

“LOS ESPACIOS PEDAGÓGICOS DEL CUIDADO”

VOL. II

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad
Valenciana (CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante

I.S.B.N.: 978-84-692-1313-1
Depósito Legal: A-285-2009

ÍNDICE Vol. II	Pag.
• EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN INTERNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON	..... 7
• BENEFICIOS DE LA INCLUSIÓN DE REPRESENTACIONES TEATRALES CON MARIONETAS EN LOS TALLERES DE RHB COMO ELEMENTO MOTIVADOR	..... 25
• LA RISOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA EFICAZ PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA	..... 29
• APRENDER O ENSEÑAR HHSS	..... 33
• BENEFICIOS DE UN TALLER DE EXPRESIÓN CORPORAL EN PERSONAS DE UN CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO	..... 37
• ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL: COMPETENCIA CULTURAL APLICADA A LOS CUIDADOS	..... 39
• CUIDADO COMUNITARIO EN LA ESQUIZOFRENIA. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	..... 47
• ASPECTOS PSICOEMOCIONALES DEL PIANISTA: PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES	..... 51
• PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	..... 61
• UN PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA	..... 65
• DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: TALLER DE SEXUALIDAD EN T.M.G.	..... 71
• ENTREVISTA DE ACOGIDA. UNA INTERVENCIÓN MÁS EN ENFERMERÍA	..... 77
• A WONDERFUL DAY	..... 83
• VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. EXPERIENCIA GRUPAL EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL	..... 85
• LA ENFERMEDAD COMO CAMINO DE APRENDIZAJE	..... 89
• LA FLEXIBILIDAD DE LA EMPATÍA. CREANDO VÍNCULO CON PERSONAS CON TMG	..... 97
• LA PSICOEDUCACIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR	..... 103
• LA PEDAGOGÍA COMO BASE EN EL TRABAJO DEL ENFERMERO GESTOR DE CASOS. UN CASO PRÁCTICO	..... 117
• INFLUENCIA DEL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LA HOSPITALIZACIÓN: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE VIGO Y JAÉN	..... 125

• INTEGRACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE OSONA. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA	.... 133
• FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE ANSIEDAD	.... 135
• EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. RESULTADOS FINALES	.... 137
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL	.... 143
• PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENFERMERA INTERNIVELES EN LA RED DE SALUD MENTAL: UN AÑO DESPUÉS	.... 149
• INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	.... 157
• GRUPOS DE AYUDA MUTUA	.... 161
• TRABAJO ENFERMERO DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA EN ALDAIA, VALENCIA	.... 165
• AL LÍMITE DE LA CONVIVENCIA	.... 171
• ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	.... 177
• TTO. DEPOT: ADMINISTRACIÓN E INCIDENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UHPP-C	.... 185
• TRABAJAR EN PSICOGERIATRÍA LAS EMOCIONES CON LA MÚSICA	.... 191
• PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN Y APOYO A PADRES	.... 195
• ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA	.... 201
• NEUROLÉPTICOS Y SÍNDROME METABÓLICO: PLAN DE ACCIÓN Y PREVENCIÓN	.... 211
• DIFERENCIAS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y LA POBLACIÓN GENERAL FRENTE AL PACIENTE SUICIDA	.... 219
• EL GRUPO DE DISCUSIÓN CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COMO MÉTODO PEDAGÓGICO	.... 223
• SEGUIMIENTO A SEIS MESES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA	.... 229
• ÉRASE UNA VEZ UN NIÑO...	.... 231
• APROBADO CON NOTA PARA LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL	.... 235

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

• EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMO FACTOR CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO	.... 239
• ESCUCHA MIS VOCES	.... 241
• EN BUSCA DE LO IDEAL	.... 243
• ESTADOS DE ÁNIMO MÁS ALLÁ DE LOS 45	.... 251
• TENGO UN FAMILIAR CON ALZHEIMER: ¿AHORA QUÉ?	.... 257
• SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, UN RETO PARA ENFERMERÍA	.... 263
• DISEASE MONGERING: ¿ESTAMOS CADA VEZ MÁS ENFERMOS?	.... 265
• LA PSICOEDUCACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	.... 271
• LA REPERCUSIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE	.... 277
• EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	.... 281
• AUTONOMÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS GRAVES DE CORTA EVOLUCIÓN	.... 295
• MEJORAS EN EL CONFORT, SEGURIDAD Y ESTRUCTURAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS/SUBAGUDOS Y DESINTOXICACIÓN	.... 299
• EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA “MEJORAR EL SUEÑO”: CORRELACIÓN ENTRE NOC Y CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO	.... 303
• COMUNIDAD TERAPEÚTICA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	.... 309
• ANÁLISIS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS	.... 313
• ADOPCIONES CON “TARA”: EXPOSICIÓN DE UN CASO	.... 319
• PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UHB DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS ALCALÁ DE HENARES (MADRID)	.... 325

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN INTERNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Carmen Martín-Cocinas Fernández; Jesús Javier García Jiménez; Juan Antonio González Gómez; Sofía Lagueruela García; Concha Rivera Rocamora.

Centro Penitenciario de Murcia. Escuela de Enfermería Universidad de Murcia.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Actualmente el trabajo de Enfermería en prisiones se encuentra en un sistema rutinario, desmotivado y con una concepción bio-mecanicista del paciente. Al cabo de poco tiempo, al no utilizar un método de trabajo reglado, los conocimientos adquiridos se quedan relegados a un nivel impracticable, por tanto no podemos conformarnos y sumarnos al carro de la rutina, y ser absorbidos rápidamente por el sistema. Tenemos la necesidad de implantar la Consulta de Enfermería con metodología científica, utilizando diagnósticos enfermeros y planes de cuidados, para atender a la población reclusa, centrándonos principalmente en aquellos internos con patología mental. Es esencial que estos métodos de trabajo estén validados y que respondan a las necesidades existentes.

El objetivo que debe tener la enfermería de prisiones es normalizar nuestros métodos de trabajo, basados en modelos de enfermería validados, que nos permita establecer planes de cuidados que facilite nuestra labor. Estos pasos permitirán acercarnos a la forma de proceder de la sanidad extra-penitenciaria, facilitando nuestra integración en la comunidad científica.

La gran afluencia de problemas mentales que vive y experimenta la sociedad actual, provoca elevadas cotas de sufrimiento y demanda de atención especializada. Sin un tratamiento adecuado genera situaciones graves de deterioro y dependencia.

Es un problema que nos concierne a los Enfermeros de los Centros Penitenciarios españoles, que implica nuevos retos en el arte de cuidar por cuanto la prevalencia de las mismas es importante en nuestro medio.

La población penitenciaria es una población joven ya que la mayoría de los internos están comprendidos entre los 20 y 40 años, compuesta fundamentalmente por hombres de nacionalidad española, aunque la proporción de personas de otras nacionalidades ha aumentado considerablemente en los últimos años.

Entre las personas que ingresan en prisión la enfermedad mental grave o crónica es un problema importante. Según el informe de prevalencia de enfermedad mental realizado por la Dirección Gral. de IIPP. en noviembre de 2.006, una de cada 4 personas ingresadas en nuestros centros penitenciarios presenta patología psiquiátrica. Si se incluye el abuso o dependencia a drogas, estos porcentajes se elevan hasta una de cada dos personas ingresadas en prisión padece algún tipo de alteración en su estado mental. Los diagnósticos actuales son: el 3,4% de los internos padecen un trastorno psicótico. En los trastornos afectivos hay una mayor prevalencia (12,8%). Los cuadros depresivos de carácter moderado y los recurrentes son los que con mayor frecuencia se presentan.

En los trastornos de la personalidad, el trastorno antisocial es el grupo más representativo, seguido del trastorno límite. Está confirmado mediante estudios previos que entre los internos hay una probabilidad de 2 a 4 mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor que la población general y cerca de 10 veces más de tener un trastorno antisocial de la personalidad.

Las personas con enfermedad mental grave o crónica pueden presentar diferencias importantes en las capacidades funcionales de la vida diaria, ser dependientes, vulnerables al estrés

con déficits de socialización (a menudo no tienen trabajo, dinero, vivienda, familia normalizada) y en el curso de su enfermedad alternan períodos de remisiones de síntomas con períodos de recaídas.

Actualmente las actuaciones con estos internos psiquiátricos son escasas por parte de la Enfermería. Los proyectos llevados a cabo son más individuales que grupales, algunos compañeros han validado una herramienta de valoración enfermera en cuidados de salud mental; otros ya están trabajando con el Programa Marco aportado por la Dirección General de IIPP, para la atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios, denominado con las siglas PAIEM. Comprende las actuaciones principales dirigidas a la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación a la comunidad de enfermos mentales, donde están implicados diferentes estamentos del establecimiento.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual de este estudio se basa en los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, dado que es el que más se ajusta a las intervenciones de enfermería que se van a desarrollar, proporcionando un marco para la valoración con independencia de la edad, nivel de estudios o patología.

El concepto de patrón funcional de salud puede definirse como un constructo teórico que sirve para describir un estado de salud. Los problemas de salud detectados dan paso a los diagnósticos de enfermería, sobre los cuales las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia están capacitadas y autorizadas legalmente.

“Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones de la persona y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones”. M. Gordon.

Una de las grandes ventajas de los problemas mentales es que la mayoría de sus manifestaciones son observables a través de conductas o comportamientos. Ello hace más fácil la recogida de información y la reconstrucción de los patrones. Prácticamente la mayoría de las manifestaciones de los trastornos psicopatológicos, indicadores importantes para los juicios clínicos posteriores, pueden englobarse en siete de los 11 patrones de salud propuestos por Gordon. Estos patrones son: el cognitivo-perceptivo, el de la auto-percepción, el de tolerancia al estrés, el nutricional-metabólico, el de la actividad-ejercicio, el de sueño-descanso y el de la sexualidad-reproducción.

La valoración de estos patrones adaptada al ámbito personal de salud mental se centraría en los siguientes aspectos básicos:

- Patrón de percepción y mantenimiento de la salud: Recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que pueden tener sobre su estado los conocimientos y las prácticas realizadas al respecto.
- Patrón nutricional-metabólico: El funcionamiento de este patrón bien descrito por la ingesta habitual de alimentos y líquidos realizada por la persona. Incluye tanto los hábitos como las preferencias alimentarias. Se incluirían desde la psicopatología los trastornos de alimentación.
- Patrón de actividad y ejercicio: Incluye las habilidades y deseos de la persona para entretenerse en actividades de consumo de energía, como juego, trabajo, ejercicio físico, autocuidado y ocio. Se incluirían desde la psicopatología los trastornos psicomotores.

- Patrón de sueño y descanso: Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación de la persona, así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño y del nivel de energía. Desde el punto de la psicopatología incluiría los trastornos del sueño.
- Patrón cognitivo-perceptivo: Recoge el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas de la persona. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de conciencia, atención-concentración-orientación, memoria-inteligencia y pensamiento-lenguaje.
- Patrón de auto-percepción a auto-concepto: Incluye información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias (cognitivas, afectivas o físicas). Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos afectivos.
- Patrón de rol y relaciones: Describe los principales roles, compromisos y relaciones de la persona y su grado de satisfacción.
- Patrón de sexualidad y reproducción: Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de psicomotores.
- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés: Se refiere a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de ansiedad.
- Patrón de valores y creencias: Describe los valores, sentimientos o creencias, metas y compromisos que una persona elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

En nuestro estudio, el patrón que se encuentra alterado en la mayoría de los internos es el patrón de adaptación y tolerancia al estrés. Este patrón se refiere a la capacidad del individuo, familia o grupo para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria.

La forma en que las personas generalmente responden a los acontecimientos vividos como amenazantes conforma su patrón de adaptación. El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada, y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. El resultado entre las demandas y capacidades da lugar a un patrón de adaptación que puede ser efectivo en términos de salud, o inefectivo.

Una vez detectadas las situaciones o acontecimientos considerados estresantes y las respuestas habituales de adaptación, en nuestro estudio hemos planificado unos planes de cuidado para favorecer la consecución de estrategias saludables y así poder disminuir el estrés.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La importancia de la intervención de enfermería en los internos psiquiátricos es vital, ya que son pacientes con elevados niveles de disfuncionalidad. Esto nos marca como objetivo prioritario la detección, diagnóstico precoz de su situación para así mejorar su calidad de vida, aumentar su autonomía personal y la adaptación al entorno.

Esta actuación de enfermería se debe basar en métodos validados previamente, para demostrar que es posible instaurarlos en un medio tan complejo como el penitenciario. Se diseña este estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención enfermera basada en

métodos de trabajo reglados, como son los Patrones funcionales de M. Gordon. Los métodos de evaluación de los patrones y la intervención, utilizados en este estudio, se extraen principalmente de la bibliografía aportada por la Dra. Joana Fornés.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar la eficacia de un programa de intervención precoz de enfermería dirigido a detectar, diagnosticar y tratar la alteración de un patrón funcional, en concreto el Patrón de Tolerancia y adaptación al estrés.
- Mejorar la calidad de vida de los internos con trastorno mental, aumentando su autonomía personal y la adaptación al medio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la autoestima y seguridad del interno.
- Fomentar la actividad física.
- Reducción de ansiedad-estrés y reconocer los factores causantes. Conocer alternativas eficaces de afrontamiento y utilizar técnicas de relajación y búsqueda de apoyo.
- Mejorar la comunicación e interacción social.
- Mejorar el control de impulsos.
- Reducción de problemas de sueño.
- Aumentar adherencia/colaboración en el tratamiento.

METODOLOGÍA

MUESTRA

• LUGAR DE ESTUDIO:

El estudio se realizará en el Módulo de Enfermería del Centro Penitenciario, en el cual se encuentran ingresados los internos con más prevalencia en enfermedad mental. La intervención enfermera la llevarán a cabo dos enfermeros que trabajan habitualmente en el módulo de enfermería del Centro Penitenciario de Murcia.

• POBLACIÓN OBJETIVO:

- Internos con diagnóstico psiquiátrico, ingresados en el Módulo de enfermería.
- Internos con alteración del patrón de salud: Tolerancia y adaptación al estrés.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes sin sintomatología positiva.
- No hay límites de edad.
- Internos motivados a incorporarse a sesiones educativas para adquirir destrezas en el control de la ansiedad /estrés.
- Internos con un nivel de atención y cooperación razonables.

• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No aceptación del programa.
- Existencia de sintomatología psicótica no estabilizada.
- Evidencia de patología orgánica o retraso mental.
- Déficit de atención severo.
- Severa dependencia a drogas.

• MUESTRA OBTENIDA:

El total de internos que inician el estudio son 26, de los cuales tres causan baja por conducción a otras prisiones, dos por libertad y uno es excluido del estudio por no hablar ni entender aceptablemente el castellano. El total de internos que forman la muestra para el estudio son 19.

DISEÑO

El trabajo de investigación consiste en un estudio experimental de un único grupo, con medida pre y post tratamiento, con el objetivo de poder medir la eficacia de la intervención enfermera.

FASES

Fase Preliminar:

La fase preliminar tiene como objetivo identificar el patrón de salud sobre el que versará la intervención enfermera, para ello se desarrolla una evaluación inicial del estado funcional de cada uno de los sujetos de la muestra, identificando los patrones descubiertos que presentan.

Esta evaluación se realizó a través de la observación y entrevistas individuales, registrándose los parámetros que incluye la ficha de valoración elaborada para la ocasión, tras la revisión bibliografía realizada.

Los parámetros recogidos son los siguientes:

- A.- Diagnóstico: Se debe consignar el diagnóstico confirmado en su historial clínico, reuniendo las siguientes tipos: Esquizofrenia, Tto. personalidad, Depresión, Tto. Bipolar, Ansiedad, y por último una categoría que recoge el resto de diagnósticos.
- B.- Valoración de la percepción y control de la salud: Se recoge información sobre la percepción que tienen de enfermedad, y la capacidad que poseen para controlar su estado de salud, con datos como: conocimiento de su patología, nombre y características, adherencia al tratamiento, hábitos higiénicos, consumo de tóxicos, etc.
- C.- Valoración de los Patrones Funcionales, mostrando únicamente si están descubiertos o no.
- D.- Objetivos de Planes de cuidados: en este apartado se identifican los objetivos principales que debe tener la intervención.

2ª Fase: Diseño de la intervención:

Una vez realizada la valoración preliminar se decide cual es el patrón funcional sobre el que versará la intervención, escogiendo el Patrón de Adaptación y tolerancia al estrés, por ser aquel que tienen descubierto todos los sujetos de la muestra.

El diseño de la intervención se basa en escoger el conjunto de actividades que nos puedan garantizar una mejora del paciente, en el estado funcional del patrón escogido, para ello se debe previamente identificar los factores influyentes de ese patrón, para marcar los objetivos de la intervención.

La valoración de los factores que influyen se realiza a través de la observación y entrevista de la muestra, recogiendo la información en el epígrafe existente en la ficha de valoración.

Los factores a recoger son los siguientes:

- Desestabilización patología de base.
- Problemas familiares.
- Problemas económicos/laborales.
- Problemas penales.
- Problemas regimentales.
- Falta de recursos psicológicos adaptativos.
- Ideas irracionales.

- Inadecuado apoyo social.
- Falta de recursos materiales.
- Exposición o abuso de sustancias tóxicas.
- Otras.

Observando los factores descubiertos, se marcan los siguientes objetivos y actividades a realizar:

- **Objetivos:**
 - Reducir el estado de ansiedad que tienen.
 - Reconocer factores causantes de ansiedad-estrés.
 - Conocer alternativas eficaces de afrontamiento.
 - Demostrar técnicas de relajación y búsqueda de apoyo.
- **Actividades:**
 - Dar apoyo: Explicar, no juzgar, ofrecer ayuda y recursos.
 - Identificar fuentes de estrés.
 - Enseñar a reducir estímulos ansiógenos externos.
 - Enseñar a buscar fuentes de apoyo.
 - Controlar ideas irracionales.
- **Instrumentos de medida escogidos para medir la eficacia de esta intervención son los siguientes:**
 - Evaluación cuantitativa del número de intervenciones realizadas.
 - Evaluación cuantitativa del número de objetivos alcanzados.

• Valoración del nivel de ansiedad, con medidas pre y post-intervención, para evaluar si el tratamiento ha conseguido reducir este valor. Para ello se ha escogido el cuestionario validado STAI en la escala Estado. Se ha utilizado la versión española adaptada por TEA (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1982). STAI es la abreviatura de State Trait Anxiety Inventory - STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo): es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. Es el más utilizado. La escala de estado responden a 20 ítems informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho). Los análisis factoriales han mostrado cuatro factores referidos a la presencia o ausencia de ansiedad en cada escala, presencia de estado de ansiedad, ausencia de estado de ansiedad, presencia de rasgo de ansiedad, ausencia de rasgo de ansiedad.

Este cuestionario se pasó la semana previa a la intervención, y en la semana posterior.

3ª Fases: Intervención:

Una vez realizado el diseño, y con la medida pre-intervención del estado de ansiedad, se realizaron las actividades expuestas anteriormente, mediante entrevistas individuales, y una sesión grupal. Para esta sesión se realizaron dos grupos, de 10 y 9 sujetos respectivamente. En ella se volvieron a revisar temas tratados en las sesiones individuales, como identificación de las fuentes de estrés y posibles respuestas, y se practicaron ejercicios de relajación.

4ª Fase: Evaluación:

Se realizó la medida post-intervención del estado de ansiedad de cada sujeto, registro cuantitativo de actividades realizadas y objetivos conseguidos.

Los datos se han procesado estadísticamente mediante el programa SPSS.16.

Instrumento de recogida de datos

Para la recogida de datos hemos elaborado un cuestionario que consta de dos partes.

Una primera parte, desde el ítem 1 al 24, recoge los datos sociodemográficos de los pacientes: diagnóstico, edad, observación de las prescripciones del tratamiento (ítems 3 a 11), entrevista (ítems 12 a 20), qué significa estar enfermo, está usted enfermo, por qué razón piensa que hay que estar sano y qué le gusta menos del tratamiento actual.

La segunda parte, ítems 25 a 66, está dividida en cinco escalas que miden aspectos relacionados con la sintomatología observada en los sujetos de la muestra y la actividad realizada en los cuidados de enfermería. Además se incluyen dos ítems de ansiedad en el pretest medida mediante el cuestionario STAI, y que se presenta mediante la puntuación directa y el lugar ocupado por el sujeto en la escala cuartil (1-25; 26-50; 51-75; 76-100).

La escala “patrones funcionales” (ítems 25 a 35), evalúa el grado en que el sujeto es capaz o no de realizar actividades básicas relacionadas con el descanso, el ejercicio, la alimentación, funcionamiento cognitivo y perceptivo, sexualidad, tolerancia al estrés o valores y creencias. Los ítems de la escala son de respuesta dicotómica “sí” (1), “no” (0). El valor mínimo y máximo alcanzable son 0 y 11 respectivamente.

La escala “planes de cuidados” (ítems 36 a 42) evalúa el grado en que la intervención en enfermería ha reducido la sintomatología y ha mejorado el funcionamiento del paciente. Los ítems son de respuesta dicotómica “sí” (1), “no” (0). Con un mínimo de 0 y un máximo de 7 puntos.

La escala “factores influyentes en la ansiedad/estrés” (ítems 43 a 53) evalúa el grado en que el sujeto está expuesto a factores que pueden desencadenar una sintomatología de ansiedad, como problemas familiares, penales, falta de apoyo social, etc. Los ítems son de respuesta dicotómica “sí” (1), “no” (0), siendo la mínima puntuación 0 y la máxima 11.

El cuestionario también incluye 4 ítems para recoger la puntuación de ansiedad antes y después de la intervención enfermera, ítems del 54 al 57. El inventario utilizado fue STAI, en la escala estado. La media de la muestra fue de 35 (dt 6,22). El segundo ítems STAI pretest asigna a los sujetos a uno de cuatro grupos en función del percentil alcanzado en el inventario de ansiedad. De la misma manera se aplicó el inventario de ansiedad una vez finalizada la intervención.

La escala “actividades” (ítems 58 a 63) indica el grado en que se han alcanzado ciertos objetivos en el cuidado enfermero con el fin de reducir la ansiedad. Los ítems son de respuesta cuantitativa e indican el número de actividades en que se ha alcanzado el objetivo con un mínimo de 0.

Por último, la escala “objetivos alcanzados” mide, con tres ítems de respuesta dicotómica “sí” (1), “no” (0) si se han alcanzado los tres objetivos fundamentales de la actuación enfermera para reducir la ansiedad. El mínimo es 0 y el máximo 3. Los ítems son del 64 al 66.

Estadísticos descriptivos

En las tablas 1, 2 y 3 hemos presentado los estadísticos descriptivos más importantes para cada una de las variables del cuestionario, así como para cada una de las escalas y sus ítems.

Para los datos sociodemográficos (primera parte del cuestionario) hemos calculado la frecuencia de respuesta de cada una de los valores de las variables.

En el caso de las escalas, hemos calculado la media de la escala con un intervalo de confianza del 95%, la desviación típica y el estadístico alfa de Cronbach. De las cinco escalas, exceptuando la puntuación en STAI en el pretest y posttest, donde se ha recogido la puntuación final, tres de ellas gozan de un buen coeficiente de fiabilidad (entre .868 y .960) que son las escalas “patrones funcionales”, “actividades” y “objetivos alcanzados”. Las otras dos, “planes de cuidados” y “factores influyentes en ansiedad/estrés” adolecen de ciertos problemas de fiabilidad (.433 y .577 respectivamente). No obstante, hemos decidido incluir los resultados a la

espera de contrastar la fiabilidad en una muestra más importante y por tratarse de un estudio descriptivo no comparativo, cuyos resultados nos van a servir para generar hipótesis para una futura investigación.

En cuanto a los ítems de las escalas hemos calculado la media, con un intervalo de confianza del 95% y la desviación típica.

RESULTADOS

Resultados descriptivos:

Los distintos resultados de tipo descriptivo se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos variables

VARIABLE		Porcentaje %		
EDAD	18-25	15,8		
	26-35	31,6		
	36-45	21,1		
	>45	31,6		
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia	42,1		
	Personalidad	26,3		
	Depresión	21,1		
	Bipolar	5,3		
	Ansiedad	5,3		
ASPECTO GENERAL Y OBSERV. DEL TTO.		Si %	No %	A veces %
	Aseo correcto	84,2	15,8	0
	Vestimenta adecuada	84,2	15,8	0
	Signos preocupación	47,4	47,4	5,3
	Desinterés	31,6	63,2	5,3
	Crítica a profesionales	0	100	0
	Toma el tratamiento	84,2	10,5	5,3
	Cumple recomendaciones	73,7	21,1	5,3
	Consumo tóxicos	0	84,2	15,8
	Hace preguntas	10,5	89,5	0
ENTREVISTA		Si %	No %	
	Toma tratamiento	100	0	
	Sabe por qué lo toma	78,9	21,1	
	Conoce nombre patología	73,7	26,3	
	En libertad las tomaba	73,7	26,3	
	Nota mejoría cuando toma	89,5	10,5	
	Se nota diferente cuando toma	78,9	21,1	
	Conoce efectos adversos	36,8	63,2	
	Le ha sentado mal tratamiento	15,8	84,2	
	Tomaba drogas en libertad	52,6	47,4	
QUÉ SIGNIFICA ESTAR ENFERMO		Porcentaje %		
	Estar en la cama con fiebre	26,3		
	No estar capacitado para hacer alguna actividad bien hecha	36,8		
	No hacer otras cosas como los demás	15,8		
	Otras	21,1		
¿ESTÁ ENFERMO?		Si 68,4%	No 31,6%	
RAZONES PARA ESTAR SANO		Porcentaje %		
	No tengo que tomar pastillas	26,3		
	Puedo trabajar y hacer una vida normal	42,1		
	Puedo tener amigos	15,8		
	Otras	15,8		
LO QUE MENOS LE GUSTA DEL TRATAMIENTO		Porcentaje %		
	El número de pastillas	10,5		
	Los horarios de toma	10,5		
	Que llevo muchos años tomando el tratamiento	26,3		
	Otras	52,6		

Tabla 2. Estadísticos descriptivos escalas

PATRONES FUNCIONALES	Media (i.c. 95%); D.T.; alfa Cronbach	3,32 ± 1,37	2,849	0,868
		Si %	No %	
	Percep. y c. de la salud	36,8	63,2	
	Nutricional – metabólico	15,8	84,2	
	Eliminación	10,5	89,5	
	Actividad y ejercicio	42,1	57,9	
	Sueño y descanso	15,8	84,2	
	Cognitivo-perceptivo	36,8	73,2	
	Autop. y autoc.	31,6	68,4	
	Rol y relaciones	26,3	73,7	
	Sexualidad y reproducción	5,3	94,7	
	Adapt. y tolerancia al estrés	100	0	
	Valores y creencias	10,5	89,5	
	PLANES DE CUIDADOS	Media (i.c. 95%); D.T.; alfa Cronbach	2,895 ± 0,620	1,286	0,433
		Si %	No %	
Mejora autoestima y seguridad		47,4	52,6	
Fomento de la actividad física		42,1	57,9	
Reducción de ansiedad-estrés		100	0	
Mejora comunicación e interacción social		10,5	89,5	
Mejorar control de impulsos		68,4	31,6	
Reducción problemas de sueño		15,8	84,2	
Aumentar adherencia/colaboración		5,3	94,7	
FACTORES INFLUYENTES EN ANSIEDAD/ESTRÉS		Media (i.c. 95%); D.T.; alfa Cronbach	5,000 ± 0,894	1,856	0,570
		Si %	No %	
	Desestabilización patología de base	57,9	42,1	
	Problemas familiares	63,2	36,8	
	Problemas económicos/laborales	26,3	73,7	
	Problemas penales	94,7	5,3	
	Problemas regimientales	36,8	63,2	
	Falta de recursos psicológicos	89,5	10,5	
	Ideas irracionales	47,4	52,6	
	Inadecuado apoyo social	63,2	36,8	
	Falta de recursos materiales	36,8	43,2	
	Exposición o abuso de sustancias tóxicas	36,8	43,2	
	OTRAS:	5,3	94,7	
	STAI PRETEST	Media (i.c. 95%); D.T.	35 ± 6,22	12,906
		Porcentaje %		
26-50%		15,8		
51-75%		15,8		
	76-100%	68,4		

Tabla 3. Estadísticos descriptivos escalas

STAI POSTEST	Media (i.c. 95%); D.T.	19,68 ± 5,695	11,823	
		Porcentaje %		
	0-25%	42,1		
	26-50%	15,8		
	51-75%	26,3		
	76-100%	15,8		
ACTIVIDADES	Media (i.c. 95%); D.T.; alfa Cronbach	18,053 ± 1,290	2,677	0,960
	Dar apoyo: Explicar, no juzgar, ofrecer ayuda y recursos	4,21 ± 0,26	0,535	
	Identificar fuentes de estrés	3,21 ± 0,26	0,535	
	Enseñar a reducir estímulos externos	3,21 ± 0,26	0,535	
	Enseñar técnicas de respiración	3,21 ± 0,26	0,535	
	Enseñar a buscar fuentes de apoyo	3,21 ± 0,26	0,535	
	Controlar ideas irracionales	3,21 ± 0,26	0,535	
OBJETIVOS ALCANZADOS	Media (i.c. 95%); D.T.; alfa Cronbach	2,789 ± 0,101	0,713	0,897
		Si %	No %	
	Reconocer factores causantes de ansiedad-estrés	94,7	5,3	
	Conocer alternativas eficaces de afrontamiento	94,7	5,3	
	Mostrar técnicas de relajación y búsqueda de apoyo	89,5	10,5	

Resultados experimentales:

Eficacia de la intervención

Para determinar la eficacia de la intervención de los profesionales de la enfermería se realizó un análisis descriptivo evaluando las diferencias entre pretest y postest en el cuestionario de ansiedad (STAI) mediante la utilización de una prueba de diferencias de medias relacionadas.

Tabla 4. Prueba T de diferencia de medias relacionadas

	STAI pretest	STAI postest	Diferencia	T	GI	P
Medias	35,000	19,680	15,320	5,433	18	.000
Desv. Típica	12,906	11,823				
N	19	19				

La prueba de diferencias de medias relacionadas ha obtenido diferencias estadísticamente significativas: $T_{18} = 5,433$; $p = 0.000$

Por lo tanto, podemos afirmar que la intervención de enfermería ha resultado bastante efectiva para reducir la ansiedad de los reclusos.

No obstante, es conveniente adoptar los resultados con cautela, ya que el diseño de un grupo pretest-postest no permite argumentos válidos de causalidad, a menos que se trabaje con intervalos cortos o muy cortos de tiempo entre pretest y postest, y/o se controlen los efectos intrasujeto como el efecto de orden/período y los efectos “carry-over”.

Para comprobar cómo se han producido los cambios en ansiedad en los sujetos de la muestra hemos efectuado un recuento de la situación de los sujetos en el cuestionario de ansiedad en el pretest y en el postest, asignándolos a grupos situados entre los tres cuarteles (0-25%; 26-50%; 51-75%; 76-100%).

Tabla 5. Tabla de frecuencias STAI pretest-postest

		porcentaje de STAI pretest			Total
		26-50%	51-75%	76-100%	
porcentaje de STAI postest	0-25%	2	1	5	8
	26-50%	0	1	2	3
	51-75%	1	1	3	5
	76-100%	0	0	3	3
Total		3	3	13	19

Podemos observar que en pretest no había sujetos situados en el intervalo más bajo de puntuación en STAI (0-25%). Sin embargo, en el postest aparecen 8 sujetos en dicho intervalo, provenientes, 2 de ellos del intervalo 26-50 del pretest, 1 del intervalo 51-75 y 5 del intervalo 76-100. Todos ellos consiguieron reducir sus niveles de ansiedad hasta los valores más bajos.

La intervención provocó también que 1 sujeto bajara la ansiedad del intervalo 51-75 al 26-50, lo que también consiguieron 2 sujetos del intervalo 76-100.

Sin embargo, un sujeto del intervalo 26-50 en el pretest aumentó la ansiedad hasta situarse en el intervalo 51-75. Aunque tres de los sujetos se situaron en dicho intervalo provenientes del intervalo 76-100.

Relación del diagnóstico con la reducción de ansiedad

En primer lugar hemos recodificado la variable “diagnóstico” con seis categorías en una nueva variable “diagnóstico2” con tres categorías, agrupando los trastornos “depresión”, “bipolar” y “ansiedad” en una categoría única de trastornos del estado de ánimo y eliminando la categoría “otros”.

Para evaluar su relación con la diferencia entre pretest y postest en ansiedad se ha creado la variable “diferencia entre pretest y postest en STAI”.

El análisis aplicado ha sido el Análisis de Varianza de un factor, en el que la variable dependiente es la diferencia entre pretest y postest en el cuestionario de STAI y el factor es la variable “diagnóstico2”. Esta decisión se adoptó tras la comprobación del cumplimiento de los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y del supuesto de igualdad de las varianzas mediante la prueba F de Levene (ver anexo, tabla 16 y 17).

Tabla 6. Análisis de Varianza

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Diagnóstico	574,897	2	287,448	2,146	0,149
Error	2143,208	16	133,951		
Total	2718,105	18			

El resultado de la prueba no ha sido estadísticamente significativo, por lo que podemos afirmar que no existen diferencias entre los grupos de diagnóstico en la reducción conseguida en el cuestionario de ansiedad por la intervención de enfermería.

Relación de los factores de influencia con la reducción de la ansiedad

En primer lugar hemos aplicado la prueba t de Student, tras la comprobación del supuesto de normalidad (ver anexo), para analizar la relación entre cada uno de los ítems de la subescala “factores de influencia” y la reducción de la ansiedad medida por la diferencia en el cuestionario STAI entre pretest y postest.

Tabla 7. Prueba T para medias independientes

FACTORES INFLUYENTES EN ANSIEDAD/ESTRÉS	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Desestabilización patología de base	1,003	17	,330	5,727
Problemas familiares	-1,380	17	,186	-7,869
Problemas económicos/laborales	-1,518	17	,147	-9,386
Problemas penales	Sin sujetos en grupo 0			
Problemas regimentales	-,934	17	,364	-5,476
Falta de recursos psicológicos	1,012	17	,326	9,294
Ideas irracionales	-,433	17	,671	-2,500
Inadecuado apoyo social	,501	17	,623	2,988
Falta de recursos materiales	-1,398	17	,180	-7,964
Exposición o abuso de sustancias tóxicas	-,501	17	,623	-2,988
OTRAS:	Sin sujetos en grupo 1			

Ninguna de las pruebas realizadas ha ofrecido un resultado significativo, por lo que podemos afirmar que no existe relación entre los factores de influencia y la reducción de la ansiedad.

En segundo lugar hemos trabajado con la variable numérica “factores de influencia”, resultado de sumar los ítems, que se puntuaron con 1 para la respuesta “sí” y 0 para la respuesta “no”. Esta variable se ha utilizado como predictor en un análisis de regresión simple donde la variable criterio es la diferencia entre pretest y postest en STAI.

Tabla 8. Prueba F para la regresión

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	191,629	1	191,629	1,289	0272
Residual	2526,476	17	148,616		
Total	2718,105	18			

El resultado de la prueba F global para determinar si la proporción de varianza explicada por el modelo es significativa nos permite afirmar que la puntuación en los factores de influencia no es un buen predictor de la mejoría en ansiedad.

Tabla 9. Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
0,266	0,071	0,016	12,191

Relación entre la edad y la reducción de la ansiedad

Hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis con “edad” como variable de agrupación y “diferencia pretest-postest en STAI” como variable dependiente. El reducido tamaño de la muestra ha provocado la elección de esta prueba no paramétrica.

Tabla 10. Prueba Kruskal-Wallis

Edad	N	Rango promedio
18-25	3	9,33
26-35	6	9,50
36-45	4	10,38
>45	6	10,58
Total	19	

$$\chi^2(3) = 0,173; p = 0,982$$

Mediante esta prueba, que no ha tenido un resultado estadísticamente significativo, no podemos confirmar que exista relación entre la edad y la reducción de la ansiedad. Todos los grupos de edad pueden considerarse iguales en la reducción de ansiedad.

Relación entre diagnóstico y patrones funcionales

Para analizar la relación entre diagnóstico y patrones funcionales hemos creado una nueva variable que es la suma de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems de la subescala “patrones funcionales”, donde la respuesta “sí” puntúa 1 y la respuesta “no” puntúa 0.

