIVEL GRUPAL QUE INDIVIDUAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN FOBIAS ESPECÍFICAS?**

Elisa Pulido Albertus (Enfermera Especialista Salud Mental CSM Molina de Segura), Judith Romero Baeza (Enfermera Especialista Salud Mental CSM Molina de Segura), Elena Mª Soto Martínez (Enfermera Especialista Salud Mental UHP Sta. Lucía Cartagena), Ana Maravillas González Fajardo (Enfermera Especialista Salud Mental Supervisora UHP Morales Meseguer Murcia)

**INTRODUCCIÓN**

La fobia específica es una entidad infradiagnosticada llegando a ser incapacitante, deteriorando la calidad de vida. Las enfermeras de salud mental comunitaria participa en la terapia cognitivo conductual aplicada a las fobias mediante la relajación; disminuyendo los niveles de ansiedad.



**OBJETIVOS**

- Evaluar la utilidad de la intervención enfermera de relajación para disminuir el nivel de ansiedad, comparando a su vez los resultados obtenidos al utilizar un indicador de la escala de resultados NOC y la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Evaluar si la relajación grupal es más efectiva que la relajación individual para disminuir el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual de las personas con fobias específicas.

**METODOLOGÍA**

Ensayo clínico cuasiexperimental . El grupo experimental realizará además de la TCC una relajación a nivel grupal. La eficacia del tratamiento se valorará con las escalas de ansiedad de Hamilton y la escala tipo likert de los indicadores de resultado del NOC "niveles de estrés" con 3 mediciones a lo largo del estudio.

**RESULTADOS**

El 72% de los pacientes con fobias específicas de entre 20 y 40 años que llevó a cabo la relajación muscular progresiva realizada a nivel grupal y guiada por la enfermera especialista en salud mental disminuyeron el nivel de ansiedad en el abordaje cognitivo-conductual.

**CONCLUSIONES**

El estudio referido a la TCC; muestra en relación con la modalidad de la terapia que hay diferencias significativas en cuanto a los resultados conseguidos. La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que evalúa el trabajo enfermero; es útil para constatar la capacidad terapéutica de la actividad grupal mediante uno de sus indicadores de resultados con la Escala de Ansiedad de Hamilton.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Carrión O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires. Galerna; 2011. p.25-35
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona. Masson; 2002.
3. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serran, A, Frutos Martín MA de y Elcano Alfaz, R.: Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. Aten. Primaria. 2003 feb; 19(2):67-71.
4. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2ª ed. Madrid. Elsevier; 2005-2006.

## 7. Factores que influyen en la comunicación para el manejo del paciente agitado en salud mental.

**Autor/es:** Lourdes María Parera García<sup>1</sup>

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Santa Lucía (Cartagena).

**Email de contacto:** [lurdillas89@hotmail.com](mailto:lurdillas89@hotmail.com)

### Introducción

Las enfermeras de Salud Mental debemos distinguir conductas de los pacientes que nos alertan sobre la posibilidad de una situación de enfado, agresividad o agitación. Antes de que el paciente culmine en un estado de difícil manejo, la comunicación empática verbal y no verbal será una medida fundamental de abordaje. El afrontamiento se debe realizar con seguridad, confianza y tranquilidad haciéndose necesario adquirir habilidades de comunicación para el manejo y prevención de la agitación.

### Objetivos

Revisión bibliográfica sobre habilidades de comunicación y factores que influyen en el manejo del paciente agitado en salud mental.

### Metodología y desarrollo

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos, guías y protocolos en español. Utilizando como palabras clave: Comunicación verbal, agitación, contención verbal, salud mental. Se ha consultado en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Cochrane, google académico y FUDEN.

Freud en la relación con el paciente habla de un fenómeno universal de la mente humana que domina la totalidad de las relaciones de cada persona con el entorno. Freud percibió también que el subconsciente de los profesionales influye también en las relaciones con sus pacientes, lo que denominó contratransferencia.

J. Ágreda, E. Yanguas exponen los motivos que dificultan la relación con determinados pacientes:

- Patología que presenta: Síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente, bien sea por miedo a un padecimiento grave o por miedo a tratamientos agresivos o simplemente por miedo a no saber expresarse. Problema mental no identificado o mal manejado.

- Personalidad del paciente: Habitualmente no la podremos cambiar. Deberemos aceptarla. Alteraciones psicológicas transitorias o permanentes que pueden complicar el trato e incluso molestar al profesional. Barreras comunicacionales o socioculturales. Opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente: Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas. Nivel cultural y profesional elevado. Entorno íntimo, social y /o familiar problemático. Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.

También exponen factores relacionados con el profesional:

- Personalidad y profesional: Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares. Múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa. Temperamento o carácter difícil. Actitudes profesionales disfunciones. Barreras comunicacionales o socioculturales.
- Circunstancias en las que se desenvuelve: Estrés e insatisfacción laboral. Experiencias negativas en relación con pacientes. Discontinuidad de la atención. Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales. Falta de actitud positiva hacia salud mental.

Es imposible intentar abordar apropiadamente una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad de estudiar objetivamente tal relación.

### Conclusiones

Se han encontrado numerosos artículos que coinciden en el uso de estrategias de comunicación para la contención y prevención de los estados de agitación. Diversos autores coinciden en la importancia de conocer el patrón de respuesta emocional y el manejo ambiental así como el uso de un enfoque sereno y de confianza. Así mismo se destaca la escucha activa, la empatía, el control de las propias emociones y el manejo de la comunicación no verbal para el correcto abordaje de estas situaciones.

### Bibliografía

1. Roldán Maldonado G., Garrido Mateo L., Salazar Torres IC., Ramos Navas Parejo JM., Prevención y tratamiento de la violencia y el desgaste profesional en el contexto sanitario: Manual de autoayuda para los profesionales de urgencias de atención primaria. ISBN: 978-84-614-1198-6 Depósito Legal: GR-2776-10
2. Fernández Gallego V., Murcia Pérez E., Siniestra Aquilino J., Casal Angulo C., Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* 2009; 21: 121-132.
3. Téllez Lapeida JM., Villena Ferrer A., Morena Rayo S., Pascual P., López García C., El paciente agitado. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com). *Guías Clínicas* 2005;5(34)
4. J. Ágreda, E. Yanguas, El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales Suplemento* 2.
5. Vítolo, F., & de Seguros, N. C. Inmovilización física y contención racional de pacientes.

6. Mejías Martín, Y.; Higuera Aranda, A. Ambiente terapéutico en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 10.
7. Joy CB, Adams CE, Rice K. Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
8. Muralidharan S, Fenton M. Estrategias de contención para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
9. López-Ibor, J. J. (2008). Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. *Educación Médica*, 11, 53-61.

## 8. Fomentando el autocontrol de la ansiedad: aprendizaje de técnicas en salud mental.

**Autor/es:** Ana Teresa Padilla Simón<sup>1</sup>, Ainhoa Jurado Sánchez, Yurena Belando Martínez, Lucía Ramírez Baena.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Residente de enfermería en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente de Salud Mental (Murcia)

**Email de contacto:** [anat\\_ab89@hotmail.com](mailto:anat_ab89@hotmail.com)

### Introducción

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa “angustia”, “aflicción” y se define como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, su origen con frecuencia es inespecífico. Es una señal de alerta que permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Cierta grado de ansiedad es normal, teniendo un carácter esencialmente adaptativo, pero cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo.

Los trastornos de ansiedad, por sí solos, suponen la patología psicológica más frecuente, habiendo una clasificación estructurada en el DSM-IV.

El usuario de Salud Mental experimenta numerosos episodios de ansiedad, lo que le genera gran angustia y malestar. Frecuentemente no se ven capaces o no saben cómo paliar esta situación, influyendo en su día a día e incapacitando a la persona para realizar tareas, utilizando frecuentemente como primer recurso la terapia farmacológica. Debido a la alta prevalencia de estas demandas, se hace necesario diseñar y aplicar programas y talleres dirigidos al aprendizaje de técnicas para su autocontrol.

### Objetivos

-Dotar al usuario de salud mental de herramientas para el manejo de la ansiedad, aumentando su sensación de autocontrol.

-Describir los beneficios del uso de terapias de relajación en psiquiatría.

## Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante febrero de 2016, de artículos científicos en bases de datos: Scielo, Pubmed. Los criterios de inclusión fueron: idioma en español; publicados entre 2008-2016; que estuvieran relacionados con la temática, que fuesen fuentes primarias. Se utilizaron los términos incluidos en los descriptores en Ciencias de la Salud: Ansiedad, Terapias de relajación, Salud Mental.

## Desarrollo

El profesional puede enseñar al usuario de Salud Mental estrategias para el manejo de la ansiedad, anticiparse a esta y a las consecuencias negativas que le acontecen. Se describirán a continuación una serie de herramientas con el fin de que el usuario incorpore a sus conocimientos y le proporcione seguridad para afrontar situaciones estresantes.

-Tomarse un tiempo antes de reaccionar a una situación tensa, respirar profundamente y contar hasta diez disminuyendo gradualmente la velocidad.

-Si es necesario, distanciarse de la situación por la que se ha generado el estado ansioso,

- Expresar la frustración, las preocupaciones y necesidades de forma clara y directa.

-Pensar antes de hablar en una situación que genera inquietud o estrés, tomarse unos minutos para examinar los pensamientos antes de expresarnos.

-Imaginar escenas: cuando encontramos una situación que genera ansiedad imaginar una escena relajante ayuda a recuperar la calma.

-Escribir en un diario lo que nos ha acontecido o preocupa, cómo nos hemos sentido... para después poder trabajar sobre esos aspectos.

-Ayudar a reconocer cuando es el momento de pedir ayuda, pedirla si se tiene la sensación de que el estado que se está experimentando está fuera del propio control.

Con el empleo de estas estrategias, el usuario adquirirá confianza en sí mismo y aumentará el afrontamiento de acontecimientos estresantes.

## Conclusiones

Actualmente existe gran demanda en asistencia de usuarios de salud mental que experimentan estados de ansiedad, siendo más prevalente en pacientes hospitalizados, por suponer este ambiente para la persona un entorno extraño o asociado a experiencias previas desagradables y la adaptación a la organización del recurso asistencial.

Son muchos los beneficios que supone la enseñanza de técnicas de relajación a los usuarios, sirve de guía y ayuda a controlar los niveles de ansiedad propia de su patología mental, favoreciendo el autocontrol y mejorando su calidad de vida.

**Bibliografía**

- Samuel Moreno Olivares. Caja de herramientas para el manejo del estrés. 2012.
- Marta Rapado Castro. La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso. 2015.



VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**FOMENTANDO EL AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD:  
APRENDIZAJE DE TÉCNICAS EN SALUD MENTAL**

**AUTORAS:** (1) Ana Teresa Padilla Simón, (1) Ainhoa Jurado Sánchez, (2) Lucía Ramírez Baena, (1) Yurena Belando Martínez  
 (1) EIR Salud Mental -UDMSM Región de Murcia  
 (2) Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital Rafael Méndez de Lorca

INTRODUCCIÓN

•El término ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa angustia, aflicción, y se define como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, su origen con frecuencia es inespecífico. Es una señal de alerta que permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Cierta grado de ansiedad es normal, teniendo un carácter esencialmente adaptativo, pero cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo.

•Los trastornos de ansiedad por sí solos constituyen la patología psicológica más frecuente, habiendo una clasificación estructurada en el DSM-IV.

•El usuario de Salud Mental experimenta numerosos episodios de ansiedad, lo que le genera gran angustia y malestar. Frecuentemente no se ven capaces o no saben como paliar esta situación, influyendo en su día a día e incapacitando a la persona para realizar tareas, utilizando frecuentemente como primer recurso la terapia farmacológica. Debido a la alta prevalencia de estas demandas, se hace necesario diseñar y aplicar programas y talleres dirigidos al aprendizaje de técnicas para su autocontrol.

OBJETIVOS

- Dotar al usuario de Salud Mental de herramientas para el manejo de la ansiedad, aumentando su sensación de autocontrol.
- Describir los beneficios del uso de terapias de relajación en psiquiatría.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante febrero de 2016, de artículos científicos en bases de datos: Scielo, Pubmed. Los criterios de inclusión fueron: idioma en español; publicados entre 2008-2016, que estuvieran relacionados con la temática, que fuesen fuentes primarias. Se utilizaron los términos incluidos en los descriptores en Ciencias de la Salud: Ansiedad, Terapias de relajación, Salud Mental.

DESARROLLO

El profesional puede enseñar al usuario de Salud Mental estrategias para el manejo de la ansiedad, anticiparse a esta y a las consecuencias negativas que le acontecen. Con la finalidad de que este incorpore estas técnicas a sus conocimientos proporcionándole seguridad y anticipándose a afrontar situaciones estresantes.

✓ Con el empleo de estas estrategias, el usuario adquirirá confianza en sí mismo y aumentará el afrontamiento de acontecimientos estresantes.

HERRAMIENTAS

- Tomarse un tiempo antes de reaccionar a una situación tensa, respirar profundamente, y contar hasta diez disminuyendo gradualmente la velocidad.
- Si es necesario, distanciarse de la situación por la que se ha generado el estado ansioso.
- Expresar la frustración, las preocupaciones y necesidades de forma clara y directa.
- Pensar antes de hablar en una situación que genera inquietud y estrés, tomarse unos minutos para examinar los pensamientos antes de expresarnos.
- Imaginar escenas: cuando encontramos una situación que genera ansiedad, imaginar una escena relajante ayuda a recuperar la calma.
- Escribir en un diario lo que nos ha acontecido o preocupa, cómo nos hemos sentido... para después poder trabajar sobre esos aspectos.
- Ayudar a reconocer cuando es el momento de pedir ayuda, pedirla si se tiene la sensación de que el estado que se está experimentando está fuera del propio control.

CONCLUSIONES

Actualmente existe gran demanda en asistencia de usuario de Salud Mental que experimentan estados de ansiedad, siendo más prevalente en pacientes hospitalizados, por suponer este ambiente para la persona un entorno extraño o asociado a experiencias previas desagradables y la adaptación a la organización al recurso asistencial.

Son muchos los beneficios que supone la enseñanza de técnicas de relajación, sirve de guía y ayuda para controlar los niveles de ansiedad propia de su patología mental, favoreciendo el autocontrol y mejorando la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Samuel Moreno Olivares. Caja de herramientas para el manejo del estrés. 2012
- Marta Rapado Castro. La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso. 2015

## 9. Fomento del ejercicio físico en pacientes con trastorno mental grave de la Unidad Regional de Media Estancia (URME): una intervención de enfermería.

**Autor/es:** Sonia Moya Ferri<sup>1</sup>

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>EIR Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental (UDMSM) de Murcia

**Email de contacto:** kels.bz@gmail.com

### Introducción

El ejercicio físico se define como “actividad física planificada, estructurada, repetitiva e intencionada con el objetivo de mejorar o mantener uno o más de los componentes de la condición física”.

Las evidencias científicas demuestran que la actividad y el ejercicio físico conforman una estrategia fundamental en la prevención de enfermedades y mejora del estado de salud; además, en el caso de las personas con enfermedad mental se ha demostrado los beneficios del ejercicio físico para mejorar la realización de las actividades de la vida diaria y disminuir la agitación y las conductas depresivas, proporcionando un estado afectivo positivo.

Los profesionales de enfermería tienen un papel importante para realizar la intervención de “Fomento del ejercicio” incluida dentro de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), con la finalidad de mejorar la salud física y mental de los pacientes con trastorno mental grave, por una parte para reducir los factores de riesgo cardiovascular, y por otra parte, para vencer la apatía, la abulia y la tendencia al aislamiento que presentan con frecuencia estos pacientes.

### Objetivos

1. Desarrollar un programa de actividad física llevado a cabo en la URME.
2. Mejorar la salud física y mental de los pacientes de la URME.

### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: salud mental, ejercicio físico y enfermería, seleccionando los documentos publicados entre 2006 y 2016, incluyendo aquellos que tenían relación con programas de ejercicio físico realizados en pacientes de salud mental, con la finalidad de estructurar un programa de actividad física para realizarlo en la URME.

## Desarrollo

Se desarrolla un programa de actividad física para llevarlo a cabo en la URME, se trata de un programa abierto para todos los pacientes que se encuentran ingresados en este recurso de Salud Mental, realizado 3 días a la semana, con sesiones de 45 minutos de duración.

Cada una de las sesiones se estructura en 4 fases:

1. Consejo inicial: Explicación de la importancia del ejercicio y la continuidad de este, motivando a la realización de actividad física semanalmente.
2. Estiramientos: se realiza una tabla sencilla de estiramientos desde la cabeza hasta los pies, durante los primeros 10-15 minutos.
3. Ejercicio aeróbico: teniendo en cuenta los aspectos físicos, como el grado de sobrepeso o algún tipo de discapacidad física que pueda entorpecer la movilidad o limitar la actividad física de algún paciente, se proponen distintas actividades, a elección de los pacientes, para que sean realizadas durante 20 minutos.
4. Estiramientos/relajación: los últimos 10 minutos de la sesión se dedican a estiramientos combinados con la respiración en un ambiente relajado con música tranquila, y finalmente se realizan unos ejercicios de respiración abdominal.

## Conclusiones

El fomento del ejercicio físico es una herramienta terapéutica añadida dentro del proceso de rehabilitación, ya que la práctica de ejercicio físico produce múltiples ventajas a nivel físico, psicológico y social, además de hacer participar de manera activa al usuario de Salud Mental en su promoción de la salud. Es por ello, que resulta una necesidad la aplicación de programas de ejercicio físico en pacientes psiquiátricos, siendo una intervención de enfermería que ha demostrado ser eficaz según la evidencia científica.

## Bibliografía

1. Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet. Colección ICD. 2011. Disponible en: [http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio\\_y\\_salud\\_en\\_poblaciones\\_especiales.pdf](http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf).
2. García CM. Programa de fomento de ejercicio físico para disminuir la ansiedad en pacientes psiquiátricos. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. 2008; (191): 5-28.
3. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2008; 15(10): 808-815.

4. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, Hampel H. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in neurobiology*. 2012; 96(1): 46-68.

5. Enguita MP. Programa de actividad física y deporte en Trastorno Mental Grave. Trabajo final de Grado. Teruel: Escuela Universitaria de Enfermería. 2014.