La prueba utilizada ha sido la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis

Diagnóstico	N	Rango promedio
Esquizofrenia	8	8,81
personalidad	5	9,30
estado ánimo	6	12,17
Total	19	

$$\chi^2(2) = 1,403; p = 0,496$$

Los tres grupos de la variable diagnóstico han obtenido el mismo promedio en patrones funcionales, por lo que podemos afirmar que no existe relación entre ambas variables.

Relación entre diagnóstico y objetivos

Para analizar la relación entre diagnóstico y objetivos alcanzados hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis, en la que “diagnóstico2” es la variable de agrupación. La utilización de esta prueba no paramétrica se justifica por el reducido tamaño de la muestra.

Los objetivos se evaluaron con tres ítems de respuesta dicotómica (sí, no). Para estudiar su asociación con el diagnóstico se creó una variable numérica que es la suma de la puntuación obtenida en cada ítem dicotómico (sí = 1; no = 0).

Tabla 12. Prueba Kruskal-Wallis

Diagnóstico	N	Rango promedio
Esquizofrenia	8	10,13
personalidad	5	9,00
estado ánimo	6	10,67
Total	19	

$$\chi^2(2) = 0,866; p = 0,649$$

Podemos afirmar, a la vista de que la prueba de Kruskal-Wallis no ha sido significativa, que el nivel de consecución de los objetivos es el mismo independientemente del diagnóstico.

Relación entre objetivos alcanzados y factores de influencia

El análisis de la relación entre objetivos alcanzados y factores de influencia se ha realizado, tras comprobar la violación del supuesto de normalidad de la variable dependiente (objetivos alcanzados) en cada uno de los grupos de los ítems de la subescala “factores de influencia”, mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. La variable numérica “objetivos alcanzados” es la suma de los puntos obtenidos en los ítems dicotómicos de la correspondiente subescala.

Tabla 13. Prueba U de Mann-Withney

FACTORES INFLUYENTES EN ANSIEDAD/ESTRÉS	Grupo (factores influyentes)	U	N	Rango promedio	Suma de rangos	Significación (bilateral)
Desestabilización patología de base	Si	36,000	11	9,27	102,00	0,215
	no		8	11,00	88,00	
Problemas familiares	Si	35,000	12	9,42	113,00	0,267
	no		7	11,00	77,00	
Problemas económicos/laborales	Si	31,000	5	9,20	46,00	0,487
	no		14	10,29	144,00	
Problemas penales	Si					
	No (sin sujetos)					
Problemas regimentales	Si	40,000	7	9,71	68,00	0,751
	no		12	10,17	122,00	
Falta de recursos psicológicos	Si					
	No (sin sujetos)					
Ideas irracionales	Si	35,000	9	8,89	80,00	0,126
	no		10	11,00	110,00	
Inadecuado apoyo social	Si	35,000	12	9,42	113,00	0,267
	no		7	11,00	77,00	
Falta de recursos materiales	Si	30,000	7	8,29	58,00	0,057
	no		12	11,00	132,00	
Exposición o abuso de sustancias tóxicas	Si	30,000	7	8,29	58,00	0,057
	no		12	11,00	132,00	

Los resultados no significativos obtenidos con la prueba de Mann-Withney sugieren la escasa influencia de los factores de influencia en la consecución de los objetivos.

Únicamente parece existir cierta relación, marginalmente significativa, entre los objetivos y la falta de recursos materiales, así como entre los objetivos y la exposición o abuso de sustancias tóxicas. En los dos casos, se ha obtenido una mayor consecución de los objetivos para los grupos en los que no hay falta de recursos materiales y en los que no hay exposición o abuso de sustancias tóxicas.

Relación entre objetivos alcanzados y patrones funcionales

El análisis de la relación entre objetivos alcanzados y patrones funcionales se ha realizado, tras comprobar la violación del supuesto de normalidad de la variable dependiente (objetivos alcanzados) en cada uno de los grupos de los ítems de la subescala “patrones funcionales”, mediante la prueba no paramétrica de Mann-Withney. La variable numérica “objetivos alcanzados” es la suma de los puntos obtenidos en los ítems dicotómicos de la correspondiente subescala.

Tabla 14. Prueba U de Mann-Withney

PATRONES FUNCIONALES	Grupo (PF)	U	N	Rango promedio	Suma de rangos	Significación (bilateral)
Percep. y c. de la salud	Si	30,000	7	8,29	58,00	0.057
	no		12	11,00	132,00	
Nutricional – metabólico	Si	8,000	3	4,67	14,00	0.001
	no		16	11,00	176,00	
Eliminación	Si (sin sujetos)		2			
	no		17			
Actividad y ejercicio	Si	33,000	8	8,63	69,00	0.088
	No		11	11,00	121,00	
Sueño y descanso	Si	8,000	3	4,67	14,00	0.001
	No		16	11,00	176,00	
Cognitivo-perceptivo	Si	30,000	7	8,29	58,00	0.057
	No		12	11,00	132,00	
Autop. y autoc.	Si	26,000	6	7,83	47,00	0.032
	no		13	11,00	143,00	
Rol y relaciones	Si	21,000	5	7,20	36,00	0.015
	no		14	11,00	154,00	
Sexualidad y reproducción	Si (sin sujetos)		1			
	No		18			
Adapt. y tolerancia al estrés	Si		19			
	No (sin sujetos)		0			
Valores y creencias	Si (sin sujetos)	15,000	2			
	no		17			

Los resultados de las pruebas indican que los sujetos que en las variables de la escala de “patrones funcionales” han sido evaluados como no afectados han obtenido un mayor nivel de consecución de objetivos. Esto ocurre en “nutricional-metabólico” ($p = 0.001$), “sueño y descanso” ($p = 0.001$), “autopercepción y autoconciencia” ($p = 0.032$) y “rol y relaciones” ($p = 0.015$).

Tabla 15. Correlación

Correlación (p)	Patrones funcionales
Objetivos alcanzados	0.594 (0.007)

La correlación de Pearson indican una relación lineal significativa ($p = 0.007$) entre los objetivos alcanzados (variable numérica) y patrones funcionales (variable numérica). El sentido de la relación es directo, por lo que cuanto mayor es la puntuación en patrones funcionales, mayor es la consecución de los objetivos.

CONCLUSIONES

1.- Según los resultados experimentales se puede concluir que la intervención de enfermería sobre el Patrón de Adaptación y Tolerancia al estrés, ha sido eficaz, al quedar demostrado que la ansiedad de los sujetos de la muestra ha sufrido un evidente descenso tras la intervención, con resultados estadísticamente significativos.

2.- Los principales resultados que describen la población objeto de este estudio son los siguientes:

- Los internos según diagnóstico se distribuyen en:

- Esquizofrenia: 42%.

- Trast. Personalidad: 26%.

- Depresión: 21%.

- Trast. Bipolar: 5%.

- Trat. De Ansiedad: 5%.

- El alto porcentaje de esquizofrénicos y Trs. De Personalidad nos hizo valorar el nivel de consciencia de enfermedad que tenía, y su capacidad de autocuidados, arrojando unos resultados altamente satisfactorios.

- Los patrones funcionales que presentan mayor alto porcentaje de no estar cubiertos son los siguientes:

- Adaptación y tolerancia al estrés: 100%.

- Actividad y ejercicio físico: 42%.

- Cognitivo-Perceptivo: 36.8%.

- Autopercepción y autocuidados: 31.6%.

- Rol y relaciones: 26.3%

Según estos resultados enfocamos el estudio sobre el patrón de Adaptación y tolerancia al estrés, con actividades transversales para facilitar la mejora en el resto de patrones.

- Los objetivos que debíamos intentar cubrir para mejorar los patrones antes descritos son los siguientes:

- Reducción de la ansiedad y estrés.

- Mejorar el control de impulsos.

- Mejorar autoestima y seguridad.

- Los factores que afectan al Patrón de Adaptación y tolerancia al estrés, en nuestra muestra, se reparte de la siguiente forma:

- Falta de recursos psicológicos: 89.5%.

- Problemas familiares: 63.2%.

- Inadecuado apoyo social: 63.2%.

- Desestabilización de la patología de base: 57.9%.

- Poseer ideas irracionales de la realidad: 47.4%.

El diseño de la intervención se centró en intentar mitigar estos factores.

3.- La intervención se basó en 4 intervenciones individuales por interno, con un total de 76 intervenciones. La duración de cada una fue de 30'. A estos resultados hay que añadir las dos sesiones grupales realizadas, con una duración de 1h. cada una. En términos globales se ha precisado 40h. de trabajo, repartidas en dos profesionales.

4.- No existe relación estadísticamente significativa entre la reducción de ansiedad y los siguientes factores: el diagnóstico psiquiátrico que presentaban, los factores que inflúan en su estado inicial de ansiedad y la edad de los sujetos.

5.- Un dato a destacar es la no influencia del diagnóstico en la consecución de los distintos objetivos de la intervención. Esto nos debe hacer reflexionar sobre los estereotipos que

se pueden crear sobre la imposibilidad de trabajar con determinados diagnósticos. Tras estos resultados se puede concluir que todo sujeto es susceptible de recibir intervención enfermera, y de beneficiarse de ella.

- 6.- Los factores que generan el estado de ansiedad no son impedimento para alcanzar el objetivo, siempre que en el diseño de Proceso de Atención de Enfermería se tengan en cuenta. Se podría hacer referencia, únicamente, a dos posibles factores ansiógenos, que presentan mayor dificultad para abordarlos, como son la escasez de recursos económicos y el abuso de sustancias psicoactivas.
- 7.- Para concluir se debe hacer referencia a un resultado, que si bien es evidente, también se considera importante: A mayor porcentaje de patrones de salud descubiertos, más dificultad presenta la consecución de objetivos en la práctica enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Fornés, Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Médica Panamericana (2.005)
2. J. Fornés, Carballal MC. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía Práctica de Valoración y estrategias de intervención. Madrid. Médica Panamericana. 2001.
3. Gordon M. Nursing Diagnosis: Process and applicatyion. St. Louis, Missouri: Mosby year Book Inc, 1994.
4. Nanda (2001-2002) Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt, 2001.
5. Mckay M, Davis M, Fanning P. Técnicas congñifivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
6. Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios. Dirección Gral. De Sanidad. Madrid 2007.
7. Estudio sobre Salud Mental (Di. 06-Junio 07) Dirección Gral. De Sanidad Penitenciaria.
8. Hernández, M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI. Madrid 2003.
9. J. M. Arroyo, E. Ortega. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de los resultados después de 6 años (2000-2005) Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2007, Vol. 9, Núm. 1: 15-28
10. E. Garcés Pina, A. Duato Durán, M.J. Vicente Edo, V. Guadarrama Sanz. Los cuidados de Enfermería psiquiátrica en los Centros Penitenciarios. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. "2006; 8: 78-87.
11. Alejos Cerdan, M, Araoz . Ansiedad Estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. <http://WWW.psicocentro.com>
12. J. Fornés. Enfermería de Salud Mental. Cuidados para la mejora de la autoestima, <http://www.psiqiuia.com>
13. Chamarro A. Clusa D, Valoración Clínica de enfermos esquizofrénicos de larga evolución. Revista Psiquiátrica. Fac. Med. Barna. 1997; 24,6,156-162.
14. Liberman, R.P. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed. Martínez Roca. 1996.
15. Marriner, A. Modelos y teorías de Enfermería. ROL, Madrid, 1983.
16. Saiz J. Esquizofrenia enfermedad del cerebro y reto social. Ed. Masson, SA. 1999.
17. Sarró S, Pomarol E. Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico. Coordinador: J:M: Costa Molineri, Barcelona (01/09/2001)
18. Hogan y cols. Inventario de actitudes hacia la medicación. DAI. 10, 1983.
19. Haro J.M. Ochoa S, Cabrero L. Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. Actas Española Psiquiatría. 2005, 29(2): 103-108.
20. Pablo Muñoz. Más de 10.000 presos sufrían ya trastornos mentales antes de ser encarcelados. <http://www.ABC.es>
21. J. A. García Andrade "La medicina penitenciaria, una medicina de frontera" Rev. Esp. San. Penit 2008; 10: 33-34. Editorial.

BENEFICIOS DE LA INCLUSION DE REPRESENTACIONES TEATRALES CON MARIONETAS EN LOS TALLERES DE RHB COMO ELEMENTO MOTIVADOR

Rita Aguilar Gómez, Maria Tort Pon, Laura Díaz Carvajal, Barbara Martín Tubio, Violant Burgés Ramos, David Herrera Polo.

Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya. Hospital Sant Joan de Deu - Serveis de Salut Mental. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C) tiene como objetivo general la asistencia global e integral de la población reclusa de Cataluña que sufre enfermedad mental, para ello cuenta con unidades de Agudos, Subagudos, Mediana y Larga estancia y Tránsito a la Comunidad. Además cuenta con una Unidad de Rehabilitación, integrado por un equipo Multidisciplinar donde enfermería cumple un gran papel.

En ella se desarrollan tres programas de Rehabilitación: Psicoeducativo, Actividades de vida diaria (AVD) y Residencial, en los que se incluyen diversos talleres entre los cuales destacamos como motivo de estudio Adherencia al tratamiento y Cuidados Medioambientales.

El presente estudio se realiza motivado por la observación que en los talleres de Adherencia al tratamiento y Cuidados Medioambientales un porcentaje de los asistentes muestran una baja atención a las actividades propuestas, disminución de la asistencia y en algunos casos abandono, escasa motivación y sobretodo reincidencia en los programas.

Por tal motivo proponemos incluir en las actividades educativas una metodología que de forma dinámica motive la participación y asistencia a dichos programas mediante vehículo reforzador la inclusión de pequeñas obras teatrales mediante marionetas en estos talleres, proponiéndonos:

- Reforzar en los participantes los conocimientos adquiridos en los programas de RHB utilizando métodos complementarios que de forma sencilla y dinámica les conduzcan a la adquisición de estilos de vida saludables.
- Motivar e involucrar al resto de pacientes para participar en futuros programas de RHB.

En tal sentido nos planteamos los siguientes objetivos:

Mejorar la asistencia y participación en los talleres, Adquirir estilos de vida saludable, conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

DESARROLLO

Empleamos el método descriptivo y cualitativo, realizando un estudio comparativo con dos grupos de cada taller adherencia al tratamiento y Cuidados Medioambientales, uno se realizó de manera convencional y en el otro se incluyó una obra teatral con marionetas al final del taller para comprobar el papel de reforzador positivo, valorándose asistencia y grado de motivación.

Como material se empleo un cuestionario relacionado con la actividad (que se incluye anexo al trabajo), elaborado por el personal de enfermería del equipo de RHB, que consiste en seis preguntas sencillas, cinco de ellas con opción de respuesta dicotómica (si / no) y una pregunta abierta.

Dicho cuestionario fue cumplimentado al final de ambas obras teatrales con marionetas por los pacientes asistentes (espectadores) y por los participantes de los programas educativos de manera autónoma e individual para obtener resultados libres de influencias, salvo en los casos

en que los pacientes requirieron aclaración para la comprensión de las preguntas del cuestionario.

Se revisó el registro de asistencia de los programas de RHB de “Adherencia al Tratamiento” y de “Cuidados Medioambientales”.

En dicho registro se valora el grado de implicación de cada uno de los participantes en los siguientes aspectos: motivación, asimilación de contenido, expresión verbal y asistencia.

Para realizar la valoración se utilizan técnicas cualitativas basadas en la observación de la participación que clasificamos en tres niveles: participación activa (3), participación pasiva (2) y participación nula (1).

Consideramos participación activa la asistencia por iniciativa propia y espontánea, pasiva la asistencia mediante invitación o refuerzo del profesional y nula la falta de asistencia, interés y motivación.

La motivación se valora observando la participación espontánea.

La asimilación de los contenidos se valora mediante las aportaciones y comentarios donde expresan sus conocimientos.

La asistencia se valora porcentualmente en relación al número de sesiones realizadas.

RESULTADOS

Tras valorarlas y compararlas se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1: TALLER DE ADHERENCIA

<i>Participación</i>	<i>Activa</i>	<i>Pasiva</i>	<i>Nula</i>	<i>Total</i>
Grupo 1/sin obra teatral	4	2	1	7
Grupo 2/con obra teatral	6	1	0	7

Tabla 2: TALLER DE CUIDADOS MEDIOAMBIENTALES

<i>Participación</i>	<i>Activa</i>	<i>Pasiva</i>	<i>Nula</i>	<i>Total</i>
Grupo 1/sin obra teatral	3	2	2	7
Grupo 2/con obra teatral	5	1	1	7

CUESTIONARIO GENERAL

De los 30 cuestionarios distribuidos, 24 fueron respondidos correctamente y forma positiva, demostrando haber mantenido su atención recordando el tema representado y encontrándolo interesante, así mismo, manifestaron entender el mensaje y que les ha agradado o les agrada participar en los programas de rehabilitación, mientras que los 6 restantes no respondieron por inestabilidad psicopatológica y negativa.

CONCLUSIONES

Se concluye que tras aplicar esta metodología como refuerzo a las actividades de los programas de RHB se obtiene un mayor grado de implicación en los pacientes participantes y la involucración del resto de los pacientes asistentes.

Por estos hechos y con los resultados obtenidos consideramos útil incluir esta técnica de refuerzo en todos aquellos talleres de nuestro programa de RHB que sean susceptibles a este método.

Se destaca, asimismo, que el mensaje directo proviene de los propios pacientes integrantes de dichos programas y que a la vez que refuerzan lo aprendido, animan e involucran a los demás a participar.

BIBLIOGRAFÍA

- González AM. Informaciones psiquiatricas 2003;171:23-29.
- Pola E, Flieder R, Pomes J. Humor para la salud. Revista de lo corporal 2004 Enero-Marzo.
- Ruíz Olabuénaga, JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

LA RISOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA EFICAZ PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

García Mata M^a. Ángeles; Fernández Martínez M^a. Elena; Liébana Presa Cristina; Vázquez Casares Ana M^a.; Castro González María Paz; López Alonso Ana Isabel. *Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Campus de Ponferrada. Universidad de León. Ponferrada. León.*

INTRODUCCIÓN

La autoestima es uno de los conceptos psicológicos más popularizados, probablemente debido a su utilidad práctica para comprender buena parte de los aspectos de nuestro paso por la vida en busca de la felicidad.

De forma intuitiva se sabe que la autoestima es algo deseable, sobre todo si se mantiene de forma equilibrada, sin caer en el autodesprecio ni en la egolatría (1). Es un hecho que la persona se ve a sí misma cómo válida o no válida, como buena o mala, se estima o desestima en mayor o menor grado, autoevaluándose o autodevaluándose en función de sus vivencias positivas o negativas y de la forma de reaccionar ante los acontecimientos de su vida, produciendo todo ello mayor o menor patología, sobriedad, arrogancia y dramatismo según diferencias individuales.

No existe un acuerdo generalizado entre los investigadores sobre lo que es la autoestima (2) por lo que su definición en psicología, psiquiatría y sociología varía de una escuela a otra. En consonancia con Mruk (3), existe todo un amplio abanico de definiciones en torno a este concepto, lo cual hace que nos encontremos ante un laberinto de enunciados de la autoestima, si bien la aportación individual de cada una hace que tengamos una visión global de la misma, por lo que sabiendo que existen múltiples y variadas definiciones lo que nos va a interesar no son las diferencias entre ellas sino las semejanzas. Podemos simplificar la definición entendiendo que la autoestima es la opinión que tengo de mí mismo, sintiendo hacia mi persona una emoción positiva o negativa.

El sentido del humor es una capacidad única del ser humano, ampliamente valorado en todas las culturas, habiéndosele atribuido numerosos beneficios sociales, psicológicos y físicos. Es necesario reseñar que en torno al humor surge un cierto problema semántico a la hora de acotar los conceptos humor, cómico, divertido, ingenio, risa, surgiendo en este espacio una nueva terapia o modalidad terapéutica, que aún no se encuentra establecida en el sistema sanitario actual y que se conoce como risoterapia.

Precisamente esta técnica que utiliza la risa con fines terapéuticos y que podemos clasificar como terapia opcional si lo entendemos como terapéutico o como instrumento si según comenta Alberdi (4) “sea cual sea la calidad y finura de los instrumentos, estos son inanimados, siendo herramientas que se animan en razón de la voluntad de quien los mueve”, siendo también definida por otros como terapia complementaria lo cual significa ampliar, mejorar, complementar o como terapia alternativa con lo que se indica sustitución, equivalencia entre uno y otro, ha experimentado coincidiendo con la moderna apreciación de los humanistas y holísticos del cuidado de la persona y salud, un importante incremento del interés por la investigación de la risa y sus beneficios. Sin embargo no podemos dejar de exponer que, por cada quinientos estudios relacionados con los efectos negativos de los trastornos emocionales, sólo encontramos cuatro o cinco sobre los efectos positivos y saludables de la experiencia de la risa y del buen humor, pareciendo estar los científicos y en especial los psicólogos y psiquiatras más interesados en estudiar las neurosis, las psicosis, las depresiones y las fobias antes que la felicidad, la alegría, el amor y la risa. No obstante, la risa y el buen humor empiezan a ser teni-

dos en cuenta como excelentes herramientas terapéuticas, siendo una importante alternativa para los profesionales que se dedican al cuidado de la salud, al desarrollo personal y profesional, por el importante potencial que tienen tanto en el desarrollo de actitudes positivas frente a la vida como en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta todas las posibilidades que ofrece la risoterapia planteamos como objetivo de la investigación estudiar la relación entre la risoterapia y la autoestima, intentando demostrar como la variable dependiente, autoestima, se ve influida por la variable independiente, risoterapia. Nuestra hipótesis de trabajo fue que la risoterapia aumenta el nivel de autoestima y nuestra hipótesis operativa que el nivel de autoestima finalizada la sesión de risoterapia será superior al obtenido antes de la misma, utilizando como instrumento de medida en ambos casos la Escala de Autoestima de Rosemberg (5). Como hipótesis estadística planteamos que la comparación de las medias antes y después de la sesión de risoterapia, mostrará una elevación de la misma en el grupo experimental.

DESARROLLO

La metodología empleada en este estudio es una modalidad de investigación cuantitativa con intervención mediante sesiones de risoterapia, basada en un diseño cuasiexperimental pretest-posttest, empleando en la recogida y análisis de datos técnicas cuantitativas. Las modalidades cuasiexperimentales con intervención incluyen procedimientos para extraer diferencias intersujetos por medio de grupos experimentales no aleatorios, en este caso con voluntarios y la manipulación de la variable de tratamiento o variable independiente, que en nuestro estudio, es la aplicación o no de risoterapia.

Las variables intervinientes que influyen en la variable dependiente, en nuestro caso el nivel de autoestima, como puede ser la edad o el sexo, se han distribuido homogéneamente en los grupos experimental y control pudiendo suponer que quedaron repartidos de forma aleatoria. Tal y como exigen los fundamentos científicos de la investigación experimental se han controlado las condiciones de producción del fenómeno a analizar, previamente al control de las variables que intervienen en el mismo.

La población de estudio, según Latorre, Rincón y Arnal (7), es el conjunto de todos los individuos (objetos, personas, eventos, etc.) en los que se desea estudiar el fenómeno y que deben reunir las características de lo que es objeto de estudio. En nuestro caso fue la totalidad de los estudiantes de la diplomatura de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de León, pertenecientes al Campus de Ponferrada, y que cursaban estudios de primer año, segundo año y tercer año, siendo por tanto 300 alumnos matriculados durante el curso académico 2007/2008. Ante la complejidad para manejar y trabajar con el total de esta población, recurrimos a una muestra, es decir a una parte o porción extraída de un conjunto por métodos que permiten considerarla como representativa de él, por lo que tomamos una muestra constituida por 157 alumnos, de los cuales 135 cumplieron correctamente todos los cuestionarios (85,9%). La participación fue voluntaria y anónima, habiendo firmado todos los participantes previamente un consentimiento informado.

Llevamos a cabo un diseño pretest-posttest con grupo control. El grupo experimental o grupo A estuvo constituido por estudiantes de enfermería a los que se les aplicó risoterapia y el grupo control, de comparación o grupo B fueron estudiantes de enfermería que no fueron sometidos a risoterapia. Aplicamos un pretest sobre el nivel de autoestima a ambos grupos, utilizando la escala de autoestima de Rosemberg (5) del año 1965, que evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, que consta de items, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa, con la intención de controlar la aquiescencia y estructurados en una escala tipo Likert, admitiendo cuatro categorías de respuesta, que abarcan desde “muy de acuerdo” con lo que se dice en el enunciado a “muy en desacuerdo”. La puntuación total oscila entre 10 (mínima en cualquier caso) y 40 (máxima), siendo mayor la puntuación entre 10 y

40 cuanto mayor sea la autoestima. Esta puntuación total se halla sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y la puntuación invertida de los restantes ítems 1, 3, 4, 6, 7.

Seguidamente el grupo experimental fue sometido a una sesión de risoterapia de dos horas de duración, llevada a cabo en su aula habitual de clase, debidamente acondicionada para el acto, continuando el resto de las condiciones equivalentes en ambos grupos, es decir, caeteris paribus (6). El grupo control estuvo, durante el periodo de tiempo que duraba la sesión de risoterapia, realizando una actividad rutinaria de las que realizan de forma ordinaria en su horario de clase, en un aula habitual.

Finalizado el tiempo, ambos grupos realizaron el postest, que consistía en el mismo test que habían realizado inicialmente, en el caso del grupo instrumental al finalizar la sesión de risoterapia y en el caso del grupo control al finalizar la actividad rutinaria.

Después de la recogida de datos, procedemos a la corrección de los instrumentos de recogida y a la introducción de los datos, que posteriormente fueron analizados cuantitativamente, utilizando para estos procesos el programa estadístico SPSS en su versión 15.0.

En primer lugar realizamos un estudio descriptivo de la muestra, realizando un análisis de frecuencias y porcentajes, así como medidas de media y dispersión con el fin de describirla y analizar y explicar los resultados en el nivel de autoestima. El resultado de este análisis nos muestra que de los 135 participantes, 45 pertenecían a primer curso, lo cual representa el 33,3% del total, 52 a segundo que era el 38,5% de los participantes y 38 a tercero siendo el 28,1% de los voluntarios. En relación a la distribución por sexo el 78,5% eran mujeres, lo que supone 106 participantes y el 21,5% eran hombres, es decir 29 participantes. La edad oscilaba entre 18 años de mínima y 44 años de máxima, siendo la media 21,23 años, la mediana y la moda 20 años y 4,01 la desviación típica.

El análisis de la autoestima del grupo control en el pretest reflejó una media de 29,04 con una desviación típica de 4,60 y en el análisis postest la media fue 29,00 con una desviación típica de 4,65. En el grupo experimental, el análisis pretest de la autoestima presentó como media 29,87 con una desviación típica de 4,27, mientras que en el análisis postest la media fue 33,64 con una desviación típica de 3,98.

Posteriormente procedimos a analizar las diferencias de medias mediante la prueba t. En primer lugar la realizamos para muestras independientes, con el fin de analizar la equivalencia pretest entre los grupos control y experimental, obteniendo como valor del estadístico $t = -1,074$ y de significación bilateral $p = 0,285$, y la equivalencia postest de los mismos siendo $t = -0,6220$ y $p = 0,000$.

Seguidamente utilizamos la prueba t para muestras dependientes con el fin de analizar la equivalencia de los resultados pretest-postest, tanto en el grupo control como en el grupo instrumental. Los valores obtenidos para el grupo control fueron $t = -1,074$ y $p = 0,285$ mientras que para el grupo experimental fueron $t = -6,220$ y $p = 0,000$.

CONCLUSIONES

En virtud de los resultados obtenidos podemos concluir que partiendo de dos grupos estadísticamente iguales, sin diferencias significativas respecto a la percepción de la autoestima ($t = -1,074$ $p = 0,285$), ya que según este presente o no, nuestra variable independiente, risoterapia, se modifica nuestra variable dependiente, nivel de autoestima que aumentó significativamente en los participantes en la risoterapia ($t = -6,220$ $p = 0,000$), por lo cual se cumplió nuestra hipótesis operativa.

Además demostramos nuestra hipótesis estadística, al ser mayor las medias del nivel de autoestima después de la sesión que antes de su realización.

De esta forma se cumple nuestro objetivo, concluyendo que entre la risoterapia y el nivel de autoestima existe una relación que hace que esta aumente a través de la risoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Dolan SL, García S, Díez M. Autoestima, estrés y trabajo. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 2005.
- 2.-Mora M, Raich RM. Autoestima: evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis; 2005.
- 3.-Mruk Ch. Auto-Estima, investigación, teoría y práctica. 2ª edición. Desclée de Brouwer: Biblioteca de Psicología;1999
- 4.- Alberdi R. Y mañana ¿qué?. Metas de Enfermería 1998 ; 1:40-48.
- 5.-Rosenberg M.Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- 6.- Bisquerra R, Dorio I, Gómez J, Latorre A, Martínez F, Massot I, et al. Metodología de la investigación educativa. Madrid: Editorial La Muralla;2004.
- 7.- Latorre A, Rincón D, Arnal J. Bases Metodológicas de la Investigación Educativa. Barcelona: Experiencia S.L;2003

APRENDER O ENSEÑAR HHSS

María Amelia Hernández Ramos, María del Carmen Sanvicente Blanco, Angelines Vega Romero, Jerónimo Molinero Sastre, Rosa Laperal Carbajo
Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica y Unidad de Agudos. Complejo Hospitalario. Zamora

INTRODUCCIÓN

Las HHSS son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Son pautas de funcionamiento que nos permiten relacionarnos con otras personas, en forma tal, que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo.

DESARROLLO

La persona socialmente hábil busca su propio interés, si, pero también tiene en cuenta los intereses y sentimientos de los demás, y cuando entran en conflicto trata de encontrar, en lo posible, soluciones satisfactorias para ambos.

Las HHSS son primordiales en nuestras vidas ya que:

- Las relaciones interpersonales son nuestra principal fuente de bienestar, y también pueden convertirse en la mayor causa de estrés y malestar.
- Mantener relaciones satisfactorias con otras personas facilita la autoestima
- La falta de HHSS nos lleva a sentir con frecuencia emociones negativas, como la frustración o la ira, y a sentirnos rechazados, infravalorados o desatendidos por los demás.
- Las personas con pocas HHSS son más propensas a padecer ansiedad o depresión.
- Ser socialmente hábil ayuda a incrementar nuestra calidad de vida en la medida en que nos ayuda a sentirnos bien y a obtener lo que queremos.

Las HHSS incluyen componentes tan diversos como la comunicación verbal y no verbal; el hacer o rechazar peticiones; la resolución de conflictos interpersonales, o la respuesta eficaz a las críticas o al comportamiento irracional de otras personas. Además las habilidades requeridas varían según las situaciones, las personas con quienes nos relacionamos o los objetivos que pretendemos alcanzar en cada interacción.

La psicología científica ha abordado su estudio considerando tres dimensiones:

- La conducta motora observable externamente (mirada, expresión facial, gestos, forma y contenido de la comunicación verbal)
- Lo fisiológico-emocional, los cambios fisicoquímicos corporales relacionados con las habilidades, por ejemplo la hiperactivación del sistema nervioso simpático que se produce cuando experimentamos ansiedad o ira. Esta hiperactivación puede hacer más difícil que aprendamos ciertas conductas o que las expresemos adecuadamente aunque las poseamos.
- Las cogniciones, es decir, las creencias, pensamientos e imágenes mentales. En los últimos años la psicología científica está centrándose más en este componente, reconociéndose así el papel determinante de nuestros pensamientos y creencias, que es nuestra forma de percibir y evaluar la realidad.

Hay reglas que sirven para casi todas las ocasiones, como “ser amable” “no molestar a la gente”; otras se refieren a ciertas situaciones “no se debe contar un chiste en un velatorio” y finalmente existen reglas específicas de un ambiente; reglas que a veces nos saltamos por ignorarlas, otras por que no somos capaces de captar ciertas señales relevantes, por ejemplo, los mensajes no verbales de nuestro interlocutor; y en tercer lugar por los sesgos y distorsiones en nuestra percepción de la realidad que muchas veces nos hacen incumplir nuestro rol de terapeutas comprometiéndonos en conductas mas propias de amigos, cómplices, familiares ...o, en la línea contraria, jueces.

Esta propuesta de buscar la adecuación social, es decir, de saber adecuar nuestro comportamiento a las expectativas ajenas, parece contradictoria con la asertividad. Pero en realidad, ambas posiciones son compatibles y complementarias. Es algo parecido a lo que ocurre con otras aparentes contradicciones como: “buscar el propio interés o respetar los intereses de los demás” “hacer lo que nos apetece en el momento, o hacer lo que nos llevará a sentirnos mejor a medio o largo plazo” que superficialmente pueden parecer elementos incompatibles pero que en realidad son complementarios, y lo mas realista y deseable es que mantengamos los dos buscando una síntesis entre ambos polos, aparentemente opuestos.

Por tanto, ser socialmente hábil implica que en ocasiones no nos manifestemos externamente asertivos, cuando ello pueda traernos consecuencias no deseables.

La necesidad de tener en cuenta los roles que desempeñamos, las reglas sociales y las expectativas de los demás y de adaptarnos en parte a todo ello, nos recuerda a Shakespeare cuando decía: “el mundo entero es un escenario y los humanos simplemente actores que entran y salen en diferentes escenas y durante su vida cada uno representa diferentes papeles”.

CONCLUSIÓN

Debido a la importancia que les damos, tenemos entre nuestros programas de rehabilitación psiquiátrica el de las habilidades sociales, en el que intentamos que nuestros pacientes, ya deteriorados por el transcurso de su enfermedad, recuperen en la medida de lo posible la habilidad para mantener esta relación, y lo hacemos mediante juegos, interpretaciones, roll-play...cualquier idea que se nos ocurra es buena ¿no?, pero yo me pregunto...realmente nosotros mismos conocemos lo que es la habilidad social? ¿trabajamos nuestras habilidades sociales? ¿la transmitimos con nuestro ejemplo? Muchas veces nos empeñamos en aplicar unos programas uno..dos días a la semana, durante un tiempo limitado, pero fuera de esos momentos nuestros comportamientos distan mucho de reforzar lo que hemos intentado transmitir.

Una forma importante de aprendizaje se realiza a través de la observación de las conductas de los demás. Igual que los niños aprenden a imitar comportamientos inhibidos o agresivos que observan en sus padres, profesores, compañeros, personajes televisivos, videojuegos, etc, las personas socialmente aisladas o que no han tenido la posibilidad de observar a otras con HHSS, ven reforzados, positiva o negativamente, los ejercicios que se realicen en el programa con el ejemplo que nosotros mismos les damos en la interacción diaria tanto con ellos como con nuestros compañeros. La convivencia en una unidad de rehabilitación, así como las unidades de agudos o convalecencia, se convierte en un círculo muy cerrado donde al igual que nosotros observamos los comportamientos adecuados o no de nuestros pacientes, hemos de saber que a su vez nosotros también somos observados por ellos, y que se van a fijar, mucho mas de lo que nos parece, en como salimos airosos de diversos momentos potencialmente conflictivos en nuestras relaciones personales.

Por ello creo que se hace necesario que aprendamos a cuidar y modelar nuestras HHSS. Hemos de procurar controlar nuestro tono de voz, nuestro lenguaje, nuestros comentarios, la adecuación de nuestra conducta con el rol que tenemos que desempeñar, que no es el de amigos, ni sustitutos familiares, si no terapeutas; no tengo la menor duda de que cuando cualquiera de nosotros establecemos una interacción directa con el paciente, cuidamos todos y cada uno

de estos puntos, pero en muchas ocasiones cuando nos damos la vuelta y empieza la interacción indirecta con ellos o con el resto de los componentes del equipo, olvidamos que seguimos siendo educadores a los que los alumnos observan en silencio.

Nuestro trabajo tiene uno de sus pilares principales en la comunicación.

Tengamos siempre en cuenta que una comunicación eficaz se da cuando el receptor capta el mensaje que el emisor intenta transmitir, con las menores distorsiones posibles, teniendo siempre en cuenta que somos diferentes en nuestra forma de pensar y que tenemos que procurar comprender el punto de vista del interlocutor y demostrarle que somos capaces de ver las cosas no solo desde nuestros “mapas de la realidad” si no también desde los suyos. Cuidemos nuestros mensajes tanto verbales como no verbales y no olvidemos que somos modelos de HHSS

¿Enseñar? ¡ sí !... pero siempre aprendiendo

BIBLIOGRAFÍA

- CABALLO, V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Editorial S.XXI. 2002
- CASTAÑER, O. La asertividad: expresión de una sana autoestima. Editorial DDB. 1998
- KELLY, J. Entrenamiento de las habilidades sociales. Editorial DDB. 1994
- ROCA, E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Editorial ACDE.2003

BENEFICIOS DE UN TALLER DE EXPRESIÓN CORPORAL EN PERSONAS DE UN CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO

David Ballester Ferrando, María Dolors Freixas i Capella, Raquel Massana i Prat, Núria Felip i Oriol, Dinora Valdivia i Farias, Concepció Fuentes Pumarola.

Departamento de Enfermería. Universitat de Girona. Fundació Privada Onyar la Selva.

RESUMEN

Los beneficios de la actividad física, del ocio y del arte son reconocidos por muchos de los profesionales del campo de la salud, pero curiosamente ante la enfermedad, la discapacidad y los trastornos mentales, éstas son las primeras actividades que se empiezan a deteriorar o incluso anular afectando las relaciones sociales como foco inicial del aislamiento social.

Los Centros Especiales de Empleo (CEE) tienen como función básica la integración laboral y social de personas discapacitadas actividad que se realiza a través del trabajo remunerado y protegido.

La Fundación Privada Onyar La Selva, entidad sin ánimo de lucro, gestora del CEE Onyar la Selva de la provincia de Girona, paralelamente a la inserción laboral trabaja para la formación de sus empleados y promueve diversas actividades en su beneficio.

Una de las actividades desarrolladas durante finales del año 2008 y dentro del primer semestre del 2009 es un Taller de Expresión Corporal con el fin de mejorar aspectos relacionados con la psicomotricidad, las relaciones sociales y aumentar la cohesión social del grupo.

METODOLOGÍA

El “Taller de Expresión Corporal” consiste en realizar actividades de danza, teatro, mimo, riso terapia, agudeza visual, memoria, etc., durante una hora y media en una sesión semanal

A finales del mes de enero se llevo a cabo una evaluación intermedia a partir de un cuestionario de pregunta abierta donde se expresan las motivaciones para llevar a cabo esta actividad, sus sensaciones al respecto de la misma, lo que les gusta y lo que no, así como los beneficios percibidos.

La actividad tiene carácter voluntario, participan 16 personas del CEE (14 de ellas discapacitadas y 2 personas, profesionales de la Unidad de Soporte a la Actividad Profesional -USAP-, así como las 2 personas que dirigen el taller.

Si bien es una actividad prácticamente subvencionada por la “Obra Social La Caixa” se planteó un coste de 10 euros en total, y tiene una participación de 13 usuarios además de la psicóloga, la trabajadora social y las talleristas.

RESULTADOS

La valoración intermedia de los usuarios y usuarias es que encuentran muy positiva esta actividad y que han notado mejoras en su actividad física diaria, disminución de dolores físicos, mayor sensación de relajación, más contentos, aumento de su auto estima, mejora en la flexibilidad, alguno manifiesta que duerme mejor y para todos es un espacio de relación y de comunicación.

CONCLUSIONES

Sin duda alguna, aunque estos resultados pueden ser subjetivos, son los manifestados por todos los usuarios de esta actividad y son concordantes con los estudios de investigación que relatan la mejora en personas con y sin trastornos. Cabe destacar la importancia del trabajo de las talleristas y el apoyo del personal adecuado para conseguir una buena relación y cohesión de grupo.

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL: COMPETENCIA CULTURAL APLICADA A LOS CUIDADOS

Pérez Jiménez, Antonio, Cifuentes Elizalde, Cristina; Fernández Sayavera, Érika; Romera Valentín, Victoria; Bernabé Jiménez, Carlos

INTRODUCCIÓN

La sociedad del siglo XXI pone de manifiesto nuevas necesidades y nuevos retos, en una sociedad global, continuamente cambiante y de fuertes movimientos migratorios en todos los niveles. La globalización general y en todos los estratos de la sociales, hace que las poblaciones sean más diversas étnicamente y con mayor número de matices diferenciadores.

Siguiendo a Tarrés Chamorro (2001) la realidad actual viene marcada por la diversidad tanto biológica como cultural del hombre, en este aspecto, es donde la Enfermería transcultural cobra sentido; vivimos en un mundo en continuo y veloz cambio. Por otro lado, cambios en los factores sociodemográficos; la inmigración; las ciudades y pueblos se han convertido en mosaicos multiculturales... todos estos factores hacen necesario nuevas formas de entender la disciplina y el cuidado a las personas.

La cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite una mejor adecuación de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad postmoderna o tardomoderna.

La Enfermería no es un colectivo que vive o debe vivir al margen de estos cambios, ya que, al tratar directamente con las personas, debe adaptarse a los diferentes interlocutores para dar una respuesta adecuada para cada individuo. Como decía Aristóteles en su Política: El ser humano es un ser social por naturaleza, y el insocial por naturaleza y no por azar, o es mal humano o más que humano...". Por lo que los nuevos retos que se nos plantean en nuestra profesión, es conocer y diagnosticar al individuo contextualizado en su cultura y en su medio social inmediato; ya que de estos dependerán su percepción, respuesta y adhesión al binomio salud-enfermedad.

La Enfermería Transcultural (ETC) se presenta como herramienta útil que proporciona un contexto de ejerció para ensanchar la comprensión del profesional de enfermería de las creencias, prácticas y problemas relacionados con la salud que forman parte de las experiencias de personas procedentes de culturas diferentes.

Además, proporciona al profesional, la posibilidad de explorar, entender y aprender de la base cultural de los pacientes y compañeros, incluyendo sus puntos de vista personales acerca de la salud y la asistencia, así como acerca de la comunidad y los problemas sociales. (Leno González, 2006)

La importancia de la ETC en la Salud Mental recae por un lado, en dar respuesta a las necesidades de cuidados de la población global por profesionales con competencia cultural aplicada a los cuidados (ante población inmigrante) y ser competentes culturalmente para identificar quiénes de nuestros usuarios de Salud Mental forman parte de guetos, etnias urbanas o grupos sociales que legitiman o se interponen en las intervenciones terapéuticas.

OBJETIVOS

Dar a conocer la ETC y sus bases teóricas y epistemológicas, para una posible introducción en las diferentes áreas de salud.

Identificar nuevas posibles vías de investigación en referencia a la ETC y la Enfermería de Salud Mental.

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

La confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales derivados de la II Guerra Mundial, como es la presencia de un nuevo tipo de emigración, hizo que los profesionales de la enfermería debieran atender y cuidar a un colectivo cada vez más heterogéneo de pacientes. Como una de las posibles respuestas a estas nuevas necesidades surge, en Estados Unidos en los años 50, la denominada “Enfermería Transcultural” que intenta unir la práctica de la enfermería con los conocimientos de la antropología. (Tarrés Chamorro, 2001)

La fundadora de esta teoría fue Madeleine Leininger (1999) que define la ETC como “el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.

Madeleine Leininger (Sutton, Nebraska) se tituló en Enfermería por la Escuela de St Anthony (Denver), obtuvo el B.S. en Ciencias Biológicas en 1950 por el Benedictine College; en 1954 obtuvo el M.S.N. en Enfermería Psiquiátrica por la Universidad Católica de América (Washington); dirigió el primer programa de enfermería especializada en psiquiatría en la Universidad de Cincinnati; en 1974 fundó la National Transcultural Nursing Society y en 1978 la National Research Care Conference; en 1974 fundó el Journal of Transcultural Nursing en 1989. Fue la primera enfermera en doctorarse en Antropología Social y cultural.

Su primer libro fue *Basic Psychiatric Nursing Concepts* (1960); seguido de *Nursing and Anthropolgy: two words to blend*, que fue el primer libro relacionado con la ETC, pero no fue hasta su *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (1978) donde sentó las bases de esta nueva corriente. Ha escrito o editado 27 libros, 200 artículos y 45 capítulos de libro. Es miembro de la American Academy of Nursing, American Anthropology Society y la Society for Applied Anthropology, entre otros. (Marriner-Tomey et al, 2007)

La teoría ayuda a las enfermeras a descubrir cuidados culturales específicos para personas de culturas diversas, y proporcionar un cuidado culturalmente adecuado necesita el uso de la investigación desarrollada con estrategias creativas que se adapten al modo de vivir de las diferentes culturas que conviven en un mismo nicho. El propósito de la ETC es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo principal el proporcionar cuidados culturalmente apropiados.

En definitiva, la enfermería atiende no sólo a individuos sino que también a grupos, pero para que nuestras actividades encaminadas al cuidado, mantenimiento o restablecimiento de la salud sean efectivas deben basarse en una respuesta competente a un individuo o grupo contextualizado. Una respuesta holística no es sólo saber algo sobre su familia o amigos, sino debemos de “contextualizar” al individuo que atendemos en su cultura. Si nuestro objetivo es el “usuario o paciente contextualizado” comprenderemos desde su perspectiva lo que entiende por salud y enfermedad, sus perspectivas y sus sentimientos. Es un modo de optimizar la relación y adecuar nuestra respuesta para que sea más eficaz de un modo más eficiente.

Otra de las autoras más relevantes dentro de la ETC es Rachel Spector, ella habla de que es importante mirar desde una perspectiva distinta a los cuidados de salud, de manera que reconozcamos en ellos las influencias culturales y respetemos las actitudes basadas en las mismas, para no discriminar ciertas prácticas de salud que por ser extrañas para nosotros, no dejan de ser positivas e integrarlas en nuestros cuidados la esfera sociocultural de la persona. Ella aboga en “las Culturas de la salud” por el acercamiento a las formas de cuidar de cada etnia para dar una respuesta adaptada y eficaz al individuo atendido (Spector, 2003)

EPISTEMOLOGÍA

La Antropología Social y Cultural presta su colaboración a la Enfermería, y sus bases teóricas facilitan la adaptación del trabajo enfermero a las nuevas realidades y retos en la prestación de cuidados.

Pero antes de proseguir, debo de aclarar ciertos conceptos claves para entender este modelo. El concepto de CULTURA fue definido por primera vez por Tylor en 1971, definiéndola como “algo que trasciende al hombre y lo comprende, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad”.

La cultura no es un tótem monolítico, es algo vivo y cambiante, todo individuo es un ser cultural en continuo intercambio con otros seres culturales. Nuestra identidad cultural no es única, tenemos diferentes identidades las cuales ponemos de manifiesto según el contexto social en el que nos encontremos. De este intercambio continuo el ser humano va adquiriendo elementos de otras culturas y las asume como propias o las rechaza porque no se adecuan a su cosmovisión. Es la idea de Maalouf de que nuestra identidad es algo que vamos construyendo a lo largo de nuestra vida y que va cambiando y adaptándose a nuestras necesidades, entorno, nicho...

Pero para fabricarnos el “yo” cultural, es decir, nuestra identidad cultural; necesitamos obligatoriamente del “otro”, ya que construimos nuestro “yo cultural” a partir del “otro”, por diferencias para sentirte más perteneciente a tus iguales; lo que te diferencia te hace único o perteneciente, aunque es esta diferencia lo que te hace acercarte a los otros y que exista contacto e intercambio cultural.

Esto es lo que definía Herskovits como TRASCULTURALIDAD: “aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos”.

Lo que se produce en este encuentro, contacto, intercambio y adopción de elementos y patrones culturales en todos los grupos que entran en contacto es lo que se denomina ACULTURACIÓN.

Es una necesidad de conocer al otro a través del intercambio. Pero la aculturación no es un proceso ideal, depende de cada persona, y la forma de responder a este intercambio transcultural puede ser mediante asimilación (abandono de la identidad de origen tomando como propia la identidad del lugar de acogida); integración (se mantiene lo más significativo de su identidad de origen, adoptando sólo aquello más significativo de la identidad de acogida, lo cual le permite vivir mejor en ella); segregación (rechazo total a la identidad de acogida refugiándose en la identidad de origen, esto sería la guetización) y la marginación (se va distanciando de la identidad de origen y de la de acogida).

En definitiva los mecanismos de reacción a la aculturación pueden ser: el ajuste o adaptación; la reacción o el aislamiento de las identidades culturales.

Pero en este punto de encuentros culturales, el individuo puede reaccionar con una actitud de RELATIVISMO CULTURAL, donde entendemos al “otro” en su contexto y cultura, partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna superior a otra; es decir, no existen valores absolutos cuya validez pueda ser considerada universal. O bien reaccionar con ETNOCENTRISMO, considerando que nuestra cultura y nuestra identidad es superior a las otras, colocando al “otro” en un estadio inferior. Kroeber (1948) hablaba del etnocentrismo como suponer el universo girando en torno al pueblo propio, y que considera al endogrupo siempre situado en lo correcto y verdadero, y todos los exogrupos equivocados o incorrectos... En definitiva, entender al otro en su lógica, lugar, momento... y no desde nuestra perspectiva. (James, 2007)

En antropología se definen dos tipos de visiones o perspectivas. La émic (visión interna) es la visión del individuo o grupo, tal cual, sin las interpretaciones étic (visión externa) del observador.

TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Esta teoría es la base de la ETC, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas. Esta teoría ayuda a la enfermería a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Leininger sostiene que la asistencia es la esencia de la enfermería y el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta disciplina. Dicha asistencia es un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de culturas. Para ello defiende la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, la etnoenfermería (adaptación de la etnografía a la enfermería) para estudiar los cuidados más competentes.

La ETNOENFERMERÍA se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones étnicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

En definitiva identificar cuidados fundados y basados en las personas, en datos procedentes de ellos, de sus experiencias y conocimientos locales (étnico), para contrastarlo con los factores externos o del observador (ético). Si desgranamos la cosmovisión del cliente, podrás dar una respuesta adecuada no sólo a su necesidad sino también a su mundo, para que éste pueda llevarlo a cabo.

La meta de esta teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los pacientes. Los principales estudios de la ETC son:

- La asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos.
- Explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural.
- Conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas.
- La profesión ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y significados de los cuidados, salud, enfermedad, bienestar.

El objetivo de esta teoría es suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. (Leno González, 2006)

En 1970 diseñó un modelo en forma de sol naciente o MODELO SUNRISE para describir los elementos fundamentales de su teoría. Es el desarrollo del método etnoenfermero, donde se estudia a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o

émic, para después contrastarlo con los factores étic o externos (prácticas y convicciones de los profesionales).

La enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales así puede contemplarse tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería:

- Conservación y mantenimiento de los cuidados culturales
- Adecuación y/o negociación de estos cuidados
- Rediseño y/o reestructuración de los mismos.

Los datos se obtienen inductivamente, son suministrados por sus informantes en forma de relatos descriptivos e interpretativos, basados en observaciones y en una actitud participativa o en otra forma de explicar la asistencia como un elemento básico del método. Desarrolló un programa informático basado en su teoría denominado Leininger-Templin-Thompson Ethnoscript Qualitative Software Program. (Marriner-Tomey, 2007)

El método Sunrise consta de cuatro niveles, siendo el primero el más abstracto y el cuarto el menos:

Nivel uno:

Representa la visión del mundo y los sistemas sociales. Permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas:

- Microperspectiva: los individuos de una cultura
- Perspectiva media: factores más complejos en una estructura específica
- Macroperspectiva: fenómenos transversales en diversas culturas.

Nivel dos:

- Intenta proporcionar información acerca de los individuos, familias, grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud.
- Proporciona información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud.

Nivel tres:

- Proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura.
- Permite la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Nivel cuatro:

- Determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; según Leininger, en este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros.
- Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales.
- Es el nivel en el que se desarrollan los cuidados coherentes culturalmente.

El modelo Sunrise describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y sus estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la raza, la edad y la clase social se consideran factores integrados dentro de la estructura social y como tal se estudia. En cambio, las dimensiones biológicas, emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria.

Describe dos fases de generación de conocimientos de investigación:

- Fase 1: descubrimiento de conocimientos sustanciales
- Fase 2: aplicación a situaciones prácticas.

Los modelos de actuación enfermera identificados por Leininger son tres:

1. La preservación de los cuidados culturales, hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan al cliente, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.
2. La acomodación de los cuidados culturales, se refiere a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
3. La remodelación de los cuidados culturales, hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

METAPARADIGMA ENFERMERO DE LEININGER

1. Persona

Se refiere a ella como ser humano. Se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

2. Entorno

No lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Contexto ambiental: es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entornos físicos, ecológico, sociopolíticos y / o culturales.

3. Salud

- Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.
- Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.
- Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.
- Es universal a través de todas las culturas aunque es definida de forma distinta en cada una para reflejar sus valores y creencias.

4. Enfermería

- Arte y ciencia humanística, que se centra en las conductas, funciones y procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad.
- Tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas.
- Utiliza tres modos de acción (anteriormente descritos)
- Requiere la comprensión de los valores, creencias y prácticas específicas de la cultura del cliente. (Leno González, 2006)

Otros conceptos:

Cuidados (sustantivo): se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales: alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Etnohistoria: se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves.

Sistema asistencial genérico (popular o local): se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

UTILIDAD DE LA ETC PARA LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

La ETC no es sólo útil para adaptar los cuidados y estrategias enfermeras a población inmigrante que puede ser atendida en los diferentes niveles asistenciales y así otorgarles cuidados culturalmente competentes. Muchos de los usuarios de salud mental, que son oriundos de la zona, pueden estar tomando parte en etnias urbanas específicas, de guetos (bien autoexcluidos o bien abocados a ello por la sociedad), de religiones (oficiales u oficiosas), etc.

La ETC puede ser una herramienta muy útil a la enfermera de salud mental para analizar tanto el grupo familiar como el grupo social inmediato en el que transcurre la vida de nuestros usuarios. Un grupo familiar o social negativo o disructivo, puede llevar a nuestro usuario a hábitos de vida o conductas no saludables o que vayan en contra de una buena adhesión al plan terapéutico.

No es sólo una teoría para conocer a los “otros” desconocidos culturalmente hablando, sino que también, aquellos que pensamos, a priori, que son identitariamente iguales a nosotros, pueden haber adquirido una identidad cultural diferente a lo que pensamos. Presuponer la cultura del usuario puede llevarnos a errores, malas interpretaciones, malas adaptaciones terapéuticas y en definitiva, a un desconocimiento total del mismo.

Generalmente, valoramos la parte psicológica del usuario y la parte biológico-patológica del mismo, pero pasamos de soslayo por la parte socio-cultural, de tal manera que desconocemos el entorno, el pensamiento, las actitudes, el apoyo, etc. que presenta ante nuestra relación terapéutica.

Quizás la ETC abra nuevas claves de análisis a problemas coyunturales de la atención en salud mental como es la falta de adhesión al tratamiento, las recaídas, la falta de toma de conciencia de enfermedad, etc.

La enfermería de salud mental, desde una posición de privilegio por su continuo contacto con los usuarios, debe de empezar a escribir nuevas líneas de investigación que pongan de manifiesto variables no tenidas en cuenta en los diferentes estudios de la disciplina, llevados a cabo bajo una perspectiva más biologicistas o psicológicas.

Además, para nuestra disciplina, es una herramienta útil para investigar sobre aquellas patologías (que aunque no se consideran patologías sociales oficialmente) tienen un marcado origen social, como pueden ser la anorexia, bulimia, ludopatías, vigorexia, etc.

La ETC es una nueva herramienta, ya que es poco conocida y aplicada en España, que nos puede servir para dar respuesta a las nuevas necesidades y nuevas perspectivas de un mundo en continuo cambio.

Como pone de manifiesto Chamizo Vega (2005) las teorías enfermeras, y sobretodo la ETC, tienen poca aplicación en la práctica debido a la falta de motivación, de formación académica, la sobre carga asistencial que sufren las enfermeras “de a pié”, la falta de asociacionismo, etc.

Ackerknecht (1980), es el padre de la antropomedicina o medicina social, empezó a estudiar los sistemas de salud en las diferentes comunidades indígenas y a describirlos en el contexto de las mismas. En su libro *Medicina y Antropología social*, hablaba ya de la *PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL*, donde describía fenómenos psicológicos o psiquiátricos en dichas comunidades científicas, descritos e interpretados de manera émic, es decir, explicándolos bajo la cosmovisión de las mismas. Las denominadas psicosis exóticas, la falta de conciencia de enfermedad mental en las tribus indígenas, etc. son temas tratados en esta disciplina.

Ahora es el turno de la enfermería para desarrollar un copus teórico de Psiquiatría transcultural o cultural, donde se traten temas de interés no sólo describiendo hechos de los “otros” culturalmente de allí, sino hechos de interés de los “otros” culturalmente de aquí.

Como sostiene Comelles y Martínez (1993), tenemos que pasar a construir una antropología de la enfermedad. Ellos sostienen que “conocer el pasado común puede ser una buena manera de intimar, aunque sólo sea por la razón esencial, quizá utópica, de contribuir a sentar las bases estructurales, para acabar, en la manera de lo posible, con las desigualdades en materia de salud”.

Ahora es el momento de la Enfermería de Salud Mental, una especialidad en pleno desarrollo tanto legal como teórico. Todas las herramientas son útiles para dar la mejor respuesta a aquellos que nos necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, Erwin H. (1980) *Medicina y Antropología social*. Ed. Akal/Universitaria, Madrid.
- Chamizo Vega, Carmen. (2005) *Enfermería Transcultural en España*. Cultura de Cuidados. 2º Semestre, año IX-nº18.
- Comelles, Josep Mª y Martínez Hernández, Ángel. (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Ed. Eudema, Madrid.
- James, Rachel.(2007). *Introducción a la filosofía moral*, México D.F.: Fondo de Cultura Económica 2: 38-61.
- Kuschick, Ingrid (1999) *Medicina popular en España*. Antropología y Etnografía. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., Madrid.
- Leno González, Daniel. (2006). *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural*. *Gazeta de Antropología*, nº22, texto 22-32 . En http://www.ugr.es/pwlag/g33_32Daniel_leno_Gonzalez.html
- Lillo Crespo, Manuel; Galao Malo, Roberto; Casanova Martínez, Isabel; Mora Antón, Mª Dolores. *Competencia cultural y cuidados*. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Evidentia* 2004 sept-dic;1(3). En <http://www.cuiden.com/evidentia/n3/76articul.php> [ISSN: 1697-638X]
- Marriner-Tomey, Ann; Raile Alligow, Martha (2007). *Modelos en Enfermería*. Sexta edición. Ed. Elsevier. Barcelona.
- Spector, Rachel (2003) *Las culturas de la salud*. Ed. Pearson Education, Madrid.
- Tarrés Chamorro, Sol. (2001) *El cuidado del “otro”*. *Diversidad cultural y enfermería transcultural*. *Gazeta de Antropología*, Nº 17, texto 17-15.

CUIDADO COMUNITARIO EN LA ESQUIZOFRENIA. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Bermudo Romero, Juan Carlos; Caro Muñoz, Paloma; Cuesta Lozano, Daniel; González Cuesta, Cristina; Vega Cuesta, Manuel

INTRODUCCIÓN

Atendiendo al enfoque comunitario que trabajamos en la mayoría de los Servicios de Salud Mental públicos, se observa que una parte importante de la red de atención a las personas usuarias de nuestros servicios se desarrolla en este ámbito comunitario³.

Toda iniciativa de investigación que pretenda poner de manifiesto las ventajas de esta modalidad asistencial refuerzan la idea de un modelo de atención comunitario en salud mental, y ayudan al profesional a asentar y afianzar los conceptos de rehabilitación y atención comunitaria y domiciliaria. Del mismo modo apoyan la idea de desinstitucionalización de los usuarios, y la convención de que nuestros usuarios necesitan que los profesionales nos acerquemos a su realidad cotidiana del modo más normalizado posible, siendo esto factible solo a través de los servicios de salud mental comunitarios^{10,15}.

Es importante señalar la multitud de centros y dispositivos con la que contamos desde ese modelo de atención comunitaria para satisfacer las necesidades de estos usuarios, centros y dispositivos que crean una realidad compleja y diferente en cada área o distrito sanitario en las diferentes comunidades autónomas, así como en los diferentes sistemas sanitarios públicos de los países de nuestro entorno.

Teniendo como eje de la asistencia sanitaria de nuestros servicios los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSM), ponemos de manifiesto el estado actual de las investigaciones realizadas en lo que respecta a todas las modalidades que se contemplan de atención comunitaria en salud mental en España y el extranjero^{1,2,13,14}.

Los objetivos de este trabajo son mostrar el estado actual de la investigación en el campo de la atención comunitaria a la persona que padece esquizofrenia, y poner de manifiesto las diferentes áreas en las que sería interesante iniciar líneas de investigación que permitan afianzar los conocimientos sobre la efectividad de las diferentes intervenciones que a nivel comunitario se realizan desde los Servicios de Salud Mental.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica con los siguientes resultados:

BDB	Tesouro/MeSH utilizado	Limites empleados	Resultados obtenidos	Resultados Seleccionados
PubMed	Schizophrenia AND community care	Links to free full text; Added to PubMed in the last 5 years	80 Artículos 5 R.S.	30 Artículos 5 R.S.
Biblioteca Cochrane Plus	Esquizofrenia AND comunitaria	2003 - 2009	20 R.S. 1 Título de Protocolo 1 I. G.C.	6 R.S. 1 I.G.C.
National Guideline Clearinghouse	Schizophrenia	NO LIMITS	38 G.P.C.	4 G.P.C.
GuiaSalud	No Tesouro (Búsqueda por catálogo)	NO LIMITS	1 G.P.C.	1 G.P.C.
National Institute for Clinical Excellence (NHS)	Schizophrenia	NO LIMITS	4 G.P.C.	1 G.P.C.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	No Tesouro (Búsqueda por catálogo)	NO LIMITS	1 G.P.C.	1 G.P.C.

Se realizó búsqueda en otras Bases de Datos Bibliográficas (RNAO, APS...) pero no se encontraron resultados relevantes.

La US Agency for Healthcare Research and Quality estableció unos niveles de Evidencia Científica que varían del nivel I al IV, así mismo, el National Institute for Clinical Excellence británico añadió un quinto grado denominado GPP (Good Practice Point. NICE 2002). La Scottish Intercollegiate Guidelines Network propuso diferentes grados de recomendación para su puesta en práctica, en función del nivel de evidencia científica otorgado a la intervención a partir de la investigación, así pues:

Nivel	Tipo de Evidencia Científica (EC)	Grado de Recomendación
IA	La EC procede de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados	A
IB	La EC procede al menos de un ensayo clínico aleatorizado	A
IIA	La EC procede de al menos un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar	B
IIB	La EC procede al menos de un estudio casi experimental bien diseñado	B
III	La EC procede de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles	B
IV	La EC procede de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.	C
	Recomendación basada en la experiencia clínica del grupo redactor de la GPC y hecha por consenso	GPP

Tras una lectura crítica de ese material, los resultados en cuanto al nivel de evidencia científica y el grado de recomendación que cada intervención tiene, son:

Ámbito	Intervención	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación
Entrenamiento en Habilidades Sociales ^{1,2,4,5,8}	Modelo Básico	IIA	-
	Modelo de Resolución de Problemas Sociales	IB	A
	Modelo de Resolución Cognitiva	IIB	-
Rehabilitación Cognitiva ^{1,2,6,7}	R.C. Tradicional	IA	-
	R.C. en el entorno ¹¹	IB	A
Rehabilitación Laboral ^{1,2,12}	Programas de formación prelaboral	IA	-
	Apoyo laboral ¹²	IA	A
Alternativas residenciales en la comunidad ^{1,2}	Pisos tutelados, mini-residencias, fundaciones tutelares...	-	-
Seguimiento Intensivo en la Comunidad ^{1,2,14,15,16}	Modelo de Gestión Clínica de Casos	IB	A
	Programa para el tratamiento comunitario asertivo	IB	A
	Tratamiento en CSM	IB	B
	Hospital de Día ¹⁷	IB	A
	Media/Larga Estancia	IB	C

CONCLUSIONES

Existe un gran volumen de resultados de investigación publicados y múltiples Guías de Práctica Clínica a cerca de la Esquizofrenia. La naturaleza tan variada de esta realidad psicosocial, hace que agrupe bajo el nombre de la patología a investigaciones variadas, desde acción de psicofármacos, a funcionamiento de hospitales de día.

No existe hoy en día ninguna Guía de Práctica Clínica exclusiva del Cuidado Comunitario en la Esquizofrenia o cualquier otro trastorno mental grave.

La inclusión en las Guías de Práctica Clínica generales sobre esquizofrenia publicadas en los diferentes países de este tipo de intervenciones se caracteriza por una conclusión común en un alto porcentaje de los casos: falta de investigaciones metodológicamente correctas que permitan un grado de recomendación acertado. De ahí la falta de grados de recomendación de algunas intervenciones, y los bajos grados de evidencia científica mostrados por intervenciones que en la práctica clínica diaria se ve que funcionan.

Se necesita un mayor esfuerzo por producir resultados de investigación, producto de investigaciones metodológicamente correctas, para incluir las recomendaciones en las Guías de Práctica Clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión Extensa. Barcelona: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
2. National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2003.
3. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):607-17.
4. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155(8):1087-91.
5. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153(12):1585-92.
6. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25(4):657-76.
7. Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
8. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al (2002) Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
9. Hadas-Lidor, N., Katz, N., Tyano, S., et al (2001) Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clinical Rehabilitation*, 15, 349-359.
10. Bellack, A. S., Weinhardt, L. S., Gold, J. M., et al (2001) Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 255-262.
11. Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(8):1317-23.
12. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):313-22.
13. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154(4 Suppl):1-63.
14. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. The Canadian Psychiatric Association. *Can J Psychiatry* 1998;43(Suppl 2):25S-40S.
15. Tyrer, P. J., Evans, K., Gandhi, N., et al (1998) Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*, 316, 106-109.
16. Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., et al (1992) Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet*, 339, 1311-1314.
17. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., et al (2001) Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5, 5.

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES DEL PIANISTA: PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES

María R. Ciurana, Luís Cibanal Juan

*Conservatorio Superior de Alicante. Doctorando de la Universidad Alicante
Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante. Universidad de Alicante.*

RESUMEN

Los estudios en el conservatorio y posteriormente la profesión del pianista como intérprete de música, implican una serie de condicionantes psicológicos que limitan y modifican la salud hasta tal punto, que en numerosas ocasiones, las personas que se dedican a esta actividad acaban enfermando. Las causas son, entre otras cosas, la ansiedad escénica, estrés, aislamiento e incomunicación, desarrollo de comportamientos obsesivos, que en muchos casos ha impedido la continuidad en dicha profesión, debido a los serios trastornos que se originan.

Se ha demostrado a través de numerosos estudios (Kaspersen, Gunnar 2002), cómo influye en el músico la ansiedad producida por la actuación, Asimismo se ha llegado a la conclusión, (Fishbein, Middlestadt, Ottati y cols., 1988) que muchos de los problemas físicos que aparecen en los músicos, son consecuencia de sufrir en alguna medida ansiedad escénica, depresión, trastornos del sueño o episodios de ansiedad aguda.

Actualmente en España, durante la etapa de formación del músico en los conservatorios, no hay ningún tipo de asesoramiento psicológico, ningún protocolo o programa específico de promoción de la salud, ninguna asignatura básica en la que se trate, de manera continuada a lo largo de la carrera, estos aspectos tan fundamentales.

El objetivo del presente artículo, es dar a conocer una pequeña muestra del trabajo de investigación que realizo dentro del proceso de doctorado en la Universidad de Alicante; trabajo que, en conjunto, trata los aspectos psicológicos así como los aspectos físicos que vive el músico pianista, siempre entregado a la labor de estudiar y descifrar partituras, a entrenar físicamente su ejecución y a transmitir la música, siempre conectada a sentimientos, emociones o sensaciones, haciendo de intérprete entre el compositor y el público.

Para el presente artículo se ha seleccionado lo que se refiere a los aspectos psicológicos. Está dirigido por un lado, a la comunidad educativa en el ámbito de los conservatorios de música: docentes de conservatorios elementales y profesionales, docentes de conservatorios superiores, así como al conjunto de los profesionales de la salud especializados: psicólogos, psiquiatras, médicos del área de rehabilitación, enfermeros, fisioterapeutas, etc., todos ellos implicados en la labor de conseguir la prevención, el asesoramiento y la formación de nuestros músicos en los aspectos tratados.

Buscadores: Medline, Scirus, Discovery Network, Revista “ Medical problems of performing artists”.

Palabras Clave: Ansiedad escénica, problemas médicos de los músicos, enfermedades de los músicos, enfermedades del músico pianista, medicina musical.

INTRODUCCIÓN

Los músicos, y entre ellos los pianistas, durante su época de estudio y después como profesionales, tienen una serie de condicionantes tanto en el terreno físico, como es una intensa actividad muscular de ciertas estructuras anatómicas, como en el terreno psicológico, con una fuerte actividad emocional unida a la interpretación artística, entre otras cosas, centrada en la transmisión de sentimientos, personajes, ideas o sensaciones. Condicionantes que repercuten en la salud y con mucha frecuencia llevan a la persona a un estado físico y psicológico insano y problemático.

Son muchos los pianistas que han desarrollado enfermedades físicas y mentales de gran envergadura, que le han incapacitado para ejercer bien como concertista bien en el campo de la enseñanza; sirva como referencia R. Schumann, quien tuvo que abandonar la interpretación por una afectación en su extremidad superior, derivada de un exceso de ensayos, y posiblemente influyendo en el desarrollo de un cuadro maníaco-depresivo que le condujo a una muerte temprana tras el internamiento de dos años en una clínica de salud mental (Orozco, Solé, 1996).

El pianista como intérprete, experimenta una serie de vivencias como por ejemplo la ansiedad escénica, estrés, aislamiento, conectadas, por un lado, con las obras musicales que trabaja de cara a la interpretación en público, y por otro lado con el tipo de vida que esta profesión exige.

Las obras musicales, como fruto de la creación artística del compositor, tienen, a parte de un estilo que hay que respetar según los cánones de la época, un sentido, que el compositor ha reflejado a través de la partitura, y que el intérprete como tal ha de encontrar, interiorizar y transmitir al público. Este es el trabajo artístico e intelectual que ha de realizar un pianista, el hecho de descifrar la partitura, estudiarla, aprenderla e interpretarla siguiendo fielmente las indicaciones del compositor, son, en general, los pasos que ha de dar.

Al igual que un actor de teatro ha de introducirse en un papel concreto, interpretando un personaje en una situación determinada, el músico pianista, ha de introducirse en la obra interpretando personajes, sensaciones, paisajes, sentimientos, etc, según el sentido que el compositor le haya dado. Estas situaciones llevan a interiorizar emociones, estados de ánimo que ha de transmitir al público; alegría, tristeza, misterio, coraje, dulzura, por ejemplo, son cosas que frecuentemente llevan implícitas las obras de concierto. El hecho de estar un tiempo considerable estrechamente conectado a alguna o varias de estas emociones, predispone a contagiarse de ellas y a menos que se tenga una estabilidad muy grande, a menudo provoca importantes desequilibrios emocionales respecto a la salud mental.

ESTADO DE CUESTIÓN

Un estudio realizado con 2.212 músicos tanto instrumentistas como cantantes de música clásica (Fishbein, Middlestadt, Ottati y cols., 1988) ofrece resultados que son bastante reveladores sobre la prevalencia de distintos problemas tanto psicológicos como físicos en los músicos, por ejemplo: dolores en la parte inferior de la espalda(22%), dolores de cuello (22%), dolores de hombros (20%), parte superior de la espalda (16%), ansiedad escénica (24%), de hecho, muchos de los problemas físicos que aquí aparecen son consecuencia de sufrir en alguna medida ansiedad escénica, depresión (17%), trastornos del sueño (14%), episodios de ansiedad aguda (13%) y dolores de cabeza intensos (10%).

Ese mismo estudio revela que el 82% de los músicos padecía algún problema médico, el 76% de los músicos padecía algún problema de salud que afectaba o interfería con su interpretación.