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**Fomento del ejercicio físico en pacientes con trastorno mental grave de la Unidad Regional de Media Estancia (URME): una intervención de enfermería**

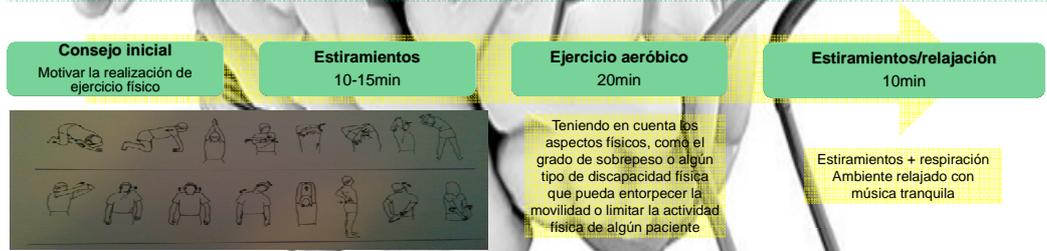
AUTORA: Moya Ferri, Sonia<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> EIR Salud Mental: Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental de Murcia

**INTRODUCCIÓN:**  
 El ejercicio físico se define como "actividad física planificada, estructurada, repetitiva e intencionada con el objetivo de mejorar o mantener uno o más de los componentes de la condición física".  
 Las evidencias científicas demuestran que la actividad y el ejercicio físico conforman una estrategia fundamental en la prevención de enfermedades y mejora del estado de salud; además, en el caso de las personas con enfermedad mental se ha demostrado los beneficios del ejercicio físico para mejorar la realización de las actividades de la vida diaria y disminuir la agitación y las conductas depresivas, proporcionando un estado afectivo positivo.  
 Los profesionales de enfermería tienen un papel importante para realizar la intervención de "Fomento del ejercicio" incluida dentro de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), con la finalidad de mejorar la salud física y mental de los pacientes con trastorno mental grave, por una parte para reducir los factores de riesgo cardiovascular, y por otra parte, para vencer la apatía, la abulia y la tendencia al aislamiento que presentan con frecuencia estos pacientes.

**OBJETIVOS:**  
 1. Desarrollar un programa de actividad física llevado a cabo en la URME.  
 2. Mejorar la salud física y mental de los pacientes de la URME.

**METODOLOGÍA:**  
 Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: salud mental, ejercicio físico y enfermería, seleccionando los documentos publicados entre 2006 y 2016, incluyendo aquellos que tenían relación con programas de ejercicio físico realizados en pacientes de salud mental, con la finalidad de estructurar un programa de actividad física para realizarlo en la URME.

**DESARROLLO**  
 Se desarrolla un programa de actividad física para llevarlo a cabo en la URME, se trata de un programa abierto para todos los pacientes que se encuentran ingresados en este recurso de Salud Mental, realizado 2 días a la semana, con sesiones de 45 minutos de duración. Cada una de las sesiones se estructura en 4 fases:



**CONCLUSIONES:**  
 El fomento del ejercicio físico es una herramienta terapéutica añadida dentro del proceso de rehabilitación, ya que la práctica de ejercicio físico produce múltiples ventajas a nivel físico, psicológico y social, además de hacer participar de manera activa al usuario de Salud Mental en su promoción de la salud. Es por ello, que resulta una necesidad la aplicación de programas de ejercicio físico en pacientes psiquiátricos, siendo una intervención de enfermería que ha demostrado ser eficaz según la evidencia científica.

**BIBLIOGRAFÍA:**  
 1. Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet. Colección ICD. 2011. Disponible en: [http://www.naos.azsan.missasi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio\\_y\\_salud\\_en\\_poblaciones\\_especiales.pdf](http://www.naos.azsan.missasi.gob.es/naos/ficheros/investigacion/Ejercicio_y_salud_en_poblaciones_especiales.pdf).  
 2. García CM. Programa de fomento de ejercicio físico para disminuir la ansiedad en pacientes psiquiátricos. Informaciones psiquiátricas. Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. 2008; (191): 5-28.  
 3. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2008; 15(10): 808-815.  
 4. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, Hampel H. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in neurobiology*. 2012; 96(1): 46-68.  
 5. Enguita MP. Programa de actividad física y deporte en Trastorno Mental Grave. Trabajo final de Grado. Teruel: Escuela Universitaria de Enfermería. 2014.

## 10. Habilidades de comunicación pieza clave para los enfermeros especialistas en salud mental.

**Autor/es:** Ana Teresa Padilla Simón<sup>1</sup>.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>EIR Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente de Salud Mental (Murcia)

**Email de contacto:** [anat\\_ab89@hotmail.com](mailto:anat_ab89@hotmail.com)

### Introducción

La comunicación como herramienta para el profesional de enfermería queda patente ya en las primeras teorías y modelos enfermeros, destacando pensadoras como Hildegard Peplau. Posteriormente, junto con el desarrollo de la salud mental y el surgimiento de la bioética, cobra verdadero sentido la relación interpersonal y los conceptos que de ella se derivan.

Nuestro ámbito de trabajo supone frecuentemente para el individuo un entorno hostil, a menudo asociado a experiencias desagradables. A esto se le añade la tendencia, en muchas ocasiones, hacia la “instrumentalización del individuo”, fomentando un contexto despersonalizador. Por tanto, actuaciones tan esenciales como el darnos a conocer, explicar por qué estamos allí o que pretendemos, cobran especial importancia cuando estamos trabajando con personas que padecen una patología mental.

En el ámbito de la salud mental, la labor profesional incluye el establecimiento de relaciones interpersonales directas, que van más allá de la simple interacción entre dos individuos. La relación terapéutica que se crea entre la enfermera de salud mental y el paciente supone el establecer objetivos comunes, relaciones de colaboración y ayuda.

Al ser este uno de los colectivos que pasa más tiempo con los usuarios, resulta imprescindible poseer habilidades de comunicación, lo que al mismo tiempo fomentará que los cuidados ofrecidos sean de calidad.

### Objetivos

-Destacar la importancia que el manejo de habilidades de comunicación tiene en el ámbito de la salud mental.

-Ofrecer herramientas a los profesionales de salud mental a fin de llevarlas a la práctica en su trabajo diario.

### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante enero y febrero de 2016, de artículos científicos en bases de datos: Scielo, Pubmed, The Cochrane Library. Los criterios de inclusión fueron: idioma en español; publicados entre 2010-2015; que estuvieran relacionados con la temática;

que fuesen fuentes primarias. Se utilizaron los términos incluidos en los descriptores en Ciencias de la Salud: Habilidades de comunicación, Salud Mental.

### Desarrollo

Como principios generales se debe mostrar una actitud abierta y receptiva, evitar prejuicios, transmitir aceptación y mostrar disposición a escuchar. Tener en cuenta que un silencio en el que aparentemente no se dice nada, puede tener innumerables significados. A la hora de comunicar consideraremos además las características individuales de la persona y el entorno en el que nos encontramos, siendo imprescindible mantener la privacidad.

Entre las habilidades más importantes destaca mostrar empatía, que implica además matices emocionales de comprensión y solidaridad en relación con los problemas referidos por el paciente. Ser asertivos, ya que la persona con un trastorno mental a menudo está inmersa en la incertidumbre y necesita encontrar seguridad en el profesional. Mostrar respeto y cortesía, el paciente necesita sentirse bien tratado y su opinión ha de ser tenida en cuenta.

Es necesario aplicar todos los conocimientos a nuestro día a día y seguir formándonos para mejorar las habilidades de comunicación. Los resultados recogidos en la práctica diaria indican que para ofrecer unos cuidados de calidad y ayudar en el tratamiento y rehabilitación de la persona, la enfermera de salud mental precisa de habilidades y destrezas en la comunicación.

### Conclusiones

Establecer una buena relación de comunicación, tanto con el paciente como con su familia, es fundamental. Para lo cual el lenguaje, aun cuando no es hablado, es una pieza clave. Tener habilidades y conocimientos para saber comunicar y establecer una relación adecuada mejora el bienestar del paciente y la adherencia al tratamiento, y por ello su entrenamiento es esencial.

Los profesionales de la salud debemos mantener la motivación para formarnos y aprender día tras día sobre nuestra herramienta principal: la comunicación.

### Bibliografía

- Sonia González A. Habilidades de comunicación y escucha. 2011
- Álvaro Pau Sánchez de Sendra. Psiquiatría y Salud Mental. 2014
- Javier Cabanyes Truffino. La salud mental en el mundo de hoy. 2015
- Elena Rodríguez Seoane, Conocer la enfermedad mental. 2015



VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**HABILIDADES DE COMUNICACIÓN: PIEZA CLAVE PARA LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL**

**Autora:** Ana Teresa Padilla Simón, EIR Salud Mental -UDMSM Región de Murcia, HGU Reina Sofía

**INTRODUCCIÓN**

La comunicación como herramienta para el profesional de enfermería queda patente ya en las primeras teorías y modelos enfermeros destacando pensadoras como H.Peplau. Posteriormente, junto con el desarrollo de la salud mental y el surgimiento de la bioética cobra verdadero sentido la relación interpersonal y los conceptos que de ella se derivan. Nuestro ámbito de trabajo supone frecuentemente para el individuo un entorno hostil, a menudo asociado a experiencias desagradables. A esto se le añade la tendencia, en muchas ocasiones, hacia la "instrumentalización del individuo", fomentando un contexto despersonalizador. Por tanto, actuaciones tan esenciales como el darnos a conocer, explicar por qué estamos allí o que pretendemos cobran especial importancia cuando estamos trabajando con personas que padecen una patología mental. En el ámbito de la salud mental, la labor profesional incluye el establecimiento de relaciones interpersonales directas, que van más allá de la simple interacción entre dos individuos. La relación terapéutica que se crea entre la enfermera de salud mental y el paciente supone el establecer objetivos comunes, relaciones de colaboración y ayuda. Al ser éste uno de los colectivos que pasa más tiempo con los usuarios, resulta imprescindible poseer habilidades de comunicación, lo que al mismo tiempo fomentará que los cuidados ofrecidos sean de calidad.

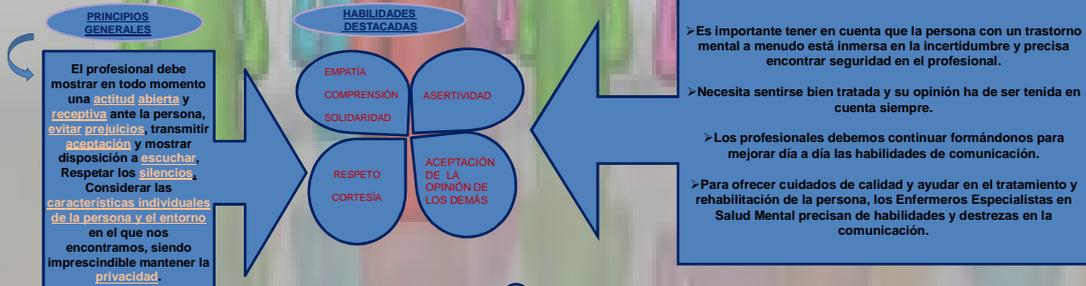
**OBJETIVOS**

- ✓ Destacar la importancia que el manejo de habilidades de comunicación tiene en el ámbito de la salud mental.
- ✓ Ofrecer herramientas a los profesionales de salud mental a fin de llevarlas a la práctica en su trabajo diario.

**METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante enero de 2016, de artículos científicos en bases de datos: Scielo, Pubmed. Los criterios de inclusión fueron: idioma en español; publicados entre 2010-2015; que estuvieran relacionados con la temática, que fuesen fuentes primarias. Se utilizaron los términos incluidos en los descriptores en Ciencias de la Salud: Habilidades de comunicación, Salud mental.

**DESARROLLO**



**CONCLUSIONES**

El establecer una buena relación de comunicación tanto con el paciente como con su familia es fundamental. Para lo cuál el lenguaje, aún cuando no es hablado, es una pieza clave. Tener habilidades y conocimientos para saber comunicar y establecer una relación adecuada mejora el bienestar del paciente y la adherencia al tratamiento, y por ello su entrenamiento es esencial. Los profesionales de la salud debemos mantener la motivación para formarnos y aprender día tras día sobre nuestra herramienta principal: la comunicación.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Sonia González A. Habilidades de comunicación y escucha. 2011
- Javier Cabanyes Truffino. La salud mental en el mundo de hoy. 2015
- Elena Rodríguez Seoane. Conocer la enfermedad mental. 2015

## 11. Importancia de los ácidos omega 3 en la evolución de la esquizofrenia.

**Autor/es:** Manuel Rueda López<sup>1</sup>, Esther Soriano Moreno, Francisco José Meseguer Pérez, José Manuel Luján Rico, Alba Gómez Martínez.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Psiquiátrico Román Alberca

**Email de contacto:**manuelruedalop@hotmail.com

### Introducción

En las últimas décadas las enfermedades psiquiátricas han experimentado un importante crecimiento, y en mayor medida en los países de occidente. Frente a esta realidad, la implementación de nuevas estrategias para enfrentar estas enfermedades es fundamental considerando los altos costos sociales y económicos que conllevan, tanto para los enfermos y su familia, como para los sistemas de salud. Es así como las intervenciones de carácter nutricional cada día adquieren una mayor relevancia en el campo de la investigación.

### Objetivos

Incluir los hallazgos como parte importante en terapias de educación de la salud así como intentar integrarlo en los hábitos de su vida diaria por parte de los pacientes.

Si se demostrara su beneficio poder integrarlo como tratamiento complementario en capsulas

### Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed y Dialnet para discernir la importancia de recomendar una dieta con alimentos ricos en omega 3 o suplementación en capsulas.

### Desarrollo

#### ¿Por qué son importantes los ácidos omega 3?

Nuestro organismo sintetiza ácidos grasos denominados “no esenciales” no siendo necesarios que estén incluidos en la dieta, sin embargo, no es capaz de producir todos los tipos de ácidos grasos que requiere, por lo que algunos de ellos deben ser aportados por los alimentos. Son los llamados ácidos grasos esenciales y se dividen en dos grandes familias: los ácidos grasos omega-3 y los ácidos grasos omega-6.

El consumo de ácidos grasos omega-3 ha ido descendiendo a lo largo de la historia del hombre en comparación con los omega-6, a principios del siglo XX la proporción era de 5:1(omega6/omega3), mientras que en la actualidad esta relación ha aumentado casi a un 20:1

en muchos países de occidente. En las últimas décadas el consumo de omega-3 a través de la dieta, ha disminuido considerablemente, especialmente en los países occidentales.

Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 pueden interactuar con los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos que han sido asociados con la fisiopatología de la esquizofrenia por medio de la modulación de la liberación del receptor acoplado del ácido araquidónico. La composición fosfolipídica de una membrana puede influenciar la actividad de los canales iónicos y las actividades enzimáticas. Asimismo, la actividad de los transportadores y receptores también es sensible a cambios en el ambiente lipídico y, por tanto, puede afectar la composición fosfolipídica de la membrana a la neurotransmisión.

Por otro lado, la fluidez de las membranas neuronales afecta el adecuado procesamiento de las señales, así pues, cambios en la proporción de la incorporación de ácidos grasos omega-3 y 6 puede alterar dicha fluidez. Por el contrario, se ha descrito que los ácidos grasos trans, (grasas hidrogenadas, que encontramos en alimentos industriales, tales como la bollería o los fritos) disminuyen la fluidez de las membranas plasmáticas, generando efectos nocivos para la salud.

### Conclusiones

Tras la revisión queda patente, una vez más, la importancia de la alimentación y su influencia sobre el organismo. En este caso con relación a la esquizofrenia, donde aunque aún faltan más estudios que aporten una mayor evidencia, los distintos trabajos realizados han manifestado cierta protección frente a recaídas, administrándolo como tratamiento complementario junto a los fármacos en la mayoría de los casos. La finalidad sería, además de prevenir recaídas, hacer partícipe al paciente de la importancia a la hora de elegir unos alimentos saludables, muchos de ellos considerados verdaderos “alimentos-medicina”

### Bibliografía

Navarro JF, Cavas M, García F.B. Ácidos grasos omega-3 y enfermedades neuropsiquiátricas. Rev Psiq Biol. 2006; 13(3):95-101

Valenzuela R, Bascuñán K., Valenzuela A, Chamorro R. Ácidos grasos omega-3, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas: un nuevo enfoque preventivo y terapéutico. Rev Chil Nutr Vol. 36, N°4, Diciembre 2009, págs.: 1120-1128

Bioque M, Goti, Capapey J, Bernardo M. Eficacia de los ácidos grasos omega-3 como tratamiento suplementario en la esquizofrenia .Rev Psiquiatría Biológica Vol. 20. Núm. 1-2. Enero - Junio 2013

## IMPORTANCIA DE LOS ACIDOS OMEGA 3 EN LA EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA



AUTORES: MANUEL RUEDA LÓPEZ, ESTHER SORIANO MORENO, FRANCISCO JOSE MESEGUER PÉREZ, JOSE MANUEL LUJÁN RICO, ALBA GÓMEZ MARTÍNEZ

### INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas las enfermedades psiquiátricas han experimentado un importante crecimiento, y en mayor medida en los países de occidente. Frente a esta realidad, implementación de nuevas estrategias para enfrentar estas enfermedades es fundamental considerando los altos costos sociales y económicos que conllevan, tanto para los enfermos su familia, como para los sistemas de salud. Es así como las intervenciones de carácter nutricional cada día adquieren una mayor relevancia en el campo de la investigación.

### OBJETIVOS

Incluir los hallazgos como parte importante en terapias de educación de la salud así como intentar integrarlo en los hábitos de su vida diaria por parte de los pacientes.

Si se demostrara su beneficio poder integrarlo como tratamiento complementario en capsulas

### METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed y Dialnet para discernir la importancia de recomendar una dieta con alimentos ricos en omega 3 o suplementación en capsulas.

### DESARROLLO

Nuestro organismo sintetiza ácidos grasos denominados "no esenciales" no siendo necesarios que estén incluidos en la dieta, sin embargo, no es capaz de producir todos los tipos de ácidos grasos que requiere, por lo que algunos de ellos deben ser aportados por los alimentos. Son los llamados ácidos grasos esenciales y se dividen en dos grandes familias: los ácidos grasos omega-3 y los ácidos grasos omega-6. El consumo de ácidos grasos omega-3 ha ido descendiendo a lo largo de la historia del hombre en comparación con los omega-6, principios del siglo XX la proporción era de 5:1(omega6/omega3), mientras que en la actualidad esta relación ha aumentado casi a un 20:1 en muchos países de occidente. En las últimas décadas el consumo de omega-3 a través de la dieta, ha disminuido considerablemente, especialmente en los países occidentales.

Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 PUEDEN INTERACTUAR CON LOS SISTEMAS DOPAMINÉRGICOS Y SEROTONINÉRGICOS que han sido asociados con fisiopatología de la esquizofrenia por medio de la modulación de la liberación del receptor acoplado del ácido araquidónico. La composición fosfolipídica de una membrana puede influenciar la actividad de los canales iónicos y las actividades enzimáticas. Asimismo, la actividad de los transportadores y receptores también es sensible a cambios en el ambiente lipídico y, por tanto, puede afectar la composición fosfolipídica de la membrana a la neurotransmisión.