Concretamente, respecto a los aspectos psicológicos de los músicos en general, nos encontramos con una publicación sobre la ansiedad escénica en el músico (Dalia, 2004). Es un estudio que parte del hecho de que los nervios o la ansiedad ante una ejecución musical interfieren de manera negativa en la misma, y en el que se refleja que entre un 40% y el 70% de los estudiantes y profesionales de música afirman que la ansiedad escénica les afecta negativamente disminuyendo su rendimiento y la calidad global de su ejecución. Analiza el hecho de que en el momento más inoportuno, ante una actuación en público, nuestro cuerpo nos traiciona y aparecen respuestas como taquicardia, hiperventilación, opresión en el pecho, temblor, sudor en las manos, sequedad en la boca, etc., así como pensamientos inadecuados antes, durante y después de la actuación que fomentan y mantienen los problemas de ansiedad. Asimismo, propone soluciones a este problema que interfiere en la calidad de las interpretaciones musicales; está dirigido a los estudiantes, y en general, a los profesionales de la música.

También encontramos información respecto a los aspectos psicológicos de los músicos (Dalia, Pozo, 2006) en un pequeño manual dónde expone los principales problemas con los que se enfrenta el intérprete de música y cómo hacer frente a ellos. Otra de las publicaciones (Dalia, 2008) trata diversos aspectos psicológicos entorno a los músicos, su formación prematura y excepcional, la relación entre el profesor y el alumno, la que existe entre el músico y la sociedad, su familia, su pareja o sobre el vínculo de amor-odio que surge entre él y el instrumento. Profundiza en la vida interior del músico, en las interminables horas de soledad a las que se ha de enfrentar, las características de su personalidad, sus aspiraciones, sus fantasmas interiores, la presión que sufre ante un concierto o sobre las causas de sus esperanzas y sus decepciones.

Un estudio realizado entre los estudiantes de música noruegos (Kaspersen, Gunnar, 2002) está basado en una encuesta sobre la existencia de ansiedad durante la actuación musical (AAM) de los estudiantes noruegos de conservatorio de música, analizando las diferencias respecto a sexo, nivel de estudios, instrumentos y tipo de programa educativo. Un total de 126 participantes (índice de respuesta del 96,2%) completó el cuestionario, que contenía preguntas sobre fundamentos musicales, percepción de la ansiedad durante la interpretación y un listado de síntomas y de ciertas variables relacionadas con la AAM. Además se incluyó una pregunta acerca de si los encuestados necesitaban ayuda en relación a los problemas de la AAM. Los resultados revelan que la AAM supone un problema entre los estudiantes de música noruegos. En la muestra total, un 36,5% de los participantes necesitó de ayuda en problemas relacionados con la AAM. Además, se observó que la ansiedad, tanto antes como durante la interpretación, está asociada con una afectividad negativa y no con la afectividad positiva. Además existían diferencias entre los sexos con respecto a la ansiedad percibida, los síntomas de la AAM y la "necesidad de ayuda". En cambio hubo diferencias importantes entre los dos niveles educativos. Los pianistas y los músicos de cuerda manifestaron que con frecuencia sufrían de una "alta ansiedad". Se detectó una importante y drástica diferencia en los síntomas entre los estudiantes de la "línea de jazz", con un nivel de ansiedad sustancialmente inferior, frente a los alumnos de música clásica. Los resultados obtenidos ofrecen consecuencias pedagógicas para los profesores en los niveles más avanzados de la educación musical.

Otra de las publicaciones (Orozco 2008), se centra en al área de la Patobiografía de algunos de los músicos históricamente más importantes. Es un análisis biográfico con particular atención a las enfermedades sufridas tanto físicas como mentales, presentando los hechos en el contexto biográfico del paciente y de las circunstancias médicas del momento. A través de este estudio podemos conocer y comprender, por ejemplo, la neurosis obsesiva que padeció Manuel de Falla o la enfermedad maníaco-depresiva que sufrió Robert Schumann, así como la relación de dichas patologías con su actividad musical.

MARCO TEÓRICO

La teoría que guía mi investigación es la fenomenología, corriente de investigación cualitativa que pone énfasis en la experiencia subjetiva del ser humano, en su experiencia personal, en lo cotidiano. La fenomenología estudia la experiencia vital, buscando conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, describiendo y comprendiendo las cosas desde el punto de vista de quien las experimenta. En este caso, se estudian las experiencias personales de los pianistas, que en el aspecto psicoemocional se generan como consecuencia de su actividad cotidiana. También comparte algunos aspectos de la teoría de la etnografía, que tiene como objetivo principal el estudio del modo de vida de una unidad social concreta. Cuando hacemos la etnografía de una determinada unidad social, estamos intentando construir un esquema teórico que recoja y responda lo más fielmente posible a las percepciones, acciones y normas de juicio de esa unidad social. La investigación que realizo, es en parte etnográfica en el sentido que se refiere a un grupo concreto dentro del conjunto; se refiere a los pianistas dentro del conjunto de los músicos y a su vez dentro del conjunto de la sociedad.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación que comparte aspectos cualitativos y cuantitativos, concretamente basada en la fenomenología como estudio de la experiencia de la cotidianidad, partiendo y teniendo en cuenta la visión, opinión y vivencia de quien experimenta los acontecimientos sobre los que se centra nuestra investigación; y a su vez comparte ciertos aspectos de la investigación cuantitativa, ya que también tenemos en cuenta porcentajes, fruto de estudios estadísticos con resultados numéricos.

Taylor y Bogdan (1992), plantean una serie de rasgos propios de la investigación cualitativa:

- Es inductiva, o mejor cuasi-inductiva; su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.
- Es holística. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.
- Es interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

- No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Es abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos.

Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

- Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares; captado desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien los protagoniza.
- Es rigurosa aunque de un modo distinto al de la investigación denominada cuantitativa.

Los investigadores aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos).

Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. Por ellos las técnicas cualitativas buscan:

- Entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para describir y comprender los medios detallados a través de los cuales los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio suyo y de los demás
- Conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia, su significado, su mantenimiento y participación a través del lenguaje y de otras construcciones simbólicas.
- Recurriendo por ello a descripciones en profundidad, reduciendo el análisis a ámbitos limitados de experiencia, a través de la inmersión en los contextos en los que ocurre.

En cuanto a las técnicas, instrumentos y estrategias de recogida de información, la investigación cualitativa se caracteriza por la utilización de técnicas que permitan recabar datos que

informen de la particularidad de las situaciones, permitiendo una descripción exhaustiva y densa de la realidad concreta objeto de investigación.

Técnicas de recogida de datos, instrumentos y muestra

En cuanto a las técnicas y de recogida de información, he utilizado la entrevista semiestructurada, mediante grabadora digital, seleccionando una muestra de diez pianistas, entre los que se encontraban docentes, estudiantes de grado medio o superior y concertistas.

Posteriormente realizaba la transcripción a papel mediante ordenador, tratando de recoger tanto los testimonios como las apreciaciones que personalmente iba anotando mientras ellos hablaban, como por ejemplo los gestos. Una vez pasado a papel, he ido seleccionando y subrayando con distintos colores los distintos aspectos, en función de los problemas o vivencias expresados, con el fin de organizar el apartado de resultados.

La elección de los participantes ha estado en función de que al menos hubieran completado la mayor parte posible la etapa de grado medio de los estudios del instrumento. La etapa de grado medio consta de seis cursos, cuando ya han realizado cuatro de grado elemental anteriormente. Dicha etapa la comienzan cuando tienen doce años de edad, momento en el que se inicia el desarrollo puberal; a partir de aquí el cuerpo experimenta importantes cambios de crecimiento en el terreno físico y psicológico, por tanto, los hábitos tanto de higiene mental como postural van a influir de una manera determinante en la salud. Cuando terminan el grado medio tienen ya dieciocho, momento en el que comienzan el grado superior con una duración de cuatro años. Por tanto, los participantes seleccionados para esta investigación, llevan un mínimo de diez años tocando el instrumento, si han cursado el grado medio, y catorce años si han cursado el grado superior. De esta forma, puede constatarse con mayor claridad si han tenido o no lesiones a consecuencia de la práctica instrumental; práctica que requiere muchas horas de ensayo al día y durante muchos años.

Por otro lado he llevado a cabo el estudio de la experiencia de pianistas a lo largo de la historia que nos han dejado sus testimonios, a través de manuscritos, diagnósticos médicos, todo ello recogido por estudiosos e investigadores en diversas publicaciones(O'Shea, J. 1986, 1990), (Orozco, L 2008).

RESULTADOS

ANÁLISIS DE CONTENIDOS

Una vez transcritas las entrevistas, se hizo un análisis de contenido, seleccionando los diferentes problemas en el aspecto psico-emocional fueron saliendo. Para una mejor comprensión, primero los expondré en forma de categorías y subcategorías a través de las siguientes tablas, y a continuación los iré explicando detalladamente.

ANSIEDAD

La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas; a la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad, la preocupación, provocan un malestar sig-

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Ansiedad	. Ansiedad escénica . Trastornos del sueño
Perfeccionismo	. Intolerancia . Desarrollo de manías, neurosis obsesivas
Aislamiento	. Incomunicación . Carencia de vida social
Estrés	. Adaptación ciudades, climas, horarios . Presión alto nivel técnico . Manipulación comercial

nificativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

• **La ansiedad escénica**

La ansiedad escénica en los músicos es una reacción elevada de temor ante la evaluación musical, que va más allá de ese ligero nerviosismo o activación normal que experimentan casi todos los músicos ante su público. En la ansiedad escénica nuestro cuerpo reacciona sobreactuándose ante situaciones como conciertos, audiciones, exámenes, etc. Esa activación de la ansiedad es inadecuada cuando se cree que hay un peligro inminente, y el organismo se prepara para hacerle frente con respuestas como por ejemplo: taquicardia, tensión muscular, hiperventilación o temblor. Justo lo que no se necesita para una buena interpretación musical. “Cuando era estudiante, me aterraba pensar que podía equivocarme ante el público, en medio del silencio que tanto impone”; nos contaba un pianista que en la actualidad se dedica a la docencia.

• **Trastornos del sueño**

Respecto a este desajuste, a veces originado por problemas de estrés y ansiedad, uno de los pianistas decía: “He tenido problemas de ansiedad, por la tensión que te genera una competición, o un concierto importante, con frecuencia tengo desarreglos de sueño, y al final utilizas la medicación.

Otro de los informantes nos decía: “cuando en mi época de estudiante llegaban los recitales en público, era tanto el miedo que tenía, que el cuerpo se me descomponía. El estómago se me cerraba, no podía dormir bien por la preocupación, y sólo comprobando una y otra vez que las obras salían bien, repitiéndolas muchas veces, me tranquilizaba.”

PERFECCIONISMO

El perfeccionismo genera una presión excesiva de cara a la interpretación, la sensación de que uno siempre se está jugando mucho y una muy baja tolerancia ante los errores son cuestiones que suelen afectar a los músicos

• **Intolerancia**

Hay personas, con un grado de intolerancia que raya con lo enfermizo, exigentes extremistas y autoritarios, imparten enseñanza en los conservatorios, desconocen muchos aspectos de la didáctica y la pedagogía causando mucho daño en los alumnos. “Desde mi etapa de estudiante, recuerdo que cuando iba a clase de piano tenía mucha tensión ya desde dos o tres días antes; el miedo a equivocarme ante el profesor era tremendo. Si me equivocaba más de una vez, la profesora entraba en cólera, con un carácter irritado casi siempre, me reprendía o amenazaba sin valorar lo que hacía correctamente; sólo cuando lo hacía todo bien estaba satisfecha. Era una profesora histérica, y sólo cuando supe su historia, entonces comprendí su comportamiento, ella era una víctima más”

• **Comportamientos Obsesivos “Manías”**

En cuanto a esta afectación uno de los informantes nos relataba: “Tuve una época coincidiendo con una intensa actividad en la preparación de recitales, en que tenía una necesidad imperiosa de mover las piernas cuando estaba en espacios reducidos, como si sintiera claustrofobia, por ejemplo, al ir en coche; cuando me ocurría tenía que salir inmediatamente, estuviera donde estuviera, salir y movilizar las piernas. Cuando estudiaba al piano y me ocurría, tenía que levantarme rápidamente, era un agobio tremendo”.

Conocemos, a través de diagnósticos médicos, que el gran músico español Manuel de Falla, pianista, sufría una neurosis obsesiva, enfermedad también llamada psicastenia (Orozco 2008). Sus hábitos higiénicos, reflejan claramente que algo no marchaba bien en la mente de

este gran compositor. “Dedicaba nada menos que cinco horas al día a su aseo personal; los dientes se los tenía que cepillar siempre el mismo número de veces, y durante un tiempo estrictamente cronometrado; ni un segundo más, ni un segundo menos de cepillado. Se lavaba las manos continuamente con jabón de glicerina, y luego se las frotaba y volvía a frotar con alcohol. Al final acabó provocándose una dermatitis crónica de tal calibre que sangraba fácilmente. La cuestión llegó a ser tan preocupante, que tenían que desinfectar su piano con alcohol si lo tocaba alguien que no fuera él. Tenía un autentico pavor al polvo y no podía tocar si estaban presentes ¡más de dos moscas en la habitación!”.

AISLAMIENTO

El hecho de tener que pasar muchas horas de estudio en soledad, practicando un instrumento, descifrando un complejo lenguaje de signos musicales, en un mundo algo apartado de la sociedad como es el mundo de la música clásica, poco comprendido y valorado en general en nuestro país, hace que muchos músicos se aíslen, dificultando en gran medida su relación con el entorno.

• **Incomunicación**

Muchos pianistas han expresado haber sentido con frecuencia falta de comunicación y sensación de soledad y aislamiento. El pianista, en su trabajo diario de estudio intelectual y entrenamiento físico, pasa muchas horas en soledad, y su rol normalmente es de solista. Los demás instrumentos, desde el principio forman parte de agrupaciones orquestales, siendo parte de un todo, con un protagonismo dentro del conjunto, en un ambiente de compañerismo y complicidad. El pianista, excepto cuando hace música de cámara, siempre está solo. “Me he sentido un bicho raro con mucha frecuencia, no me he sentido comprendido en mi entorno, los compañeros de otros instrumentos, nos acusan a los pianistas de sentirnos superiores a ellos y actuar de forma separatista. Por otro lado siento incompreensión por parte de los vecinos y familia que expresan su descontento por la molestia sonora de tantas horas de ensayo, en fin, veo que el mundo va por lado y yo por otro.”

• **Carencia de vida social**

Esta es otra de las cuestiones que han aparecido al analizar los resultados. Tener que estar tantas horas estudiando el instrumento y demás asignaturas del conservatorio, compaginando esta actividad con los estudios del instituto, conduce a muchos pianistas a tener una escasa vida social, acentuando los problemas de aislamiento e incomunicación. “El hecho de pasar tantas hora al piano me ha aislado un poco de todo, conoces mucha gente pero de manera superficial, por ejemplo, cuando haces un concierto, te saludan y haces conocidos, pero no amigos; mis relaciones sociales se reducen a un amigo y a un profesor que tuve, con quien tengo mucha confianza. Soy un poco solitario. Creo que me consideran un poco raro, pero no me importa”, nos decía este pianista que en la actualidad se dedica a la enseñanza.

ESTRÉS

En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo. Los síntomas generales del estrés pueden ser: estado de ansiedad, sensación de ahogo, rigidez muscular, falta de concentración de la atención, irritabilidad, pérdida de las capacidades para la sociabilidad etc.

• **Presión por alto nivel técnico**

La presión a ser evaluado y juzgado continuamente, la presión por lograr el éxito ante el público, ante el profesor, o ante los compañeros, se vuelve en ocasiones un aspecto casi obsesivo, no tolerando el cometer errores incluso en ensayos individuales y privados.

“Recuerdo que siendo estudiante, ya desde los días previos a la clase, que era una vez por semana, estaba preocupado, nervioso; el profesor no me permitía el más mínimo fallo, al segundo fallo me cerraba el libro y me mandaba a casa a estudiar sin más explicaciones. Antes de entrar a clase, tenía que tomar algo que me tranquilizara del miedo que sentía ante la posibilidad de no poder demostrar todo el trabajo realizado durante la semana a razón de tres o cuatro horas diarias de estudio ante el piano”.

• **Presión por manipulación comercial**

Nos relataba uno de los concertistas: “era una presión, un estrés continuo; la empresa que organizaba los conciertos me obligaba a preparar los programas que a ellos les interesaba, era una manipulación exagerada, me sentía una marioneta; una de las veces, hice la integral de música de piano de Tchaikovski, siempre a merced de la casa discográfica y representantes artísticos, y el día que acababa la integral, en la última obra, al tocar el último sonido, decidí que esa era la última vez que tocaba en público. Detesto esa vida aquí y allá, sin estabilidad y a merced de los intereses comerciales de la empresa que te explota”. Este concertista, ganador de concursos internacionales, que ha grabado con importantes casas discográficas, en la actualidad se dedica exclusivamente a la docencia, nos expresaba su sentimiento de frustración. Muchas personas lamentamos que personas como éste gran músico dejen los escenarios y la interpretación en público.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a los aspectos psicológicos, observamos una clara conexión entre los resultados de los estudios de Dalia Cirujeda (2004), por ejemplo el estudio relacionado con el estado de ansiedad que tanto afecta a los músicos, y las vivencias que nos han transmitido varios de nuestros pianistas entrevistados.

También observamos un paralelismo de los resultados que hacen referencia a la presión por la exigencia de un alto nivel técnico en busca del éxito, con el análisis que nos hacen Dalia, Pozo (2006) en el que nos dicen que tanto en la familia y sobre todo en los ámbitos de formación musical, se nos ha educado de forma especialmente crítica o sobrevalorando el éxito, logro o prestigio social y musical por encima de otros valores como el disfrutar de la música, el transmitir emociones, o el crecer como personas y como músicos; generando una presión excesiva centrada básicamente en valores como el rendimiento, la eficacia o el éxito.

Asimismo hay una clara similitud entre algunas de las vivencias expuestas en la publicación de Orozco (2008), como por ejemplo las referentes al desarrollo de manías o neurosis obsesivas y las experiencias que han relatado algunos de los pianistas para la presente investigación.

En la mayoría de los resultados de este trabajo, observamos que las vivencias que nos han transmitido los entrevistados están en estrecha relación y paralelismo con las conclusiones de las investigaciones realizadas en otros estudios relacionados con el tema.

CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados de este estudio, tras ser contrastados y confirmados con los resultados de otros estudios relacionados con este tema, las conclusiones a las que llegamos son las siguientes:

- Los pianistas viven una serie de problemas psicológicos como son la ansiedad, estrés, perfeccionismo, derivados de su actividad como intérprete.
- Es necesario que en los conservatorios de música se impartan asignaturas de carácter obligatorio sobre aspectos psicoemocionales, que asesoren y formen a nuestros alumnos desde la base y a lo largo de los estudios.

- Se hace necesaria la presencia en los conservatorios de especialistas de la la psicología con el fin de prevenir problemas y canalizar las vivencias psicoemocionales derivadas de esta peculiar actividad artística.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnal, J.; Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992), Investigación educativa, Barcelona, Ed.Labor.
- Charness, M.E.; Parry, G.J.; Markinson, R.E.; Rosegay, H.; Barbaro, M.N.(1987), Entrapment neuropathies in musicians. *Neurology*; suppl.37:115.
- Dalia Cirujeda, G. (2004), Cómo superar la ansiedad escénica en músico, Madrid, Ed. Mundimúsica.
- Dalia Cirujeda, G., Pozo López, A.(2006), Introducción a la psicología de la interpretación musical, Madrid, Ed.Mundimúsica.
- Dalia Cirujeda, G. (2008), Cómo ser feliz si eres músico o tienes uno cerca, Madrid, Ed. Mundimúsica.
- Fishbein, M., Middlestadt, S.E., Ottati, V., (1988): Medical problems among ICSOM musicians: overview of a national survey. *Medical Problems of Performing Artist* 3; 1-8.
- Huthinson, S. y Wilson, H. (2003), La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva post-estructuralista. *Asuntos Críticos en los métodos de Investigación Cualitativa*. Janice M. Morse . Primera ed. en español: Editorial Universidad de Antioquia con Sage Publications Inc
- Kaspersen, M., Gunnar, K. (2002), Estudio de la ansiedad producida por la actuación entre los estudiantes de música noruegos, *The european journal of psychiatry*(Ed. esp.) v.16 n.2.
- Kemp, A (1996), *The musical temperament* Ed. Oxford University Press
- Mélich, J.C., (1994), *Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana*. Barcelona, Ed. Anthropos
- Munhall, P. (1989). *Ethical considerations in qualitative research*. *Wester Journal of Nursing Research*, 10(2):150-162.
- O'Shea, J. (1990), *Music and Medicine. Medical profiles of great composers*, London, Ed. J.M.Dent & Sons
- O'Shea, J. (1991), *A Medical Histori of Franz Liszt*, " *Medical Journal of Australia*
- Orozco Delclós, L., (2008), *Crónicas Médicas de la Música Clásica*, 2ª Edición, Barcelona, Ed.Aritza.
- Orozco Delclós, L., Solé Escobar, J., (1996), *Tecnopatías del Músico*, Barcelona, Ed.Aritza.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E., (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*, 2ª edición, Málaga, Ed. Aljibe.
- Rosset, J., Rosinés, D., Saló, J.M., (2000), *Detección de factores de riesgo en los músicos de Cataluña*. *Medical Problems of Performing Artist*; 15:167-174,
- Ruiz Tarazona, A., (1975), *Robert Schumann*, Madrid, Ed. Real Musical.
- Slonimsky, N., (2000), *Backer's Biographical Dictionary of Musiciens*, 9ª Edición, New York, Ed. Schirmer Books.
- Sternbach, D (1993): *Adressing stress-related illness in professional musicians*. *Maryland Medical Journal* 42: 283-288
- Taylor, S.J. Y Bodgan, R.(1986), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Buenos Aires, Ed.Paidós
- Wolfe, M. L., (1989), *Correlates of adaptive and maladaptive musical performance enxiety*. *Medical Problems of Performig Artists* 9:49-56.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Lara Aliaga, Rocío; Márquez Tabares, Francisca; Prieto Guerrero; Eugenia, Dorado Navas, Concepción; Calero Cano, Alfonso, Palomo Lara, Juan Carlos.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña

INTRODUCCIÓN

El Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) cuenta entre sus dispositivos para atender las necesidades de los pacientes afectados de un trastorno mental grave (TMG), con unidades orientadas a la rehabilitación psicosocial.

La Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) es un dispositivo sanitario de 3er nivel que interviene con pacientes con trastornos mentales grave o severos, recurrentes o persistentes que interfieren de manera notable en el funcionamiento social.

DESARROLLO

Desde su apertura 1989, las intervenciones de los profesionales de enfermería en los distintos programas de tratamiento en la URSM “Virgen Macarena” de Sevilla persiguen el desarrollo de actitudes y competencias en el paciente con TMG:

- Aceptación de las limitaciones funcionales inherentes a la enfermedad mental severa en sus aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales.
- Mejora del funcionamiento psicosocial.
- Afrontamiento psicológico de la sintomatología y el estrés ambiental.

Para conseguir éstos objetivos los profesionales de enfermería intervienen en los programas de acogida, psicoeducación, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, relajación, cuidados, tertulia terapéutica, talleres ocupacionales, rehabilitación cognitiva, ocio y deporte.

La evaluación psicopatológica y de funcionamiento psicosocial determina el tipo de programas que se ofertarán al paciente, decisión que se toma dentro el equipo multidisciplinar. Estas intervenciones forman parte del plan individualizado de tratamiento con el que cuentan todos los pacientes que se tratan en el dispositivo.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: ENFERMERÍA

TALLER DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- Aumentar la motivación e implicación del paciente en su autocuidado.
- Desarrollar hábitos adecuados de higiene y cuidados personales y del entorno.

Nº. de grupos: individual.

Total sesiones: 435.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 70.

PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES

- Proporcionar información actualizada al paciente sobre su enfermedad y el tratamiento.
- Enseñar al usuario a identificar los síntomas y pródromos de su enfermedad.
- Concienciar al paciente de la importancia de la correcta toma de medicación.
- Capacitar al usuario para que conozca e identifique los posibles efectos secundarios de la medicación.

- Desarrollar habilidades de competencia y afrontamiento frente a los principales factores de riesgo de la enfermedad.

Nº. de grupos: 3.

Total de sesiones: 167.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 13.

PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR

- Informar a la familia a cerca de la enfermedad y los distintos tipos de tratamiento, incidiendo especialmente en los desarrollados en la URSM.
- Capacitar a la familia para solucionar los posibles problemas que surjan en su relación con el paciente.
- Mejorar la comunicación con el paciente.
- Apoyar emocionalmente a la familia.
- Facilitar un espacio de intercambio y contacto con otras familias en la misma situación.

Nº. de grupos: 1.

Total de sesiones: 10.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 8 familias.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RELAJACIÓN

- Identificar situaciones estresantes generadoras de ansiedad.
- Capacitar al usuario para reducir su estado de ansiedad.
- Generalizar el entrenamiento y aplicarlo en situaciones cotidianas.

Nº. de grupos: 3.

Total de sesiones: 161.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 15.

TALLER DE COCINA

- Capacitar al paciente para la preparación de su propia comida.
- Capacitar al usuario para la gestión del dinero y la realización de compras de alimentos.
- Capacitar al paciente para la elaboración de una dieta equilibrada.
- Generalizar los aprendizajes al medio domestico.

Nº. de grupos: 6.

Total de sesiones: 200.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 60.

TALLER DE PLANCHA Y COSTURA

- Capacitar al paciente para el cuidado de su propia ropa.
- Capacitar al paciente para realizar pequeños arreglos en su ropa.
- Generalizar el aprendizaje al medio domestico.

Nº. de grupos: individual.

Total de sesiones: 48.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 3.

ORIENTACION EN EL MEDIO

- Mejorar la autonomía en el uso del transporte.
- Favorecer la orientación en el medio, de tal modo que el paciente pueda asistir a la URSM autónomamente.

Nº de grupos: individual.

Total de sesiones: 60.

Nº de pacientes atendidos en el taller (2008): 12.

PSICOMOTRICIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA

- Lograr que el paciente tome conciencia de su propio cuerpo.
- Potenciar y mejorar los aspectos relacionales del paciente.
- Mejorar el estado físico general del usuario.
- Mejorar la autoestima, autoconcepto y autoconfianza.

Nº. de grupos: 20.

Total de sesiones: 762.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 75.

TERTULIA Y SOCIALIZACIÓN

- Fomentar la interacción social espontánea entre los asistentes al programa.
- Fomentar la adherencia al dispositivo a través de un espacio de baja exigencia.
- Facilitar la espera hasta el inicio de los programas-

Nº. de grupos: 1.

Total de sesiones: 200.

Nº. de pacientes atendidos en el taller (2008): 115.

TERAPEUTA OCUPACIONAL Y MONITORES

PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Mejorar la red social de ocio del paciente.
- Aumentar el conocimiento y uso de los recursos de ocio que ofrece la comunidad.
- Ofrecer experiencias gratificantes de ocio.
- Mejorar la autonomía y habilidades del usuario.

Nº. de grupos: 3.

Total de sesiones: 112.

Nº. de pacientes atendidos en el taller: 32.

TALLERES OCUPACIONALES

- Romper la dinámica de apatía y aislamiento.
- Fomentar la interacción y el trabajo en equipo.
- Recuperar y mejorar las habilidades de desempeño del paciente.
- Facilitar la recuperación y/o adquisición de las habilidades laborales básicas.
- Informar sobre las alternativas ocupacionales y formativas y laborales que hay en la comunidad.
- Ayudar a la recuperación de pacientes que, aun estando en recursos comunitarios han sufrido recaída.

Decoración: 2 grupos, 18 pacientes, 122 sesiones.

Carpintería: 2 grupos, 22 pacientes, 115 sesiones.

Cerámica: 2 grupos, 19 pacientes, 157 sesiones.

Pintura: 2 grupos, 24 pacientes, 138 sesiones.

Bricolaje y aficiones: 2 grupos, 7 pacientes, 98 sesiones.

Informática: 9 grupos, 104 pacientes, 188 sesiones.

Lectoescritura: 2 grupos, 15 pacientes, 119 sesiones.

Fútbol- sala: 1 grupo, 16 pacientes, 35 sesiones.

Museo de arte contemporáneo: 3 grupos, 30 pacientes, 16 sesiones.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

- Detener el deterioro cognitivo del paciente.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo del paciente.
- Recuperar funciones cognitivas deterioradas.
- Compensar déficits cognitivos.
- Fomentar la generalización de los aprendizajes y su uso en la vida cotidiana.

Nº. de grupos: 4.

Total de sesiones: 213.

Nº. de pacientes atendidos en el taller: 39

CONCLUSIONES

La URSM es un dispositivo imprescindible para el tratamiento, reinserción social y familiar del enfermo mental grave. La oferta de programas ajustados a sus necesidades y la eficacia de los mismos permite devolver a la familia y comunidad a pacientes más competentes e integrados en la sociedad.

UN PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA

Miren Jaione Arrese Galbete, Juana María Echezarreta Liciaga
Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios de San Sebastián era anteriormente un Hospital médico-quirúrgico. Tras su remodelación, en febrero de 2005 pasó a ser Hospital Psiquiátrico con 75 camas de Media Estancia.

Del total de pacientes ingresados desde entonces y hasta el 31 de diciembre de 2008, el 46% lo ha sido con el diagnóstico al Alta de "Esquizofrenia". De ellos el 64,98% diagnosticados de E. Paranoide, 19,75% E. Residual, 5,74% E. Desorganizada o Hebefrénica, 3,83% E. Indiferenciada, 2,87% E. Simple y 2,83 % otras esquizofrenias. Del 54% restante de pacientes, los diagnósticos al Alta fueron: Trastornos del Humor y Trastorno Bipolar 19,83%, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol 17,93%, Trastornos Depresivos 10,32%, Trastorno de la Personalidad 9,59%, Trastorno de ideas delirantes 7,88%...

Un porcentaje importante de los pacientes que ingresan son consumidores habituales de tóxicos.

Actualmente en el Hospital se trabaja con el modelo de Enfermera y Auxiliar referentes. Al ingreso y en los días inmediatamente posteriores la enfermera realiza la Valoración de Enfermería del paciente y designa los Diagnósticos de Enfermería detectados especificando el RC y MP y los objetivos. Al introducir los diagnósticos, el programa informático asigna los cuidados asociados, pudiendo elegir o descartar los que consideremos adecuados.

En éstos momentos estamos estudiando la posibilidad de establecer Planes de Cuidados Estandarizados relacionando Diagnósticos de Enfermería (Taxonomía NANDA), Resultados esperados (NOC) e Intervenciones de Enfermería (NIC), comenzando por elaborar un plan de cuidados para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia.

El objetivo sería establecer un Plan de cuidados estandarizado que de forma metódica, con unificación de criterios y actuaciones nos facilite una mejor atención al paciente, permitiendo a la vez proporcionar unos cuidados individualizados en cada caso.

DESARROLLO

- Definición de Esquizofrenia: "Conjunto de trastornos que se manifiesta por alteraciones características del humor y de la conducta"

Según el DSM-IV, el diagnóstico de Esquizofrenia requiere tanto un período de síntomas activos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta gravemente desorganizada o catatónica y síntomas negativos) como una duración del trastorno de al menos 6 meses.

- Clasificación: el DSM-IV, clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría diferencia 5 tipos. La CIE-10, Clasificación internacional de Enfermedades de la OMS, la más utilizada en Europa, describe 7 tipos. Los más comunes y su relación entre ambas sería la siguiente:
- CIE- F20.0/ DSM-295.3--- Tipo Paranoide: predominan los delirios y alucinaciones
- CIE- F20.1/ DSM-295.1--- Tipo Desorganizado: predomina el discurso y comportamiento desorganizado, y una afectividad inapropiada o plana
- CIE- F20.2/ DSM-295.2--- Tipo Catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras como la flexibilidad cética; puede llegar hasta el estupor catatónico

- CIE- F20.3/ DSM-295.9--- Tipo Indiferenciado: hay síntomas psicóticos pero no cumplen los criterios para los tipos anteriores
- CIE- F20.5/ DSM-295.6--- Tipo Residual: donde los síntomas positivos están presentes tan solo a baja intensidad.

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en nuestros pacientes han sido:

- 00078 Control inefectivo del régimen terapéutico personal
- 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento
- 00069 Afrontamiento inefectivo
- 00126 Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento
- 00146 Ansiedad
- 00052 Deterioro de la interacción social
- 00060 Interrupción de los procesos familiares
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00108 Déficit de autocuidados: baño/higiene
- 00079 Incumplimiento del tratamiento
- 00095 Deterioro del patrón del sueño
- 00097 Déficit de actividades recreativas

- Plan de Cuidados:

De los diagnósticos más repetidos en éstos pacientes seleccionamos los que mas veces coinciden en ellos y a la vez presentan mayores posibilidades de poder trabajarlos: Control inefectivo del régimen terapéutico personal, Alteración de los procesos del pensamiento, Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento y Déficit Autocuidado: baño/higiene.

Con ellos elaboramos el siguiente Plan de Cuidados Estandarizado:

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

Diagnóstico de enfermería: 00078 CONTROL INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL

- MP: Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento/Verbalización de la dificultad para llevar a cabo el régimen prescrito/No realizar las acciones necesarias para incluir el tratamiento en sus hábitos de vida/Abandono del tratamiento/No haber emprendido las acciones necesarias para reducir factores de riesgo/Consumo de tóxicos
- RC: Complejidad del régimen terapéutico/Conflicto de decisiones/Déficit de conocimientos/Déficit de soporte social o conflicto familiar/Falta de conciencia de enfermedad

• NOC: 1601- Conducta de cumplimiento (Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación)

• NIC:

- Acuerdo con el paciente 4420
- Apoyo a la familia 7140
- Asesoramiento 5240
- Enseñanza: dieta prescrita 5614
- Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
- Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602
- Establecimiento de objetivos comunes 4410
- Facilitar responsabilidad consigo mismo 4480
- Fomentar implicación familiar 7110

- Modificación de la conducta 4360
- Potenciación de la autoestima 5400
- Vigilancia 6650
- Identificación de riesgos 6610

- NOC: 1813- Conocimiento: régimen terapéutico (Grado de comprensión transmitida sobre el régimen terapéutico específico)
- NIC:
 - Enseñanza: procedimientos y tratamiento 5618
 - Control de la medicación 2380
 - Control de la nutrición 1100
 - Enseñanza: dieta prescrita 5614
 - Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
 - Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602
 - Escucha activa 4920
 - Fomentar implicación familiar 7110

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Diagnóstico de Enfermería: 00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE

- RC: Disminución o falta de motivación/Debilidad, cansancio/Deterioro de la percepción o cognitivo
- MP: Deterioro o pérdida de habilidades/Observación objetiva de falta de aseo y hábitos higiénicos

- NOC: 0300- Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD) (Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda)

- NIC:
 - Ayuda en el autocuidado 1800
 - Ayuda en el autocuidado: baño/higiene 1801
 - Facilitar la responsabilidad consigo mismo 4480
 - Modificación de la conducta 4360

- NOC: 0305- Cuidados personales: higiene (Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto con o sin mecanismos de ayuda)

- NIC:
 - Ayuda en el autocuidado: baño/higiene 1801
 - Cuidado del cabello 1670
 - Enseñanza: cuidado de los pies 5603
 - Enseñanza: individual 5606
 - Mantenimiento de la salud bucal 1710
 - Vigilancia: seguridad 6654

PATRÓN 6 - COGNICIÓN-PERCEPCIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCESO DE ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

- RC: Falta de información o mala interpretación de la misma/Limitación cognitiva/Falta de interés en el aprendizaje
- MP: Seguimiento inexacto de las instrucciones/Comportamientos inadecuados o exagerados/Verbalización del problema

- NOC: 1812- Conocimiento: control del consumo de sustancias (Grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas, tabaco y alcohol)
- NIC:
 - Control de la conducta 4350
 - Control de la medicación 2380
 - Educación sanitaria 5510
 - Enseñanza: individual 5606
 - Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
 - Establecimiento de objetivos comunes 4410
 - Prevención del consumo de sustancias nocivas 4500
 - Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas 4514 y alcohol 4512

- NOC: 1808- Conocimiento: medicación (Grado de comprensión transmitido sobre el uso seguro de la medicación)
- NIC:
 - Control de la medicación 2380
 - Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
 - Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602
 - Identificación de riesgos 6620

- NOC: 1803- Conocimiento: proceso de la enfermedad (Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta)
- NIC:
 - Disminución de la ansiedad 5820
 - Enseñanza: proceso de la enfermedad 5602
 - Planificación al alta 7370
 - Potenciación de la disposición de aprendizaje 5540

Diagnóstico de Enfermería: 00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO

- RC: Enfermedad mental/Descompensación psicótica/Estrés grave/Miedo, ansiedad, angustia
- MP: Pensamiento inadecuado no basado en la realidad/Interpretación inexacta del entorno/Aislamiento o hipervigilancia del entorno/Facilidad para distraerse

- NOC: 1403- Control del pensamiento distorsionado (Auto restricción de la alteración de la percepción y procesos del pensamiento)
- NIC:
 - Control ambiental 6480
 - Control de las alucinaciones 6510
 - Control de las ideas ilusorias 6450
 - Control del delirio 6440
 - Disminución de la ansiedad 5820
 - Escucha activa 4920
 - Estimulación cognoscitiva 4720
 - Orientación en la realidad 4820
 - Terapia de actividad 4310

- NOC: 0901- Orientación cognoscitiva (Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud)
- NIC:
 - Control ambiental 6480
 - Control de la medicación 2380
 - Estimulación cognoscitiva 4720
 - Orientación de la realidad 4820
 - Terapia de actividad: 4310
 - Vigilancia: seguridad 6654

CONCLUSIONES

Trabajar con este plan de cuidados nos permitiría conseguir nuestro objetivo. Al ingreso del paciente, tras la valoración y detección de los diagnósticos de enfermería, en caso de presentar los diagnósticos incluidos en éste plan de cuidados, se pondría en marcha el mismo. Si se han detectado más diagnósticos importantes que fuera necesario trabajar se añadirían al plan, asignándose los cuidados asociados.