Por otro lado, la fluidez de las membranas neuronales afecta el adecuado procesamiento de las señales, así pues, CAMBIOS EN LA PROPORCIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 Y 6 PUEDE ALTERAR DICHA FLUIDEZ. Por el contrario, se ha descrito que los ácidos grasos trans, (grasas hidrogenadas, que encontramos en alimentos industriales, tales como la bollería o los fritos) disminuyen la fluidez de las membranas plasmáticas, generando efectos nocivos para la salud.

La reducción de omega-3 en pacientes esquizofrénicos plantea dos cuestiones:

**si dichas reducciones están relacionados con un aporte insuficiente**

**si sería posible tratar a estos pacientes utilizando suplementos.**

En relación con la primera cuestión Mellor et al realizaron un análisis nutricional en 20 pacientes esquizofrénicos. Para la evaluación clínica utilizaron dos escalas: la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) y la Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS). Sus resultados revelaron que la reducida ingesta de EPA correlacionaba con una psicopatología más grave y con una peor evolución de las discinesias tardías. Estos pacientes fueron tratados con un aceite de pescado concentrado como terapia añadida, observándose una disminución obtenida en PANSS y en AIMS.

Peet et al(10) compararon los suplementos de EPA con los del ácido DHA y encontraron que el EPA produjo una mejoría significativamente mayor en el PANSS, en comparación con DHA y placebo. En un estudio posterior estos autores establecieron la dosis de 2g/día como la más efectiva, frente a las de 1 y 4 g/día en consonancia con los resultados preliminares publicados por otros investigadores con anterioridad

### CONCLUSIONES

Tras la revisión queda patente, una vez más, la importancia de la alimentación y su influencia sobre el organismo. En este caso con relación a la esquizofrenia, donde aunque aún faltan más estudios que aporten una mayor evidencia, los distintos trabajos realizados han manifestado cierta protección frente a recaídas, administrándolo como tratamiento complementario junto a los fármacos en la mayoría de los casos. La finalidad sería, además de prevenir recaídas, hacer participe al paciente de la importancia a la hora de elegir alimentos saludables, muchos de ellos considerados verdaderos "alimentos-medicina"

### BIBLIOGRAFÍA:

ONavarro JF, Cavas M, García F.B. Ácidos grasos omega-3 y enfermedades neuropsiquiátricas. Rev Psiq Biol. 2006; 13(3):95-101

OValeznuela R, Bascunan K., Valenzuela A, Chamorro R. Ácidos grasos omega-3, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas: un nuevo enfoque preventivo y terapéutico. Rev Chil Nutr Vol. 36, N°4, Diciembre 2009, págs.: 1120-1128

OBioque M, Goti J, Capapey J, Bernardo M. Eficacia de los ácidos grasos omega-3 como tratamiento suplementario en la esquizofrenia. Rev Psiquiatría Biológica Vol. 20. Núm. 1-2 Enero - Junio 2013

**VI JORNADA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA**

## 12. Intervención de enfermería en relajación infanto-juvenil en centro de salud mental.

**Autor/es:** Ana María Lucas Martínez<sup>1</sup>, Cristina Banacloig Delgado.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Interno en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Murcia)

**Email de contacto:** analucas50@hotmail.com

### Introducción

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia tienen una alta prevalencia siendo, posiblemente, una de las categorías clínicas más frecuentes en estas edades, a pesar de lo cual la investigación en este campo ha sido relativamente reciente. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo.

La relajación es, fundamentalmente, un estado físico y psíquico que se opone radicalmente a cualquier estado de tensión. En la literatura científica existe cada vez más evidencia de que las personas pueden aprender a reducir sus niveles de tensión a través de técnicas de relajación, siendo fundamentales para multitud de circunstancias y situaciones de la vida diaria.

### Objetivos

- Valorar diferencias significativas en los niveles de ansiedad tras la intervención de relajación (individual y grupal) por parte de enfermería en CSM IJ Cartagena.
- Describir las características de la población infantil que acude a Salud Mental con niveles de ansiedad elevados.
- Desarrollar futuras líneas de investigación sobre trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

### Metodología

La población seleccionada para este estudio consistió en 50 pacientes con edades comprendidas entre 9 y 15 años, que fueron sometidos a 5 sesiones de relajación, de forma individual o grupal.

Las sesiones consistieron en el entrenamiento progresivo en relajación muscular de Jacobson y relajación sin tensión basada en la imaginación guiada; con una frecuencia semanal en la mayoría de los casos.

Para la evaluación del nivel de ansiedad en los pacientes se utilizó *el cuestionario de ansiedad estado y rasgo en niños* (STAIC); el cual se entregó en la primera y última sesión para valorar la diferencia en la ansiedad tras la intervención.

### Desarrollo

Tras la aplicación de la intervención (entrenamiento en relajación) se obtuvieron diferencias significativas en distintos parámetros. La ansiedad-estado presentaba una disminución estadísticamente significativa en el total de la muestra; mientras que en los sujetos que recibieron una intervención grupal se encontraron diferencias significativas en la disminución tanto de la estado como en la rasgo.

Se obtuvieron correlaciones directamente proporcionales entre la edad y la ansiedad-rasgo antes de la intervención. La correlación encontrada entre el número de sesiones y la ansiedad-estado tras la intervención también fue considerada estadísticamente significativa; con una correlación inversamente proporcional.

### Conclusiones

Hay que recordar que los trastornos de ansiedad en la infancia son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infanto-juvenil.

Tras el desarrollo de este estudio y la exposición de sus resultados podemos confirmar que la relajación es una técnica útil y eficaz en el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes, siendo la intervención grupal una variante bastante positiva y con resultados prometedores.

### Bibliografía

1. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En: AEP ap. ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.
2. Spielberger CD. *Manual STAIC. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños*. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
3. Ballesteros Alcalde MC, Aguado Mañas JA, Pérez Puente C. Trastornos de ansiedad en la adolescencia y en la infancia. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2001. p 651-685.
4. Ospina-Ospina F, Paredes MC, Guzmán Y et al. *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años*. Rev. Salud Pública, 2011; 13 (6): 908-920.



### 13. Intervenciones para reducir el estigma hacia la enfermedad mental

**Autor/es:** Moya Ferri, Sonia<sup>1</sup>; Guerrero Pintor, Rubén.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Interno Residente en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental (UDMSM) de Murcia en el Hospital Morales Meseguer.

**Email de contacto:** kels.bz@gmail.com

#### Introducción

El estigma hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos. El término de estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino también, en nuestra sociedad, a las relaciones que la mayoría de la población establece con determinados grupos de personas.

En los últimos años distintas organizaciones internacionales han identificado el estigma producido por la enfermedad mental como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en nuestras sociedades. Así, muchos usuarios de salud mental deciden no participar plenamente en su atención para evitar la etiqueta de la enfermedad mental y el daño que les conlleva; además, el estigma produce la disminución de la autoestima y la privación de las oportunidades sociales en las personas con enfermedad mental.

#### Objetivos

1. Describir los tipos de estigma hacia la enfermedad mental.
2. Conocer las intervenciones utilizadas para reducir el estigma hacia la enfermedad mental.

#### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: estigma, salud mental y enfermedad mental, seleccionando los documentos publicados entre 2005 y 2016, incluyendo ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que tenían relación con las acciones utilizadas para reducir el estigma hacia la enfermedad mental.

#### Desarrollo

A nivel general, se distingue entre el estigma público y el autoestigma. Por una parte, el estigma público se refiere al manifestado por la sociedad hacia las personas con enfermedad

mental; y el auto-estigma es el proceso de internalización de dicho estigma por parte de la propia persona con enfermedad mental. Por otra parte, existe lo que se denomina el estigma por asociación, que afecta fundamentalmente a las familias, pero también, puede influir sobre los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental.

Según la evidencia científica, las intervenciones que se realizan para reducir el estigma van dirigidas a: personas con enfermedad mental, familiares, profesionales de salud, población general y medios de comunicación.

Las intervenciones en las personas con enfermedad mental, se enfocan en reducir el autoestigma, destacan las intervenciones psicológicas, principalmente la terapia cognitivo-conductual, y por otro lado, la aceptación de la existencia de estereotipos estigmatizadores, potenciando la autoestima, el empoderamiento, y las habilidades de afrontamiento ante el estigma.

En el caso de los familiares, se han realizado intervenciones de tipo comunitario, basadas en estrategias de apoyo, contención y psicoeducación, aunque apenas se ha realizado estudios de evaluación de estas intervenciones.

Sobre los profesionales que atienden a las personas con enfermedad mental, las intervenciones predominantes son de carácter educativo, promoviendo una formación continuada y específica de carácter antiestigmatizadora entre los profesionales.

En la población general, se emplean acciones educativas, fundamentalmente sobre grupos diana, como escolares y universitarios, y también es útil, según las evidencias, el contacto directo con personas con enfermedad mental para generar cambios en las actitudes estigmatizadoras.

Por último, en los medios de comunicación se ha realizado el trabajo directo con los periodistas y responsables de los medios para evitar informaciones estigmatizantes hacia la enfermedad mental, aunque no se han encontrado estudios que evalúen esta intervención.

## Conclusiones

Las estrategias que se plantean para reducir el estigma han mostrado ser eficaces, fundamentalmente para disminuir el autoestigma. Sin embargo, es esencial conseguir interrumpir los procesos de estigmatización a nivel social, modificando las actitudes e impulsando el cambio, para mejorar la situación de las personas con enfermedad mental.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki. Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
2. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud mental. 2015; 38(1): 53-58.

3. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*. 2013; 10(2): 10-19.

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**Intervenciones para reducir el estigma hacia la enfermedad mental**

AUTORES: Moya Ferri, Sonia<sup>1</sup>; Guerrero Pintor, Ruben<sup>2</sup>

<sup>1</sup> EIR Salud Mental; Unidad Docente Multidisciplinar Salud Mental de Murcia. <sup>2</sup> Enfermero especialista en Salud Mental. Hospital Morales Meseguer (Murcia)

**INTRODUCCIÓN:**

El estigma hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos. El término de estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino también, en nuestra sociedad, a las relaciones que la mayoría de la población establece con determinados grupos de personas. En los últimos años distintas organizaciones internacionales han identificado el estigma producido por la enfermedad mental como uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental en nuestras sociedades. Así, muchos usuarios de salud mental deciden no participar plenamente en su atención para evitar la etiqueta de la enfermedad mental y el daño que les conlleva; además, el estigma produce la disminución de la autoestima y la privación de las oportunidades sociales en las personas con enfermedad mental.

**OBJETIVOS:**

1. Describir los tipos de estigma hacia la enfermedad mental.
2. Conocer las intervenciones utilizadas para reducir el estigma hacia la enfermedad mental.

**METODOLOGÍA:**

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos en las distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Library; para ello se utilizaron los términos de búsqueda: estigma, salud mental y enfermedad mental, seleccionando los documentos publicados entre 2005 y 2016, incluyendo ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que tenían relación con las acciones utilizadas para reducir el estigma hacia la enfermedad mental.

**DESARROLLO**



**CONCLUSIONES:**

Las estrategias que se plantean para reducir el estigma han mostrado ser eficaces, fundamentalmente para disminuir el autoestigma. Sin embargo, es esencial conseguir interrumpir los procesos de estigmatización a nivel social, modificando las actitudes e impulsando el cambio, para mejorar la situación de las personas con enfermedad mental.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki. Lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
2. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*. 2015; 38(1): 53-58.
3. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E. La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*. 2013; 10(2): 10-19.
4. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental*. 2006; 26: 49-59.
5. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008; 28(1): 48-83.

## 14. Intervenciones de enfermería en educación para la salud en la URA de San Andrés.

**Autor/es:** Meseguer Pérez, Francisco José<sup>1</sup>; Belando Martínez, Yurena; Jurado Sánchez, Ainhoa; Campoy Valera, Ana María; Molina Marín, María del Carmen.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Interno Residente en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Murcia).

**Email de contacto:** pakias@outlook.es

### Introducción

Define la OMS educación para la salud como *“Una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”*, desde la unidad de rehabilitación de San Andrés, el personal de enfermería realiza diariamente intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de estas personas, haciéndoles partícipes de su propia salud.

### Objetivos

- Mostrar las actividades propias de enfermería en educación para la salud realizadas en la unidad de rehabilitación de adultos de San Andrés.
- Justificar la importancia de dichas intervenciones en la rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves.

### Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Tripdatabase, Epistemonikos y revistas secundarias (EBMH). Como criterios de inclusión se utilizaron artículos que dataran de 2005 a 2016.

Palabras clave: Síndrome metabólico, trastorno mental grave, nutrición, ejercicio, estilo de vida.

### Desarrollo

Las personas con trastorno mental severo, incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor, tienen una mortalidad 2-3 veces mayor que la población general. Lo que se traduce en una esperanza de vida de 10 a 20 años menor. (1, 2)

Cerca del 60% de este exceso de mortalidad es debida a comorbilidades físicas, predominantemente los problemas cardiovasculares. Los factores que predisponen a estos pacientes a padecer enfermedades cardíacas incluyen la medicación antipsicótica y estilos de vida no saludables. (1, 2, 3)

*“El síndrome metabólico es una combinación de obesidad central, presión arterial alta, bajo colesterol HDL, elevados triglicéridos y resistencia a la insulina. En la población general, está asociado con un riesgo 4 veces mayor de desarrollar diabetes y un riesgo 2 veces mayor de enfermedad cardíaca coronaria, accidente cerebrovascular y mortalidad prematura.”* (1) Teniendo los pacientes con trastorno mental severo un riesgo aumentado de padecerlo en comparación con la población general. (1, 2)

En 2001, la Adult Treatment Panel III (ATP III) recomendó 2 medidas terapéuticas principales para los pacientes con síndrome metabólico. Estas medidas fueron reforzadas por un informe de la American Heart Association (AHA), el instituto nacional de salud (NIH) y las guías clínicas de la Endocrine Society: (4)

Tratar las causas subyacentes (sobrepeso/obesidad e inactividad física) intensificando el manejo del peso e incrementando la actividad física.

- Tratar los factores de riesgo cardiovasculares a través de modificaciones en el estilo de vida.
- Desde la unidad de rehabilitación de adultos de San Andrés se trabaja diariamente con personas con trastorno mental grave, para la prevención y/o tratamiento del síndrome metabólico y las complicaciones asociadas al mismo.

Las intervenciones propias de enfermería en educación para la salud son:

- **Cuídate**, cuyos objetivos son tomar conciencia de nuestro propio cuerpo y conocer su funcionamiento.
- **Vida saludable**, cuyos objetivos son fomentar hábitos de vida saludables.
- **Grupo para dejar de fumar**, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida mediante la eliminación o disminución del hábito tabáquico.
- **Peso saludable**, cuyo objetivo es alcanzar o mantener un peso óptimo.

## Conclusiones

- Hay evidencia que confirma la eficacia de las intervenciones basadas en educación para la salud en el manejo del riesgo cardiovascular de estos pacientes.
- Reducir el riesgo cardiovascular de estos pacientes es crucial teniendo en cuenta la vulnerabilidad que poseen frente a enfermedades físicas y sabiendo que las enfermedades cardiovasculares son la causa de muerte más común.

## Bibliografía

1. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2013 [Citado el 15 de Marzo de 2016]; 39(2): 306–318. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576174/>

2. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* [Internet]. 2015 [Citado el 15 de Marzo de 2016]; 14(3):339-47. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592657/>

3. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Rev. Evid Based Mental Health* [Internet]. 2007 [Citado el 15 de Marzo de 2016]64(2):242-9. Disponible en:

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482163>

4. Meigs JB, Nathan DM, Wolfson DJ, Mulder JE. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [Última actualización el 16 de marzo de 2015, consultado el 17 de Marzo de 2016]. Disponible en:

<http://www.uptodate.com/contents/the-metabolic-syndrome-insulin-resistance-syndrome-or-syndrome-x>



## Intervenciones de enfermería en educación para la salud en la URA de San Andrés.

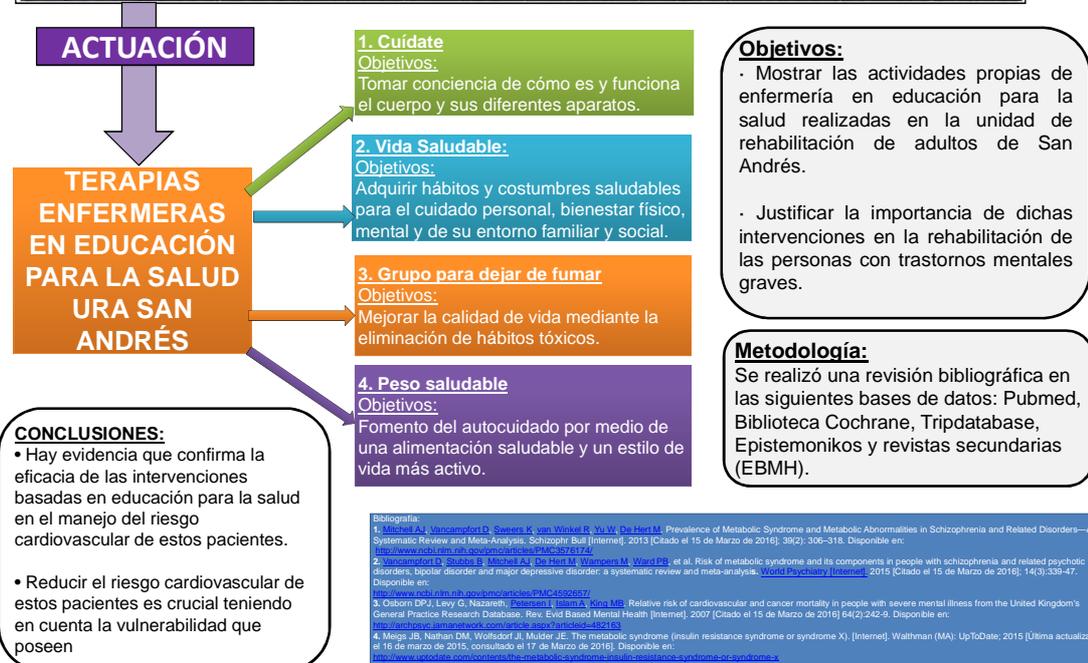
Meseguer Pérez, Francisco José (1); Belando Martínez, Yurena (2); Jurado Sánchez, Ainhoa (3); Campoy Valera, Ana María (4); Molina Marín, María del Carmen (5).