En caso contrario se elaboraría un plan con los diagnósticos específicos detectados al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hospital San Juan de Dios, datos estadísticos, San Sebastián, 2009
2. Dueñas Fuentes JR, Cuidados de enfermería en la esquizofrenia, fecha de acceso: 22 de enero de 2009, disponible en: [http:// www.terra.es/personal/duenas/psiq1.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/psiq1.htm)
3. Hospital San Juan de Dios, programa de formación Atención integral al enfermo mental, San Sebastián, 2004
4. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. The American Psychiatric Press, DSM-IV Tratado de Psiquiatría, Evaluación psiquiátrica, parte II, pag. 238. 3ª edición, Ed. Masson, Masson multimedia
5. Wikipedia, Esquizofrenia, fecha de acceso: 22 de enero de 2009, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>
6. Psicoarea, comparativa CIE-10-DSM-IV, acceso 22 de enero de 2009, disponible en: http://www.psicoarea.org/dsm_iv.htm
7. Hospital San Juan de Dios, programa informático IMDH, San Sebastián, 2009
8. Tejedor García MJ, Etxabe Maceil MP, Guía práctica de informes de enfermería en salud mental, Barcelona, Ed. Glosa SL. 2007
9. Pedreño Aznar, MA, intervención de enfermería a través de un plan de cuidados a un paciente esquizofrénico. Educare 21, 2004; 14. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare14/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
10. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E, interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones, 2ª edición, Madrid, Ed. Elsevier España S.A., 2007

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: TALLER DE SEXUALIDAD EN T.M.G.

Esperanza González Gromé, María del Carmen Infantes García, Esteban Sánchez Martín, Angela Navarro Gallardo, Juan Sánchez Martín, Luis Ocaña Wilhelmi
Equipo de Salud mental Carranque. Málaga.

INTRODUCCIÓN

En el segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía expone que:

La mayor parte de las enfermedades mentales obedecen a una combinación de factores psicológicos, biológicos y sociales. En estos trastornos tan importantes es la adecuada planificación de los servicios de Salud mental que prestan los tratamientos como la adopción de medidas eficaces en materia de promoción de salud y prevención de la enfermedad mental.

Una de las estrategias de actuación planteadas en este plan pretende promocionar la salud general en personas con enfermedad mental articulando los mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes agentes y organismos implicados en la atención a estas personas

Los T.M.G están asociados a tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, a mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y a una esperanza de vida mayor respecto a la población general

Además, como en el resto de las personas los estilos de vida y los entornos en los que su vida se desarrolla son factores determinantes para su salud

La sexualidad es una dimensión humana que abarca todo cuanto somos..Nuestra mente y nuestro cuerpo son sexuales, y es en ambos dónde se asienta la sexualidad, de ahí la importancia de que los conozcamos bien, de sentirnos bien con ambos, de conocer nuestras posibilidades reales. La mente nos permite pensar, soñar, fantasear, aprender el cómo queremos vivir con nuestro cuerpo, y de aquí parte es aspecto erótico de nuestra sexualidad.

Según la OMS se considera la salud sexual como “ la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien en las personas la comunicación y el amor.

Por otra parte, todas las personas nos relacionamos sexualmente y esta forma de relación es controlada o regulada por la sociedad en la que vivimos.

Cada sociedad tiene unos modelos en materia de sexualidad, en el que se toleran o prefieren determinadas conductas sexuales y otras se prohíben o rechazan . Estos modelos sexuales hacen que cada sociedad imponga unas determinadas normas , que suelen ser decididas por los que dirigen la moral y utilizan sus propios criterios para justificar cada uno de los modelos. Sin embargo, no son duraderas e inamovibles, sino que van cambiando y evolucionando a lo largo de los años, al mismo ritmo que las distintas sociedades y la humanidad en general.

Por tanto, la forma en que vivimos nuestra sexualidad, depende en gran parte de la sociedad a la que pertenecemos, y más aún del ambiente en el que nos movemos o vivimos. Al existir distintos tipos de sociedades y culturas, van a existir también diferentes formas de expresar la sexualidad, que a veces, no tienen por qué coincidir con la nuestra, incluso, pueden ser muy diferentes.

La sexualidad, es además, una capacidad que nos ayuda a relacionarnos, a buscar y vivir experiencias y sensaciones con nostras mismas y con otras personas.

Las pacientes con T.M.G presenta una sintomatología negativa que le dificultará en la posibilidad de mantener relaciones sexuales.

El afecto plano se refiere a la pérdida de capacidad del individuo de comunicarse a través de la expresión facial, el tono de la voz, el contacto visual, la postura, los gestos, el patrón res-

piratorio, etc. La comunicación normal depende fuertemente de estas claves afectivas, y sus dimensiones conduce a una alteración significativa de las relaciones interpersonales.

- La anhedonia es una pérdida del disfrute y satisfacción en actividades productivas y de ocio, incluso cuando son buscadas. El aislamiento social, como por ejemplo, el desarrollo y mantenimiento de compañeros, amigos y relaciones familiares..

Los síntomas afectivos de los pacientes con T.M.G más comunes son un afecto plano, inapropiado o extravagante y la incapacidad para percibir señales afectivas en otras personas. Una afecto inapropiado se refiere al desacoplamiento del contenido y estilo de comunicación.

OBJETIVOS GENERALES

- Promover conductas saludables en las personas con T.M.G.
- Mejorar los entornos de vida con T.M.G para facilitar que puedan elegir las conductas más saludables.
- Garantizar el acceso a los programas y actividades de promoción de la salud de la población que padece T.M.G y a quienes ejerce su cuidado, en igualdad de condiciones que el resto de la población

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la anatomía de los aparatos reproductores masculino y femenino.
- Saber diferenciar los tipos de orientación sexual.
- Diferencia los distintos métodos anticonceptivos y sus aplicaciones práctica.
- Conocer las enfermedades de transmisión sexual, síntomas, manifestaciones y tratamientos.
- Detectar los efectos secundarios de los neurolépticos a nivel sexual.

TIEMPO ESTIMADO

El taller va a constar de 3 sesiones semanales de una hora y media de duración repartidas en:

1. En esta sesión abordaremos información general sobre la sexualidad (anatomía, aparato reproductor femenino y masculino, orientación sexual y masturbación).
2. En esta sesión abordaremos temas sobre anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA.
3. En esta última sesión abordaremos los efectos secundarios de la medicación a nivel sexual.

En el comienzo de cada sesión haremos un repaso general de día anterior y aclararemos dudas que puedan surgir.

RECURSOS

El material que vamos a utilizar para este taller son los siguientes:

- Una sala grande
- Un ordenador
- Un cañón proyector
- Una pantalla
- Trípticos con información sexual.
- Material anticonceptivos.

ACTIVIDADES

Desarrollo de la teoría:

Las personas con T.M.G dispondrá en su P.I.T, de objetivos y actividades de promoción de la salud física (tabaquismo, actividad física, alimentación equilibrada, salud buco dental, sexualidad saludable)

Se desarrollará programas y/o actividades de promoción de salud (sesiones informativas, coloquios debates, etc...) y se crearán recursos (materiales divulgativos) adaptados a sus características y necesidades y las de sus familias.

Se incorporará a los programas psicoeducativos, dirigidos a pacientes y familiares información relacionadas con la prevención y los cuidados de los problemas de salud más prevalentes.

Se realizarán estudios de ámbito regional sobre promoción de salud y cuidados en el área de salud general en persona con T.M.G y sobre la prevalencia de los problemas de salud más frecuentes.

Prácticas de métodos anticonceptivos

- Mostrar los distintos tipos de anticonceptivos que hay, manipularlos y saber cómo se utilizan.
- Prácticas sobre orientación sexual en los medios de comunicación (revistas, cines, anuncios TV).

CONTENIDOS GENERALES

Los contenidos del programas van a ser:

1. Anatomía:
 - A) Aparato reproductor femenino
 - B) Aparato reproductor masculino.
 - C) Ciclo menstrual
 - D) Cambios físicos en la pubertad.
2. Orientación Sexual:
 - A) Posibilidades de las relaciones con personas del mismo sexo.
 - B) La primera vez.
 - C) La virginidad. El Himen.
3. La masturbación
4. Métodos anticonceptivos.
 - Reversibles :
 1. De barrera (preservativo, diafragma)
 2. Hormonales (píldora, píldora de emergencia, anillo vaginal, parches transdérmico, implantes subdérmicos, DIU hormonal, inyectables).
 3. Mecánicos (DIU)
 4. Químicos (espermicidas,)
 5. Naturales (coitos interruptus, métodos de Billings)
 - Irreversibles:
 1. Ligaduras de trompas, vasectomía.
5. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA...
 - ¿Qué es el SIDA?
 - ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?
 - ¿Cuáles son las más comunes?
 - ¿Qué hacer para evitar el contagio?
6. Efecto secundarios de los psicofármacos a nivel sexual:
 - Neurolépticos
 - Antidepresivos
 - Dosis mínima eficaz.

METODOLOGÍA

La metodología a utilizar es mediante Power Point, exposición oral y audio visual.

El grupo va a ser cerrado, compuesto por 15 pacientes a los que previamente se realizará una entrevista individual en la que se recogerá su información actual sobre sexualidad.

El perfil paciente con T.M.G a los que se ha realizado la Valoración Estructurada de Enfermería y en el patrón de sexualidad se ha recogido los siguientes:

DIAGNÓSTICOS NANDA

- 00059 Disfunción Sexual.
- 00065 Patrón sexual inefectivo.

N.O.C.

- Control de riesgo: Enfermedades de transmisión sexual.(ETS).
- Identidad Sexual.
- Autoestima.
- Control de riesgo: Embarazo no deseado.

N.I.C.

- Asesoramiento sexual.
 - Enseñanza: Sexualidad.
 - Enseñanza: Sexo seguro
- Planificación familiar: Anticoncepción

DESARROLLO

- Se explicará la anatomía masculina y femenina, mediante láminas ilustrativas, fotografías, para una mejor comprensión
- Desarrollaremos el ciclo menstrual con un esquema descriptivo .
- Exposición de los cambios físicos de la pubertad y aportación de la experiencia personal vivida en esa etapa.
- Diferenciaremos los distintos tipos de orientación sexual (heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad). Las posibilidades de relaciones con personas del mismo o distintos sexo.
- La importancia de la virginidad en las distintas culturas.
- Trabajar las ideas y creencias erróneas sobre masturbación masculina y femenina.
- Exponer los métodos anticonceptivos reversibles e irreversibles, analizando en profundidad cada tipo sus ventajas e inconvenientes.
- En las enfermedades de transmisión sexual vamos a ver las vías de contagio, los síntomas , la prevención y su tratamiento.
- Dentro del tratamiento del T.M.G expondremos los distintos efectos secundarios a nivel sexual (amenorrea. galactorrea, disminución de la libido, impotencia...) de los antipsicóticos.

EVALUACIÓN

Antes de comenzar el grupo realizaremos una entrevista individual donde pasaremos el cuestionario de funcionamiento sexual del hospital general de Massachussets - MGH-

Podemos realizar evaluaciones directas, observando los logros de los pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestra sociedad aún existe mucha ignorancia referente al sexo, por ello todavía circulan muchos tabúes y errores en torno a la sexualidad, consecuencia de una escasa educación

social. El propio modo de vivir la respuesta sexual va a ser diferente de unas personas a otras. Los pacientes con TMG presentan serias dificultades en amplios campos de su vida como en el caso de la sexualidad, que además de la desinformación presente en toda la sociedad puede estar alterada en referencia a los tratamientos psicofarmacológicos que toman.

BIBLIOGRAFÍA

- Campaña Sexo con seso. Cruz Roja Española. Sociedad Española de Contracepción. Federación de Planificación Familiar de España.
- Guía Farmacológica en Psiquiatría, S. López Galán, Madrid 2008.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012, Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Sevilla, 2008.

ENTREVISTA DE ACOGIDA. UNA INTERVENCIÓN MÁS EN ENFERMERÍA

Julián Onofre Salgado Pacheco, María Purificación Jorge Hernández, Ana Belén Escudero Sánchez, Ana María Benavente Miguel.

Equipo de Salud Mental de Plasencia. Plasencia (Cáceres)

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos se ha producido una transformación en la imagen de la enfermería obteniendo un reposicionamiento de su rol dentro del ámbito sanitario.

La competencia de la práctica clínica enfermera se basa en la puesta en marcha de los conocimientos que la conforman como disciplina, el desarrollo de habilidades y el fomentar actitudes encaminadas a la recogida sistemática de datos sobre las necesidades del paciente, identificando sus capacidades y limitaciones para ayudarle en la toma de decisiones clínicas y en el proceso de afrontamiento de su enfermedad.

La identidad de enfermería, es, si duda, ofrecer cuidados: es la "ciencia de cuidar". Cuidar supone en primera instancia el reconocimiento de las propias características del cuidador; sus capacidades y sus límites a nivel no sólo intelectual relacionados con la formación específica, sino físicos y especialmente afectivos. En segundo lugar es necesario conocer como el otro puede, quiere y necesita ser cuidado, de aquí la importancia de la Entrevista de Enfermería.

Entendiendo por Entrevista, no solamente el completar un formulario, es recabar un cierto número de datos a fin de conocer no solo al enfermo sino a la persona que está enferma en su realidad mensurable y en su vivencia de ésta y establecer una relación terapéutica con el objetivo de acompañar durante el proceso de la enfermedad redescubriendo las propias posibilidades y capacidades.

En la mayor parte de los ESM, Unidades de Hospitalización y en todos los dispositivos de salud mental donde existan enfermeros ejerciendo sus funciones la realización de la apertura de la Historia Clínica corresponde a dichos profesionales; y a veces se limita a una recogida de datos administrativos, como si fuésemos una grabadora que transcribe lo que le están diciendo y luego lo plasma en papel como una impresora, sin permitirnos poder desarrollar otras funciones para las que estamos capacitados.

Podríamos utilizar esta oportunidad para presentar otras funciones que hacemos en el ESM, que son más específicas y propias de la consulta y del trabajo de enfermería en salud mental, como el programa TMG, grupos psicoeducativos, programa control de medicación, grupos de familia, consulta de trastorno de la alimentación; pero creemos necesario explicar las funciones en la entrevista de acogida, que al menos en el ESM de Plasencia, donde trabajamos, tiene otros intereses. No es una defensa de la apertura de la historia clínica, a nivel administrativo, por enfermería, es una explicación de nuestras funciones en esta entrevista y las intervenciones que como profesionales de enfermería podemos y debemos llevar a cabo, teniendo en cuenta que si es una interacción de enfermería con el paciente, nunca es una entrevista administrativa.

DESARROLLO

En el ESM de Plasencia, como supongo que en muchos de los dispositivos de Salud Mental, quien se encarga del cribaje de los pacientes es enfermería. Cuando llega un volante al equipo, el administrativo realiza la apertura de la historia administrativa: recogida de datos de afiliación, datos personales y la creación del número e historia física. Posteriormente estos documentos pasan a la consulta de enfermería para proceder al triaje, en el que tenemos que decidir qué tipo de intervención necesita el paciente. Cuestiones que con los datos que poseemos hasta ese momento son bastante complicadas.

Después de varios intentos, tras puesta en marcha de diferentes fórmulas para llevar a cabo el primer contacto con el paciente y la citación del mismo en el ESM, nos planteamos hablar, entrevistar al paciente y/o a la familia antes de darle la cita. Además de la función administrativa de citar, observamos claramente intervenciones de enfermería, que se desarrollan en esta entrevista y que seguidamente se explican, donde los más beneficiados son sin duda los pacientes. A través de esta interacción, de este primer contacto con el paciente, enfermería es el referente hasta la llegada del mismo al ESM, es el profesional que sirve de guía, al menos en la espera del paciente, para cualquier consulta que pueda surgir en ese periodo de tiempo.

Nosotros realizamos las entrevistas por teléfono, “puede ser frío, puede parecer que no se consigue el efecto de una entrevista personal, no lo negamos”, pero ante nuestra situación es lo único viable debido a la dispersión geográfica de la zona donde trabajamos, y porque somos dos enfermeros en un equipo donde se ven a doce pacientes nuevos de media diaria. Si fuese presencial no tendríamos espacio para hacer otras muchas de las actividades que desarrollamos. Además la media en la lista de espera está alrededor de dos meses y medio. Cuando los pacientes esperan mucho tiempo una cita, por su malestar emocional, hemos observado que se disparaban las urgencias, “la mayoría de los casos infundadas”, “pero la asistencia no se le puede negar a nadie”, y si el dolor es un signo subjetivo, cuando es emocional lo es aún más .

Sin embargo hay situaciones en las que la entrevista de acogida se realiza de manera presencial, es en los casos de las urgencias, donde enfermería interviene en la atención en crisis, siendo factor clave para disminuir la ansiedad en la primera toma de contacto, actúa como coterapeuta para resolver la urgencia. En muchas de estas situaciones, en el ESM de Plasencia, Enfermería resuelve la Atención en Crisis sin tener que ser vistas por otro profesional, dando las primeras pautas e indicaciones terapéuticas. También actuamos directamente con las familias, asesorando y orientando en la situación que esta viviendo su familiar y lo que ellos pueden realizar para ayudarle.

A continuación se presenta el protocolo que hemos creado para hacer un trabajo de enfermería mas fácil y eficaz, que servirá de guía para realizar la entrevista telefónica que se lleva a cabo en esta unidad de salud mental.

OBJETIVOS

- Establecer el primer contacto con el paciente ,la familia y/o tutor del paciente.
- Realizar una primera valoración del caso, teniendo en cuenta el carácter de la consulta (normal, preferente o urgente)
- Dar la primera orientación terapéutica.
- Informar sobre el funcionamiento de la unidad (horarios, personal...)
- Derivación al profesional que corresponda según la valoración.

ACTIVIDADES

Realización de entrevista telefónica con recogida y registro de datos según hoja de entrevista de acogida diseñada. Se registrarán:

- Datos de derivación, en primer lugar se señalará si la entrevista se realiza de manera telefónica o presencial. También si es una primera demanda o un paciente antiguo, dado de alta o abandono, que precisa nueva consulta. Se debe reseñar quién ha solicitado la consulta y si el paciente acude por voluntad propia. Indicar la fecha en la que se realiza la entrevista.
- Carácter de la consulta, existen tres posibilidades: normal, preferente o urgente.
- Procedencia:
- Equipo de Atención Primaria
- Atención Especializada: existen varias especialidades que se derivan directamente(mediante interconsulta) a la Unidad de Salud Mental, como son: Neurología, Endocrino, Cirugía Bariátrica, Transplantes y Salud Laboral.

- También los pacientes pueden ser derivados de otros dispositivos como son: el Hospital Psiquiátrico, Cedex.
- Motivo de derivación: en este apartado se transcribe literalmente el motivo que figura en el volante de derivación.
- Datos familiares: en este espacio se recogen el nombre, edad, profesión, estado civil y relación de las personas con las que convive el paciente en el domicilio. También se incluyen las personas con las que no convive, pero que mantienen una relación estable u otro tipo de vínculo.

En los datos familiares existe un apartado donde se enumeran los antecedentes, dando mayor importancia a los relacionados con la salud mental y/o a vivencias y situaciones familiares de interés.

- Recogida de datos clínicos del paciente: es la entrevista personal propiamente dicha, donde se recogen datos de la vida del paciente como: estado civil, profesión, estudios, antecedentes personales (enfermedades, intervenciones, accidentes).

Se incluye también en este apartado, si el paciente ha sido en algún momento de su vida atendido por algún profesional de la salud mental, a nivel privado, público, en el colegio, en un gabinete, etc.

Después se incluyen los síntomas y estado clínico actual:

- Sintomatología; inicio, en qué consiste, relación de la clínica con factores externos (ámbito, tiempo y espacio)
- Acontecimientos o vivencias presentes o pasadas, que puedan estar relacionadas con la situación que vive la persona.
- Tratamiento actual: se deben incluir todos los tratamientos que reciba, tanto a nivel orgánico como psiquiátricos y psicoterapias.
- Registro de las intervenciones de enfermería en la primera orientación terapéutica.
- En el último punto se registran los datos de la citación: fecha y hora de la cita y profesional al que se dirige.

Tras la presentación del protocolo se puede valorar que el realizar una entrevista telefónica resulta complicado, ya que existen varios aspectos necesarios para la realización de una entrevista de enfermería que no podemos controlar o modificar para un mejor desarrollo de la misma. En nuestro caso son, sin duda las cualidades del entrevistador nuestra mejor arma para realizar esta entrevista, pues es el único parámetro que podemos asegurar.

El entrevistador debe reunir unas características y actitudes personales que se complementarán con el desarrollo progresivo de capacidad y habilidad técnica. Entre las características y actitudes más significativas citaremos:

- Saber escuchar
- Ser objetivo e imparcial
- No ser autoritario
- Capacidad de “empatía”
- Comprensión
- Ser cordial y accesible
- Respetar la intimidad
- Ser sincero, paciente, sereno
- Ser prudente
- La escucha debe no solo ser sincera y abierta, sino real. No estamos realizando un mero trámite administrativo sino estableciendo un vínculo, un encuentro con otro que además está en una situación de vulnerabilidad.

- Debemos mostrar empatía para comprender los pensamientos y emociones del paciente de forma total, dejando en cierto modo de lado nuestros propios pensamientos para entender lo que él nos expresa.
- Consideramos que un profesional es asertivo, cuando dice y hace lo que debe en el momento y la forma adecuada independientemente de las consecuencias que ello pueda tener y se siente responsable.
- El profesional que realiza la entrevista debe ser concreto en relación a los objetivos mutuos de la entrevista, evitar tecnicismos y utilizar un mensaje comprensible para el entrevistado.
- Transmitir al paciente que su problema nos atañe y que respetamos su forma de pensar, valores ideológicos y éticos. El paciente no puede sentirse juzgado ni el entrevistador debe juzgar: un juicio apresurado anula toda posibilidad de comprensión, de acompañamiento y de vínculo saludable. Las preguntas se deben formular de modo que el paciente no se sienta invadido.
- Quien realiza la entrevista no se encuentra en un nivel superior, por tanto debe ser consciente de sus propias limitaciones y posibilidades para manejar aquello que surja del encuentro, así como de sus propios sentimientos e ideas. En ningún caso presentará una actitud autoritaria.

Observando la metodología enfermera, existe una intervención definida específicamente para este fin: 8180 CONSULTA POR TELÉFONO, (cuya definición engloba: identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones, por teléfono). Donde las actividades relacionadas explican perfectamente el trabajo realizado en la entrevista de acogida, que pasamos a enumerar:

- Identificarse con nombre, credenciales y centro; utilizar la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Informar al paciente acerca del proceso de la llamada y obtener su consentimiento
- Tener en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en las respuestas del paciente.
- Obtener información acerca del propósito de la llamada (historial sanitario previo, tratamiento actual)
- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario y la fuente de este conocimiento
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/ instrucciones telefónicas
- Identificar el grado de apoyo de la familia y de implicación en los cuidados
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que se necesita, si las inquietudes son graves
- Dar información acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados
- Dar información sobre el fomento de la salud/ educación sanitaria, si procede
- Identificar los problemas reales/ potenciales
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad.
- Implicar a la familia en los cuidados y planificación
- Responder a las preguntas
- Determinar la comprensión del paciente de la información proporcionada.
- Mantener la confidencialidad.

- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente de acuerdo con las normas especificadas.

A parte de la intervención Consulta por teléfono, en la acogida realizada por los enfermeros en el ESM de Plasencia existen otras intervenciones definidas en la nomenclatura de enfermería NIC:

- 5240 Asesoramiento
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes
- 4420 Acuerdo con el paciente
- 4920 Escucha activa
- 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 4380 Establecer límites
- 6610 Identificación de riesgo
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 2380 Manejo de medicación
- 5270 Apoyo emocional

CONCLUSIONES

En la exposición de esta comunicación, esperamos haber conseguido desmitificar la entrevista de acogida, alcanzando el valor de una intervención más, donde el enfermero es el anfitrión, el primer contacto del paciente, es el referente durante su proceso de espera hasta la consulta.

En esta situación, donde el paciente está perdido, buscando ayuda en su sufrimiento, el contacto profesional con los enfermeros de Salud Mental supone una intervención imprescindible en el proceso de enfermedad ofreciendo las primeras indicaciones terapéuticas y el apoyo emocional, valorado positivamente por el paciente a lo largo de su proceso.

La entrevista de acogida no es sólo un cuestionario a rellenar, es permitir que el paciente pueda exponer su problema, expresar sus sentimientos, proclamar sus deseos, todo sabiendo que un profesional de enfermería cualificado le está escuchando de manera empática, con respeto y comprensión.

Finalizando, sólo podemos aportar que en nuestra experiencia profesional esta entrevista nos ha creado un reconocimiento entre los usuarios y profesionales del área y a nivel personal existe una gran satisfacción de poder resolver problemas y conflictos con una de las intervenciones de enfermería que es la Entrevista de Acogida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Masson. Barcelona 1997.
- Bobes J. Et al. Enfermería psiquiátrica. Barcelona. Doyma.2000.
- Johnson Enfermería Profesional. Vol.II Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2000.
- Kérouac S. et al. El pensamiento enfermero, Masson S.A. Barcelona, 1996.
- Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Salvat editores S.A. Barcelona, 1991.
- Peplau H, Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson, Barcelona,1985.
- Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación 3ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid.1996.
- Prieto Rodríguez, MªA., Escudero Carretero, M., Gil García, E. y colaboradores. La entrevista Clínica de Valoración Inicial. Guía para la práctica clínica. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.
- Yyer W.P. et alts. Proceso y diagnóstico de enfermería. Interamericana McGraw- Hill.México 1997.
- García Pérez, C., Orgando Díaz, B. Comunicación eficaz para profesionales de la salud. Enferm Científ. 276-277:31-39. Marzo-abril, 2005.
- Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. McGraw -Hill. Interamericana.2ª Ed. Madrid 1995.

- C. Eseverri Chaverri Ed. Selare. "Enfermería, agentes de humanización".Bogota, Colombia, 1991.
- Jonson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman M., Mass M., Moohead S., Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Editorial Mosby, Elsevier. Madrid. 2007.
- NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.2007-2008. Editorial Elsevier 2007-2008.
- Dochterman M., Bulechek G., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Editorial Mosby, Elsevier. Madrid 2007.

A WONDERFUL DAY

Esteban Sánchez Martín, Angela Navarro Gallardo, María del Carmen Infantes García, Esperanza Gonzalez Gromé, Juan Sánchez Martín, Luis Ocaña Wilhelmi.
Unidad de Salud Mental Comunitaria Carranque. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia como discapacidad es un trastorno que evoluciona de forma cambiante y que si no se trata adecuadamente puede arruinar la vida del individuo que la padece, la de su familia y la convivencia de la comunidad en que se mueve. Estamos pues ante un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás.

La evolución de esta enfermedad va a depender en gran medida de condiciones sociofamiliares y culturales, en ocasiones de forma definitiva. La esquizofrenia evolucionará mejor cuanto más apoyo tenga y más rápidamente se instaure este, con tratamientos farmacológicos acertados y administrados de manera constante, la evitación de situaciones de riesgo (alcohol, drogas, estrés) y la instauración de medidas psicorehabilitadoras y de integración.

DESARROLLO

Esta comunicación se basa en la grabación de un vídeo de 10 minutos de duración en el que reflejamos un día en la vida de un paciente cualquiera con Trastorno Mental Grave.

Queremos mostrar el día a día de un paciente sin cortes, de forma horizontal, ya que muy a menudo no tenemos esa posibilidad porque solo vemos pequeños fragmentos de su vida, lo vemos sólo en consulta, sólo en el taller, sólo en la visita domiciliaria, en la administración del fármaco.... Nos ha parecido interesante unirlo todo y grabarlo en este video.

Nuestro paciente relatará sus vivencias frente a la enfermedad, el comienzo, sus emociones positivas y negativas, las crisis y el impacto en su familia.

La cámara irá captando imágenes en su domicilio, en el taller ocupacional, con sus amigos, en el equipo de Salud Mental (en la consulta de enfermería y durante la administración del tratamiento).

CONCLUSIONES

Las imágenes audiovisuales son un instrumento muy valioso para mostrar lo que sólo con palabras es difícil de entender. Las emociones del paciente, como se relaciona con su familia y con la sociedad en la que vive se ven de forma directa en este video, siendo el mismo paciente el que las va a narrar.

Con esto hemos pretendido ver desde la perspectiva del propio paciente "UN MARAVILLOSO DÍA DE SU VIDA"

BIBLIOGRAFÍA

- La esquizofrenia en la familia. Cabrera, J. Fuertes, J.C. Madrid, 2002.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. EXPERIENCIA GRUPAL EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Ana Isabel García Saiz, Eva Arroyo Valiente, Fidela Robledo González
Unidad de Salud Mental de Torrelavega. Cantabria

INTRODUCCIÓN

En Cantabria está en vigor desde abril de 2004, la Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección de sus Víctimas, que en su artículo 20 hace referencia a las actuaciones a realizar en el ámbito sanitario en nuestra Comunidad. La administración de la Comunidad Autónoma garantizará la existencia, permanente actualización y difusión de un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como el privado.

Este protocolo incorporará de manera específica cuantos criterios técnico-sanitarios permitan al personal realizar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continua con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerlo.

También establece que la asistencia psicológica inmediata deberá ser considerada como una atención básica de salud.

El Plan de actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007), de la Consejería de Sanidad, entre sus líneas estratégicas establece la elaboración del Protocolo de actuación Sanitaria ante los Malos Tratos.

Este protocolo además de las pautas de detección y atención por parte de todos los profesionales de salud, establece el derecho a asistencia psicológica en la mayor brevedad posible.

En la Unidad de Salud Mental de Torrelavega se presta esta asistencia desde abril de 2004. Las mujeres son derivadas desde los Equipos de Atención Primaria principalmente o desde cualquier otro recurso sanitario. La atención psicológica se presta en el plazo máximo de 8 días.

Por otra parte existe suficiente evidencia de que las intervenciones grupales son una herramienta terapéutica eficaz en el abordaje de diferentes problemas de salud.

En el caso concreto de mujeres víctimas de violencia de género, ya la OMS en el 2002 recomienda la puesta en marcha de estos grupos o la derivación de estas mujeres a grupos de apoyo y autoayuda ya existentes.

Con todo esto desde febrero de 2008, además de la asistencia individual, en la USM de Torrelavega, se comienza una experiencia de intervención grupal con mujeres víctimas de Violencia de Género.

JUSTIFICACIÓN

Un grupo de mujeres se justifica porque permite compartir experiencias, apoyarse mutuamente, relacionarse e identificarse con las demás mujeres presentes en dicho grupo. Permite ver que otras mujeres están pasando por su misma situación, que no están solas, que pueden ayudarse, ser escuchadas y comprendidas por las demás mujeres. Y además permite que fortalezcan su autoestima, mediante el conocimiento de sí mismas y la aceptación personal, rescatando sus poderes internos y reflexionando sobre decisiones claves para su vida.

OBJETIVOS DEL GRUPO

- Facilitar un espacio de comunicación que les permita manejar mejor sus conflictos.
- Mejorar la comunicación y la relación con los demás.
- Aumentar la autoestima y la seguridad en sí mismas.
- Romper los estereotipos de género y los mitos sobre la violencia, fomentando la igualdad entre hombres y mujeres.

- Terminar con el silencio y el aislamiento que provoca la violencia y fomentar y recuperar el apoyo social.
- Recuperar y aumentar el control de su vida, tomar sus propias decisiones, en decir adquirir autonomía personal.

DESARROLLO

Para el desarrollo del grupo se realizó una selección de las mujeres participantes, siguiendo una serie de criterios.

Son criterios de inclusión el estar incluida en el programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Unidad de Salud Mental de Torrelavega, dando prioridad a mujeres en toma de decisiones importantes, por ejemplo una separación y a mujeres en situación de aislamiento con interés en encontrar apoyos sociales.

También se tuvieron en cuenta factores de homogeneidad, como la edad, tiempo sufriendo maltrato, factores socioeconómicos, etc.

Se excluyeron a mujeres inmersas en algún proceso judicial en el momento de la realización del grupo.

De acuerdo a estos criterios se seleccionaron 8 mujeres.

Se eligió el formato de grupo cerrado, en el que las participantes que inician el grupo son las mismas que lo finalizan, salvo los abandonos que se puedan producir.

Se realizaron 16 sesiones de dos horas de duración cada una, la frecuencia fue semanal y el lugar de realización la sala de grupos del Servicio de Salud Mental.

El grupo fue conducido por la psicóloga clínica de la USM responsable del programa de Violencia de Género y una enfermera de dicha Unidad con formación específica en la atención a mujeres maltratadas.

El papel de las conductoras del grupo es el de potenciar la escucha activa, la interacción, la comunicación y la participación entre las integrantes.

METODOLOGÍA

Se utilizan diferentes técnicas de dinamización grupal con el fin de aumentar la participación, acercarse más fácilmente a una situación determinada, profundizar un tema, provocar puntos de vista diferentes, etc.

También se utilizan carteles, tarjetas, videos, análisis y lectura de textos y documentos alusivos al tema a trabajar.

Cada sesión se inicia con un breve resumen de la sesión anterior, recogida de impresiones sobre el trabajo de dicha sesión y explicación del tema a trabajar en ese día.

Se presta una atención especial a la primera sesión con el fin de lograr un clima de confianza, respeto y confidencialidad. Del buen resultado de esta primera sesión va a depender el posterior funcionamiento del proceso grupal.

Esta primera sesión se comienza dando la bienvenida a las participantes, presentación de las conductoras del grupo y de las mujeres participantes.

Se presentan los objetivos generales del programa. Se establecen unas reglas o normas de funcionamiento del grupo.

Se exploran las expectativas que genera el grupo en cada una de las mujeres.

Contenido de las sesiones

A lo largo de las 16 sesiones se trabajan los siguientes contenidos:

Confianza y apoyo

El objetivo es que aprendan a confiar en si mismas y en las otras participantes y que puedan establecer un sistema de apoyo dentro y fuera del grupo.

Teoría sexo-género

El objetivo de esta sesión es aprender a diferenciar los conceptos de sexo y género y reflexionar sobre las situaciones de desigualdad en la vida de las mujeres.

Espacios de socialización

Se analiza colectivamente la influencia que tienen la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación y la sociedad en el comportamiento de hombres y mujeres.

Ciclo de la violencia

Se define lo que es la violencia de género y los diferentes tipos de violencia, así como el Ciclo de la Violencia con sus diferentes fases.

La violencia puede parar

Se reflexiona sobre la necesidad de revisar comportamientos y actitudes para detener la violencia.

Mitos y realidades sobre la violencia

Se identifican los diferentes mitos y creencias con los que se justifica la violencia contra las mujeres.

¿Por qué las mujeres soportan violencia?

El objetivo de esta sesión es identificar las razones por las que las mujeres soportan la violencia, así como los miedos y temores para librarse de ella.