(1, 4) EIR Salud mental UDMMSM-Región de Murcia, Hospital Virgen de la Arrixaca; (2, 5) EIR Salud mental UDMMSM-Región de Murcia, Hospital Santa Lucía; (3) EIR Salud mental UDMMSM-Región de Murcia, Hospital Reina Sofía.

### INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave tienen una mortalidad 2-3 veces mayor que la población general, lo que se traduce en una esperanza de vida de 10 a 20 años menor. Cerca del 60% de este exceso de mortalidad es debida a comorbilidades físicas, predominantemente los problemas cardiovasculares.

Tasas de anomalías metabólicas en esquizofrenia y trastornos psicóticos similares									
	SMTB por ATP III (%)	Cintura (ATP) (H>102, M>88)	Presión sanguínea (>130/85)	Triglicéridos (>150 mg/dl)	Glucosa (ATP III) (>110mg/dl)	Glucosa (>100 mg/dl)	HDL (H<40mg/dl, M<50mg/dl)	Tabaco	Diabetes
Número de estudios	80	53	72	77	47	28	76	41	14
Tamaño de la muestra	17005	14305	18657	19831	13784	6499	19280	8729	2186
Proporción	32,8%	49,4%	38,7%	39,3%	19,5%	18,8%	42,6%	54,3%	10,9%



## 15. La recuperación en salud mental desde enfermería: El modelo Tidal o modelo de la Marea habilidades de comunicación pieza clave para los enfermeros especialistas en salud mental.

**Autor/es:** Ainhoa Jurado Sánchez<sup>1</sup>, Ana Teresa Padilla Simón, Beatriz Ortega Moreno, Raúl Cánovas Lorca, Francisco José Meseguer Pérez.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>EIR de Salud Mental (HGU Reina Sofía, Murcia).

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Murcia)

**Email de contacto:** [ainhoa.jurado@hotmail.com](mailto:ainhoa.jurado@hotmail.com)

### Introducción

En los últimos años, el concepto de recuperación en salud mental está cobrando gran relevancia dentro y fuera de nuestras fronteras, especialmente en la parte que concierne a que sea la propia persona quien recupere el protagonismo en su proceso de enfermedad y de recuperación de la misma. Gran parte de este movimiento viene propulsado desde diferentes asociaciones de pacientes y familiares, pero también son muchos los profesionales que comparten esta idea y que van de la mano a la hora de devolverles la voz a los verdaderos protagonistas.

Sin embargo, para ello es necesario un cambio de perspectiva tanto a nivel institucional como profesional. Desde la enfermería especializada de salud mental, esto es especialmente importante, pues son los profesionales que más contacto y cercanía suelen tener con los pacientes en los diferentes niveles asistenciales.

### Objetivo

Conocer el Modelo Tidal y su aplicación en la recuperación en salud mental desde enfermería.

### Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos de ciencias de la salud, incluidas PubMed, CINAHL y Cuiden, con los siguientes términos de búsqueda: "Tidal model", "Recoverymodel", "Mental Health nursing", y "Modelo enfermería psiquiátrica".

### Desarrollo

Según sus precursores, "el Modelo Tidal proporciona una estructura para el desarrollo de los cuidados centrados en la persona, y colaborativos con la persona en cualquier marco"<sup>1</sup>. Esto significa que puede ser utilizado en los distintos ámbitos asistenciales, desde lo más hospitalario como pueda ser una unidad de hospitalización breve, hasta lo más comunitario como pueda ser en su propio domicilio, siempre sin perder la esencia de que la persona en cuestión y el profesional avanzan juntos en la resolución de los problemas.

Es un modelo filosófico que se centra en el descubrimiento de lo que significa la salud mental para cada persona a partir de su propia historia de vida para, de esta manera, definir los problemas y ayudarle a resolverlos y asumirlos para empezar a recuperar su vida<sup>1,2</sup>. Se basa en los Diez Compromisos, cada uno con las diferentes competencias necesarias por parte del profesional: el valor de la voz (la historia de la persona), respetar el lenguaje, convertirse en aprendiz, el uso de las herramientas disponibles (a partir de la historia personal), la habilidad de dar un paso más allá, el regalo del tiempo, el desarrollo de una curiosidad auténtica, saber que el cambio es constante, la revelación de la sabiduría personal, y ser transparente<sup>1,3</sup>.

La evaluación de su efectividad en el cuidado y en la recuperación es complicada, pues se trata de un proceso individual y único en cada persona. Los estudios que han sido llevados a cabo han arrojado resultados similares, principalmente en la reducción del número de autolisis e intentos de suicidio, de la agresividad física y verbal hacia los profesionales, de la necesidad de realizar cualquier tipo de restricción o contención física, y de la necesidad de administrar medicación extra. Por otro lado, se encontró un aumento del sentimiento de autorrealización de las enfermeras, así como de esperanza, optimismo y comprensión entre los pacientes<sup>4</sup>.

### Conclusiones

El Modelo Tidal proporciona una visión diferente del papel de los cuidados de enfermería en salud mental, desde una perspectiva centrada en la persona, en su historia y su propia forma de lidiar con los problemas de salud mental. Esto hace que la relación sea más productiva y satisfactoria para ambas partes, ya que la enfermera viaja al lado de la persona en su propio proceso de recuperación.

### Bibliografía

1. Buchanan-Barker P, Barker P. El Modelo Tidal. Salud Mental: Reivindicación y Recuperación. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2015.
2. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. RevCuid. 2015; 6(2):1108-20. doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.172.
3. Brookes N, Murata L, Tansey M. Guiding practice development using the TidalCommitments. J PsychiatrMent Health Nurs. 2006,13(4):460-463. PubMed PMID: 16867133.
4. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. Issues Ment Health Nurs. 2010; 31(3):171–180. doi: 10.3109/01612840903276696.

*VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA*

## La recuperación en salud mental desde enfermería: el modelo tidal o modelo de la marea.

Jurado Sánchez, Ainhoa<sup>1</sup>; Padilla Simón, Ana Teresa<sup>1</sup>; Ortega Moreno, Beatriz<sup>2</sup>; Meseguer Pérez, Francisco José<sup>3</sup>; Cánovas Lorca, Raúl<sup>3</sup>.  
 (1) EIR R1 de Salud Mental, UDM de Salud Mental de la Región de Murcia; (2) Enfermera especialista en Salud Mental, CSM Caravaca de la Cruz; (3) EIR R2 de Salud Mental, UDM de Salud Mental de les Illes Balears.

**Introducción**

El concepto de recuperación está cobrando gran relevancia dentro y fuera de nuestras fronteras, especialmente en la parte que concierne a que sea la propia persona quien recupere el protagonismo en su proceso de enfermedad y de recuperación de la misma. Gran parte de este movimiento viene propulsado desde diferentes asociaciones de pacientes y familiares, pero también son muchos los profesionales que comparten esta idea y que van de la mano a la hora de devolverles la voz a los verdaderos protagonistas. Desde la enfermería especializada de salud mental, esto es especialmente importante, pues son los profesionales que más contacto y cercanía suelen tener con los pacientes en los diferentes niveles asistenciales.

**Objetivos**

Conocer el Modelo Tidal y su aplicación en la recuperación en salud mental desde enfermería.

**Metodología**

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos de ciencias de la salud, incluidas PubMed, CINAHL y Cuiden, con los siguientes términos de búsqueda: "Tidal model", "Recovery model", "Mental health nursing", y "Modelo enfermería psiquiátrica".

**Desarrollo**

El Modelo Tidal proporciona una estructura para el desarrollo de los cuidados centrados en la persona, y colaborativos con la misma en cualquier marco asistencial, desde lo más hospitalario a lo más comunitario<sup>1</sup>. Se centra en el descubrimiento de lo que significa la salud mental para cada persona a partir de su propia historia de vida para, de esta manera, definir los problemas y ayudarle a resolverlos y asumirlos para empezar a recuperar su vida<sup>1,2</sup>. Se basa en los Diez Compromisos:



La evaluación de su efectividad en el cuidado y en la recuperación es complicada, pues se trata de un proceso individual y único en cada persona. Los estudios que han sido llevados a cabo han arrojado resultados similares, principalmente en la reducción del número de autolisis e intentos de suicidio, de la agresividad física y verbal hacia los profesionales, de la necesidad de realizar cualquier tipo de restricción o contención física, y de la necesidad de administrar medicación extra. Por otro lado, se encontró un aumento del sentimiento de autorrealización de las enfermeras, así como de esperanza, optimismo y comprensión entre los pacientes<sup>3</sup>.

**Conclusiones**

El Modelo Tidal proporciona una visión de los cuidados de enfermería en salud mental centrada en la persona, en su historia y su propia forma de lidiar con los problemas de salud mental. Esto hace que la relación sea más productiva y satisfactoria para ambas partes, ya que la enfermera viaja al lado de la persona en su propio proceso de recuperación.

**Bibliografía**

- Buchanan-Barker P, Barker P. El Modelo Tidal. Salud Mental: Reivindicación y Recuperación. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2015.
- Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid. 2015; 6(2):1108-20.
- Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. Issues Ment Health Nurs. 2010; 31(3):171-180.

## 16.La salud física como parte del cuidado de la salud mental.

**Autor/es:** Sara Díez Galerón<sup>1</sup>; Sonia Lozano Bueno; M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Matéu; Nuria Conesa Hernández.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Centro de Salud Mental de Cartagena

**Email de contacto:** [aisha\\_rx@hotmail.com](mailto:aisha_rx@hotmail.com)

### Introducción

Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con enfermedades mentales graves es peor, y su tasa de mortalidad 2-3 veces mayor, diferencia que se ha incrementado en las últimas décadas (1,2).

La población con trastorno mental fuma en muy alta proporción y tiene mayor probabilidad de presentar sobrepeso, diabetes, hipertensión o dislipemia, ya sea por la propia enfermedad, por los hábitos poco saludables y/o por los efectos de la medicación antipsicótica (3,4).

A pesar del riesgo superior de estos pacientes, su acceso a la atención sanitaria en general es limitado: los porcentajes de pacientes con TMG que reciben tratamiento para la HTA, dislipemia o diabetes son bajos (5).

### Objetivo

- Detectar factores de riesgo cardio-vascular en pacientes con TMG.

### Metodología

Existe un algoritmo específico de control de riesgo cardiovascular en pacientes con TMG modificado por De Hert et cols (6).

A nivel de cuidados de enfermería realizaremos las siguientes intervenciones:

- Control del hábito tabáquico: conseguir la reducción del consumo tabáquico o el abandono del mismo mediante la inclusión del paciente en grupos de terapia específica, terapia individual o inicio con terapia sustitutiva.
- Registro de parámetros antropométricos: Medición del índice de masa corporal y perímetro abdominal.
- Control de glucemia en ayunas.
- Control mediante analíticas de las cifras de colesterol.
- Medición de la tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad).

## Desarrollo

Tras la aplicación de estos cuidados de enfermería se espera reducir el riesgo cardiovascular y conseguir que estos pacientes tengan un seguimiento más estrecho por parte del personal de enfermería, el cual está capacitado para controlar y prevenir este tipo de patologías.

## Conclusiones

Los especialistas implicados en la salud del paciente con trastorno mental grave, debemos trabajar en la prevención y seguimiento del riesgo cardiovascular que presentan, trabajando en colaboración con los facultativos para su óptimo manejo.

El personal de enfermería trabaja de forma directa y constante con el paciente con trastorno mental grave, por lo que debe estar formado y tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta atención de la manera más efectiva posible.

## Bibliografía

1. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hery M, Hennekens C, Lambert M, Leuch S et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 514-19.
2. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM, Decker PA, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorders. An Olmsted County, Minnesota cohort; 1950-2005. *Prev Chronic Dis* 2006; 3: A42.
3. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Sernyac MJ, Davidson M et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 7: 4-18.
4. Zimmerman U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug induced weight gain in psychiatric patients. *J Psychiatr Rev* 2003; 37: 193-220.
5. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial simple at baseline. *Schizophr Res* 2006; 86: 15-22. 71.
6. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European psychiatric. *Eur Psychiatry* 2009 Sep.; 24 (6): 412-24.

VI JORNADA DE  
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

## LA SALUD FÍSICA COMO PARTE DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL.

Sara Díez Galerón, Sonia Lozano Bueno, M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Mateu, Nuria Conesa Hernández

## INTRODUCCIÓN

Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con enfermedades mentales graves es peor, y su tasa de mortalidad 2-3 veces mayor, diferencia que se ha incrementado en las últimas décadas (1,2).

La población con trastorno mental fuma en muy alta proporción y tiene mayor probabilidad de presentar sobrepeso, diabetes, hipertensión o dislipemia, ya sea por la propia enfermedad, por los hábitos poco saludables y/o por los efectos de la medicación antipsicótica (3,4).

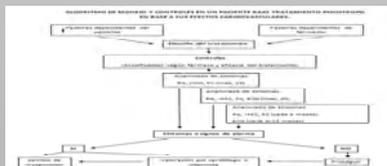
A pesar del riesgo superior de estos pacientes, su acceso a la atención sanitaria en general es limitado: los porcentajes de pacientes con TMG que reciben tratamiento para la HTA, dislipemia o diabetes son bajos (5).

## OBJETIVOS

- Determinar la importancia del cuidado de la patología orgánica en el paciente con trastorno mental grave.
- Proveer de herramientas a los enfermeros que se dedican al cuidado del paciente con trastorno mental grave.
- Facilitar conocimientos profesionales que justifiquen nuestros cuidados.

## METODOLOGÍA

- El control de los factores de riesgo cardiovascular de pacientes psiquiátricos no difiere en demasía del resto de pacientes.
- Existe un algoritmo específico de control de riesgo cardiovascular en pacientes con TMG modificado por De Hert et cols (6).
- A nivel de cuidados de enfermería realizaremos las siguientes intervenciones:
  - Control del hábito tabáquico: conseguir la reducción del consumo tabáquico o el abandono del mismo mediante la inclusión del paciente en grupos de terapia específica, terapia individual o inicio con terapia sustitutiva.
  - Registro de parámetros antropométricos: Medición del índice de masa corporal y perímetro abdominal.
  - Control de glucemia en ayunas.
  - Control mediante analíticas de las cifras de colesterol.
  - Medición de la tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad).



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fleischacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hery M, Hennekens C, Lambert M, Leurgans S et al. Comorbidity somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. J Clin Psychiatry 2008; 69: 514-19.
- 2- Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM, Decker PA, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorders. An Olmsted County, Minnesota cohort; 1950-2005. Prev Chronic Dis 2006;3: A42.
- 3- Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Serdyac MJ, Davidson M et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2004;65 Suppl 7:4-18.
- 4- Zimmerman J, Kraus T, Himmerich R, Schulz A, Pahlmeyer T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. J Psychiatry Res 2002; 37: 193-220.
- 5- Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from de catis schizophrenia trial simple at baseline. Schizophr Res 2006; 86: 15-22.71.

## RESULTADOS

Tras la aplicación de estos cuidados de enfermería se espera reducir el riesgo cardiovascular y conseguir que estos pacientes tengan un seguimiento más estrecho por parte del personal de enfermería, el cual está capacitado para controlar y prevenir este tipo de patologías.

## DISCUSIÓN

La expectativa de los pacientes con TMG está acortada respecto a la población general, siendo la principal causa el riesgo cardiovascular.

Los pacientes con trastorno mental grave tienen una mayor prevalencia de tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes y síndrome metabólico respecto a la población general. Los fármacos antipsicóticos contribuyen al riesgo cardiovascular de estos pacientes, sobretodo la olanzapina y la clozapina.

## CONCLUSIONES

Los especialistas implicados en la salud del paciente con trastorno mental grave, debemos trabajar en la prevención y seguimiento del riesgo cardiovascular que presentan, trabajando en colaboración con los facultativos para su óptimo manejo. El personal de enfermería trabaja de forma directa y constante con el paciente con trastorno mental grave, por lo que debe estar formado y tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta atención de la manera más efectiva posible.

## 17. Las vivencias de los EIR de Salud Mental, en torno a la Sujeción Física. Un estudio cualitativo.

**Autor/es:** Beatriz Ros Romera<sup>1</sup>; Silvia Sánchez López.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca-Murcia. Área III del SMS

**Email de contacto:** [Betty-ros@hotmail.com](mailto:Betty-ros@hotmail.com).

### Introducción

A lo largo de los años las enfermeras de Salud Mental se han tenido que enfrentar a diversas situaciones de conflicto, pero es tal vez la técnica de la sujeción física la que más implicaciones conlleva. Hay escasa información empírica, por ser un procedimiento bastante estigmatizado en su propio entorno. Por este motivo se han querido plasmar las voces explícitas de este colectivo y comprender el significado que le atribuyen.

### Objetivos

Conocer las vivencias de los EIR tras la experiencia de la sujeción física en una unidad de agudos.

### Metodología

Cualitativa.

Escenario: En la unidad mencionada.

Diseño: Estudio descriptivo interpretativo con enfoque fenomenológico.

Participantes: Cuatro estudiantes, dos de primero y dos de segundo año de residencia, menores de 30 años, mujeres y sin experiencia profesional.

Proceso de captación intencionado. Durante la rotación. Desde mayo del 2.014 hasta marzo del 2.015.

Técnicas: La observación participante, conversaciones informales encubiertas y las entrevistas semiestructuradas a nivel individual. Consentimiento informado.

Análisis de contenido, estableciendo y relacionando categorías y subcategorías.

### Desarrollo

Resultados. Las categorías emergidas se agrupan en cuatro:

- (a) El impacto desagradable de la intervención en la crisis de agitación. Emergen los sentimientos emocionales y las reacciones fisiológicas, temblores, palpitaciones, el malestar y la impotencia. "Sentía rigidez en las manos" . . ."
- (b) El cuestionamiento de otras alternativas para evitar la intervención. Se cuestionan sus inseguridades y la poca capacidad de persuasión que creen tener. "Me ven joven y no hacen caso" . . . También la autocrítica de no haber establecido límites a su debido tiempo o bien que no se ha hecho el suficiente esfuerzo para evitarla.
- (c) Autocontrol para desoír amenazas, insultos y retos. Afloran los sentimientos compasivos y se alude al silencio y a no perder la compostura. "Es un enfermo" . . .
- (d) La carga de responsabilidad que conlleva tras la misma. Valoración de los riesgos y otros aspectos implícitos. Sienten agobio e intranquilidad y miedo al rechazo por la sujeción. Reflexionan sobre la unificación de criterios, establecer límites y cumplir pactos, porque lo más importante para ellos es la prevención de la agitación.

### Conclusiones

El enfoque cualitativo permite efectuar una mirada profunda del fenómeno, ya que es ese componente complejo de la realidad humana y profesional que se escapa a los instrumentos numéricos, como son las percepciones, sentimientos, emociones y valores. Las limitaciones son las propias de la metodología cualitativa, entre las cuales está la no extrapolación de los resultados.