Proceso de duelo y/o separación

El objetivo es identificar las diferentes etapas de ese proceso y conocer los sentimientos que lo acompañan.

Consecuencias personales y ventajas de salir de esta situación

Se reflexiona sobre el daño que ocasiona la violencia en la salud integral de las mujeres y las secuelas que deja tanto en ellas como en las hijos/as y en la sociedad.

Alternativas para enfrentarse a una situación de violencia

El objetivo es desmitificar la imagen de sumisión y analizar respuestas de las mujeres frente a la violencia.

Cómo identificar a un hombre violento

El objetivo es identificar el comportamiento violento de un hombre, así como reconocer las características de un comportamiento violento.

Autoestima

Se reflexiona a nivel grupal sobre su significado y como se construye la autoestima. Se ayuda a las mujeres a fortalecer su autoestima mediante el reconocimiento de sus logros y cualidades.

Asertividad

Se enseña a las mujeres a hacer valer sus derechos, expresar sus opiniones, sus sentimientos, sus deseos cuando les parezca oportuno.

Despedida

El objetivo de esta sesión es evaluar la experiencia grupal, así como recoger sugerencias para futuros grupos.

Se trabaja la despedida pidiendo a las mujeres que expresen un sentimiento que quieran transmitir al grupo.

CONCLUSIONES

Se realiza una evaluación al inicio, al finalizar y al año, utilizando un cuestionario de autoestima de Coopersmith y otro en el que se valoran los conocimientos de las mujeres sobre los temas a tratar, los contenidos, la metodología, a las conductoras del grupo y la repercusión personal que ha tenido en ellas el haber participado en este grupo.

A la hora de valorar las conclusiones, hemos de tener en cuenta lo pequeña de la muestra y que aún está pendiente la evaluación al año. Aún así, los resultados de este trabajo animan a continuar esta línea de trabajo, por lo que actualmente estamos trabajando con un segundo grupo de mujeres víctima de violencia de género.

Cómo conclusiones podemos decir:

- Las mujeres se sentían mejor al finalizar el grupo.
- Habían aumentado su autoestima.
- Tenían mayor conciencia sobre las diferencias de género entre hombres y mujeres.
- Conocían las consecuencias que tiene para las mujeres el maltrato de sus parejas.
- Habían encontrado apoyos dentro del grupo.
- Conocían mejor sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de Abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las mujeres y la Protección a sus víctimas.
- Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Ruiz-Jarabo Quemada, C. Blanco Prieto, P. La Violencia contra las Mujeres. Prevención y detección. Ediciones Díaz de Santos, 2005
- Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- La atención sociosanitaria ante la Violencia contra las Mujeres. Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Barea, C. Manual para mujeres maltratadas. Editorial Océano, 2004.
- Andreola, B. Dinámica de grupo. Sal Térrea, 1981.
- Antons, K. Práctica de dinámica de grupos. Herder, 1981.

LA ENFERMEDAD COMO CAMINO DE APRENDIZAJE

Luna Serna Montero

Unidad de Salud Mental. Inca. Islas Baleares

INTRODUCCIÓN

Estamos asistiendo en nuestros días a un fenómeno que, pienso, no tiene precedentes, la psiquiatrización, etiquetación y posterior medicalización de las dificultades del vivir cotidiano, sin duda empujados a ello por un momento social en el que hemos fomentado la tolerancia cero a la frustración y nos encontramos presos de una supuesta sociedad del bienestar que está, a todas luces, evidenciando que nos resulta insatisfactoria en lo esencial.

Las Unidades, también llamadas Centros de Salud Mental y los profesionales que en ellas trabajamos, somos testigos, de todo ese malestar que tanta angustia y sufrimiento está generando.

Multitud de personas acuden a nuestros centros desorientados, confusos, en crisis.

Pocas cosas resultan tan estimulantes en el ejercicio de nuestra profesión, como el hecho de poder acompañar a las personas en sus respectivos procesos de aprendizaje y crecimiento.

Los grupos han demostrado constituir una metodología fundamental para acelerar el aprendizaje.

Determinadas generaciones de mujeres que han sufrido, privación de sus derechos, injusticia social, que han sido víctimas de una educación castradora que ha ido transmitiendo ciertos roles a través de modelos familiares y a través de la socialización, que han resultado ser como mínimo limitadores para ellas, constituyen hoy un núcleo importante de nuestros pacientes.

DESARROLLO

Se pregunta el prestigioso psiquiatra Luis Rojas Marcos en un artículo, a modo de reflexión, si seguiremos yendo al psiquiatra, y postula que continuará habiendo increíbles avances en el campo de la investigación científica, que conllevarán importantes hallazgos en diferentes áreas concernientes al ser humano, entre ellas la medicina, hallazgos que contribuirán de forma eficaz a paliar enfermedades tan devastadoras como el cáncer, sin embargo opina que en el terreno de la psiquiatría necesitamos un cambio de prisma.

Pronostica que a pesar de todos estos triunfos de la ciencia, no faltarán en el futuro hombres y mujeres angustiados, “unos se sentirán desconsolados a causa de dilemas existenciales, como por ejemplo el hecho de que nacemos sin nuestro consentimiento y perecemos casi siempre en contra de nuestra voluntad. Otros se frustrarán conscientes del desequilibrio entre sus aspiraciones y las limitadas oportunidades para alcanzarlas. Se intensificará la búsqueda de relaciones felices, debido a una mayor necesidad de contacto humano, de intimidad y de apoyo emocional” como contrapartida a una sociedad cada vez más compleja y tecnológica.

Opina que seguiremos yendo a especialistas no para que nos curen enfermedades, sino para que nos instruyan en el arte de vivir, con el objetivo de añadir vida y momentos dichosos a los años. Llama a estos especialistas, “especialistas del alma” que utilizarán métodos de comunicación diferentes a la cultura masculina dominante los últimos 3000 años: estrategias de persuasión, enseñanzas y explicaciones más novedosas y convincentes. Que escogerán el diálogo y la empatía como métodos preferidos para resolver conflictos. “Asegurándonos de que nuestro recorrido por la tierra en este nuevo milenio sea una experiencia de creatividad, de participación, de tolerancia, de generosidad, de sabiduría y de paz de espíritu”.

En mi experiencia laboral de estos últimos años, vengo observando que ese fenómeno que el Dr. Rojas precedía para el futuro es ya presente.

En las Unidades, de Salud Mental, nos encontramos a diario cada vez más con esos tipos de casos.

Mujeres y hombres que están viviendo momentos difíciles, angustiados y con un gran sufrimiento espiritual. Y todos sin excepción son etiquetados, psiquiatrizados y medicalizados.

La gran parte de estas personas casualmente, son mujeres.

A ellas que son fuente permanente de inspiración en mi trabajo quiero dedicar esta comunicación y por eso voy a hablar sobre todo del trabajo que como Enfermera de SM vengo realizando con ellas los últimos años.

Dice el premio nobel de la paz del 2006 Mohamed Yunus, entregado en cuerpo y alma a la erradicación de la pobreza en el mundo a través de su brillante idea de microcréditos, que el 90% de sus clientes son mujeres porque se ha dado cuenta que cuando les presta dinero a ellas saben rentabilizarlo mejor, y sus beneficios revierten de forma más evidente en el medio familiar, lo administran mejor y todo el núcleo familiar se beneficia de ello, empezando por los hijos que pueden acceder a las escuelas, al saber, antes vetado para ellos.

Con esa esperanza realizo también mi trabajo con ellas, convencida de que si ellas consiguen avanzar en su crecimiento personal, aprender, realizar los cambios que necesiten hacer... todo su mundo familiar va a verse involucrado indefectiblemente en ese cambio, como nos recuerda la teoría sistémica, cuando un miembro del sistema cambia, cambia también todo el sistema.

Carl R. Rogers en su libro “El proceso de convertirse en persona” opina que el individuo posee en sí la capacidad y la tendencia de avanzar en la dirección de su propia madurez y que en un ambiente psicológico adecuado esta tendencia puede expresarse libremente, dejando de ser una potencialidad para convertirse en algo real.

Crear ese ambiente adecuado es parte importante de nuestro trabajo.

He comprendido que este ambiente se genera de forma más fácil y con más fuerza en el trabajo grupal.

El trabajo de grupo ofrece la oportunidad a los pacientes de reunirse con otros en un entorno de apoyo para tratar los efectos de sus problemas sobre ellos mismos.

Los grupos constituyen una herramienta de primera magnitud para los profesionales sanitarios. Ayudan a mejorar la asistencia que damos a los pacientes y sus familias.

La terapia de grupo se basa en la suposición de que, cuando un grupo se reúne, surge un proceso único Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock “Terapia de grupo”

Gustav le Bon (1920) observó que cuando la gente pertenece a un grupo es más sugestionable y se siente más fuerte que fuera del entorno grupal, además de experimentar un contagio o identificación de sus emociones.

Cuando los grupos se organizan con un líder un objetivo y un compromiso, el contagio y la sugestionabilidad pueden usarse positivamente (Mcdougall, 1920).

Irvin Yalom 1985 describió el poder terapéutico único de los grupos. Identificó doce factores curativos que contribuyen a la eficacia de todos los grupos de terapia y que son:

- Dar esperanza
- La universalidad
- Dar información
- Recapitulación colectiva del grupo familiar
- Desarrollo de técnicas de socialización
- Insight
- Comportamiento de imitación
- Aprendizaje interpersonal
- Cohesión grupal
- Catarsis
- Factores existenciales

Kosoba (1979) afirma que las personas que tienen un compromiso, la creencia de que el cambio es algo normal en la vida, incluyendo una actitud activa, son más resistentes a las enfermedades y que los factores curativos que menciona Yalom estimulan el desarrollo de algunas de esas características.

El poder curativo de los grupos puede entenderse mejor desde un punto de vista psicossocial de la enfermedad.

Las investigaciones más recientes, indican que la “posibilidad de obtener apoyo social, favorece el enfrentamiento con la enfermedad” (Lipowski, 1989).

Esta experiencia disminuye la sensación de soledad y aislamiento y facilita la sensación de conexión positiva con los demás.

Los grupos constituyen un medio de promoción de salud.

Dan la oportunidad al paciente de ver como los demás se están enfrentando a su enfermedad, a sus problemas.

“Los grupos interactivos son una metodología fundamental para acelerar el aprendizaje”
(Miguel Ángel Santos pedagogo)

Sabemos que algunas de las mujeres que acuden a nuestros centros de salud mental, expresan quejas inespecíficas, que manifiestan a través, de síntomas diversos: ansiedad, molestias gástricas, cefaleas, cansancio, algias múltiples, insomnio... síntomas que no suelen responder al tratamiento médico, porque su origen es psicossocial más que físico, ... y para los que se les prescriben, psicofármacos varios, analgésicos y un largo etc Algunas son diagnosticadas de enfermedades crónicas lo que contribuye a que lleguen a nuestras consultas con esperanzas de recuperación escasas o nulas. Y no pocas veces a los profesionales se nos escapan múltiples formas de maltrato camufladas bajo estos disfraces de multiqueja somática, y enmascaradas de depresión.

Son mujeres que están atravesando momentos de insatisfacción vital, o momentos evolutivos de especial importancia, y en ocasiones situaciones vitales dramáticas, para lo que de momento no se ha descubierto ningún fármaco milagroso, a pesar de que sus bolsos hayan devenido en una especie de “farmacias ambulantes”.

En este contexto es fundamental realizar un trabajo en el que la mujer entienda las causas de su malestar, revise las condiciones de su vida, y no sólo de sus dolencias físicas, que entienda que la salud tiene que ver con múltiples aspectos: la forma en que vivimos, trabajamos, nos relacionamos... pero también con lo que pensamos y sentimos y el valor que nos otorgamos, el aprecio que nos tenemos. Que nuestro bienestar está muy relacionado con nuestra forma de enfrentarnos a los acontecimientos de la vida, de afrontar las dificultades, de utilizar nuestros recursos y capacidades. Que sentirse una persona valiosa es una condición indispensable para estimarse, cuidarse, tener relaciones afectivas satisfactorias, oportunidades de placer y de realización personal, es decir para poder lograr y mantener una salud integral.

Son muchos los factores que hay que tener en cuenta a la hora de intervenir con mujeres en los espacios de salud mental: la multiplicidad de roles, el rol de cuidadora familiar, el aislamiento de algunas mujeres, el no reconocimiento social del trabajo doméstico y de cuidado que realizan, la doble jornada laboral (en su trabajo y en casa esta última sin remuneración) el sentimiento de culpa por no poder hacer frente a tantas responsabilidades, la priorización de satisfacer necesidades de los otros, la dependencia económica y emocional, la ausencia de tiempo y espacio para ellas...

Es necesario en estos espacios grupales reflexionar sobre el hecho de ser mujer y su incidencia en la salud, analizar los factores psicossociales que condicionan el malestar y el bienestar de las mujeres, conocer y diferenciar los conceptos de sexo, género rol y estereotipo. La

identidad femenina y los mensajes de género. La construcción de la identidad. Reflexionar sobre el aprendizaje recibido y la transmisión de roles a través de modelos familiares y de la socialización. Analizar la incidencia del cumplimiento de los roles asignados (mandatos familiares explícitos e implícitos) en la salud de las mujeres.

Estos espacios grupales, son espacios pedagógicos, en donde sus participantes aprenden, aprenden a ver las crisis no sólo como enfermedad, sino como verdadera oportunidad, pues la crisis nos avisa de que algo no va bien, es una señal que nos indica que debemos hacer algunos cambios.

Aprenden que es necesario tener un propósito para vivir y aprenden a buscarse, estimarse, a escucharse para ir encontrando ese propósito.

Aprenden cuales son sus cualidades positivas, lo mejor que hay dentro de ellas mismas, a descubrir sus potencialidades, aprenden a buscar dentro y no fuera.

Aprenden que toda mujer tiene un papel fundamental en el desarrollo de su propia vida. Aprenden como ser mejores protagonistas o heroínas en las historias de su propia vida. Para llegar a ello en ocasiones van a tener que tomar opciones conscientes que moldeen sus vidas.

Van dándose cuenta de los poderosos efectos que tienen en ellas los estereotipos culturales así como de las poderosas fuerzas internas, patrones internos o arquetipos que influyen en lo que hacen y en cómo se sienten y que son responsables de las principales diferencias que existen entre ellas.

De la mano de la Dra. Jean Shinoda Bolen psiquiatra Junguiana nos vamos a ir adentrando en el alma de cada mujer para ayudarla a que vaya descubriendo sus “diosas internas” o arquetipos internos, lo cual les va a proporcionar medios de entenderse a sí mismas y de entender sus relaciones con hombres y mujeres, con sus padres, amantes e hijos. Revelaciones de lo que es motivador, frustrante o satisfactorio para algunas mujeres y no para otras.

En los años 70, Betty Friedan *The feminine Mystique* escribe sobre el vacío y la insatisfacción de una generación de mujeres que han vivido para y a través de los demás, describe la fuente de su infelicidad como un problema de identidad cuyo núcleo consistía en una atrofia del desarrollo. Sostiene que su problema es alimentado por nuestra cultura que no permite a las mujeres aceptar o satisfacer su necesidad básica de desarrollo y realizar su potencial como seres humanos, denunciando los estereotipos culturales y la manipulación por los medios de comunicación. Todo eso es vigente hoy en día. Aún nos encontramos con diferencias salariales entre hombres y mujeres que desempeñan un mismo trabajo. A las mujeres se les sigue negando oportunidades de empleo y promoción, dificultándoles la conciliación de su mundo familiar con el laboral... Los roles de la mujer aún están desvalorizados y limitados. Las desigualdades y la discriminación están aún presentes en nuestra sociedad y de forma más evidente en sociedades cercanas con las que convivimos debido al fenómeno de la inmigración. Y el maltrato y la muerte de muchas mujeres que intentan salir de sus redes, se generaliza y extiende cual si de una mala hierba se tratara.

Las pautas culturales determinadas por los hombres premian o castigan a las mujeres por abrazar o rechazar los roles estereotipados. Estas fuerzas externas o estereotipos, estos papeles a los que la sociedad espera que la mujer se adapte, refuerzan algunos patrones de comportamiento femenino y reprimen otros.

Una vez que la mujer se vuelve consciente de las fuerzas que influyen en ella y de sus potencialidades, obtiene el poder que ese conocimiento proporciona, adquiere autoconocimiento sobre la fuerza de ciertos instintos, las prioridades y las capacidades, y también las posibilidades de encontrar un propósito personal, a través de las opciones que toma. El conocimiento de sus arquetipos internos le va a permitir amar profundamente, trabajar con sentido y ser sensual y creativa.

¿Por qué existen mujeres a quienes los apegos emocionales no les desvían de lo que ellas consideran importante?

Mujeres no victimizadas y que no sufren. Mujeres que expresan su necesidad de autonomía y tienen capacidad de centrar su conciencia en lo que tiene sentido personalmente para ellas. Mujeres que tienen la capacidad de ir directamente a los objetivos y que tienen el pensamiento lógico que les orienta hacia los logros. Mujeres que persiguen sus metas de manera activa, que son capaces de mirar hacia su interior, hacia el centro espiritual de la personalidad femenina. Y ¿por qué existe, sin embargo, otro tipo de mujeres que representan los roles tradicionales de la esposa, madre e hija, cuyos arquetipos se orientan hacia las relaciones, cuyas identidades y bienestar dependen de tener una relación significativa, expresando la necesidad de algunas mujeres de afiliación y vinculación? Y, finalmente, ¿por qué determinadas mujeres se encuentran en el grupo de aquellas que entablan relaciones por decisión propia, que no son victimizadas, que mantienen su autonomía y autodependencia, mujeres orientadas a perseguir intensamente relaciones más que a la permanencia, a valorar el proceso creativo y a estar abiertas a cambiar?.

A lo largo del proceso grupal trataremos de ir despejando todas esas incógnitas y también otras, de manera que sirva de luz en el camino de cada mujer para que desde el entendimiento sean capaces de ir realizando los cambios que necesiten hacer en sus vidas y de ir aceptando todo aquello que no es posible cambiar.

Al mismo tiempo yo también he ido creciendo y aprendiendo con los pacientes; He comprendido la importancia de preguntarme a menudo ¿poseo los conocimientos, los recursos, la fuerza psicológica y la habilidad necesaria para ser útil a estas personas?

En todos estos años de trabajo he aprendido lo importante que es para mí amar el trabajo que hago, poner el corazón en él. Amar a los pacientes permitiéndoles ser como son y a la vez creer en sus potencialidades, creer en ellos.

He aprendido a cuestionarme. En el desempeño de nuestro rol, considero primordial permitirnos reconocer y revisar nuestros propios conflictos, miedos inseguridades... y la forma en que nos enfrentamos a todo eso en nuestras propias vidas.

El trabajo con el sufrimiento de los otros, nos exige realizar un ajuste permanente y continuo de nuestras propias emociones, a la vez que una toma de conciencia de nuestras propias dificultades y limitaciones.

Tratar de entender como afecta lo que soy en mi trabajo, de que manera lo personal y lo profesional acaban contaminándose.

¿De qué forma puedo resultar más útil y de que manera puedo acompañarles mejor en sus respectivos procesos de maduración y cambio? Todo eso exige un proceso propio de maduración y cambio sin el cual, es más difícil que mi yo pueda constituir un yo terapéutico para el otro.

Me vais a permitir que os cuente, al respecto, un pequeño cuento oriental que dice así:

“Rachatsima, un viejo pintor tailandés, cayó en desgracia de su rey, el viejo honorable Kong Pong, conocido por su gran crueldad, ordenó que el pintor pudiese permanecer colgado con ambas manos de dos argollas fijadas al techo. Cuando las fuerzas le fallasen y se dejase caer entraría en acción el nudo corredizo de una soga que rodeaba su cuello. De esa forma moriría ahorcado. Cuando el pintor estaba colgado de las dos argollas liberó una de sus manos con la que pintó sobre la pared dos ratoncillos. Los hizo con tal esmero, con tanta pasión, con tanto interés que los ratoncillos cobraron vida, saltaron a la cuerda, la royeron con tanta rapidez y fuerza que el pintor cayó al suelo y salió huyendo en libertad.”

Me gustaría que este cuento nos ayudara a reflexionar, no tanto sobre las cosas que hacemos, sino sobre cómo hacemos las cosas, sobre la cualidad que imprimimos en ellas, el cuidado, el entusiasmo, el esmero, la perfección, el mimo, el interés, la pasión, y también reflexionar a cerca de, de qué depende esa perfección, de nuestro ánimo, de nuestra voluntad, de nuestra afectividad, de nuestro corazón, de nuestro conocimiento. Porque volviendo a Miguel Angel Santos, no basta con querer hacer las cosas bien, además hay que saber hacerlas bien. Y puede que, en nuestro caso, eso nos lleve toda una vida de aprendizaje, entre otras cosas, aprendizaje a cerca de nosotros mismos.

CONCLUSIONES

- Con nuestro trabajo cotidiano podemos contribuir a que las personas que llegan a nuestras consultas, y en concreto las mujeres, aprendan y desde el conocimiento tengan la opción de elegir. La ignorancia nos convierte en esclavos mientras que el conocimiento nos hace libres.
- A su vez nosotros aprendemos con ellas.
- Contribuir a que entiendan su sufrimiento y aprendan a vivir con menos angustia poniendo vida a sus años.
- Enseñarles a descubrir y desarrollar sus potencialidades.
- Nosotros mismos debemos estar en continuo proceso de aprendizaje para poder acompañar con calidez y calidad.
- Cuestionarnos permanentemente a cerca de lo que hacemos y cómo y desde donde lo hacemos.
- Preocuparnos por llenar de sentido nuestra vida y nuestro trabajo.
- Acompañar en el proceso de buscar dentro y no fuera y no en las soluciones rápidas, y no sólo en la industria psicofarmacológica, aunque en ocasiones sea necesaria.
- Es importante que seamos capaces de amar lo que hacemos.
- Pocas cosas resultan tan estimulantes en el ejercicio de nuestra profesión como el hecho de poder acompañar a las personas en sus respectivos procesos de aprendizaje y crecimiento, convirtiéndose así la crisis en una oportunidad de la que salir reforzados.

Y ya para terminar me vais a permitir que os muestre una fotografía tomada hace unos días en Mallorca, donde vivo, de los almendros en flor, imagen con que cada mes de Febrero año tras años nos viene deleitando el milagro del avance de la primavera.

El solsticio de invierno marcaba en la cultura romana y en otras culturas como la celta, el renacimiento del sol, que los pueblos antiguos festejaban con grandes hogueras, danzas, cantos... Las grandes hogueras tenían la función de proporcionar calor y recordar la fuerza de un sol recién nacido que empezaba su recorrido hacia la primavera, inundando la tierra con su poder regenerador.

Con él la vida comenzaba a despertar lentamente de su letargo, proporcionando fertilidad a la inerte tierra. Lo mismo que los almendros hibernaron, esperando el renaciente sol para germinar y florecer, así el conocimiento nos permite abrirnos a la luz, comprender y florecer cualidades, potencialidades dormidas.

Sirva esta fotografía final de los almendros en flor, en este contexto en el que hoy nos encontramos, a modo de metáfora del despertar, tras el letargo. Despertar al que nos conduce el aprendizaje y el conocimiento.

Quisiera finalizar esta comunicación, expresando mi sentimiento de agradecimiento a todas aquellas mujeres que en algún momento hayan formado, estén formando y formarán parte de mi vida, con un agradecimiento muy especial a mi madre que ya no vive, pero sí vive en mí, y muy especialmente también a todas aquellas pacientes que me han permitido de alguna manera entrar en sus vidas.

Todas ellas me han enseñado, con ellas he aprendido, y espero seguir haciéndolo en el futuro. Todas son fuente permanente de conocimiento y de inspiración para mí.

Y a Vds en agradecimiento, también, por su atención les brindo esta frase que no es mía sino de Einstein

“Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia”
(A. Einstein)

BIBLIOGRAFÍA

- Bolen, JS. Las diosas de cada mujer. Barcelona: Kairós, 2000; 19-36
- Kaplan H I, Sadock BJ. Terapia de grupo. Madrid: Panamericana, 1996
- Rogers C R. El proceso de convertirse en persona. Barcelona:Paidós, 1972; 39-61
- Migallón, P, Gálvez, B. Los grupos de mujeres. Madrid: Instituto de la mujer, 2002
- Friedan, Betty.The Feminine Mystique.Nueva York: Dell,1964
- Artículos: Rojas, L ¿Seguiremos yendo al psiquiatra?.El país 02-02-2002.
- Blog Miguel Angel Santos. Escritos reflexión a cerca de la educación.

LA FLEXIBILIDAD DE LA EMPATÍA. CREANDO VÍNCULO CON PERSONAS CON TMG

Fermín Antonio Lanzas Cabello, Mercedes Roca Bañuls, Inmaculada Hidalgo Ruiz, María Dolores Gutierrez Palomino, Clara Raposo Crespo, Francisca Hidalgo Ruiz
Equipo de Salud Mental de Distrito Guadalmedina. Málaga.

INTRODUCCIÓN

Durante décadas, los profesionales de la terapia han escrito sobre la importancia de determinadas características de los terapeutas, como son la calidez, el respeto, el apoyo, el cuidado, la preocupación, la comprensión empática, el compromiso, y el interés activo. Una característica del terapeuta bastante investigada es la de mostrar una empatía adecuada. Estudios experimentales y de correlación han demostrado que un estilo terapéutico empático está asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y con un cambio de la conducta a un mayor largo plazo. (Miller and Rollnick. 2003).

Según el PISMA (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía) y una guía editada para definir el proceso asistencial integrado al TMG, éste, la persona con TMG (Trastorno Mental Grave) es aquella que:

- 1.- Presenta una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que:
 - Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
 - Distorsiona la relación con los otros.
 - Supone o puede suponer riesgo para su vida.
 - Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).
- 2.- Necesita un abordaje complejo, incluyendo:
 - Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
 - Intervención sobre el medio social y de apoyo a la familia.
 - Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.
- 3.- Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

En dicha guía hace alusión a la empatía y al cariño (elementos terapéuticos, sobre todo éste último, algo olvidado en la literatura científica, en cuanto a salud mental se refiere) cuando habla sobre los destinatarios y expectativas, concretamente en su título sobre la cortesía (TMG. 2006).

Si en la práctica diaria del acto enfermero en salud mental la comunicación es una herramienta básica, en el trabajo con personas con TMG se torna indispensable, tanto en calidad como en cantidad. Es por ello que debemos cuidar el abordaje de estas personas y tener claro desde el principio el estilo comunicativo que vamos a elegir.

Algunos de los diagnósticos NANDA más frecuentes en este grupo están relacionados con la falta de vínculo con los profesionales de salud, la falta de motivación (desde los relacionados con las AVD, a el incumplimiento del tratamiento, o el afrontamiento inefectivo, etc.)

A veces la familia de la persona con TMG, pieza clave en el tratamiento integral de estos, está desbordada y otras veces ausente. Existe una falta de vínculo y por lo tanto también son incapaces de movilizarlos en pos de la consecución de una mayor autonomía.

Tenemos que crear un vínculo para ser considerados por dichas personas con TMG merecedores de llamarnos agentes facilitadores del cambio, es decir, profesionales capaces de motivarlos y extraer todas aquellas aptitudes positivas que lo conduzcan hacia la máxima autonomía posible.

La persona con TMG rompe casi todos los lazos con su sistema biopsicosocial, se siente aislado, sólo. Además de la escisión propia del psicótico con la realidad, existe un aislamiento social, un distanciamiento de las oportunidades que pueda tener cualquier ciudadano.

Estar separado significa estar aislado, sin posibilidad alguna para utilizar mis poderes humanos. De ahí que estar separado signifique estar desvalido, ser incapaz de aferrar el mundo, las cosas y las personas, activamente; significa que el mundo puede invadirme sin que yo pueda reaccionar. Así, pues, la separatividad es la fuente de una intensa angustia. (Fromm. 1959).

OBJETIVO

Ofrecer la posibilidad de crear un espacio donde reflexionar sobre el rol del enfermero de salud mental, a través de:

- Reflexionar sobre las diferentes corrientes asistenciales.
- Definir modelos comunicativos facilitadores del cambio.
- Defender la empatía como parte esencial en la creación del vínculo.

DESARROLLO

La teoría más claramente articulada y puesta a prueba con respecto a las condiciones básicas del terapeuta con respecto a la facilidad del cambio es la de Carl Rogers (1959). Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales, proporciona la atmósfera ideal para el cambio. Dentro del contexto de dicha atmósfera segura y de apoyo, Rogers proponía que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas. El terapeuta sólo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad. (Miller and Rollnick. 2003)

La responsabilidad del terapeuta no es sólo dar consejos, sino también motivar-aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio. Desde esta perspectiva, para un terapeuta no es adecuado culpar al paciente de no estar motivado para el cambio. La motivación es un parte central e inherente a las tareas de un profesional (Miller and Rollnick. 2003).

La tarea en la consulta de enfermería sería restaurar los lazos naturales que cualquier persona necesita para sentirse miembro de un grupo, y por ende tener sentimiento de pertenencia. En otras palabras mucha más simples, necesita sentirse amado.

La necesidad más profunda del hombre es la necesidad de superar su separatividad, de abandonar la prisión de su soledad. El fracaso absoluto en el logro de tal finalidad significa la locura, porque el pánico del aislamiento total sólo puede vencerse por medio de un retraimiento tan radical del mundo exterior que el sentimiento de separación se desvanece -porque el mundo exterior, del cual se está separado, ha desaparecido-. (Fromm, 1959).

Prochaska y Diclemente (1984), estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio, también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable. Dichas fases son: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída. (PITA, 2005).

En todas las etapas la empatía es esencial. En el TMG los cambios en las conductas rehabilitadoras son más lentos, por tanto el cambio de etapa en las fases anteriores también es más lento. Es pues doblemente importante trabajar la empatía en los TMG para conseguir avanzar en la rueda del cambio.

La creación del vínculo será clave en el progreso en dicho cambio. Dicho vínculo también lleva inmerso una serie de etapas donde habrá que trabajar aspectos diferentes. La persona con TMG debe ser protagonista de su cambio.

Aspectos y herramientas a trabajar:

Para crear el vínculo necesario a través de una relación empática necesitamos trabajar:

- Nuestra orientación profesional, es decir, el modelo de relación interpersonal que vamos a elegir.
- Responsabilizar a la persona con TMG de su proceso vital.
- Las emociones de la persona con TMG para facilitar la motivación y la predisposición al cambio.

Comenzaremos por definirnos nosotros mismos. La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del sanitario pueden provocar oposición al cambio ("Tienes que dejar de beber"). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactividad psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación). Esto es cambiar una visión directiva (Vg. entrenamiento en habilidades) por otra motivacional (donde la propia persona se responsabiliza de su cambio y propone estrategias para conseguirlo). Para favorecer las relaciones terapéuticas es necesario desarrollar habilidades como escuchar activamente, responder reflexionando en sus sentimientos y su contenido; parafrasear y sintetizar; hacer preguntas abiertas; responder apropiadamente al silencio y a la comunicación no verbal del paciente. (Cornejo, 2003). Igualmente importante es el respeto que debemos tener a la persona afecta con un TMG. Para conseguir este objetivo podemos valernos de formación basada en el autoconocimiento, para darnos cuenta de nuestro posicionamiento y no seguir repitiendo pautas que fracasan una y otra vez (trabajaríamos técnicas gestálticas, técnicas teatrales, etc.). El arte terapia utiliza el material artístico para establecer la comunicación y los vínculos. Para conseguir esto el arte terapeuta debe tener un papel neutro, debe ser el acompañante de su propio recorrido, que en cada paciente será diferente. (Viloca, 2002).

La persona con TMG se hace responsable. Se basa en el continuo de conciencia, pero en él todas las percepciones se consideran actos. "me doy cuenta de que estoy nervioso e intranquilo, y me hago responsable de ello". Con esta fórmula, el paciente deja de echar la culpa al mundo de sus estados, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí mismo para cambiar o disminuir sus consecuencias. Le permite darse cuenta de cuáles son sus necesidades y, como consecuencia, satisfacerlas, y si no logra satisfacerlas, responsabilizarse de ello y no responsabilizar al mundo, donde coloca la culpa y el poder. (Martin, 2006). Según Carl Rogers cada persona es el artífice de su propio destino, sostiene que cada persona tiene un potencial innato que le permite desarrollar de forma efectiva su vida y resolver los problemas que ello implica. Estos recursos innatos existen en cada persona, aunque a veces están oscurecidos, olvidados o negados. Están siempre presentes con el potencial de desarrollarse y crecer. (Rogers, 1951. Extraído de: Cornejo, 2003).

Podemos utilizar técnicas del arte terapia; una técnica terapéutica que tiene como objetivo ayudar al paciente a hacer conscientes, en la medida que sea posible, sus conflictos internos y sus defensas, ayudándose a encontrar sus propios instrumentos para controlarlos y/o entenderlos. (Llúcia, 2002).

La persona con TMG debe entender que él es el responsable de su proceso, hasta tal punto, que debe definir los tiempos de actuación y los objetivos propuestos en su plan de cuidados. Es decir, demos acordar los Diagnósticos Nanda a trabajar, así como los NOC y NIC y las actividades que de ello se derivan. Por ejemplo: no tiene sentido trabajar el diagnóstico Deterioro de las Actividades recreativas si la persona no está dispuesta a ello. Aunque debemos hacer una salvedad dada la gravedad de algunos TMG y trabajar diagnósticos de primer orden, por ejemplo: incumplimiento del tratamiento, riesgo de violencia autodirigida o dirigida a otros (aunque para ello debemos contar con un nuevo vínculo, llámese aliado familiar, cuidador formal, monitor Faisem, etc.).

Trabajaremos las emociones de la personas con TMG. El término emoción proviene del latín, *emovere*. Originariamente significaba moverse, emigrar, transferir de un lugar a otro, cambiar. Todos tenemos emociones, reconocidas o no, que motivan y dan forma a nuestras vidas. Cuando son reprimidas o negadas pueden restringir y distorsionar el cuerpo y el pensamiento. La emoción se manifiesta en la persona en su totalidad, con cambios en el cuerpo y su fisiología en el área mental y en su conducta (Cornejo, 2003).

La inhibición de las emociones (expresar una emoción positiva se considera signo de falta de control y debilidad, expresar una negativa se considera signo de poca educación o de falta de clase, pero, sobre todo, una descalificación personal) es muy común en personas con patologías mentales. (Calvo, 2002). Trabajaremos diferentes técnicas de motivación a través de las emociones, bien directamente si es oportuno, o bien a través de juegos o ejercicios físicos que ayuden a desinhibir.

Trabajaremos la emoción a través del arte. El color de la acuarela, la poesía y la música son tres de las técnicas más empleadas en el taller de cromoterapia y pintura para desbloquear emociones. Cuando a Picasso le preguntaban cómo se podía llegar a ser un gran pintor decía: “la pintura no se aprende, se encuentra, sólo tienes que ser tu mismo. (Calvo, 2002)

En el proceso creativo el artista (persona con TMG) tiene la posibilidad de jugar y dar forma a sus miedos y dificultades. Durante este proceso íntimo el paciente entra en contacto consigo mismo y posibilita el acceso a procesos primarios de pensamiento, tan importantes para poder llegar a la exploración del material inconsciente. Un proceso bastante similar y muy utilizado en psicoanálisis serán los sueños: mediante la interpretación de éstos se pueden encontrar pistas sobre el conflicto interno del paciente. En el trabajo psicoterapéutico con psicóticos, todo esto puede ser muy útil, ya que uno de los problemas más importantes es la comunicación y expresión de sus emociones y sentimientos. En muchos casos, la palabra es demasiado abstracta, es un símbolo demasiado lejano de su realidad concreta: en otros puede significar un medio que pueden sentir demasiado directo y agresivo. Expresarse mediante la palabra no es menos complicado, cada palabra puede sentirse como perder una parte de sí mismos, una parte que cuando dejan de escuchar desaparece. (Viloca, 2002).

Algunas emociones se evocan cuando se toma un rol. A partir del trabajo corporal, de la voz y de la expresión corporal, el individuo irá sintiendo estas emociones y se pondrá en contacto con sus partes internas que antes no encontraban expresión. La dramaterapia utiliza algunos de estos principios, por ejemplo, en las técnicas de improvisación. Esto se basa en la teoría de Watson (1930) que considera que cada emoción tiene una reacción visceral específica y considera que la emoción no es nada más que un patrón o modelo de cambios fisiológicos (Cornejo, 2003). Este concepto puede ser muy interesante para trabajar las emociones en las personas con TMG, ya que suele tener una inhibición emocional importante y su abordaje a través de terapias convencionales basadas en el diálogo y la comunicación verbal suele provocar resistencias.

Trabajar el autoconocimiento a través de diferentes técnicas. Por ejemplo ejercicios de polaridad física para desarrollar la polaridad inhibida, y así liberar la energía contenida en ella, ampliando y mejorando sus recursos. Al meterse en papeles tan llenos de angustia para él, por

medio de las acciones físicas, (emular animales, personajes grotescos o altivos, etc.) toma contacto con una parte de sí mismo reprimida y oculta, pero portadora de una potente energía que hasta ese momento estaba bloqueada. Está basado en la teoría de la polaridad de Jung (Cornejo, 2003). Otra forma de trabajar el autoconocimientos es a través del darse cuenta de su yo físico, a través de ejercicios de cámara lenta, el espejo, relajación, etc.

Algo importante es no dar la respuesta, pues esto hace que la persona con TMG no cree sus propios mecanismos para resolver sus dudas, con lo cual el crecimiento personal se vería merchado. Está basado en el método socrático: hacer una serie de preguntas hasta dar con la respuesta final, es la mayéutica, en la que el terapeuta hace de matrona y ayuda a la parturienta (paciente con TMG) a parir sus propias respuestas, ideas, soluciones, etc. (Marinoff, 2000) También viene reflejado en las teorías de Piaget, donde manifiesta la importancia de la búsqueda como forma de crecimiento personal (Martin, 2006).

Otras actividades a llevar dentro de un plan de cuidados de enfermería, en el cual queremos conseguir unos resultados NOC, es decir, un cambio en el proceso vital de una persona con TMG, son: (extraídas del Plan de cuidados del programa informático DIRAYA)

Para potenciar la autoestima:

- Comunicar frases sobre su valía.
- Animar al paciente a que identifique sus virtudes.
- Reforzar virtudes.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de dicha persona.
- Mostrar confianza en la capacidad de lograr metas.
- Reforzar progresos.
- Fomentar aumento de la responsabilidad.

Para potenciar la socialización:

- Animar para desarrollar relaciones sociales.
- Fomentar actitudes sociales y comunicativas.
- Fomentar a compartir problemas comunes con los demás
- Animar a cambiar de ambiente, salir, caminar.
- Facilitar entusiasmo y planificación de actividades.

CONCLUSIONES

Podemos decir que la construcción del vínculo a través de la empatía debería seguir una imagen gráfica piramidal.

- Con una fuerte y amplia base, que es el comienzo de la relación, pegada a la tierra donde se cimienta algo duradero y verdadero, con fuertes lazos.
- Con unas líneas ascendentes que miran al infinito, como la autonomía de una persona anclada en un TMG y que mira a las inmensas posibilidades a las que puede optar como persona libre.
- Hechas de piedra y geoméricamente perfecta, que se amolda a las suaves y flexibles arenas del desierto. Flexibles como la conducta de todo aquel profesional preparado para trabajar con TMG.
- Con ingentes dosis de paciencia, cual pirámide perpetua que siempre está esperando y participando en los cambios que se acontecen.
- Con elevadas dosis de cariño y amor, con sacrificio y apoyando el pensamiento crítico, y con humor, ingredientes indispensables de todo creador de algo magno.

Como le dijo el zorro al principito:

Si quieres ser mi amigo ¡doméstícame!

"Hay que ser muy paciente. Te sentarás al principio un poco lejos de mí, así, en la hierba. Te miraré de reojo y no dirás nada. La palabra es fuente de malentendidos. Pero, cada día, podrás sentarte un poco más cerca..." (Saint-Exupéry. 1974)

BIBLIOGRAFÍA

- Jonson, M; Bulechek, G; Macloskey Dochterman, J; Maas, M; Moorhead, S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Ed Harcourt. Madrid. 2004.
- Calvo Sagardoy, R. Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Ed Planeta. Barcelona. 2002.
- Martín A. Manual práctico de Psicoterapia Gestalt. Ed. Desclée de Brouwer, SA. Bilbao. 2006.
- Cornejo S, Brik Levy L. La representación de las emociones en la dramaterapia. Panamericana. Buenos Aires. 2003.
- Marinoff, L. Más Platón y menos Prozac. Ed. B. Barcelona. 2000.
- Viloca Lúcia. El niño autista. Ed CEAC. Barcelona 2002.
- Fromm, E. El arte de amar. Ed Paidós. Barcelona. 1959.
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010 (PITA). Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2005.
- Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2006.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2008.
- Miller, W; Rollnick, S. La entrevista motivacional. Ed Paidós. Barcelona. 1999.
- Saint-Exupéry, A. El principito. Ed. Ultramar. Madrid. 1974.

LA PSICOEDUCACIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Paloma López Somolinos, Rosario Cayón Gómez, María Romón Méndez, Sara Sánchez Torres, M^a Angeles Gutierrez Pérez

UHB de psiquiatría. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, conocido popularmente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). Su causa es un desequilibrio químico en un tipo de biomoléculas del cerebro llamadas neurotransmisores.

El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología. Así, el paciente sufre de episodios o fases depresivas o eufóricas (maníacas).

Las personas que sufren este problema presentan, durante días, semanas o meses, períodos de pérdida de interés en sus actividades habituales, falta de concentración, intensa apatía (cualquier pequeña tarea o contrariedad se convierte en un escollo insalvable) y alteraciones del sueño y del apetito (tanto en el sentido de aumento como de disminución). Estos síntomas son comunes a las diversas formas de depresión. Sin embargo, estos pacientes sufren también episodios inversos, en los que se sienten capaces de cualquier cosa, se embarcan en numerosos proyectos, hablan en exceso, gastan el dinero con profusión y se molestan fácilmente cuando se les lleva la contraria. Estas fases reciben el nombre de «manía» o «hipomanía», según su intensidad. Algunos pacientes, finalmente, presentan fases mixtas, en las que se entremezclan síntomas de depresión y síntomas de euforia.

Tiene tratamiento farmacológico, de ahí que es muy importante que el afectado esté correctamente diagnosticado: los manuales sitúan la media de espera de este diagnóstico en unos diez años.

Para ello la entrevista psiquiátrica sigue siendo el método más fiable para el diagnóstico del Trastorno Bipolar.

En conclusión, podemos decir que el paciente Bipolar es una persona normal, que sufre una enfermedad, cuya gravedad puede en algunos casos, distorsionar intensamente la personalidad. Lo que sí es cierto es que, la experiencia de una manía o hipomanía es de aquellas que no se olvidan y algunos pacientes incluso la echan de menos.

CLASIFICACIÓN

No hay un consenso claro sobre cuantos tipos de trastorno bipolar existen. En el DSM-IV-TR y el ICD-10, el trastorno bipolar se concibe como un espectro de trastornos que se suceden en un continuo. El DSM-IV-TR lista cuatro tipos de trastornos del estado de ánimo que se ajustan en la categoría de bipolar: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, ciclotimia y Trastorno bipolar no especificado.

Trastorno bipolar tipo I

El trastorno bipolar tipo I se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

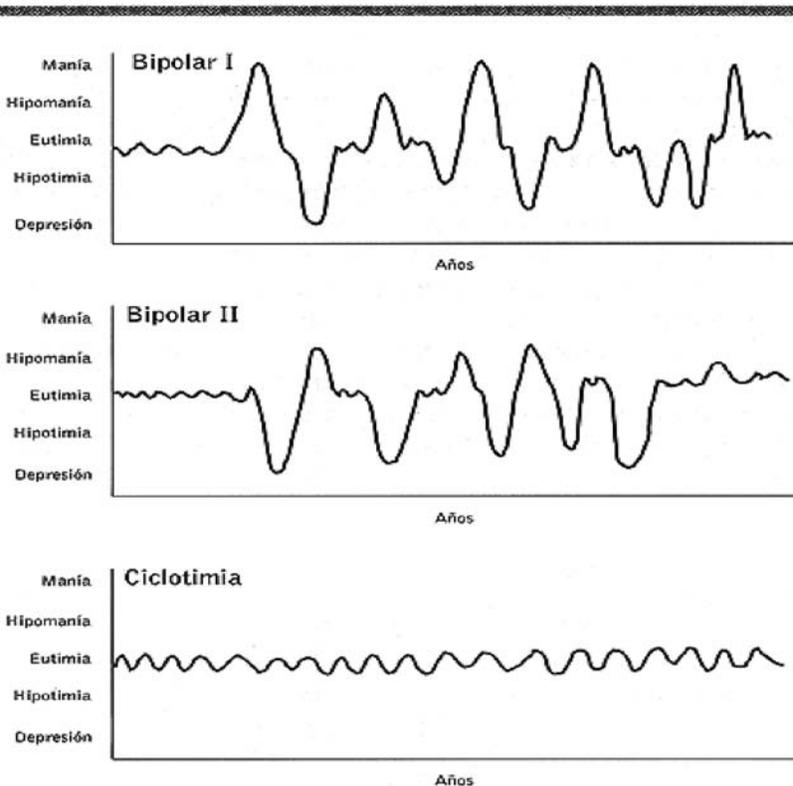
Trastorno bipolar tipo II

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaniacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de hipomanía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suele relatarse esto con menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. Para ambos trastornos existe un cierto número de especificadores que indican la presentación y el curso del trastorno, entre otros el de "crónico", "ciclador rápido", "catatónico" y "melancólico". El trastorno bipolar II, que se da más frecuentemente se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía y al menos otro de depresión.

Ciclotimia

El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función.

Estado de ánimo



Trastorno bipolar no especificado

El trastorno bipolar no especificado es un "cajón de sastre", diagnóstico que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si un individuo parece sufrir claramente de algún tipo de trastorno bipolar pero no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados más arriba, se le asigna el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado. Aunque los pacientes por lo general acudirán en busca de ayuda en fase depresiva, es muy importante averiguar a partir del paciente o de la familia de éste si alguna vez se ha dado algún episodio de manía o hipomanía mediante una cuidadosa interrogación. Esto evitará un diagnóstico equivocado de trastorno depresivo y evitará el uso de antidepresivos que pueden desencadenar un cambio a manía o hipomanía o inducir un ciclado rápido. Se ha desarrollado recientemente herramientas de exploración como el Hypomanic Check List Questionnaire (cuestionario sobre hipomanía mediante una lista de comprobación, HCL-32) para asistir en la tarea frecuentemente complicada de detectar los trastornos bipolares tipo II.

Etiología

Como se ha dicho, el trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo. El funcionamiento de estos mecanismos depende de dos factores: genéticos y ambientales. Actualmente sabemos que en el trastorno bipolar la genética desempeña un papel muy importante, ya que es la responsable de que el estado de ánimo esté mal regulado. Los factores ambientales pueden actuar como precipitantes de las crisis, pero generalmente es necesaria cierta predisposición hereditaria para la enfermedad. Muchas personas se extrañan de ello porque la enfermedad se les ha manifestado en la edad adulta, o porque no hay casos similares en la familia. Lo cierto es que muchas enfermedades con componente hereditario no dan la cara al nacer y se necesitan factores ambientales, tan importantes o más que los genéticos, para que se manifiesten. Por otra parte, muchas veces los antecedentes familiares pueden ser remotos y, por tanto, desconocidos para el afectado. Además, las mutaciones (cambios espontáneos en los genes), explican que las enfermedades hereditarias aparezcan en personas sin antecedentes.

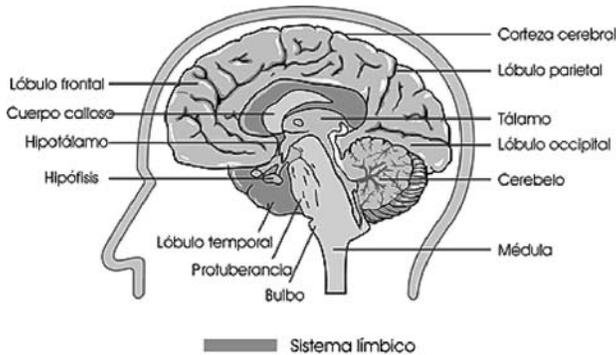
El estado de ánimo es el motor que impulsa al organismo hacia la consecución de metas, más allá de la simple satisfacción de las necesidades básicas. Para un buen funcionamiento psíquico y físico, es imprescindible la integridad de los mecanismos que lo regulan, que son los que permiten no desfallecer ante las dificultades, afrontar los problemas del día a día y mantener la ilusión en el futuro. Cuando los problemas sobrepasan la capacidad de adaptación de una persona, estos mecanismos no consiguen por sí solos restablecer el equilibrio anímico y puede sobrevenir una depresión. Estas depresiones son denominadas generalmente «depresiones reactivas» o «exógenas», porque aparentemente se producen como consecuencia de un o unos sucesos desfavorables para el sujeto. Sin embargo, existen otro tipo de alteraciones del estado de ánimo en que los propios mecanismos reguladores son los que funcionan de forma incorrecta, de modo que la persona afectada puede padecer una depresión sin necesidad de que exista un precipitante evidente. Como casi siempre existen problemas con los que justificar que una depresión es reactiva, muchas veces pasa desapercibida la auténtica raíz del trastorno, que reside en un mal funcionamiento de dichos mecanismos.

En la regulación del tono vital participan factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, meteorológicos y farmacológicos. Entre los factores biológicos destacan unas sustancias que circulan por el interior de las neuronas (células cerebrales), denominadas neurotransmisores, y las hormonas. Otras sustancias importantes son los denominados neuromoduladores y los iones.

Estos mecanismos funcionan como un termostato: cuando el estado de ánimo disminuye por algún motivo, se producen diversas sustancias que impiden que se alcancen niveles demasiado bajos, que podrían poner en peligro la supervivencia del sujeto; cuando el ánimo se eleva,

se producen otras que evitan un exceso de euforia que también podría conllevar problemas, como el desprecio del riesgo y la sobrevaloración de las propias fuerzas. Por este motivo, la sensación de alegría tras un acontecimiento positivo suele durar poco, aunque no ocurra nada malo a continuación. Cuando este «ánimostato» pierde precisión, cualquier suceso estresante puede acabar provocando una alteración importante del estado de ánimo. Las depresiones que aparecen tras un parto, por ejemplo, son fruto de la combinación del descenso brusco de la concentración de ciertas hormonas en la sangre (estrógenos), que forman parte de este «ánimostato», junto con las dificultades psicológicas de adaptación a una situación nueva, en las madres primerizas (inseguridad), y altamente estresante en general (cargas familiares y económicas). La localización de estos mecanismos de regulación del estado de ánimo es el sistema límbico, una región del cerebro situada en la zona central interna.

El sistema límbico Regulador del estado anímico



Denominado también, por su función, "cerebro emocional", está compuesto por el lóbulo límbico de la corteza cerebral y por una serie de estructuras subyacentes entre las que se encuentran el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral.

Además de regular el estado de ánimo, se ocupa de la conducta sexual, el apetito y el sueño

Hay pacientes que tiene cierta tendencia a presentar el mismo tipo de episodio coincidiendo con una determinada estación del año. Es lo que se conoce como patrón estacional. Generalmente se compone de depresión invernal e hipomanía o manía en la primavera /verano .Esta alteración está relacionada con las horas de luz solar. Por lo tanto, es mucho más común en países alejados del ecuador, en los que hay mucha más variación de disponibilidad de luz solar entre verano e invierno. Este tipo de trastorno es especialmente frecuente, por ejemplo, en los países escandinavos.

Epidemiología

El trastorno bipolar es una enfermedad mucho más frecuente que otras que son mucho más conocidas por la gente, como la diabetes .Incluyendo las formas menos graves, entre un 2 y un 5% de la población mundial sufren algún tipo de trastorno bipolar.

Sin exagerar, podríamos afirmar que cerca de un millón de españoles sufre algún tipo de trastorno bipolar.

Aparece en cualquier momento de la vida, aunque es más característico que se inicie entre los 15 y los 25 años.

El trastorno bipolar existe por igual en todas las partes del mundo, independientemente de sus diferencias culturales, la etnia, el grado de progreso tecnológico, etc. y esto es porque el trastorno bipolar no es “culpa” de ningún factor social: repetimos que la causa del trastorno bipolar se halla en la alteración de algunos mecanismos del cerebro.

Algunos estudios indican que el trastorno bipolar es discretamente más común entre las mujeres. Concretamente, habría 1.4 mujeres bipolares por cada hombre.

En la depresión unipolar la relación de géneros suele cifrarse en cuatro mujeres por hombre.

Las mujeres bipolares tienden a tener más depresiones que los hombres, mientras que éstos tenderían más a presentar episodios maníacos.

El trastorno bipolar es un problema importante en salud pública en la actualidad. Para algunos autores representa la sexta causa de discapacidad en todo el mundo, y se caracteriza por una pobre calidad de vida, deterioro laboral y una mayor utilización de los servicios sanitarios (tanto atención primaria como hospitalaria) y sociales; a ello se añaden los costes indirectos de morbilidad (mayor que los directos), consecuencia del absentismo, desempleo, suicidio o mortalidad prematura. Además, el hecho de que dicho deterioro persista incluso en los periodos de eutimia agrava el problema.

No hay que olvidar el coste no sólo económico, sino también personal, debido al sufrimiento que la propia enfermedad genera en el paciente, su familia y la sociedad. Para combatir todas estas adversidades sólo queda contemplar la posibilidad de realizar una mayor inversión en investigación, formación de los profesionales, información a la sociedad y organización de los servicios asistenciales específicos.

¿Existe el trastorno bipolar infantil?

Algunos pacientes que padecen un trastorno bipolar empiezan su enfermedad durante la infancia, lo cual tiene su complicación, sobre todo, porque resulta muy difícil diagnosticar un trastorno bipolar en un niño .

La inquietud de las fases maníacas resulta difícil de identificar, a veces, en niños y no pocas veces los síntomas psicóticos, si no son muy claros , pasan por ser “fantasías” del niño, y la irritabilidad se malentiende como “rebeldía juvenil”. Otros síntomas también frecuentes en la manía infantil, tales como la hipersexualidad son, por sus propias características, mucho más fáciles de identificar. Los niños presentan, con mayor frecuencia que los adultos, episodios mixtos (mezcla de manía y depresión) y ciclos rápidos (alternancia de fases repetidas). El tratamiento del trastorno bipolar durante la infancia, contrariamente a lo que mucha gente cree, es también farmacológico y se utilizan los mismos fármacos que en adultos, pero a menudo en dosis inferiores.

Curso del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar es comúnmente encuadrado como Trastorno Bipolar Tipo I, en donde el individuo experimenta experiencias extremas de manía, o Trastorno Bipolar Tipo II, en donde los «altos» de la hipomanía no llegan hasta el extremo de la manía. Puede ocurrir la psicosis, particularmente en los períodos de manía. También nos encontramos con subtipos de «ciclos acelerados». Debido a que en los problemas relacionados con los cambios de humor hay tantas variaciones en cuanto a su severidad y a su naturaleza, el concepto de espectro bipolar es usualmente utilizado, incluyendo en él la ciclotimia. Muchas personas con trastorno bipolar experimentan de una severa ansiedad y son muy irascibles cuando se encuentran en un período maniaco (hasta el punto de la furia), mientras que otros se vuelven eufóricos y grandilocuentes.

Período depresivo

Las señales y los síntomas del período depresivo en el trastorno bipolar incluyen (pero en ningún sentido se limitan solo a ellos): sentimientos constantes de tristeza, ansiedad, culpa, ira y soledad y/o desesperanza, desordenes de sueño, apetito, fatiga, pérdida de interés por actividades de las que la persona antes disfrutaba, problemas de concentración, odio hacia uno mismo, apatía o indiferencia, despersonalización, pérdida de interés en la actividad sexual, timidez o ansiedad social, irritabilidad, dolor crónico (con o sin causa conocida), falta de motivación, e incluso ideas suicidas

Período maniaco

Las personas que se encuentran en un episodio maniaco pueden estar eufóricas, irritables y/o suspicaces. Se encontrarán con un incremento en sus actividades y cualidades tanto físicas como mentales. El incremento en la energía y en las actividades es muy común; suele tener verborrea. La necesidad de dormir se encuentra disminuida. La persona suele distraerse rápidamente y puede manifestar e incluso llevar a la práctica ideas irreales, grandilocuentes y sobre optimistas. Las facultades sociales se ven disminuidas, y las ideas poco prácticas suelen llevar a indiscreciones tanto financieras como amorosas.

Hipomanía

La hipomanía es generalmente un episodio destructivo menor que la manía, y las personas que se encuentran en este episodio usualmente experimentan los síntomas de la manía en menor grado o menos síntomas. La duración es regularmente menor que la manía. Este es considerado como un período «artístico» del desorden, que se caracteriza por una gran cantidad de ideas, un pensamiento extremadamente ingenioso, y un incremento en la energía.

Período mixto

En el contexto del trastorno bipolar los períodos mixtos son aquellos en los cuales la manía y la depresión clínica ocurren simultáneamente (por ejemplo, la agitación, ansiedad, agresividad, confusión, fatiga, impulsividad, las ideas suicidas, en pánico y la paranoia, ideas de persecución, verborrea, pensamiento veloz y furia)

Los episodios mixtos suelen ser los más volátiles dentro del estado bipolar, debido a que los estados pueden ser activados o desencadenados de forma rápida y simple. Los intentos suicidas, el abuso de sustancias psicotrópicas y dañarse a si mismo suele ocurrir en este estado.

Recaídas

Algunas personas, incluso estando medicadas, pueden experimentar episodios del trastorno en un nivel menor, o, incluso llegando a experimentar episodios completos de manía o depresión. De hecho, algunos estudios recientes han descubierto que el trastorno bipolar está "caracterizado por un bajo porcentaje de recuperación, un alto porcentaje de recaída, y un funcionamiento regular entre los distintos episodios." El estudio además confirmó la seriedad del trastorno en cuanto a que las personas con un "trastorno bipolar estándar han duplicado las posibilidades de muerte." El trastorno bipolar está actualmente considerado como "posiblemente la categoría más costosa de trastornos mentales."

Los siguientes comportamientos pueden llevar a recaídas, tanto maniacas como depresivas:

- La interrupción o terminación de la medicación sin consultar con su médico.
- Estar mal medicado. Generalmente el tomar una dosis menor de un estabilizador de ánimo pueden llevar a una manía. El tomar una menor dosis de anti-depresivos pueden causar una recaída depresiva, mientras que dosis muy elevadas pueden llevar a episodios mixtos o episodios de manía.

- El tomar drogas duras-sean medicamentos o no tales como la cocaína, alcohol, anfetaminas u opioides. Estas tienden a empeorar los episodios.
- El dormir demasiado o muy poco. Dormir demasiado (posiblemente causado por la medicación) puede llevar a la depresión, mientras que el dormir muy poco puede conducir a episodios mixtos o maniacos.
- La cafeína pueden causar desordenes en el ánimo que pueden conducir a la irritabilidad, la disforia y la manía.
- Usualmente los pacientes tienden a auto medicarse, siendo la drogas más comunes el alcohol y la marihuana. Algunas veces se vuelven hacia las drogas duras. Estudios han demostrado que el fumar tabaco induce un efecto calmante en la mayoría de los pacientes, y un alto porcentaje de las personas que sufren del trastorno suelen fumar tabaco.

Riesgo de suicidio

Las personas que padecen de trastorno bipolar tienen una posibilidad incrementada tres veces de cometer suicidio que la de aquellos que padecen de depresiones mayores (12% a 30%). Aunque muchas de las personas que sufren del trastorno realmente nunca logran cometer el suicidio, el promedio anual de suicidio en hombres y mujeres diagnosticadas con la enfermedad (0.4%) es de 10 hasta 20 veces mayor que en la población general. Individuos que padecen del trastorno tienden a tener tendencias suicidas, especialmente durante los estados mixtos de hipomanía y depresión agresiva.

Tratamiento

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. Se emplean varios fármacos en el tratamiento, necesitándose en la mayor parte de los casos una combinación de varios.

Para ello se emplean un tipo de fármacos, llamados estabilizantes del estado de ánimo para prevenir o mitigar episodios de manía o depresivos. Entre los medicamentos de este tipo que han demostrado su eficacia están el litio y anticonvulsivantes como el ácido valproico, la carbamazepina y la lamotrigina entre otros.

Estabilizantes del estado del ánimo

Carbonato de Litio:

Es el tratamiento de elección en el trastorno bipolar. No se une a proteínas plasmáticas, por lo que no requiere metabolización hepática.

Compite con el sodio reemplazando a sus iones y cambia la respuesta neuronal a los neurotransmisores. Se excreta por vía renal con mayor velocidad que el sodio.

La mejoría se consigue, por lo general, entre el 5º y 14º día

El rango entre los niveles terapéuticos y tóxicos es mínimo, por lo que es necesario un estricto control sérico para evitar concentraciones tóxicas.

Los niveles aceptables se sitúan entre 0.5 y 1.2 mEq/l; valores por encima de 1.2 mEq/l se consideran tóxicos.

Interacciones con otros fármacos:

- Carbamazepina: neurotoxicidad, hipotiroidismo, disfunción del nodo sinusal.
- IECA: alteración de la función renal.
- AINEs: disminuye el aclaramiento renal de litio.
- Calcioantagonistas: neurotoxicidad
- Dígoxina: disminuye el potasio, produciendo arritmias.
- Diuréticos tiazídicos: aumentan los niveles plasmáticos de litio.

Efectos secundarios:

Sistema nervioso	Temblores, fatiga general, debilidad muscular, torpor mental
Riñón	Poliuria
Cardiovascular	Hipotensión, inversión de la onda T, bloqueos
Gastrointestinal	Polidipsia, vómitos, diarrea, náuseas, sequedad de boca, aumento de peso (hasta 12 Kg. en el primer año de tratamiento.)
Dermatológico	Acné, exacerbación de la psoriasis
Endocrino	Aumento de la ADH e hipotiroidismo
Hematológico	Neutrofilia y leucocitosis

Intoxicación:

Es importante iniciar el tratamiento precoz ante la aparición de litemias elevadas a pesar de la total ausencia de sintomatología compatible con intoxicación. También hay que tener presente que pueden producirse efectos adversos neurológicos con niveles de litemia dentro de los márgenes terapéuticos.

Existen una serie de factores que predisponen al aumento de los niveles plasmáticos como son la edad avanzada, dieta hiposódica, deshidratación, gastroenteritis, hipotensión, insuficiencia renal, hepatopatía crónica, anorexia, uso de diuréticos distintos a INEs, beta-bloqueantes y ciertos antibióticos y antivirales.

Los signos que orientan a una intoxicación por litio pueden ser el temblor junto con la poliuria y la polidipsia.

En el caso de intoxicación grave la mortalidad asciende entre el 20 y el 50%

En la siguiente tabla se adjuntan diversos síntomas según el grado de intoxicación.

Estado Pretóxico	Grado I	Grado II	Grado III
Astenia	Somnolencia	Disminución de la conciencia	Estupor, coma
Temblores finos	Náuseas y vómitos	Temblores	Crisis epilépticas
Nistagmo	Agitación	Fasciculaciones	Contracciones musculares
Náuseas, vómitos	Irritabilidad	Mioclónias	Insuficiencia renal
Diarrea y dolor abdominal	Hiperreflexia	Paresias, parálisis	
Anorexia	Disartria, ataxia	Movimientos coreicos	
	Fasciculaciones	Arritmias	
	Visión borrosa		

Tratamiento de la intoxicación:

- Lavado y aspiración gástrica si la dosis se ha tomado en las últimas 4 horas (generalmente con intención autolítica)
- Diálisis peritoneal o diuresis forzada en litemias inferiores a 2mEq/l y sin sintomatología
- Diálisis en cifras superiores a 2 mEq/l o en caso de que exista clínica neurológica o renal.

Monitorización del tratamiento:

El control clínico previo a la instauración de litio consiste en un estudio completo: historia, ECG, hemograma y bioquímica con función renal, hepática y tiroidea.

En general se acepta que en el momento de la introducción de litio es recomendable el control de niveles semanales hasta comprobar una estabilización de los niveles en plasma. Posteriormente controles mensuales durante seis meses y a partir de ese momento semestral en caso de ausencia de complicaciones.

Control mensual o bimensual de TA, FC, peso toma de otros medicamentos y niveles de los mismos; si es posible control de los efectos secundarios relacionados con el litio, eficacia clínica y palpación tiroidea.

Control semestral o anual de función hepática renal y tiroidea, control de diuresis, monograma y hemograma y TSH basal; si hay alteraciones en ella, niveles de T3 y T4. En caso de hipotiroidismo por litio, deberá valorarse la retirada del fármaco.

Contraindicaciones:

Trastornos de la función renal, insuficiencia cardiaca, miastenia gravis, embarazo, adoptar lactancia artificial en niños de madres en tratamiento.

Pautas especial para pacientes que toman litio

- El litio debe tomarse con una pauta regular, preferentemente a la misma hora, ya que la acumulación de dosis puede producir intoxicación.
- Los efectos secundarios graves requieren la interrupción del tratamiento.
- El litio y el sodio compiten por su eliminación renal. El aumento de ingesta de sal aumenta la eliminación de litio; la disminución la reduce. De ahí la importancia de una dieta equilibrada de líquidos y sal.
- Distintas situaciones pueden hacer necesario un ajuste de la cantidad de litio: cambio de medicación, dieta, fiebre, sudoración excesiva.

Presentación:

En España se comercializa en comprimidos de carbonato de litio de 400 mg.

Ácido Valproico (Depakine®)

Se ha mostrado eficaz en el trastorno bipolar, la manía aguda, la manía disfórica y en los pacientes que son cicladores rápidos. Parece adecuado si el paciente tiene antecedentes traumatismo craneal cerrado o existen alteraciones en el EEG.

Su absorción es completa y rápida, con una vida media de 12 horas. Se une a proteínas plasmáticas. Se metaboliza en el hígado, donde se descompone en otro metabolito activo. Su eliminación es renal.

Su efecto terapéutico se hace evidente en la 1ª- 2ª semana alcanzados los niveles plasmáticos.

Es el tratamiento de elección en madres que desean amamantar a su bebé ya que solo alcanza un 5 ó 10% de concentración en la leche materna.

Efectos secundarios:

Sistema nervioso	Somnolencia ,temblor de manos, ataxia, vértigo, anorexia
Gastrointestinal	Náuseas, dispepsias, diarrea, vómitos, aumento de peso y hepatopatias (en raras ocasiones)
Dermatológico	Caída de cabello
Endocrino	Aumento de las transaminasas
Hematología	Ocasionalmente leucopenia y trombocitopenia

Interacciones:

- Disminuyen los niveles plasmáticos con carbamazepina, fenobarbital y fenitoína.
- Aumentan los niveles plasmáticos con la aspirina y la fluoxetina
- Aumentan los niveles plasmáticos de anticonvulsivantes y antidepresivos tricíclicos.

Monitorización:

Antes de comenzar el tratamiento es recomendable realizar hemograma y bioquímica con función hepática y tiroidea, y después cada 6 meses.

El rango terapéutico se sitúa entre 50 y 100 g/ml.

Contraindicaciones:

- En el primer trimestre de embarazo.
- Hipersensibilidad al medicamento
- Hepatitis aguda o crónica
- Insuficiencia Hepática severa
- Trastornos graves de la coagulación

Presentación:

En España se comercializa en comprimidos recubiertos de 200 y 500 mg.

Comprimidos de liberación prolongada de 300 y 500 mg (Depakine crono ®).

En solución de 200 mg/ml en frasco de 60 ml

Carbamazepina (Tegretol®)

Es un anticonvulsivante eficaz utiliza en trastornos afectivos y dolores neuropáticos.

El tratamiento con carbamazepina se plantea como alternativa a aquellos pacientes que no responden o donde el litio se encuentra contraindicado.

Está indicado, en primer lugar, en el tratamiento de la manía y, en segundo lugar, en la profilaxis de las recurrencias bipolares. Se utiliza también en trastornos de la personalidad y abstinencia del alcohol y benzodiazepinas.

Su absorción es lenta .Se une a proteínas plasmáticas .Su concentración óptima se alcanza entre las 4 y 6 horas aunque puede retrasarse hasta 24 horas si la dosis es muy alta. Se metaboliza por vía hepática y se elimina por vía renal.

Su efecto terapéutico se hace evidente a partir de la 2ª semana.

Lamotrigina (Lamictal®)

Se utiliza en el tratamiento del trastorno bipolar, en cualquiera de sus fases. Es posible que pueda usarse en el tratamiento de la depresión. Es bien tolerado (no han aparecido hasta la fecha ni sedación, ni hepatotoxicidad, ni aumento de peso).

Se absorbe rápidamente y por completo en el intestino. Se transforma en hígado y se elimina por vía renal.

Hay que reseñar un efecto infrecuente pero grave, el síndrome de Stevens Jonhson: es una enfermedad inflamatoria grave, y en ocasiones mortal, que se caracteriza por fiebre, ampollas en la piel, úlceras en mucosas (labios, boca, fosas nasales, ojos y genitales), neumonía, dolor articular y en ocasiones, perforación de córnea.

Antidepresivos

En general, en las guías clínicas americanas desaconsejan la utilización de antidepresivos en el trastorno bipolar. Las europeas admiten la utilización, siempre en combinación con un estabilizador del humor, y con precaución para evitar virajes.

Impiramina

Ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, el riesgo de viraje maníaco es alto, por lo que las guías clínicas recomiendan en general evitar la utilización de antidepresivos tricíclicos.

Fluoxetina

Es efectiva como tratamiento de la depresión bipolar aguda pero debe también administrarse asociada a un estabilizador del humor.

Venlafaxina

Tiene un riesgo de viraje superior a otros antidepresivos de nueva generación.

No se ha podido demostrar eficacia en la prevención de las recaídas en ninguno de los grupos

Antipsicóticos atípicos

Olanzapina

En un ensayo a doble ciego controlado con placebo, los grupos de monoterapia con olanzapina, al igual que el de la combinación con fluoxetina, mostraron una mejoría significativamente mayor en los síntomas depresivos comparadas con las del grupo placebo.

Olanzapina no ha demostrado eficacia en prevenir recaídas depresivas. No hay datos acerca de que olanzapina induzca viraje a manía o pueda favorecer ciclaciones rápidas.

Quetiapina

Tras un estudio se demuestra una respuesta antidepresiva en los pacientes tratados con quetiapina significativamente superior a placebo.

TEC

Tras una revisión se observó que esta técnica tenía una mayor eficacia a la de los IMAO, la de los ATC y la de placebo sobre pacientes con depresión bipolar, pero al ser poco aceptada su utilización es escasa.

Está indicada en pacientes con sintomatología grave, psicótica, catatónica y en el embarazo.

Actualmente el tratamiento del trastorno bipolar, consiste en la politerapia, es decir en la mezcla entre el estabilizador del ánimo y el antipsicótico, esto es debido a la nula conciencia de la enfermedad que presenta el paciente.

Psicoeducación

En el caso de los trastornos bipolares, el objetivo de cualquier tratamiento de mantenimiento es la reducción del número de episodios de ambos polos y su gravedad, y en consecuencia la reducción del número de ingresos.

La psicoeducación la debemos de introducir cuando el paciente se muestra eutímico o cuando presenten síntomas subsindrómicos. Los episodios agudos graves, tanto debidos a la sintomatología depresiva como a la maníaca, limitan el funcionamiento cognitivo del paciente y alteran su capacidad de comprender la información.

Los pacientes comprenden, por ejemplo, que las alteraciones conductuales propias de la manía son muy objetivables, fácilmente percibidas por los demás pero a menudo no consideradas como patologías por quien las padece. También pueden aprender que muchas veces la irritabilidad es genuina de la manía, y no un rasgo de personalidad, y entender que la conciencia de la enfermedad sufre graves alteraciones durante la manía.

Por otra parte tampoco se debe introducir la psicoeducación en las fases depresivas por que no sacarían de ello un provecho suficiente debido a las alteraciones cognitivas de dicha fase (enlentecimiento, dificultades atencionales y de memoria). Es más existe el riesgo de empeorar el cuadro y acentuar la desesperanza porque el paciente deprimido se toma la información proporcionada por su lado más negativo.

A partir de datos de varios estudios se puede afirmar que la psicoeducación, lejos de ser una opción más, debe constituir un elemento imprescindible en el abordaje del trastorno bipolar. De hecho, tanto la psicoeducación como el tratamiento psicoeducativo enfocado a la familia y la terapia cognitivo-conductual, resultan ser las intervenciones más eficaces en la prevención de recaídas de este trastorno.