En este estudio se detecta un cambio de sensibilidad y una actitud más humana y responsable a pesar de la juventud y la inexperiencia profesional.

Una vez más nos hace pensar que es una técnica repudiada por todos y es muy positivo que los estudiantes se basen más en la prevención de la crisis para evitarla. La actitud autocrítica que mantienen se tendría que valorar como una cualidad de retroalimentación para el equipo multidisciplinar de la unidad y así reorganizar los criterios de abordaje en base a las capacidades de aguante, escucha activa, empatía y dominio del contexto.

Ellos nos plantean sus inseguridades y sus implicaciones emocionales con franqueza, porque confían en nosotros y valoran nuestra experiencia y seguridad. Pero también nos aportan una refrescante teoría y un renovado lenguaje entre otras cosas. Esperamos que este manuscrito sirva de ayuda para establecer alianzas en lugar de discrepancias y simbiosis para avanzar positivamente en nuestra práctica diaria, ser mejores profesionales y aumentar la calidad asistencial.

### Bibliografía

1. Gómez Pascual, M. Intervención de la enfermería especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica. Investigación y cuidados, tercer trimestre 2013;11(27):19-25.
2. Marqués Andrés, S. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de psiquiatría infantojuvenil. Index de Enferm. 2007; 58: 21-25.
3. FereidooniMoaghdam, M.; FallahiKhoshknab, M.; Pazargadi M. Psychiatric Nurses: Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. IJCBNM. 2014; 2(1):20-30.

4. Vivar Cristina, G.; McQueen, A.; WhiteDorothy, A.; Canga Armayor, N.; Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *IndexEnferm.* 2013; 22 (4): 222-227.
5. RodríguezGarcía, M.; Medina moya, JL.; Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. *Index de Enferm.*2014; 23 (3): 157-161.



VI JORNADAS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA REGION DE MURCIA



**LAS VIVENCIAS DE LOS ENFERMEROS INTERNOS RESIDENTES EN TORNO A LA SUJECION FISICA . UN ESTUDIO CUALITATIVO.**

**Beatriz Ros Romera y Silvia Sánchez García. Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca- Murcia. Área III de SMS.**

Contacto: [betty-ros@hotmail.com](mailto:betty-ros@hotmail.com)

**INTRODUCCION**

A lo largo de los años las enfermeras/os de Salud Mental se han tenido que enfrentar a diversas situaciones de conflicto, pero es tal vez la técnica de la sujeción física la que más implicaciones conlleva a todos los niveles. Hay una escasa información empírica puesto que es una intervención repudiada por todos y bastante estigmatizada en su propio entorno. Por estos motivos se ha querido plasmar las voces explícitas de este colectivo tras vivir dicha experiencia en una crisis de agitación psicomotriz.

**OBJETIVOS**

**Conocer las vivencias de los EIR tras la experiencia de la sujeción física en una crisis de agitación psicomotriz.**

**METODOLOGIA**

**Metodología:** Cualitativa.

**Escenario:** En la unidad mencionada.

**Diseño:** Estudio descriptivo interpretativo con enfoque fenomenológico.

**Participantes:** Cuatro estudiantes, dos de primero y dos de segundo año de residencia menores de 28 años, mujeres y sin experiencia profesional.

**Proceso de captación:** Intencionado y durante la rotación.

**Técnicas para la recolección de datos:** La observación participante, conversaciones informales encubiertas, memos y las entrevistas semiestructuradas a nivel individual.

**Análisis de contenido:** Estableciendo y relacionando categorías y subcategorías.



**RESULTADOS**

Las categorías emergidas se agrupan en cuatro:

- a) **El impacto desagradable de la intervención en la crisis de agitación.** Emergen los sentimientos emocionales y las reacciones fisiológicas, temblores, palpitaciones, el propio malestar y la impotencia. " Sentía rigidez en las manos". . . .
- b) **El fracaso de otras alternativas para evitar la intervención.** Se cuestionan sus inseguridades y la poca capacidad de persuasión que creen tener. "Me ven joven y no me hacen caso". . . . También la autocrítica de no haber establecido límites a su debido tiempo o bien de que no se ha hecho el suficiente esfuerzo para evitarla con otras medidas de contención.
- c) **Autocontrol para desoir amenazas, insultos y retos.** En este apartado afloran los sentimientos compasivos y se acogen al silencio . " Es un enfermo y no hay que entrar al trapo". . . .
- d) **La carga de responsabilidad que conlleva.** Se cuestionan los factores de riesgo y otros aspectos implícitos sintiendo agobio y cierta intranquilidad. Aluden a la incomodidad del paciente y miedo al rechazo de éste por haberle sujetado. Reflexionan acerca de la unificación de criterios y cumplimiento de los pactos, porque lo más importante para ellos es la prevención de la agitación.

**CONCLUSIONES**

El enfoque cualitativo permite efectuar una mirada profunda del fenómeno que se estudia y que en ocasiones se escapa con los instrumentos numéricos. Es ese componente de la realidad humana y sus interacciones con el entorno. Percepciones, sentimientos, pensamientos, emociones, conductas y valores.

La principal limitación es la no extrapolación de los resultados.

En este estudio se detecta un cambio de sensibilidad y una actitud humana y responsable a pesar de su inexperiencia profesional y juventud. Es muy positivo que sus reflexiones se encaminen más hacia la prevención de la crisis. Por otro lado, su actitud autocrítica que mantienen se tendría que valorar como una cualidad de retroalimentación para el equipo multidisciplinar y así reorganizar los criterios de abordaje en base a las capacidades de aguante, escucha activa, empatía y dominio del contexto. Ellos plantean sus inseguridades e implicaciones emocionales porque confían en los profesionales con experiencia y seguridad, pero al mismo tiempo aportan frescura de ideas y riqueza verbal entre otras cosas. Esperamos que este manuscrito sirva para establecer alianzas y simbiosis en lugar de discrepancias para avanzar positivamente en la práctica diaria, ser mejores clínicos y aumentar por todo ello la calidad asistencial.

**REFERENCIAS**

1. Gómez Pascual, M. Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica. Investigación y cuidados , tercer cuatrimestre 2013; 11(27): 19-25.
2. Marqués Andrés, S. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Index enferm, 2007; 58: 21-25.
3. Fereidooni Moghadam, M.; Fallahi Khoshknab, M.; Pazagadi M. Psychiatric Nurses: Perceptions about physical Restraint: A Qualitative Study. IJCBNM. 2014; 2(1): 20-30.
4. Vivar Cristina, G., McQueen, A.; Whyte Dorothy, A. Whyte Dorothy, A. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación . Index Enferm. 2013; 22 (4): 222-227.
5. Rodríguez García, M.; Medina Moya, J.L. Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. Index Enferm. 2014; 23 (3): 157-161.

## 18. Mindfulness: una herramienta para que niños y adolescentes sean protagonistas de su salud mental.

**Autor/es:** Yurena Belando Martínez, Francisco José Meseguer Pérez, María del Carmen Molina Marín, Ana María Campoy Valera.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Interno Residente en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (Murcia)

**Email de contacto:** yurenadue@gmail.com

### Introducción

Mindfulness o consciencia plena es definido por Jon Kabat-Zinn como “prestar atención deliberadamente al momento presente con aceptación”. Es un estado mental en el que la persona presta atención a la experiencia sin “rumiar” sobre el pasado o preocuparse por el futuro.

En estudios realizados en población adulta se describen beneficios como: disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial; reducción de estrés o aumento de materia gris del cerebro.

Cada vez son más niños los que acuden a la consulta de pediatría o salud mental con problemas psicosociales, de raíz emocional como: niños de 5 años que se siguen chupando el dedo, niños de 9 años que continúan durmiendo en la cama de los padres por miedo, obesidad por ansiedad al comer de forma compulsiva, niños con conflictos permanente en el colegio y mala gestión de los sentimientos.

Aunque en los últimos años han incrementados los estudios sobre Mindfulness la mayoría de investigaciones se han llevado a cabo en adultos, son escasas las realizadas en población infantil.

### Objetivos

Averiguar los beneficios del Mindfulness en niños y adolescentes.

### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en: Pubmed, Scielo, The Cochrane Library, TripDatabase; utilizando las palabras clave: Mindfulness y niños. Se seleccionaron artículos desde 2010 a 2016.

### Desarrollo

Estudios realizados sobre adolescentes en el instituto concluyen que a los pocos meses de meditación los jóvenes mostraron un auto concepto más positivo y una mejora en la

creatividad; así como mejoras en la memoria y más rapidez resolviendo operaciones matemáticas.

Otro estudio realizado en 2011 en población escolar, mejoró la autorregulación y la capacidad de mantener la atención, y mayor entendimiento de las emociones y sentimientos de los demás en los niños que practicaron Mindfulness en comparación con un grupo control.

Varios estudios concluyen que Mindfulness en el ámbito escolar influye positivamente en los resultados académicos; son más capaces de seguir las reglas y mejorar el desarrollo social. También mejoraron la función ejecutiva (habilidad cognitiva que nos guía para ser capaces de priorizar las actividades en las que nos centramos primero para llevar a cabo una tarea).

Razza en 2015 describió una mejoría en diferentes aspectos de la autorregulación. Los padres de estos niños observaron un aumento en la capacidad de atención, además de percibir que los niños toleraban mejor el tiempo de espera a la hora de obtener una recompensa.

En Valladolid se está llevando a cabo un proyecto “creciendo con atención y consciencia plena: un centro de salud “consciente” amigo de la infancia y la adolescencia. Otro Proyecto que se lleva a cabo con niños entre 6 y 12 años con problemas de base emocional en el centro de salud de colmenar de oreja Madrid “Hazte amigo de tu respiración” donde el terapeuta es el pediatra.

## Conclusiones

Mindfulness es una herramienta adecuada para aplicar en niños y adolescentes sanos. Además en problemas caracterizados por bajos niveles de autorregulación como: trastornos por hiperactividad, ansiedad, bajo estado de ánimo, fracaso escolar o adicciones puede ser útil, ya que Mindfulness ayuda a mejorar la autorregulación. Mindfulness puede ser una herramienta para empoderar a niños y adolescentes y así hacerlos protagonistas de su salud mental.

## Bibliografía

1. Ruíz Lázaro PJ, Rodríguez Gómez T, Martínez PrádanosA, Núñez Martínez E. Mindfulness en pediatría: el proyecto “Creciendo con conciencia plena”. RevPediatr Aten Primaria. 2014;16:169-79.
2. Merino Villeneuve. Una nueva “vacuna”: la del autoconocimiento. Autoconocimiento a través de la neurociencia, la inteligencia emocional y el Mindfulness. RevPediatr Aten Primaria. 2015;17:e289-e293.
3. Galindo Santoja S. Proyecto de educación integral basado en técnicas de meditación para alumnos de tercer curso de segundo ciclo de Educación infantil [Tesis Doctoral]. Londres: Universidad Internacional de la Rioja; 2015.

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

**MINDFULNESS: UNA HERRAMIENTA PARA QUE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEAN PROTAGONISTAS DE SU SALUD MENTAL**

**AUTORES:** Yurena Belando Martínez, Francisco José Meseguer Pérez, María del Carmen Molina Marín, Ana María Campoy Valera (Enfermeros residentes de salud mental unidad docente multiprofesional de la Región de Murcia.)

**INTRODUCCIÓN**

- *Mindfulness* es definido como: un estado mental en el que la persona presta atención a la experiencia sin “rumiar” sobre el pasado o preocuparse por el futuro.
- En población adulta se describen beneficios como: disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria y tensión arterial; reducción de estrés o aumento de materia gris del cerebro.
- Cada vez son más niños los que acuden a la consulta de pediatría o salud mental con problemas psicosociales, de raíz emocional.

**OBJETIVOS**

- Averiguar los beneficios del mindfulness en niños y adolescentes.

**METODOLOGÍA**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en : Pubmed, Scielo, The Cochrane Library, TripDatabase; utilizando las palabras clave: mindfulness y niños. Se seleccionaron artículos desde 2010 a 2016.

**DESARROLLO**

**Estudio adolescentes instituto**

- Autoconcepto más positivo
- Mejora en la creatividad
- Mejoras en la memoria
- Más rapidez resolviendo operaciones matemáticas.

**Estudio población escolar**

- Mejor autorregulación
  - Mantienen mejor la atención
  - Mayor entendimiento de emociones y sentimientos de los demás
- VS  
grupo control.

**Otros estudios:**

- Resultados positivos en estudios escolares
- Siguen mejor reglas
- **PADRES:** Aumento de la capacidad de atención
- Perciben que los niños toleran mejor el tiempo de espera ante una recompensa.

**CONCLUSIONES**

- Mindfulness es una herramienta adecuada para aplicar en niños y adolescentes sanos.
- Es una terapia adecuada para aplicar en problemas caracterizados por bajos niveles de autorregulación como : trastornos por hiperactividad, ansiedad, bajo estado de ánimo, fracaso escolar o adicciones , ya que mindfulness ayuda a mejorar la autorregulación.
- Mindfulness puede ser una herramienta para empoderar a niños y adolescentes y así hacerlos protagonistas de su salud mental.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ruiz Lázaro R, Rodríguez Gómez T, Martínez Martínez A, Nuñez Martínez E. Mindfulness en pediatría : el proyecto "Creciendo con atención plena. Autoconocimiento a través de la neurociencia, la inteligencia emocional y la resiliencia".
2. Merino Villarejo L. Una nueva "terapia": la inteligencia emocional. Autoconocimiento a través de la neurociencia, la inteligencia emocional y la resiliencia. 2015.
3. Galindo Santeja S. Proyecto de educación infantil basado en técnicas de meditación para alumnos de tercer curso de segundo ciclo de E.O.I. de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2015.

## 19. Paternalismo en el medio sanitario y autonomía del paciente: pinceladas aplicadas a salud mental.

**Autor/es:** Judith Romero Baeza<sup>1</sup>, Elisa Pulido Albertus, Elena, Cristina Velasco Tortosa, Cristina Ruiz Mateo, Rosario Rodríguez Martínez.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** CSM Molina de Segura. Murcia.

**Email de contacto:** [Judithrb86@hotmail.com](mailto:Judithrb86@hotmail.com)

### Introducción

En la práctica diaria de nuestra profesión podemos apreciar como el modelo de relación clínica que predomina es el paternalista, habiendo una aceptación mayoritaria entre los usuarios y los profesionales. En el ámbito asistencial este paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficencia y la legítima autoridad<sup>4</sup>. Esto implica que el profesional de la salud toma la batuta en las decisiones de los tratamientos.

Aún así también apreciamos que la autonomía va cobrando más peso cada vez en la relación asistencial con los pacientes. Creemos fundamental reforzar la autonomía en la práctica clínica, aludiendo también a aspectos bioéticos, y muy interesante concienciar al individuo de la capacidad de decidir sobre su propio bien en cuestiones de salud.

Por eso realizamos esta revisión de la bibliografía existente acerca de autonomía y paternalismo en la relación asistencial, con un enfoque específico dentro de la salud mental, por las condiciones especiales de dichos pacientes, que en su fase aguda en numerosas ocasiones rehúsan un tratamiento y los profesionales responsables se lo administramos.

### Objetivos

Determinar el estado actual de las relaciones asistenciales y las implicaciones del paternalismo y la autonomía del paciente en las mismas, así como sus consideraciones éticas. Aplicación en salud mental.

Definir las diferentes dimensiones de la autonomía.

**Palabras clave:** Paternalismo, autonomía, relación asistencial, salud mental.

### Metodología

Realizamos una búsqueda basándonos en las palabras clave anteriores, en los principales buscadores que nos proporciona la Biblioteca de Murcia salud: Epistemonikos y Tripdatabase.

## Desarrollo

En los artículos que hemos encontrado, destaca que se resalta que lo que siempre se busca es el mayor beneficio del paciente.

La autonomía es una condición necesaria del comportamiento moral, es una necesidad, un valor y un deber. Responde al hecho de que el ser humano no quiere ser un sujeto pasivo, ya que cada humano debe elegir lo que quiere ser, configurando su persona mediante la elección y la acción. Encontramos que en salud se diferencia entre autonomía decisoria, autonomía informativa y autonomía funcional o ejecutiva<sup>4</sup>.

Cuando encontramos artículos que se refieren a autonomía y psiquiatría, observamos que se destaca el modelo de las decisiones compartidas, predominando este en el nivel terciario, por la estabilización sintomática y el mayor deseo de implicación por parte del paciente<sup>2</sup>. Los pacientes que manifiestan dicho deseo suelen ser aquellos con mayor nivel educativo y menor edad, los que manifiestan una pobre satisfacción con el tratamiento y buen insight<sup>2</sup>, y el mayor interés e implicación suele ser relativo al tratamiento farmacológico.

## Conclusiones

Nos gustaría que la principal conclusión fuese la idea de paciente competente<sup>1</sup>, no con el interés de cuestionar al profesional sanitario, sino con la capacidad de gobernar su cuerpo hasta donde pueda o quiera, potenciando sus competencias para aprovechar mejor los conocimientos del sistema sanitario.

En el caso concreto de la psiquiatría, el modelo paternalista parece predominar en los casos de urgencias psiquiátricas, cuando predominan síntomas psicóticos o hay riesgo de auto-heteroagresividad. Aunque cuando la situación se estabiliza se tiende a fomentar la autonomía del paciente y su implicación en el tratamiento. La participación de la familia en la toma de decisiones se suele considerar un apoyo importante.

Cuando el usuario toma un papel activo en su tratamiento, hay un menor número de rehospitalizaciones, una mayor adherencia al tratamiento y un aumento del bienestar reflejado en la calidad de vida. Por eso consideramos importante la autonomía como un factor a tener en cuenta en el día a día, siendo los profesionales de la salud los primeros que debemos instruir a nuestros pacientes en el ejercicio de este derecho fundamental.

## Bibliografía

1. Mira, J. J. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas, monografía*, (8), 2004.
2. Pozón, S. R. La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*, (10), 263-277, 2012.
3. Castilla García Aurelio, Castilla San José M<sup>a</sup> Loreto. El consentimiento informado en psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [revista en la Internet]. 2001 Dic. [citado 2016 Abr 02]; (80): 23-35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es).
4. Seoane, J. A. Las autonomías del paciente. *Dilemata*, (3), 2010.

- 
5. Triviño Caballero, R. Autonomía del paciente y rechazo del tratamiento por motivos religiosos, 2010.
  6. Zanatta, A. Cuestiones éticas en la relación profesional de la salud-usuario: del paternalismo a la autonomía. *Revista Nexos de la Universidad Nacional de Mar del Plata*, 14, 37, 40, 2007.
  7. GONZÁLEZ-TORRE, Á. P. La situación en España del derecho a la información y el consentimiento del paciente en la relación médica. *Criterio Jurídico Garantista*, 2(2), 2010.
  8. Colt Henri. Autonomía e identidad práctica: Pilares de la conducta ética de los médicos. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2006 Feb [citado 2016 Abr 01]; 66(1): 75-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802006000100015&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000100015&lng=es).

## VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

## PATERNALISMO EN EL MEDIO SANITARIO Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE: PINCELADAS APLICADAS A SALUD MENTAL

Judith Romero Baeza (Enfermera de salud mental, CSM Molina de Segura, Murcia); Elisa Pulido Albertus (Enfermera de salud mental, CSM Molina de Segura, Murcia); Elena María Soto Martínez (Enfermera de salud mental, Hospital Santa Lucía, Cartagena); Cristina Ruiz Mateo (Enfermera, Hospital La Vega, Murcia); Rosario Rodríguez Martínez (Enfermera, Hospital Vega Baja, Alicante).

## INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria de nuestra profesión podemos apreciar como el modelo de relación clínica que predomina es el paternalista, habiendo una aceptación mayoritaria entre los usuarios y los profesionales. En el ámbito asistencial este paternalismo alude a dos rasgos del papel paterno: la beneficiencia y la legítima autoridad<sup>4</sup>. Esto implica que el profesional de la salud toma la batuta en las decisiones del tratamiento que debe seguir el paciente.

Aún así apreciamos que la autonomía va cobrando más peso cada vez en la relación asistencial con los usuarios. Creemos fundamental reforzar la autonomía en la práctica clínica, aludiendo también a aspectos bioéticos, y muy interesante concienciar al individuo de la capacidad de decidir sobre su propio bien en cuestiones de salud.

Por eso realizamos esta revisión de la bibliografía existente acerca de autonomía y paternalismo en la relación asistencial, con un enfoque específico dentro de la salud mental, por las condiciones especiales de dichos pacientes, que en su fase aguda en numerosas ocasiones reúsan un tratamiento y los profesionales responsables se lo administramos, sobre todo si hay riesgo para su propia salud de autoagresividad o heteroagresividad contra otras personas o el medio que lo rodea.



## OBJETIVOS

- Determinar el estado actual de las relaciones asistenciales y las implicaciones del paternalismo y la autonomía del paciente en las mismas, así como sus consideraciones éticas. Aplicación en salud mental.
- Definir las diferentes dimensiones de la autonomía.

## METODOLOGÍA

Realizamos una búsqueda basándonos en las **palabras clave**: Paternalismo, autonomía, relación asistencial, salud mental, en dos de los principales buscadores que nos proporciona la Biblioteca de Murcia salud: epistemikonos y tripdatabase.

## DESARROLLO

En los artículos que hemos encontrado, destaca que se resalta que lo que siempre se busca es el mayor beneficio del paciente.

La autonomía es una condición necesaria del comportamiento moral, es una necesidad, un valor y un deber. Responde al hecho de que el ser humano no quiere ser un sujeto pasivo, ya que cada humano debe elegir lo que quiere ser, configurando su persona mediante la elección y la acción. Encontramos que en salud se diferencia entre autonomía decisoria, autonomía informativa y autonomía funcional o ejecutiva<sup>4</sup>.

Cuando encontramos artículos que se refieren a autonomía y psiquiatría, observamos que se destaca el modelo de las decisiones compartidas, predominando este en el nivel terciario, por la estabilización sintomática y el mayor deseo de implicación por parte del paciente<sup>2</sup>. Los pacientes que manifiestan dicho deseo suelen ser aquellos con mayor nivel educativo y menor edad, los que manifiestan una pobre satisfacción con el tratamiento y buen insight<sup>2</sup>, y el mayor interés e implicación suele ser relativo al tratamiento farmacológico.

## BIBLIOGRAFÍA

## CONCLUSIONES

Nos gustaría destacar como principal conclusión la idea de paciente competente<sup>1</sup>, no con el interés de cuestionar al profesional sanitario, sino con la capacidad de gobernar su cuerpo hasta donde pueda o quiera, potenciando sus competencias para aprovechar mejor los conocimientos del sistema sanitario.

En el caso concreto de la psiquiatría, el modelo paternalista parece predominar en los casos de urgencias psiquiátricas, cuando predominan síntomas psicóticos o hay riesgo de auto-heteroagresividad. Aunque cuando la situación se estabiliza se tiende a fomentar la autonomía del paciente y su implicación en el tratamiento. La participación de la familia en la toma de decisiones se suele considerar un apoyo importante.

Cuando el usuario toma un papel activo en su tratamiento, hay un menor número de rehospitalizaciones, una mayor adherencia al tratamiento y un aumento del bienestar reflejado en la calidad de vida. Por eso consideramos importante la autonomía como un factor a tener en cuenta en el día a día, siendo los profesionales de la salud los primeros que debemos instruir a nuestros pacientes en el ejercicio de este derecho fundamental.

1.Mira, J. J. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas, monografía*, (8), 2004.

2.Pozón, S. R. La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*, (10), 263-277, 2012.

3.Castilla García Aurelio, Castilla San José M.ª Loreto. El consentimiento informado en psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado 2016 Abr 02]; (80): 23-35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400003&lng=es).

4.Seoane, J. A. Las autonomías del paciente. *Dilemata*, (3), 2010.

## 20. Plan de cuidados estandarizado para la prevención del riesgo de violencia autodirigida en una UHSM.

**Autor/es:** Lourdes María Parera García<sup>1</sup>

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Santa Lucía (Cartagena)

**Email de contacto:** [lurdillas89@hotmail.com](mailto:lurdillas89@hotmail.com)

### Introducción

Un diagnóstico de enfermería importante en salud mental es el: 00140 Riesgo de violencia autodirigida, definido como el riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma. Es motivo de estudio para una mejor comprensión de su etiología, prevención y actuación ya que estas conductas pueden poner en peligro la salud del paciente haciéndose imprescindible la intervención de enfermería. Se ha realizado el desarrollo del diagnóstico basado en la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica encaminada a conocer los principales factores de riesgo y desencadenantes para establecer unas intervenciones (NIC) específicas y su desarrollo.

### Objetivo

Realizar un plan de cuidados estandarizado (PCE) para pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental con el diagnóstico 00140 Riesgo de violencia autodirigida y desarrollar las intervenciones.

### Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en español. Consultamos en las bases de datos: Scielo, google académico y FUDEN. Palabras Clave: Violencia autodirigida, autolisis, cortes, intentos de suicidio.

### Desarrollo

Hemos elaborado un PCE seleccionando los FR: Estado emocional de desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, conductas que indiquen deseos de muerte y recursos personales inadecuados. Las intervenciones (NIC) seleccionadas han sido para el objetivo (NOC) Control de los impulsos (*Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.*):

- Ayuda para el control del enfado (4640) *Definición. Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.*
- Entrenamiento para controlar impulsos (4370) *Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.*
- Acuerdo con el paciente (4420) *Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.*

Para el objetivo (NOC) Equilibrio emocional (*Definición: adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.*)

- Presencia (5340) *Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.*
- Apoyo emocional (5270) *Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.*
- Dar esperanza (5310) *Definición: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.*
- Control del humor (5330) *Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.*

## Conclusiones

La investigación sobre este diagnóstico es importante debido al peligro y sufrimiento que estas conductas ocasionan, siendo útil la realización del PCE; instrumento que permite, facilita y optimiza la labor asistencial del enfermero, ofreciendo calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica.

## Bibliografía

1. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España, 2010.
2. Moorhead. S, Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta edición 2009. Elsevier España S.A.
3. McCloskeyDochterman J., Bulechek G. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Cuarta edición 2005. Elsevier España, S.A.
4. Ríos Bustos, M. E. (2012). El manejo del paciente suicida. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 10(1-2).
5. Scilletta, D. (2012). Aplicación de un método de investigación sistemática al discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel. Contraste entre los diferentes resultados obtenidos.
6. Martín, Y. M., Caro, M. G., Rio-Valle, J. S., Rufián, A. Q., & Sánchez, B. G. (2012, January). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 3).
7. Saucedo-García, J. M., Lara-Muñoz, M., & Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223-231.
8. García, M. J. T., & Marceil, M. P. E. (2007). *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental*. Editorial Glosa, SL.

9. Domínguez Fernández, N., Pintor Holguín, E., González Murillo, A. P., Rubio Alonso, M., & Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. (2012). Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalaria. *Metas de Enfermería*, 15(6), 66-70.

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA EN UNA UHSM

Lourdes María Parera García, Enfermera Especialista en Salud Mental ( Hospital Santa Lucía, Cartagena.)

### INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de enfermería importante en salud mental es el: 00140 Riesgo de violencia autodirigida, definido como el riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma. Es motivo de estudio para una mejor comprensión de su etiología, prevención y actuación ya que estas conductas pueden poner en peligro la salud del paciente haciéndose imprescindible la intervención de enfermería. Se ha realizado el desarrollo del diagnóstico basado en la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica encaminada a conocer los principales factores de riesgo y desencadenantes para establecer unas intervenciones ( NIC) específicas y su desarrollo.

### OBJETIVO

Realizar un plan de cuidados estandarizado (PCE) para pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental con el diagnóstico 00140 Riesgo de violencia autodirigida y desarrollar las intervenciones.

### METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos en español. Consultamos en las bases de datos: Scielo, google académico y FUDEN. Palabras Clave: Violencia autodirigida, autolisis, cortes, intentos de suicidio.

### DESARROLLO

Hemos elaborado un PCE seleccionando los FR: Estado emocional de desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, conductas que indiquen deseos de muerte y recursos personales inadecuados. Las intervenciones (NIC) seleccionadas han sido .

<p>Para el objetivo (NOC) <b><u>Control de los impulsos</u></b> :Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayuda para el control del enfado (4640) :Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.</li> <li>2. Entrenamiento para controlar impulsos (4370) : Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</li> <li>3. Acuerdo con el paciente (4420) : Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.</li> </ol>	<p>Para el objetivo (NOC) <b><u>Equilibrio emocional</u></b> : adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Presencia (5340) : Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.</li> <li>2. Apoyo emocional (5270) : Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</li> <li>3.Dar esperanza (5310) : Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.</li> <li>4.Control del humor (5330) : Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.</li> </ol>
--	---

### CONCLUSIONES

La investigación sobre este diagnóstico es importante debido al peligro y sufrimiento que estas conductas ocasionan, siendo útil la realización del PCE: instrumento que permite, facilita y optimiza la labor asistencial del enfermero, ofreciendo calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica.

### BIBLIOGRAFIA

NANDA International, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España, 2010. Moorhead, S, Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta edición 2009. Elsevier España S.A. McCloskey Dochterman J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Cuarta edición 2005. Elsevier España. S.A. Ríos Bustos, M. E. (2012). El manejo del paciente suicida. *Venturas. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 10(1-2), Solletta, D. (2012). Aplicación de un método de investigación sistemática al discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel. Contraste entre los diferentes resultados obtenidos. Martín, Y. M., Caro, M. G., Río-Valle, J. S., Ruffán, A. Q., & Sánchez, B. G. (2012, January). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 3). Sauceda-García, J. M., Lara-Muñoz, M., & Focil-Márquez, M. (2005). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 43(4), 223-231. García, M. J. T., & Marcell, M. P. E. (2007). *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental*. Editorial Glosa, S.L. Domínguez Fernández, N., Pintor Holguín, E., González Murillo, A. P., Rubio Alonso, M., & Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. (2012). Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalaria. *Metas de Enfermería*, 15(6), 66-70.

## 21. Programa de seguimiento telefónico para prevención de conducta suicida.

**Autor/es:** Martínez García, Noemí<sup>1</sup>; Nicolás López, Teresa; Ojeda, Zaida; Gálvez Alcoba, Irene.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Psiquiátrico Román Alberca

**Email de contacto:** noemy625@hotmail.com

### Introducción

Más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo entero, motivo por el cual el suicidio es considerado una de las principales causas de carga por enfermedad y de muerte no natural. Se estima que en los últimos 45 años la prevalencia del suicidio se ha incrementado en un 60 % y se prevé que dicha tendencia continúe siendo ascendente, llegando a los 1,53 millones de suicidios consumados en el año 2020.

En España, según los últimos datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres) fallecieron por suicidio en 2013, situando la tasa de suicidio en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres), la más alta registrada hasta el momento, y colocando al suicidio en la primera causa de muerte no natural en nuestro país.

Además, la clara discrepancia existente entre los datos recogidos por el INE y el Instituto de Medicina Legal (IML), debido a la dificultad existente en la cuantificación de los suicidios considerados reales, hace pensar que las cifras pudiesen ser aún mayores. Eso sin tener en cuenta la tentativa suicida, que es de 10-20 veces superior al número de suicidios. Estas cifras representan una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos.

Podemos decir por tanto, que el suicidio en la actualidad es un grave problema de salud pública y que es necesaria la adopción de intervenciones efectivas que disminuyan las tasas de suicidio. Las estrategias recomendadas por algunos organismos oficiales aconsejan de forma contundente que el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse es una intervención necesaria para prevenir la conducta suicida. Siguiendo esta premisa, pensamos en la puesta en marcha de un programa piloto de seguimiento telefónico desde la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA).

### Objetivo

Valorar el impacto que tiene la implantación de un programa de teleasistencia en la prevención y atención de la conducta suicida en la población del área de salud IV y V de la Región de Murcia.

## Metodología

Para alcanzar dicho objetivo llevaremos a cabo un estudio cuasi-experimental pre-post, longitudinal y prospectivo que consistirá en el desarrollo, aplicación y evaluación del programa de teleasistencia, el cual se llevará a cabo por enfermeras con experiencia en salud mental previa formación específica.

La muestra incluirá todas las personas que ingresan en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca que cumplan los criterios de inclusión del estudio: pertenecer al área de salud de referencia, tener la mayoría de edad e ingresar en la unidad con motivo de la presencia de conducta suicida en todas sus vertientes.

## Desarrollo

La recogida de datos se realizará en el periodo de dos años, comprendidos entre septiembre de 2016 y septiembre de 2018. Para ello utilizaremos como instrumentos de medida: 1) la valoración de enfermería adaptada a salud mental según el formato SELENE del propio hospital, 2) Las escalas de los NursingOutcomesClassification (NOC) relacionados con el objeto de estudio, 3) un cuestionario de elaboración propia para los datos sociodemográficos, 4) la escala de riesgo suicida de Plutchik, 5) la escala de desesperanza de Beck y 6) la de depresión de Hamilton.

## Conclusiones

Se espera que los resultados justifiquen la continuidad del programa y que permitan que este se establezca de forma protocolizada como una estrategia eficaz en la atención y prevención de la conducta suicida.

## Bibliografía

1. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *RevPsiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):8-23.
2. Gómez-Beneyto M. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud, 2006. *MadrMinistSanid Consumo.* 2007;
3. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *RevPsiquiatr Salud Ment.* 2014;7(3):139-46.
4. Morin, P. El suicidio. Vol. 11. Publicaciones Cruz O S.A.;
5. Saiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M, et al. Study protocol of a prevention of recurrent suicidal behaviour program based on case management (PSyMAC). *RevPsiquiatr Salud MentEngl Ed.* 2014; 7(3):131-8.

- 
6. Plumed Domingo JJ, Rojo Moreno L. La medicalización del suicidio en la España del siglo XIX: Aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Asclepio*. 2012;64(1):147-66.
  7. Romero MA, Gonnet JP. Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *RevMexSociol*. 2013;75(4):589-616.
  8. Organización mundial de la salud. Salud mental: Prevención del suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [Fecha de acceso: Marzo 2016]. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index)
  9. Instituto Nacional de Estadística [acceso 25 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2012/I0/&file=06005.px&type=pcaxis>
  10. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011; (accedido 16 marzo 2016) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Programa de seguimiento telefónico para la prevención de conducta suicida

Autoras: TERESA NICOLÁS LÓPEZ , NOEMÍ MARTÍNEZ GARCÍA, ZAIDA MIALDEA OJEDA, IRENE GÁLVEZ ALCOBA, (H.P. Román Alberca, El Palmar, Murcia.)

**INTRODUCCIÓN**

Más de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo entero, motivo por el cual el suicidio es considerado una de las principales causas de carga por enfermedad y de muerte no natural.

En España, según los últimos datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), 3.870 personas fallecieron por suicidio en 2013, la más alta registrada hasta el momento, y colocando al suicidio en la primera causa de muerte no natural en nuestro país. Esto último sin tener en cuenta la tentativa suicida, que es de 10-20 veces superior al número de suicidios. En la Región de Murcia, en este mismo año, se han producido 102 suicidios correspondiente a una tasa de 6.93 por 100.000 habitantes

El suicidio es un problema personal y colectivo de primer orden, que requiere una sensibilización social, política y mediática que promueva un abordaje integral por parte de todos los sistemas implicados.

Podemos decir por tanto, que en la actualidad es un grave problema de salud pública y que es necesaria la adopción de intervenciones efectivas que disminuyan las tasas de suicidio.



**OBJETIVO:**

Implantación de un programa de seguimiento telefónico en la Unidad de Corta Estancia (U.C.E.) del H.P. Román Alberca, para la prevención y atención en la conducta suicida en la población del área de salud IV y V de la Región de Murcia.

**DESARROLLO:**

Para alcanzar dicho objetivo llevaremos a cabo un estudio cuasi-experimental pre-post, longitudinal y prospectivo que consistirá en el desarrollo, aplicación y evaluación del programa de teleasistencia, el cual se llevará a cabo por enfermeras con experiencia en salud mental previa formación específica.

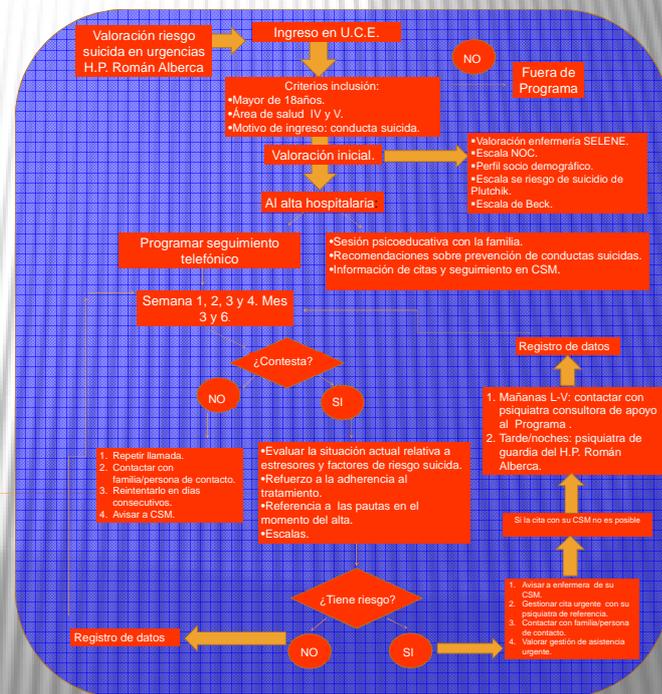


**CONCLUSIÓN:**

Se medirá el número de repetición de intentos autolíticos, número de mortalidad por suicidio, el manejo de régimen terapéutico y grado de satisfacción del usuario. En base a los resultados, se espera que justifiquen la continuidad del programa y que permitan que este se establezca de forma protocolizada como una estrategia eficaz en la atención y prevención de la conducta suicida.

**BIBLIOGRAFÍA:**

•Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012;5(1):8-23.  
 •Organización mundial de la salud. Salud mental: Prevención del suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [Fecha de acceso: Marzo 2016].



## 22. Programa psicoeducativo para disminuir la ansiedad en familiares de adolescentes con conductas suicidas.

**Autor/es:** Elisa Pulido Albertus; Judith Romero Baeza; Ana Maravillas González Fajardo; Elena María Soto Martínez.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Servicio Murciano de Salud

**Email de contacto:** [pulidoalbertus@gmail.com](mailto:pulidoalbertus@gmail.com)

### Introducción

Durante las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas entre los adolescentes, de forma que han pasado a convertirse en la segunda causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental. Estas situaciones generan en los familiares un elevado grado de hostilidad y negación seguidas de ansiedad y depresión difíciles de gestionar.

Reducir la culpabilidad de las familias y la expresión emocional mediante intervenciones familiares por parte de la enfermera especialista en salud mental, ayuda a las familias a normalizar su experiencia de afrontamiento.

### Objetivo

Disminuir la ansiedad de los familiares de adolescentes con conducta suicida mediante la implantación de un programa de intervención familiar comunitaria.

### Metodología

Se realizará un estudio descriptivo longitudinal prospectivo; midiendo los posibles efectos de un programa psicoeducativo a familiares de adolescentes con intentos de suicidio; sobre la ansiedad.

Se tomarán mediciones pre y post participación de los usuarios en el programa utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-TraitAnxietyInventory, STAI) para evaluar la ansiedad.

### Desarrollo

El 82% de la población de familiares de adolescentes con intentos de suicidio derivados al programa desde Atención Hospitalaria, presentarán tras participar en el programa educativo una puntuación en la escala de valoración de la ansiedad STAI más baja que la puntuación obtenida al inicio del estudio.

---

## Conclusiones

La importancia de implantar programas de psicoeducación comunitarios para familias de adolescentes con conducta suicida es útil para mejorar el afrontamiento, disminuir la ansiedad y como punto de partida para plantear mejoras, refuerzos o cambios en las intervenciones sociales ya existentes.

## Bibliografía

1. Valadez-Figueroa, I; Quintanilla-Montoya, R; y otros. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Cartas al editor: salud pública de México, vol.47, nº1, enero-febrero de 2005.
2. P. Medina, M.J. Masanet, F. BellverPradas y otros. Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. Actas españolas de psiquiatría, vol.33, nº2, 2010. Pág.102-109.
3. Fernández, M.Lecina y Solé. J. Protocolo de las Sesiones de Terapia Interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2007. Volumen 8. Número 1, pp. 67-78.
4. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed. Elsevier. Madrid, 2005.

VI JORNADA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN FAMILIARES DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS

**Elisa Pulido Albertus (Enfermera Especialista Salud Mental CSM Molina de Segura), Ana González Fajardo (Enfermera Especialista Salud Mental Supervisora UHP Murcia), Judith Romero Baeza (Enfermera Especialista Salud Mental CSM Molina de Segura), Elena M<sup>a</sup> Soto Martínez (Enfermera Especialista Salud Mental UHP Hospital Sta. Lucía Cartagena)**

**INTRODUCCIÓN**

Durante las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conducta suicidas entre los adolescentes, de forma que han pasado a convertirse en la segunda causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental. Estas situaciones generan en los familiares un elevado grado de hostilidad y negación seguidas de ansiedad y depresión difíciles de gestionar. Reducir la culpabilidad de las familias y la expresión emocional mediante intervenciones familiares por parte de la enfermera especialista en salud mental, ayuda a las familias a normalizar su experiencia de afrontamiento.



**OBJETIVO**

Disminuir la ansiedad de los familiares de adolescentes con conducta suicida mediante la implantación de un programa de intervención familiar comunitaria

**METODOLOGÍA**

Se realizará un estudio descriptivo longitudinal prospectivo; midiendo los posibles efectos de un programa psicoeducativo a familiares de adolescentes con intentos de suicidio; sobre la ansiedad.

Se tomarán mediciones pre y post participación de los usuarios en el programa utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory. STAI) para evaluar la ansiedad.

**RESULTADOS**

El 82% de la población de familiares de adolescentes con intentos de suicidio derivados al programa desde Atención Hospitalaria, presentarán tras participar en el programa educativo una Puntuación en la escala de valoración de la ansiedad STAI más baja que la puntuación obtenida al Inicio del estudio.

**CONCLUSIÓN**

La importancia de implantar programas psicoeducativos comunitarios para familias de adolescentes con conducta suicida es útil para mejorar el afrontamiento, disminuir la ansiedad y como punto de partida para plantear mejoras, refuerzos o cambios en las intervenciones sociales ya existentes.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Valdez-Figueroa, I; Quintanilla-Montoya, R; y otros. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Cartas al editor: salud pública de México, vol.47, nº1, enero-febrero de 2005.
2. P. Medina, M.J. Masanet, F. Bellver Pradas y otros. Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. Actas españolas de psiquiatría, vol.33, nº2, 2010. Pág.102-109.
3. Fernández, M.Lecina y Solé, J. Protocolo de las Sesiones de Terapia Interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2007. Volumen 8. Número 1, pp. 67-78.
4. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Ed:Elsevier. Madrid, 2005.

## 23. Registro de valoración en la unidad de psiquiatría.

**Autor/es:**<sup>1</sup>Beatriz Ros Romera

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca-Murcia. Área III del SMS.

**Email de contacto:** [betty-ros@hotmail.com](mailto:betty-ros@hotmail.com)

### Introducción

La valoración es el procedimiento continuo y sistemático cuyo propósito es evaluar los cambios detectados en la evolución del paciente, desde la valoración inicial a su ingreso hasta el alta.

La entrevista sirve para extraer información ya que la enfermera especialista aplica tanto la técnica de observación como la habilidad para entrevistar. Pero no siempre consigue su propósito y el profesional se ve obligado a crear nuevas estrategias de actuación.

A lo largo de la trayectoria profesional, se observa la atracción que sienten las personas con enfermedad mental a todo lo relacionado con los aspectos físicos, pero si se escribe demasiado en su presencia, se sienten observados y se le efectúan determinadas preguntas acerca de su estado a nivel psíquico, por lo general tienden a ocultar o minimizar su sintomatología.

Por todo ello, se valora la necesidad de una pequeña guía de parámetros unificados para extraer más información de los pacientes, facilitar la labor de los nuevos profesionales, refrescar a los residentes y alumnado la teoría y como base de datos para el profesional a la hora de trasladar la información al historial.

### Objetivos

- ❖ Registrar a nivel integral todos los parámetros relacionados con la patología mental de forma exhaustiva, metódica y personalizada.
- ❖ Extraer más información del paciente, ya que éste solo se percata del registro de parámetros a nivel físico (registro de constantes vitales), por lo que no oculta ni minimiza tanto sus sentimientos, percepciones y expresiones.
- ❖ Guiar a las enfermer@s residentes de salud mental, estudiantes de enfermería y nuevo personal, sobre los parámetros a observar y registrar.
- ❖ Recordar a los profesionales de la salud mental los parámetros a registrar en el historial y contribuir en la planificación de los cuidados y evaluación de los resultados.

## Metodología

*Es un estudio descriptivo, en el cual se analizan las variables y se efectúan búsquedas bibliográficas por diferentes bases de datos con las correspondientes palabras clave.*

*Al no obtener ninguna evidencia que se ajuste totalmente al tema planteado, se decide tras haber reflexionado largo y tendido sobre ello; efectuar la estructura y contenido del registro en base a las necesidades de la unidad descrita, pero que se puede extrapolar a otras muchas unidades con las mismas características.*

*La información queda registrada en un formato estandarizado con una terminología científica y común para ser comprendida por el equipo multidisciplinar.*

El registro se compone de diez ITEM numerados y todo va incluido en una sola hoja, suponiendo una cómoda herramienta de trabajo. Está constituido por dos apartados: uno para registrar las constantes vitales y la otra para la valoración de los siguientes parámetros:

- ❖ El descanso/ sueño
- ❖ Sintomatología positiva y negativa
- ❖ Relación con: familia, profesionales y resto de pacientes
- ❖ Efectos secundarios del tratamiento
- ❖ Comportamiento telefónico
- ❖ Incidencias durante el permiso a domicilio
- ❖ Expresión / lenguaje
- ❖ Toma de medicación
- ❖ Posibles riesgos
- ❖ Alimentación

## Desarrollo y Conclusiones

*Se valida tras la cumplimentación del mismo y revisión posterior de las historias archivadas (LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal), en las que se puede comprobar un mayor número de parámetros registrados en las observaciones de enfermería y a su vez más acordes con la patología y sintomatología de cada paciente.*

*Por lo que se consigue los objetivos planteados, una información holística de las personas con enfermedad mental ya que facilita la valoración, ayuda para la planificación y evaluación de los cuidados y como base de datos a la hora de trasladar dicha información al historial del paciente. Lo que conlleva a mejorar la calidad de los cuidados, la satisfacción del profesional y la seguridad de los pacientes con dicha enfermedad.*

## Bibliografía

- ❖ Joana Fornés Vives. El proceso de valoración de enfermería de salud mental. Psiquiatria.com [revista en Internet], 2001 [acceso 12 diciembre 2012]; 5(2). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/425/407/>

- 
- ❖ Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson, 2003
  - ❖ Potter, P.A, Perry, A.G. Fundamentos de enfermería. Volumen I. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2004
  - ❖ López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson, 2002
  - ❖ O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
  - ❖ Fornés Vives J, Carballal Balsa, Mª C. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Edit. Médica Panamericana. Madrid, 2001.
  - ❖ NANDA Internacional. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014. 1 ed. Wiley-Blackwell; 2012.
  - ❖ Bulechek G. M., Butcher H. K., McCloskeyDochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ed. Elsevier; 2009.

VI JORNADAS DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL DE LA REGION DE MURCIA

REGISTRO DE VALORACIÓN EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

**Autores:** Beatriz Ros Romera. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de corta estancia del Hospital Universitario "Rafael Méndez" de Lorca (Murcia). Area III del Servicio Murciano de Salud.  
**Datos de contacto:** [betty-ros@hotmail.com](mailto:betty-ros@hotmail.com) Teléfono: 626058560

**Introducción**

La valoración es el procedimiento continuo y sistemático cuyo propósito es evaluar los cambios detectados en la evolución del paciente, desde la valoración inicial a su ingreso hasta el alta. La entrevista sirve para extraer información ya que la enfermera especialista aplica tanto la técnica de observación como la habilidad para entrevistar. Pero no siempre consigue su propósito y el profesional se ve obligado a crear nuevas estrategias de actuación. A lo largo de la trayectoria profesional, se observa la atracción que sienten las personas con enfermedad mental a todo lo relacionado con los aspectos físicos, pero si se escribe demasiado en su presencia, se sienten observados, y si se le efectúan determinadas preguntas acerca de su estado a nivel psíquico, por lo general tienden a ocultar o minimizar su sintomatología. Por todo ello, se valora la necesidad de una pequeña guía de parámetros unificados para extraer más información de los pacientes, facilitar la labor de los nuevos profesionales, complementar a los residentes y alumnado la teoría y como base de datos para el profesional a la hora de trasladar la información a la historia clínica.

**Objetivos**

1. Registrar a nivel integral todos los parámetros relacionados con la patología mental de forma exhaustiva, metódica y personalizada.
2. Extraer más información del paciente, ya que éste solo se percató del registro de parámetros a nivel físico (registro de constantes vitales), por lo que no oculta ni minimiza tanto sus sentimientos, percepciones y expresiones.
3. Guiar a las enfermeras residentes de salud mental, estudiantes de enfermería y nuevo personal, sobre los parámetros a observar y registrar.
4. Recordar a los profesionales de la salud mental los parámetros a registrar en el historial y contribuir en la planificación de los cuidados y evaluación de los resultados.

**Material y método**

Es un estudio descriptivo, en el cual se analizan las variables y se efectúan búsquedas bibliográficas por diferentes bases de datos con las correspondientes palabras clave. Al no obtener ninguna evidencia que se ajuste totalmente al tema planteado, se decide, tras haber reflexionado largo y tendido sobre ello, efectuar la estructura y contenido del registro en base a las necesidades de la unidad descrita, pero que se puede extrapolar a otras muchas unidades con las mismas características. La información queda registrada en un formato estandarizado con una terminología científica y común para ser comprendida por el equipo multidisciplinar. El registro se compone de diez ítems numerados y todo va incluido en una sola hoja, suponiendo una cómoda herramienta de trabajo. Está constituido por dos apartados: uno para registrar las constantes vitales y la otra para la valoración de los siguientes parámetros:

1. El descanso/ sueño
2. Sintomatología positiva y negativa
3. Relación con: familia, profesionales y resto de pacientes
4. Efectos secundarios del tratamiento
5. Comportamiento telefónico
6. Incidencias durante el permiso a domicilio
7. Expresión / lenguaje
8. Toma de medicación
9. Posibles riesgos
10. Alimentación

Ítem	Nombre	E.A.	E.C.	T.	Observ	Notas	Parámetros
394.1							
394.2							
394.3							
394.4							
394.5							
394.6							
394.7							
394.8							
394.9							
394.10							
394.11							
394.12							
394.13							
394.14							
394.15							
394.16							
394.17							
394.18							
394.19							
394.20							
394.21							
394.22							
394.23							
394.24							
394.25							
394.26							
394.27							
394.28							
394.29							
394.30							
394.31							
394.32							
394.33							
394.34							
394.35							
394.36							
394.37							
394.38							
394.39							
394.40							
394.41							
394.42							
394.43							
394.44							
394.45							
394.46							
394.47							
394.48							
394.49							
394.50							
394.51							
394.52							
394.53							
394.54							
394.55							
394.56							
394.57							
394.58							
394.59							
394.60							
394.61							
394.62							
394.63							
394.64							
394.65							
394.66							
394.67							
394.68							
394.69							
394.70							
394.71							
394.72							
394.73							
394.74							
394.75							
394.76							
394.77							
394.78							
394.79							
394.80							
394.81							
394.82							
394.83							
394.84							
394.85							
394.86							
394.87							
394.88							
394.89							
394.90							
394.91							
394.92							
394.93							
394.94							
394.95							
394.96							
394.97							
394.98							
394.99							
394.100							

**Resultados y conclusiones**

Se valida tras la cumplimentación del mismo y revisión posterior del historial del paciente (LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal), en el que se puede comprobar un mayor número de parámetros registrados en las valoraciones y notas de enfermería, siendo a su vez más acordes con la patología y sintomatología de cada paciente. Por lo que se consiguen los objetivos planteados, una información holística de las personas con enfermedad mental ya que facilita la valoración, ayuda para la planificación y evaluación de los cuidados y como base de datos a la hora de trasladar dicha información al historial del paciente (Selene). Lo que conlleva a mejorar la calidad de los cuidados, la satisfacción del profesional y la seguridad de los pacientes con dicha enfermedad.

**Bibliografía**

1. Joana Fornés Vives. El proceso de valoración de enfermería de salud mental. *Psiquiatria.com* [revista en Internet]. 2001 [acceso 12 diciembre 2012]; 5(2). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/425/407>
2. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson, 2003
3. Potter, P.A, Perry, A.G. Fundamentos de enfermería. Volumen I. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2004
4. López-Ibor Alifio, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson, 2002
5. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
6. Fornés Vives J, Carballeda Balsa, Mª C. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Edit. Médica Panamericana. Madrid, 2001.

## 24. Salud mental y hábitos de vida saludable, necesidad de ambos para una buena práctica enfermera.

**Autor/es:** Sara Díez Galerón<sup>1</sup>, Sonia Lozano Bueno, M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Matéu, Nuria Conesa Hernández.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Centro de Salud Mental de Cartagena.

**Email de contacto:** [aisha\\_rx@hotmail.com](mailto:aisha_rx@hotmail.com)

### Introducción

Mujer de 31 años diagnosticada de esquizofrenia de 10 años evolución. En una revaloración de enfermería de salud mental en abril del 2013 se detecta diferentes problemas nutricionales, por lo que se planteó a la paciente trabajarlos mediante un plan de cuidados individualizado.

Al inicio la paciente presentaba, peso 81Kg, IMC de 33,29 (obesidad grado II), triglicéridos elevados, el HDL disminuido y GB elevada. Por tanto un riesgo aumentado de desarrollar el síndrome metabólico.

Además tenía unos conocimientos deficientes sobre hábitos saludables de alimentación y no realizaba actividad física.

### Objetivos

- Mejorar el estado nutricional de la paciente disminuyendo el riesgo de desarrollar síndrome metabólico.
- Aumentar los conocimientos de la paciente sobre hábitos de vida saludables.

### Metodología

Se realizó un plan de cuidados de enfermería individualizado siguiendo las diferentes fases del proceso de atención enfermero (valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación).

### Desarrollo

#### Diagnósticos:

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p un peso 20% superior al ideal para altura y constitución.

#### Planificación:

Objetivos de enfermería:

Indicadores:

- Estado nutricional: Puntuación inicial 1(Desviación grave del rango normal) puntuación diana 5 (dentro del rango de la normalidad).
- Conocimiento dieta: Puntuación inicial 2(escaso), puntuación diana 5 (extenso).

Intervenciones:

- Asesoramiento nutricional.
- Manejo del peso
- Monitorización nutricional
- Enseñanza de la dieta prescrita.

Ejecución:

Con esta paciente se trabajaron todas las intervenciones planificadas bimensualmente.

Evaluación:

Indicadores:

- Estado nutricional: Puntuación inicial 1, puntuación diana 5, puntuación actual 4 (desviación leve del rango de la normalidad).
- Conocimiento dieta: Puntuación inicial 2, puntuación diana 5, puntuación actual 5 (extenso).

**Conclusiones**

La paciente en la actualidad presenta un peso de 69,800Kg, IMC de 28,68 (sobrepeso), consiguiendo una pérdida ponderal de peso de 11,200Kg. Su nivel de triglicéridos, HDL y GB se han normalizado. Disminuyendo así su riesgo de desarrollar el síndrome metabólico.

Sus conocimientos sobre una dieta equilibra han aumentado y su nivel de actividad-ejercicio físico se ha incrementado de forma exponencial.

La paciente continuara en seguimiento dietético hasta conseguir la normalización del peso.

A la vista de todos estos datos podemos concluir que la aplicación de planes de cuidados individualizados siguiendo el proceso de atención enfermero es una forma adecuada y efectiva de afrontar los diferentes problemas de salud que puedan tener nuestros pacientes.

**Bibliografía**

1. Herdam, TH. Editor. NANDA Internacional. "Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014", Madrid: Elsevier, 2013
2. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. Swanson, E.: "Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) ", 4ª edición. Madrid: Elsevier, 2009.

3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dotcherman, J.: "Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)", 5ª edición. Madrid: Elsevier, 2009.

VI JORNADA DE  
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

## LA SALUD FÍSICA COMO PARTE DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL.

Sara Díez Galerón, Sonia Lozano Bueno, M<sup>a</sup> Ángeles Martínez Mateu, Nuria Conesa Hernández

### INTRODUCCIÓN

Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con enfermedades mentales graves es peor, y su tasa de mortalidad 2-3 veces mayor, diferencia que se ha incrementado en las últimas décadas (1,2).

La población con trastorno mental fuma en muy alta proporción y tiene mayor probabilidad de presentar sobrepeso, diabetes, hipertensión o dislipemia, ya sea por la propia enfermedad, por los hábitos poco saludables y/o por los efectos de la medicación antipsicótica (3,4).

A pesar del riesgo superior de estos pacientes, su acceso a la atención sanitaria en general es limitado: los porcentajes de pacientes con TMG que reciben tratamiento para la HTA, dislipemia o diabetes son bajos (5).

### OBJETIVOS

- Determinar la importancia del cuidado de la patología orgánica en el paciente con trastorno mental grave.
- Proveer de herramientas a los enfermeros que se dedican al cuidado del paciente con trastorno mental grave.
- Facilitar conocimientos profesionales que justifiquen nuestros cuidados.

### METODOLOGÍA

El control de los factores de riesgo cardiovascular de pacientes psiquiátricos no difiere en demasía del resto de pacientes.

Existe un algoritmo específico de control de riesgo cardiovascular en pacientes con TMG modificado por De Hert et cols (6).

A nivel de cuidados de enfermería realizaremos las siguientes intervenciones:

Control del hábito tabáquico: conseguir la reducción del consumo tabáquico o el abandono del mismo mediante la inclusión del paciente en grupos de terapia específica, terapia individual o inicio con terapia sustitutiva.

Registro de parámetros antropométricos: Medición del índice de masa corporal y perímetro abdominal.

Control de glucemia en ayunas.

Control mediante analíticas de las cifras de colesterol.

Medición de la tensión arterial y frecuencia cardiaca.

Educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad).



### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fleischacker WW, Gelbovic-Bakman M, De Hery M, Hemeleers C, Lambert M, Legré S et al. Geriatric somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. J Clin Psychiatry 2008; 69: 514-19.
- 2- Casasso RM, Lineberry TW, Botwick JM, Decker PA, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorders. An Olmsted County, Minnesota cohort; 1950-2005. Prev Chronic Dis 2006; 3: A42.
- 3- Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Sernyak MJ, Davidson M et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2004; 65 Suppl 7: 4-18.
- 4- Zimmerman V, Kraus T, Himmerich H, Schulz A, Pollmächer T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. J Psychiatr Res 2003; 37: 193-220.
- 5- Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from de catis schizophrenia trial simple at baseline. Schizophr Res 2006; 86: 15-22.71.

### RESULTADOS

Tras la aplicación de estos cuidados de enfermería se espera reducir el riesgo cardiovascular y conseguir que estos pacientes tengan un seguimiento más estrecho por parte del personal de enfermería, el cual está capacitado para controlar y prevenir este tipo de patologías.

### DISCUSIÓN

La expectativa de los pacientes con TMG está acortada respecto a la población general, siendo la principal causa el riesgo cardiovascular.

Los pacientes con trastorno mental grave tienen una mayor prevalencia de tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes y síndrome metabólico respecto a la población general.

Los fármacos antipsicóticos contribuyen al riesgo cardiovascular de estos pacientes, sobretudo la olanzapina y la clozapina.

### CONCLUSIONES

Los especialistas implicados en la salud del paciente con trastorno mental grave, debemos trabajar en la prevención y seguimiento del riesgo cardiovascular que presentan, trabajando en colaboración con los facultativos para su óptimo manejo. El personal de enfermería trabaja de forma directa y constante con el paciente con trastorno mental grave, por lo que debe estar formado y tener los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta atención de la manera más efectiva posible.

## 25. Yo decido lo que quiero.

**Autor/es:** Castillo Ortega, Ana Isabel<sup>1</sup>; Esquiva Peña, María Asunción; Calvo Ortega, Helena

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Servicio Murciano de Salud

**Email de contacto:** anaico72@hotmail.com

### Introducción

Desde la época de FlorenceNightingale (1859), en que el paciente era sujeto pasivo del cuidado "*aunque se le podía preguntar por sus preferencias*" hasta la aparición del Informe Belmont (1979) con los 4 principios bioéticos (Autonomía en el caso que nos ocupa), ha cambiado bastante la posición del paciente y la relación en cuanto a su cuidado, y aún más la del paciente psiquiátrico, con el surgimiento de la antipsiquiatría (desaparición de los manicomios) y la aparición de la Salud Mental comunitaria en los mismos años 70.

En apenas un siglo la pasividad da paso a la autonomía, ya reconocida como derecho.

### Objetivos

- Ser más conscientes de la importancia de la autonomía del paciente afecto de patología mental sobre la elección de sus visitas.
- Enumerar los beneficios o perjuicios de esta decisión que aparece en la bibliografía.

### Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en "bases de datos de estudios" de la biblioteca virtual de portal murciasalud. Con palabras clave: autonomía paciente, psiquiatría y elección visitas.

De los artículos encontrados solamente 4 reunían las condiciones para el desarrollo del trabajo.

A parte se acudió a manual NANDA.

-Necesidades: Hacer partícipe al paciente de su cuidado mediante la elección de parte de su tratamiento (visitas) para así aumentar conciencia de enfermedad, necesidad de tratamiento y mejorar adherencia.

- Población: Pacientes capacitados o incapacitados ingresados bajo diagnóstico de patología mental en unidad de psiquiatría, corta, media o larga estancia. Se excluirán pacientes agitados, agresivos, en estado de catatonia debido a la difícil interacción (hasta mejoría de la situación)

- Contexto: Se realizará entrevista a la llegada del paciente a la unidad, en la que se tratará este tema y daremos libertad de elección sobre visitas de familiares siempre que no se encuentren bajo orden de alejamiento.

### Desarrollo

#### 1. BENEFICIOS: *elección del familiar adecuado.*

- El acompañamiento familiar oportuno mejora la calidad de vida del paciente.
- La relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes.
- Las familias son parte central en el tratamiento.
- La intervención familiar disminuye la variable de disfunción y la presencia de factores de stress psicosocial.
- Contribuyen en el apego terapéutico.
- Se convierte en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo.
- Centran al paciente en la realidad.
- Mejoran el conocimiento de ellos mismos.
- Nexo de unión entre paciente y profesional.
- Minimizan las angustias tener un familiar cerca.
- Facilitan apoyo e información "fiable"

#### 2. PERJUICIOS: *Mala elección de la visita.*

- Desgaste tanto físico como mental con riesgo de recaída.
- Problemas graves para el conjunto familiar.
- Se ha comprobado que existe directa relación entre las recaídas y el poco o mal acompañamiento familiar.
- Exaltación del paciente y sentimiento de presión.
- Culpan del ingreso y de todos los problemas.
- Continuación de delirios.

### Conclusiones

Queda demostrado que hay gran variedad de beneficios del acompañamiento familiar y mucho más si son los pacientes los que deciden que sea así.

Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)

Sin embargo no se ha encontrado mucha bibliografía sobre los inconvenientes o perjuicios del acompañamiento familiar o si éste fuera el no adecuado.

Diagnóstico NANDA: Procesos familiares disfuncionales (00063)

### Bibliografía

Nanda Internacional .Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. 10ª Ed. Editorial Elsevier.

---

Beauchamp T.L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 35-56.

Cardona Patiño, D.; Zuleta Guzmán, V.A; y cols. Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. Vol. 3. No. 2. Pág. 243-258. julio-diciembre 2012. ISSN: 2216-120. Medellín-Colombia

Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci_arttext)

Oliveira, L; Paes, R; Noeremberg, A; Labronici, L. & Alves, L. (2011). La familia y el paciente con trastorno mental: dinámica y su relación familiar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45 (2).



# "Yo decido <sup>a quien</sup> lo que quiero"



Castillo Ortega, Ana Isabel\*; Esquivia Peña, María Asunción\*\*; Calvo Ortega, Helena\*\*\*.  
 \*Enfermera Especialista en Salud Mental.  
 \*\*Enfermera Especialista en Salud Mental. UDH HGURS Murcia.  
 \*\*\*Graduada Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

1859

**Florence Nigthingale:**  
 el paciente es sujeto pasivo del cuidado "aunque se le podía preguntar por sus preferencias"

1970

- Antipsiquiatría  
 "desaparición de los manicomios"  
 - Salud Mental comunitaria

1979

**Informe Belmont:** con los 4 principios bioéticos "AUTONOMÍA en el caso que nos ocupa"

En apenas un siglo la pasividad da paso a la autonomía, ya reconocida como derecho.

### OBJETIVOS

Enumerar los beneficios o perjuicios de esta decisión que aparece en la bibliografía.  
 Resaltar la importancia de la autonomía del paciente afecto de patología mental sobre la elección de sus visitas.

### METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica: "bases de datos de estudios" de murciasalud. Palabras clave: autonomía paciente, psiquiatría y elección visitas. Solamente 4 reunían las condiciones para su inclusión.

La necesidad es hacer participe al paciente ingresado en UHP de su cuidado, eligiendo las visitas siempre que esté en situación de poder hacerlo y que no haya orden de alejamiento dictada.

### DESARROLLO

#### BENEFICIOS: elección del familiar adecuado.

- El acompañamiento familiar oportuno mejora la calidad de vida del paciente.
- La relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes.
- Las familias son parte central en el tratamiento.
- La intervención familiar disminuye la variable de disfunción y la presencia de factores de stress psicosocial.
- Contribuyen en el apego terapéutico.
- Se convierte en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo.
- Centran al paciente en la realidad.
- Mejoran el conocimiento de ellos mismos.
- Nexo de unión entre paciente y profesional.
- Minimizan las angustias tener un familiar cerca.
- Facilitan apoyo e información "fiable"

#### PERJUICIOS: Mala elección de la visita.

- Desgaste tanto físico como mental con riesgo de recaída.
- Problemas graves para el conjunto familiar.
- Se ha comprobado que existe directa relación entre las recaídas y el poco o mal acompañamiento familiar.
- Exaltación del paciente y sentimiento de presión.
- Culpan del ingreso y de todos los problemas.
- Continuación de delirios.

### CONCLUSIONES

Queda demostrado que hay gran variedad de beneficios del acompañamiento familiar y mucho más si son los pacientes los que deciden que sea así.

**Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)**

Sin embargo no se ha encontrado mucha bibliografía sobre los inconvenientes o perjuicios del acompañamiento familiar o si éste fuera el no adecuado.

**Diagnóstico NANDA: Procesos familiares disfuncionales (00063)**

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1- Nanda Intervencional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. 10ª Ed. Editorial Elsevier.
- 2- Beauchamp T.L. Los fundamentos bioéticos de la ética en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid, Trócaire, 2001: 35-56.
- 3- Cardona Patiño, D.; Zuleta Guzmán, VA; y cols. Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. Revista Colombiana de Ciencias Sociales. Vol. 3. No. 2. Pag. 243-258. julio-diciembre 2012. ISSN: 2216-120. Medellín, Colombia
- 4- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci_arttext)
- 5- Oliveira, L; Paes, R; Nozemberg, A; Labronici, L & Alves, L. (2011). La familia y el paciente con trastorno mental: dinámica y su relación familiar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45 (2).

## 26. Yo decido aceptar las normas.

**Autor/es:** Esquivia Peña, María Asunción<sup>1</sup>; Castillo Ortega, Ana Isabel; Calvo Ortega, Helena.

**Profesión autor principal:** <sup>1</sup>Enfermero Especialista en Salud Mental.

**Centro de trabajo:** Servicio Murciano de Salud

**Email de contacto:** anaico72@hotmail.com

### Introducción

Ingreso en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría (UHP) e Ingreso en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), ambos ingresos en recintos cerrados, pero con una diferencia clara que puede cambiar el sentido que éste tiene para el paciente:

*El ingreso voluntario*, situación que no siempre sucede en UHP y siempre en UDH

### Objetivos

Evidenciar la *peculiaridad* del ingreso *voluntario* en UDH

Mostrar *cómo repercute* esta capacidad de decisión del paciente al ingreso.

### Metodología

Búsqueda bibliográfica sobre reglamento o particularidades de la UDH en “bases de datos de estudios” de la biblioteca virtual de portal Murciasalud con palabras clave: desintoxicación, ingreso voluntario y normas. Pocos son los artículos que consideramos para el trabajo.

Se recurre a la Legislación vigente y a Protocolos de la UDH.

### Desarrollo

El ingreso de los pacientes en UDH, siempre **voluntario**, debe estar de acuerdo con lo dispuesto por la Ley General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y el Decreto 80/2005 del Comunidad Autónoma de la Región de Murcia sobre Instrucciones previas y su registro.

Los pacientes, por el contrario, deben ajustarse a un Reglamento de Régimen Interno y sus **normas**:

**Artículo 33:** Firma del *contrato terapéutico*, con las condiciones y normas del ingreso. Información de la existencia de un reglamento interno.

**Artículo 34:** Firma del *consentimiento informado, revocable*, donde consten las opciones, riesgos y posibles complicaciones del tratamiento. La *conformidad libre, voluntaria y consciente* tras recibir la información.

*Contrato terapéutico, consentimiento informado revocable y conformidad libre* son expresiones que nos hacen pensar en un ingreso voluntario, modalidad en la que se realizan el 100% de los ingresos en la UDH y que permiten al paciente tomar consciencia de su situación, necesidad de tratamiento y asesoramiento a la vez que los convierten en los únicos que realmente deciden sobre su salud.

La voluntariedad del ingreso facilita la progresión del paciente a la etapa de preparación, esencial para una buena acción y futuro mantenimiento de la abstinencia (Modelo de etapas de cambio). Normas, muchas normas, conocidas y aceptadas por el paciente.

### Conclusiones

Poca la bibliografía existente sobre cómo influye el ingreso voluntario en la predisposición, abstinencia y mantenimiento del paciente ingresado.

Tema interesante para poder realizar estudio con pacientes en un futuro, pues solamente haciéndoles tomar consciencia de su capacidad de decisión podrán sentirse satisfechos de los logros conseguidos: “Yo decido aceptar las normas”

### Bibliografía

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Decreto 80/2005 del Comunidad Autónoma de la Región de Murcia sobre Instrucciones previas y su registro (BORM 164, pág. 17253).

Prochaska, J.O. (1996b). A stageparadigmforintegratingclinical and publichealthapproaches to smoking cessation. *Addict. Behav* Nov-Dec 21 (6) 721-32

Normas de la unidad de desintoxicación hospital universitario Reina Sofía.

Reglamento de Régimen Interno del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.



## “YO DECIDO ACEPTAR LAS NORMAS”

Esquiva Peña, María Asunción \*; Castillo Ortega, Ana Isabel \*\*; Calvo Ortega, Helena \*\*\*.

\*Due especialista en salud mental- UDH HGURS

\*\*Due especialista en salud mental-

\*\*\*Graduada en enfermería-



### INTRODUCCIÓN

- Ingreso voluntario
- Ingreso involuntario



Ingreso UHP



Ingreso UDH

- Ingreso voluntario (100%)

Evidenciar la peculiaridad del ingreso, voluntario, en UDH

### OBJETIVOS

Mostrar cómo repercute esta capacidad de decisión de ingreso en el paciente-



Búsqueda en “bases de datos de estudios” de la biblioteca virtual de portal MurciaSalud DESINTOXICACIÓN, INGRESO VOLUNTARIO Y NORMAS-  
Pocos son los artículos que consideramos para el trabajo-  
Se recurre a la Legislación vigente y a Protocolos de la UDH-



### RESULTADOS

#### El ingreso voluntario en UDH cumple con:

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad-

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente-

Decreto 80/2005 del Comunidad Autónoma de la Región de Murcia-

#### Los pacientes cumplen con:

Reglamento de Régimen Interno-

art 33: Firma del contrato terapéutico, información condiciones del reglamento-

art 34: Firma del consentimiento informado (revocable), la conformidad libre, voluntaria y consciente

“Contrato terapéutico, consentimiento informado revocable y conformidad libre” expresiones en un ingreso voluntario, modalidad del 100% de los ingresos en la UDH y que permiten al paciente tomar conciencia de su situación, necesidad de tratamiento y asesoramiento a la vez que los convierten en los únicos que realmente deciden sobre su salud-

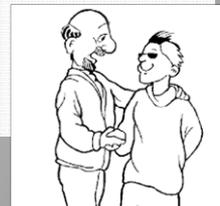
La voluntariedad del ingreso facilita la progresión del paciente a la etapa de preparación, esencial para una buena acción y futuro mantenimiento de la abstinencia (Modelo de etapas de cambio)- Normas, muchas normas, conocidas y aceptadas por el paciente-

### CONCLUSIONES

Poca la bibliografía existente sobre cómo influye el ingreso voluntario en la predisposición, abstinencia y mantenimiento del paciente ingresado-

Tema interesante para poder realizar estudio con pacientes en un futuro, pues solamente haciéndoles tomar conciencia de su capacidad de decisión podrán sentirse satisfechos de los logros conseguidos-

“Yo decido aceptar las normas”



#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 2- Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).
- 3- Decreto 80/2005 del Comunidad Autónoma de la Región de Murcia sobre Instrucciones previas y su registro (BOJRM 164, pág. 17253).
- 4- Prochaska, J-O- (1996b). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addict: Behavior* 21 (3): 723-26.
- 5- Normas de la unidad de desintoxicación hospital universitario Reina Sofía-
- 6- Reglamento de Régimen Interno del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