Por todo ello la psicoeducación va dirigida a los pacientes cara al alta.

¿Qué hacer ante determinados problemas?

1. Limitar el gasto económico en fases maníacas:

- No tener tarjetas de crédito.
- Llevar poco dinero encima
- Aplazar compras o inversiones un mínimo de 48 horas
- Es recomendable la firma de una segunda persona en las cuentas bancarias
- Avisar a los amigos de que no le presten dinero.
- Consultar compras con una segunda persona

2. Evitar ingresos :

- Tomar correctamente la medicación.
 - No interrumpir ni disminuir las dosis del fármaco sin consulta con el médico
 - Los efectos terapéuticos no son inmediatos y suelen transcurrir algunas semanas hasta que se notan cambios positivos
 - Aunque inicialmente es posible que el paciente note algunos efectos secundarios como la sedación, desaparecerán probablemente en algunos días.
 - Es conveniente realizar controles analíticos periódicamente (3-6 meses) para determinar niveles plasmáticos y posibles alteraciones sobre otros órganos.
 - Llevar siempre el nombre de la medicación que tomes.
 - Consultar con el especialista si toma anticonceptivos orales, está embarazada o está dando lactancia.
 - Estar alerta ante síntomas como sangrados, hematomas espontáneos, úlceras en la garganta, fiebre, malestar, piel u ojos amarillos y orina oscura.
- Acudir rápido al psiquiatra ante la sospecha de cualquier descompensación
- Facilitar tiempo de reposo al menos en la noche.
- No consumir drogas ni alcohol.
- Evitar café y refrescos de cola si existe la sospecha de estar comenzando con un episodio mixto.
- Practicar deporte.
- Confeccionar una lista de posibles señales de recaídas.

3. Planificar viajes

- No viajar si se haya en fase de descompensación.
- Viajar especialmente a países con un buen nivel de asistencia sanitaria.
- Planificar el viaje de forma que vaya a suponer un descanso , no una sobrecarga , seleccionar que es lo que más interesa e ir con calma
- Llevar medicación de sobra, el triple, y guardarla en sitios distintos, por si se extravía el equipaje.
- Si se va a un lugar de habla no hispana llevar un informe en inglés

4. Capacidad para conducir vehículos:

- En las distintas fases del trastorno bipolar, no se debe conducir en ningún caso porque la capacidad de atención y la de reacción están seriamente alteradas, o pueden conducir de una forma agresiva y a gran velocidad, poniendo en peligro su vida y la del resto
- No se puede conducir maquinaria pesada.

¿Afecta el trastorno bipolar a la inteligencia?

No hay ningún estudio que demuestre que el trastorno bipolar convierte a quien lo padece en menos inteligente .A pesar de ello es obvio, por ejemplo, que durante las fases maníacas las personas actúan muchas veces con menos “sentido común”, es decir sin tomar las decisiones adecuadas.

Tampoco es cierto que durante la manía del paciente sea más inteligente, algunos de los síntomas típicos de la manía suelen ser la distraibilidad y la aceleración del pensamiento. Por lo contrario durante la fase depresiva existe una ralentización del pensamiento, con problemas atencionales y de memoria. Por ello es muy aconsejable no tomar ninguna decisión importante mientras se atraviesa dichas fase.

Cuando los pacientes están asintomático el funcionamiento cognitivo es del todo normal, pero en algunas ocasiones existen ciertos problemas atencionales y de memoria, aunque no de inteligencia.

A lo largo de la historia ha habido personajes célebres que han padecido en su vida un trastorno bipolar como, por ejemplo:

- Ernest Miller Hemingway : Ganador del Premio Nobel de Literatura en 1954
- Mark Twain Fue un popular humorista y escritor estadounidense.
- Charles John Huffan Dickens :Fue un famoso novelista inglés, uno de los más conocidos de la literatura
- Edgar Allan Poe (1849) Escritor, poeta, crítico y periodista romántico estadounidense,
- Victor-Marie Hugo: Poeta precoz, además es el más importante de los escritores románticos en francés.
- Robert Schumann : Compositor alemán de la época del romanticismo y uno de los músicos de mayor fama .
- Vincent Willem van Gogh :Pintor holandés

Diagnóstico al ingreso	Nº total de pacientes
Esquizofrenia Paranoide	59
Trastorno Psicótico	54
Trastorno Bipolar	51
Trastorno Depresivo	33
Intento autolítico	22
Trastorno de Personalidad	14
Alteraciones conductuales	7
Deshabitación alcohólica	7
Trastorno de la conducta alimentaría	6
Trastorno conversivo	3
Síndrome confusional	2
TOC	1
Dependencia farmacológica	1

DESARROLLO

Nº. de pacientes ingresados en la UHB de Psiquiatría durante el 2008: 260 pacientes.

Como podemos observar en la tabla adjunta, el trastorno bipolar representa una de las patologías más frecuentes de ingreso en nuestra unidad hospitalaria de breve estancia, junto con la esquizofrenia y el trastorno psicótico.

Podemos decir que supone el 20% de los ingresos totales en la unidad.

Con respecto al número de reingresos cabe destacar:

<i>Diagnóstico</i>	<i>Nº de reingresos</i>
Trastorno Bipolar	3
Depresión	14
Esquizofrenia Paranoide	18
Trastorno Psicótico	2

El número de reingresos en pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar es mucho más bajo que en paciente diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide o Depresión.

La psicoeducación en un paciente diagnosticado de una enfermedad mental, es muy importante, constituyendo, una de las bases fundamentales para disminuir el número de reingresos.

Como podemos observar, las pautas que le damos a los paciente diagnosticados de trastorno bipolar, les ayuda a afrontar el día a día y conlleva una disminución de reingresos.

También debemos tener en cuenta que estos pacientes son los que más conciencia de enfermedad tienen por lo tanto es mucho más fácil trabajar con ellos.

Otro punto a destacar en el estudio realizado, las mujeres representan el 56% de los ingresos en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, comparándola con otras patologías ,como es caso de la esquizofrenia paranoide que solamente representan el 41% de los pacientes ingresados en la UHB del hospital de Móstoles.

También hemos podido observar que la mayoría de los ingresos en los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar ocurren en la época primaveral en el 30% de los casos.

En cuanto al tratamiento para el trastorno bipolar, no es estadísticamente significativo, actualmente en la unidad, estos pacientes están en tratamiento con litio o ácido valproico indistintamente, aunque la tendencia es utilizar más el ácido valproico.

Conclusiones

1. La psicoeducación es la herramienta ideal para disminuir el número de reingresos hospitalarios, dándoles a los pacientes una guía de todas las actividades que deben de seguir, para conseguir lograr su objetivo y el de rehuir el número de ingresos a lo largo de su vida.
2. Hay una mayor descompensación de su patología en mujeres que en hombres.
3. La época más proclive para ingresar sigue siendo en la primavera ,

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Francesc Colom,Eduard Vieta “Manual de psicoeducación para el trastorno Bipolar “Editorial Ars Medica .Barcelona 2004.
- 2- Plan de formación sobre Trastorno bipolar.Editorial Elsevier Farma Madrid 2006
- 3- Francesc Colom,Eduard Vieta “Convivir con el Trastorno Bipolar “ Editorial Medica Panamericana .Madrid 2003.
- 4- “Guía práctica en psicofármacos para enfermería” .Editorial Astrazeneca .Madrid 2006
- 5- J.Fornés “Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica . Planes de cuidados”.Editorial Medica Panamericana .Madrid 2005.
- 6- Julio Bobes , Manuel Bousoño, Juan Luis López “Enfermería Psiquiátrica ”Editorial Síntesis.Madrid 2002.
- 7- <http://www.psiquiatra24x7.com/bgdisplay.jhtml?>
- 8- http://es.wikipedia.org/wiki/Desesorden_bipolar

LA PEDAGOGÍA COMO BASE EN EL TRABAJO DEL ENFERMERO GESTOR DE CASOS. UN CASO PRÁCTICO

José Hilario García Martín, Esther de Andrés Álvaro

Centro de salud mental "Antonio Machado". Segovia

Centro de Servicios Sociales y Salud "Nuestra Señora de la Fuencisla". Segovia

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta una visión holística de la persona, al ser humano se le define como un ser bio-psico-social.

Si nos fijamos en este último aspecto, es bien conocido que al ser humano se le describe como un ser social. Esto en la realidad significa que vivimos en todo momento procesos de interacción con otras personas, porque todo fenómeno social se concreta en última instancia en fenómenos de interacción (1).

A menudo nos encontramos con que estos procesos de interacción social se ven alterados en sujetos con trastornos de salud mental, por lo que corresponde a la enfermera de salud mental la prevención, su tratamiento y el fomento de la salud.

El proceso de enfermería (NANDA, NIC, NOC) comienza con la Valoración de enfermería según patrones funcionales de M. Gordon (2).

El patrón 8 (ROL- RELACIONES) describe los compromisos (roles, papeles, responsabilidades) y relaciones de la persona con los demás. Puesto que la persona se compromete en diferentes niveles de relaciones, en este patrón se pone en evidencia el proceso de comunicación que establece la persona con su entorno inmediato (familia, amigos, trabajo...). Incluye la percepción de los principales roles y responsabilidades en situaciones normales de la vida y su grado de satisfacción. Por consiguiente, engloba tanto problemas familiares como problemas en el trabajo o en los vínculos sociales (entre amigos, en el juego, en grupos comunitarios, etc...) relacionados con estos roles (3).

Por otra parte, la pedagogía se define como el "conjunto de medios puestos en acción para llevar a cabo la educación y más especialmente para educar, y tiene por objeto el estudio, la selección y la aplicación de unas acciones educativas emprendidas dentro unos marcos institucionales dados y tendentes a llevar a cabo unas finalidades socialmente definidas mediante consideraciones éticas y filosóficas" (4).

O si utilizamos el diccionario de la Real Academia de la Lengua, pedagogía se define como "ciencia que se ocupa de la educación y la enseñanza, por extensión y en general lo que enseña y educa por doctrina y ejemplos" (5).

Por lo tanto, se puede llegar a la conclusión que la pedagogía es la base en el desarrollo del trabajo de la enfermera de salud mental, ya que pedagogía es educación y una de las principales funciones de enfermería es la educación en cada una de las etapas (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación- reinserción), tanto en programas psicoeducativos como en programas individuales a través de entrevistas de enfermería (en nuestro caso dentro del programa de gestión de casos).

Hemos elegido exponer este caso práctico porque en él se unía tanto la falta de relaciones sociales por carencia de habilidades, como la falta de claridad en los roles del hijo (y también del padre que influían negativamente en el hijo), causados principalmente por el fallecimiento de la madre (hasta ese momento cuidadora principal) y la vuelta a España desde un país nórdico donde habían estado viviendo desde su nacimiento hasta el momento, y porque se demuestra que ha sido decisivo el trabajo pedagógico y de educación del enfermero gestor de casos a través de las visitas tanto en el centro de salud como en su domicilio.

DESARROLLO

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 31 años, soltero, hijo único, nacido de padres emigrantes (Suiza), que convive con su padre alcohólico.

Con un diagnóstico médico de Esquizofrenia Hebefrénica desde los 20 años (diagnosticado en Suiza). Vive en Suiza hasta los 25 años.

Fallece la madre (de cirrosis hepática por abuso de alcohol) cuando el tiene 29 años, provocando una reagudización de su enfermedad y un desajuste familiar por lo que se decide incluirle en el Programa de Gestión de casos.

En el momento de la entrada en este programa presentaba:

- Ideas delirantes de persecución centradas principalmente en su padre y megalomaniacas que le llevan a gastos excesivos.
- Estado de ánimo cambiante con accesos de ira, descontrol de impulsos y conductas agresivas con rotura de objetos.
- Ansiedad y soliloquios.
- Régimen de vida sin orden con alteraciones de la dinámica familiar y conflictos con los vecinos

Después de realizar la valoración según patrones funcionales de M. Gordon, sacamos los correspondientes diagnósticos enfermeros (utilizando taxonomía NANDA):

- Deterioro del patrón del sueño manifestado por alteraciones en las etapas normales del sueño y relacionado con una higiene del sueño inadecuada.
- Trastornos de los procesos del pensamiento manifestado por pensamiento inadecuado no basado en la realidad y relacionado con su enfermedad mental.
- Baja autoestima situacional manifestado por expresiones de desesperanza e inutilidad relacionado con falta de reconocimiento o recompensas, fallo, rechazo.
- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Ansiedad manifestado por manifestaciones conductuales de agitación, inquietud e insomnio, manifestaciones afectivas de irritabilidad, angustia y temor, y manifestaciones cognitivas de bloqueo del pensamiento y disminución de la habilidad para resolver problemas y para concentrarse, relacionado con asociación familiar.
- Patrones sexuales inefectivos por la dificultad y limitaciones de comportamientos o actividades sexuales, relacionado con el déficit de conocimientos y habilidades.
- Afrontamiento inefectivo manifestado por la falta de conductas orientadas al logro de objetivos y a la resolución de problemas relacionado con la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Afrontamiento familiar comprometido manifestado por la muestra de conductas desproporcionadas en relación con las capacidades o la necesidad de autonomía del paciente relacionado con la desorganización familiar y el cambio temporal de roles.

Nos centraremos en los diagnósticos de enfermería correspondientes al patrón 8 (rol- relaciones), puesto que nos parece uno de los ejes fundamentales del problema y lo priorizamos a la hora de establecer objetivos e intervenciones (NOC-NIC) ya que creemos que mejorando los déficits y alteraciones en este patrón el paciente mejorará en el desarrollo y funcionamiento adecuado del resto de patrones.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES.

“Describe los principales roles, compromisos y relaciones de la persona y su grado de satisfacción.”

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

“Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo”

Manifestado por la verbalización u observación de la incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.

Y relacionado con el déficit de conocimiento o habilidades sobre el modo de fomentar reciprocidad, las alteraciones de los procesos del pensamiento y la disonancia sociocultural.

00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

“Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar”

Manifestado por la expresión de conflictos dentro de la familia.

Y relacionado con las situaciones de tensión o crisis, cambio en los roles familiares y cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.

RESULTADOS NOC:

Para el diagnóstico de Deterioro de la interacción social se establecen los siguientes resultados:

1502 Habilidades de interacción social

“Uso por un individuo de conductas de interacción efectivas”

Utilizando como indicadores:

Confrontación

Relajación

Confianza

Compromiso

1503 Implicación social

“Frecuencia de las interacciones de un individuo con personas, grupos u organizaciones”

Utilizando como indicadores:

Interacción con vecinos

Interacción con miembros de la familia

Participación en actividades de ocio

Para el diagnóstico de Interrupción de los procesos familiares se establecen los siguientes resultados:

2604 Normalización de la familia

“Capacidad de la familia para desarrollar y mantener las rutinas y estrategias de control que contribuyen al funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad crónica o incapacitante”

Utilizando como indicadores:

Mantiene las rutinas habituales

Satisface las necesidades de desarrollo de los miembros de la familia no afectados

2600 Superación de los problemas familiares

“Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo”

Utilizando como indicadores:

Verbaliza sensación de control

Modifica el estilo de vida cuando se requiere

Se adapta a los cambios en desarrollo
Adopta conductas para reducir el estrés

INTERVENCIONES NIC:

Para el resultado “Habilidades de interacción social” establecimos las siguientes intervenciones:

5240 Entrenamiento de la asertividad

Definición: Ayuda en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás (en nuestro caso práctico buscamos la expresión efectiva entre hijo y padre, y con los vecinos, respetando sus derechos mutuamente).

Actividades:

- Identificar las barreras a la afirmación (reducir la predisposición al conflicto tanto del hijo como del padre cada vez que se inicia un diálogo).
- Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas pasivas (refuerzos positivos por parte del padre ante buenos comportamientos del hijo, rotura de puertas y muebles y ataques de ansiedad respectivamente).
- Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto (respetar su intimidad, responsabilidad en las tareas domésticas y normas de convivencia pacífica).
- Ayudar a clarificar las áreas de problemas en las relaciones interpersonales (causas y desencadenantes que originan conflictos y agresividad con el padre y con los vecinos).

7100 Estimulación de la integridad familiar

Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Actividades:

- Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas (alcoholismo del padre cuando el hijo tiene alguna manifestación adversa, y viceversa).
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos (hablando con el hijo para facilitar la expresión de sentimientos y disminuir su malestar).
- Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia (hacerle ver al hijo que es normal que su padre mantenga relaciones con mujeres).
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia (establecer momentos de diálogo entre padre e hijo: durante la comida, en el momento de la visita del enfermero...).

4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales

Definición: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales (por ejemplo cuando quiere iniciar relaciones de amistad con chicas).
- Ayudar al paciente a identificar las etapas de conducta de la habilidad social objetivo (dando pautas concretas de actuación en la práctica a través de juego de roles).

Para el resultado de “Implicación social” establecimos las siguientes intervenciones:

5480 Clarificación de valores

Definición: Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.

Actividades:

- Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios (no juzgar a su padre cuando este se vaya con mujeres).
- Plantear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo que pensar (pidiéndole que se visualice a sí mismo al cabo de unos años cuando su padre haya fallecido y se encuentre solo en su casa).
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas e inconvenientes (alternativas a la agresividad cuando su padre está ebrio como caminar o hacer deporte).
- Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/seres queridos (enfrentando al padre y al hijo para que clarifiquen sus respectivos valores y puedan llegar a un consenso).

4410 Establecimiento de objetivos comunes

Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

- Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles (ayudar al padre a no sobreproteger al hijo para favorecer la autonomía de este).
- Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades (animarle a dar clases de idiomas ya que domina varios idiomas a la perfección).
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos (plan: poner carteles informativos por el pueblo para ofrecerse a dar clases de conversación en otros idiomas).

4480 Facilitar la responsabilidad consigo mismo

Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:

- Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual (normalizar hábitos alimenticios y de tabaco ya que tiene épocas de comer y fumar desmesuradamente y otras de todo lo contrario).
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada (que se responsabilice en arreglar y recoger aquello que rompe cuando tiene episodios de ira, y si solo no puede, ayudarlo)

Para el resultado de “Normalización de la familia” establecimos las siguientes intervenciones:

5240 Asesoramiento

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto (empalizando con el paciente durante las entrevistas y mostrando interés en él y su mejoría).
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones (dejando que fluyan sus sentimientos, deseos e inquietudes para que exprese sus emo-

ciones y posteriormente las evalúe reflexionando si son constructivas o destructivas).

- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia (hablar con él de sus sentimientos cuando su padre trae a casa mujeres o cuando está borracho y cómo reacciona él en estos casos).
- Reforzar nuevas habilidades (intentar que normalice la idea de que su padre pueda tener amistades y que él también las tenga y se sienta bien por ello; habilidades para entablar conversación con estas amistades de su padre).

4360 Modificación de la conducta

Definición: Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Animar al paciente a que examine su propia conducta (que reflexione sobre su conducta agresiva de romper muebles y se de cuenta de que no es adecuada).
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede (que el padre le refuerce positivamente cuando su conducta es correcta).
- Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas (enseñar técnicas de relajación y de control de impulsos para cuando prevea situaciones de crisis o estrés).

7120 Movilización familiar

Definición: Utilización de la fuerza familiar para influenciar sobre la salud del paciente de una manera positiva.

Actividades:

- Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia (facilitar al padre que se entreviste o hable con nosotros cuando lo necesite).
- Determinar las influencias culturales de la familia (influencias culturales nórdicas del tiempo que pasaron viviendo en Suiza).
- Identificar el efecto de la conducta familiar sobre el paciente (enfado del padre con el hijo cuando este tiene conductas desorganizadas).
- Asesorar a los miembros de la familia sobre aquellas maneras eficaces de resolución de problemas que puedan ser utilizadas por el paciente (diciendo al padre que le haga al hijo consecuente de sus actos; que no arregle las puertas que rompe el hijo cuando se enfada, sino que las arregle el hijo).

Para el resultado de “Superación de los procesos familiares” establecimos la siguiente intervención:

5020 Mediación de conflictos

Definición: Facilitación del diálogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable por ambas partes.

Actividades:

- Permitir que las partes expresen sus preocupaciones (entrevistas de enfermería conjuntas con padre e hijo siendo el enfermero el moderador).
- Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones del problema (verbalizando y escribiendo en un papel las posibles soluciones para luego ponerlas en común).
- Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes (les pusimos una pizarra en la cocina para que fuesen anotando allí y así ver diariamente los resultados).

CONCLUSIONES

Tras tres años aproximados de trabajo con este caso, donde el espacio pedagógico lo hemos estado situando en las entrevistas con el enfermero gestor de casos, hemos ido desgranando nuestras inquietudes ante la situación y hemos ido delimitando la actitud de cada uno de los distintos momentos de interacción a través de varias valoraciones y reevaluaciones en el proceso de enfermería, y actualmente la situación es de estabilidad desde septiembre de 2008.

Se estableció un régimen de visitas, que durante las fases más agudas y al principio de la inclusión en el programa de gestión de casos, fueron semanales y posteriormente, con la paulatina mejoría del sujeto, fueron separándose en tiempo y frecuencia.

Así, pasamos de tres ingresos en la unidad de agudos en el año 2006 a un ingreso en el año 2007 y ningún ingreso en 2008.

A día de hoy podemos decir que los objetivos (NOC) que nos planteamos para este caso se han cumplido en su mayoría, y así se puede objetivar mirando los indicadores que planteamos.

Para el NOC “Habilidades de interacción social” podemos ver que ahora padre e hijo tienen una conversación con normalidad confrontando cada uno sus ideas y opiniones, ambos están más relajados y hay un mayor grado de confianza (se cuentan sus intimidades mutuamente) y compromiso (sobretudo por parte del padre porque está llevando a cabo acciones que nosotros le hemos sugerido).

Para el NOC “Implicación social” ahora es capaz de mantener las normas cívicas básicas con los vecinos, y estos han dejado de quejarse del comportamiento inadecuado de éste (ya no grita ni molesta a los vecinos con el coche). La interacción con otros miembros de su familia antes era nula y actualmente, aunque mínima y a distancia (ya que sus tíos y primos viven lejos) pero existe. Y ahora participa en actividades de ocio ya que va a natación dos veces por semana y va caminando hasta la consulta de salud mental.

Para el NOC “Normalización de la familia” podemos afirmar que actualmente mantiene las rutinas habituales, ya que antes tenía horarios totalmente desorganizados y anárquicos de alimentación, higiene y sueño. Y es capaz de satisfacer las necesidades de desarrollo de su padre, ya que es más tolerante con su padre y con sus parejas.

Y para el NOC “Superación de los problemas familiares”, vemos que el paciente es capaz de verbalizar sensación de control ya que reconoce que ya no tiene actitud y comportamientos violentos, y que es capaz de adoptar conductas para reducir el estrés (saliendo a caminar, bebiendo menos Coca-Cola...).

Pero no se establece mejoría en los indicadores de “modificación del estilo de vida cuando se requiere”, ya que sigue haciendo gastos excesivos aún cuando dispone de menos dinero, ni del indicador “se adapta a los cambios del desarrollo” porque aún no quiere ser autosuficiente como para vivir en un domicilio independiente. Por esto se mantiene al paciente en el programa de gestión de casos y se sigue trabando con él.

En nuestra opinión el espacio pedagógico que se ha estado estableciendo durante los aproximadamente tres años que hemos trabajado en este caso, ha sido muy fructífero ya que creemos que la actitud que se establece en el ámbito familiar de muchos sujetos con esquizofrenia es básica para evitar nuevos episodios de crisis, porque pensamos que en numerosas ocasiones la aparición de nuevos brotes está más relacionada con malas actitudes en el ámbito familiar que con el tipo de enfermedad que tenga el paciente y/o la adhesión al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fornés Vives, J., “Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados”. Panamericana. 2005.
- 2- Tejedor García, M. J., Etxabe Marcell, M. P., “Guía Práctica de informes de enfermería en Salud Mental”. Glosa. 2007.
- 3- Fornés Vives, J., Carballed Balsa, M. C., “Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Estrategias de intervención”. Panamericana. 2001.

- 4- Foulquie, P., “Tratado de Pedagogía General”. OIKOS-TAU. 1976.
- 5- Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Espasa Calpe. 1984.
- 6- Martínez Sanchez, J., Arribas Saiz, P., Martínez Amoros, R., Herrero Casanova, M., Bixquert Pla, L., “Habilidades sociales en pacientes psicóticos crónicos”. Interpsiquis. 2004.
- 7- Jonson, M., Gloria, B., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S., “Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Mosby. 2003.
- 8- McCloskey, J. C., Bulechek, G., “Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE)”. Mosby. 2003.
- 9- Johnson, M., Maas, M., Morread, S., “Clasificación de resultados de enfermería (CRE)”. Mosby. 2003.

INFLUENCIA DEL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LA HOSPITALIZACIÓN: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE VIGO Y JAÉN

Alcántara Elena, Pablo-Alberto; Alonso Alonso, Manuel; Alonso Villar, Pablo; Cochón Ríos, Montserrat; García Vázquez, Teresa.

Hospital Meixoeiro, Equipo de Continuidad de Cuidados. Hospital Nicolás Peña, Pabellón 3.Vigo.

INTRODUCCIÓN

El incumplimiento terapéutico es uno de los principales problemas en el abordaje del paciente con trastorno mental grave, por los consabidos problemas sociofamiliares que provoca y la cantidad de recursos sanitarios que se consumen de manera innecesaria.

Nos ha parecido interesante conocer la opinión de varios autores con respecto a dichos temas y, sobre todo, saber si desde el punto de vista enfermero se puede hacer algo para romper el círculo vicioso de abandono de tratamiento y reingreso.

Como primer paso realizamos una búsqueda bibliográfica sobre el tema y encontramos un estudio realizado en Jaén donde un grupo de enfermeros, de una unidad de hospitalización psiquiátrica, abordaban el tema identificando la influencia que el abandono del tratamiento tiene en el reingreso del paciente así como los factores asociados que ello conlleva (1).

En la praxis enfermera la no adherencia al tratamiento se define a través del diagnóstico NANDA: “manejo inefectivo del régimen terapéutico”, definido como: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud” (2, 3, 4).

La escasa adherencia de los pacientes es un fenómeno tan extendido, que debe ser tomado en cuenta con más consideración en la práctica clínica. En muchas ocasiones la escasa adherencia deriva de la no coincidencia entre los objetivos del terapeuta y los del paciente. Habitualmente, el terapeuta prioriza la reducción de recaídas y el paciente puede tener otros motivos para dejar el tratamiento, como son evitar el sobrepeso, poder mantener relaciones sexuales satisfactorias, poder consumir alcohol, etc. Probablemente la mejor solución para aumentar la adherencia es conseguir un mayor acercamiento a la forma de pensar de los pacientes, escuchando más atentamente sus motivaciones y objetivos vitales.

En general, el cumplimiento terapéutico disminuye cuando: el tratamiento se prolonga en el tiempo, es de carácter profiláctico o cuando las consecuencias de la retirada del tratamiento son a largo plazo (5).

La razón primaria de las recaídas es el incumplimiento de la medicación psiquiátrica, que contribuye en gran medida al “Síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes que sufren trastornos esquizofrénicos (6).

Los pacientes refieren motivos distintos por los cuales abandonan la medicación antipsicótica (7):

- 1 - Mala relación médico-paciente
- 2 - Falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento
- 3 - Efectos secundarios molestos (acatisia, disfunciones sexuales, rigidez muscular, aumento de peso, etc)
- 4 - Dificultades de memoria
- 5 - Pautas complejas de administración
- 6 - Presiones sociales para el abandono

- 7 - Vergüenza por el estigma social
- 8 - Abuso de alcohol u otras drogas
- 9 - Cansancio/ aburrimiento después de tratamientos prolongados
- 10 - Miedo a ser percibido con impregnación de fármacos (neuroleptización)
- 11 - Embarazo
- 12 - Confiar en medicinas alternativas
- 13 - Negación de la enfermedad

En relación a este último punto, la falta de conciencia de enfermedad o falta de Insight, el profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Columbia, Xavier Amador, opina que es un signo característico de la propia patología y no es algo que elija la persona enferma.

Algunos terapeutas cognitivos (8) señalan que las causas de incumplimiento no son sólo atribuibles a la falta de insight sino que hay otros motivos relacionados con creencias y formulaciones cognitivas individuales:

- a.- Los sentimientos de desesperanza
- b.- El desacuerdo con el plan de tratamiento
- c.- Los síntomas que no son vividos por el paciente de forma disfuncional
- d.- El rechazo al tratamiento por miedo
- e.- El rechazo por el riesgo de reducir la autoestima

Según la Escuela Canadiense (9) para que se consiga un cumplimiento adecuado deben darse una serie de prerequisites:

- El diagnóstico debe ser correcto
- La enfermedad no debe ser trivial
- El tratamiento debe ser eficaz
- El paciente debe estar informado
- El paciente debe aceptar el tratamiento

El aspecto clave para optimizar la adherencia al tratamiento es la mejora de la calidad de la comunicación terapeuta-paciente. Esto debe de hacerse desde dos perspectivas:

- Concienciando al profesional de la necesidad de cuidar el contacto con el paciente, utilizando la empatía y ofreciendo información adecuada.
- Desarrollando las habilidades sociales del paciente para que pueda negociar los temas de medicación con el profesional.

Se parte del supuesto que el paciente es quien mejor conoce y describe los síntomas de su enfermedad y el profesional es quien mejor conoce los tratamientos. La terapia debe entenderse como el esfuerzo de un equipo de personas que trabajan en un frente común contra la enfermedad. Los profesionales deben focalizar su tarea en ayudar al paciente a conseguir sus propios objetivos, no a presuponer lo que el paciente desea mejorar.

Es de crucial importancia que la información que se ofrezca a los pacientes incluya conocimientos sobre la enfermedad e información, tanto de los beneficios como de los inconvenientes, de la toma de medicación. Muchos profesionales, cuando se encuentran en la situación de ofrecer información sobre la enfermedad, tienen grandes dificultades para hacerlo y comunican el diagnóstico o el tratamiento sólo parcialmente. Así, se llega a la paradoja de intentar convencer a un enfermo que se tome una medicación sin decirle qué enfermedad sufre (7). Con el fin de no asustar a los pacientes, también es habitual que se obvien los posibles efectos perjudiciales de la medicación o incluso se recomienda explícitamente no leerse el prospecto. En concreto, los efectos secundarios sexuales afectan a un 47% de los pacientes y es habitual que

los médicos no les pregunten sobre ello en los chequeos regulares y que muchos pacientes se resistan a mencionar el tema (10)

¿Cómo se puede corregir el incumplimiento terapéutico?

El personal de enfermería es clave para favorecer este cumplimiento por su estrecho contacto y el buen conocimiento de los pacientes y familiares así como su capacidad para detectar situaciones de incumplimiento y la presencia de efectos secundarios (11); Así como mediante la administración de tratamientos depot (medicaciones de acción retardada por la liberación progresiva del fármaco durante un período variable de tiempo) podemos realizar un seguimiento minucioso e individualizado y fomentar el cumplimiento farmacológico, mediante una serie de estrategias encaminadas a conseguir una buena adherencia terapéutica, tales como:

1. Establecer una buena relación terapéutica
2. Motivar e informar al paciente y a la familia
3. Reforzar la conciencia de enfermedad; recordando los aspectos negativos de la enfermedad y reforzando el deseo de mejora.
4. Explicar la necesidad del tratamiento.
5. Advertir sobre los efectos secundarios
6. Apoyar psicológicamente para mejorar la tolerancia
7. Instaurar programas de seguimiento de pacientes con tratamiento intramuscular depot puesto que se ha comprobado que son clave para prevenir el abandono de los mismos mejorando la adherencia terapéutica y disminuyendo el número de ingresos hospitalarios
8. Trabajar las creencias, conocimientos y competencias del paciente sobre su enfermedad.

Por todo lo anterior, parece que la alianza terapéutica es un factor que influye en el proceso terapéutico, así como en los resultados del tratamiento (12); se distinguiéndose tres aspectos fundamentales:

- a.- La relación emocional entre terapeuta y cliente
- b.- La calidad de la implicación entre cliente y terapeuta en las tareas de terapia
- c.- El grado de concordancia entre cliente y terapeuta respecto a los objetivos del tratamiento.

OBJETIVOS

- a. Identificar los pacientes del Área de Salud de Vigo que presenten el diagnóstico de enfermería “Manejo ineficaz del Régimen Terapéutico”.
- b. Analizar los factores socioculturales, demográficos y familiares que inciden en el ingreso.
- c. Comparar los resultados de este estudio con los obtenidos en el Área Sanitaria de Jaén.

MATERIAL Y MÉTODO

La Red de Salud Mental del Área de Salud de Vigo está compuesta por 2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Unidad de Agudos del Hospital Meixoeiro y Unidad de Agudos del Hospital Nicolás Peña), 1 Unidad de Rehabilitación, 1 Hospital de Día, 1 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, 1 Equipo de Continuidad de Cuidados Extrahospitalario y 5 Unidades de Salud Mental.

Se ha realizado un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, mediante una revisión de Historias

RED DE SALUD MENTAL DEL ÁREA DE SALUD DE VIGO



Clínicas de los pacientes ingresados en las 55 camas de las dos unidades de hospitalización psiquiátrica de nuestra área de salud (33 del Hospital Nicolás Peña y 22 del Hospital Meixoeiro), durante el primer semestre del año 2007, excluyendo a aquellos pacientes con:

- Déficits cognitivos o sensoriales
- Trastornos orgánicos graves
- Edad inferior a 18 años

Para la recogida de información se ha utilizado el mismo formulario de registro que el utilizado en el trabajo de Jaén: “REGISTRO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO”, que incluye las siguientes variables: Nº Historia, Fecha de Ingreso, Días de Estancia, Nombre y Apellidos, Domicilio, Edad, Sexo, Diagnóstico Médico, Nivel de Estudios, Ingreso/Reingreso, Nº. Ingresos, Tipo de Ingreso (Voluntario/Involuntario), Estado civil, Cuidador Principal, Hábitos tóxicos: Alcohol (Sí/No) a) ocasional b) habitual c) abuso

Drogas (Sí/No) a) ocasional b) habitual c) abuso. Causa de Abandono del Tratamiento y Tipo de Alta

Igualmente se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables consideradas expresándose como frecuencias absolutas y porcentajes. La correlación entre variables se midió mediante el test de la Chi cuadrado, considerándose como significación estadística un valor de $p < 0,05$.

El análisis de los datos, una vez obtenidos, fue realizado con el programa estadístico SPSS 16.0.

La búsqueda bibliográfica se realizó por Internet utilizando como palabras clave: Adherencia terapéutica, Incumplimiento terapéutico, Insight, fenómeno puerta giratoria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El número de ingresos en el primer semestre del 2007 fue de 461 pacientes con un índice de ocupación de camas del 95.16%. De estos se han excluido 56 pacientes: 4 por ser menores de edad, 14 por déficits cognitivos, 17 por ser ectópicos (otras especialidades), 11 por demencias, 4 por padecer cuadros orgánicos 5 por dificultades para acceder a su Historia Clínica y uno por valoración judicial y sin diagnóstico psiquiátrico final. Por tanto, el total de pacientes que han sido incluidos en el estudio es de 405.

El perfil del paciente ingresado en el Área de Vigo es de una mujer (51.4%) de entre 26 y 45 años (54.5%), con una estancia media hospitalaria de 2-10 días (33.6%), con estudios primarios (14.3%), ingresada por “otros trastornos psicóticos” (19.5%), seguido de esquizofrenia y trastorno de la personalidad (ambos con un 18.8%); reingresa (60.5%) entre 2-5 veces (42%), de forma voluntaria (56.2%). Está a cargo de sus padres (39.8%), soltera (39.3%) sin ningún hábito tóxico (51.9%) y que abandona el tratamiento en un 68.1%.

En cuanto al perfil del paciente que ha abandonado el tratamiento no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres; en ambos casos de edades comprendidas entre 26-45 años (54.7%), solteros (42%), a cargo de los padres (41.3%), seguidos del cónyuge-pareja (25.7%). Reingresa (65.6%) de forma voluntaria (52.4%) con una estancia de ingreso entre 2-10 días (32.6%) y 11-20 días (30.1%). El diagnóstico más frecuente es Trastorno de personalidad (20%) seguido de Esquizofrenia (19,9%).

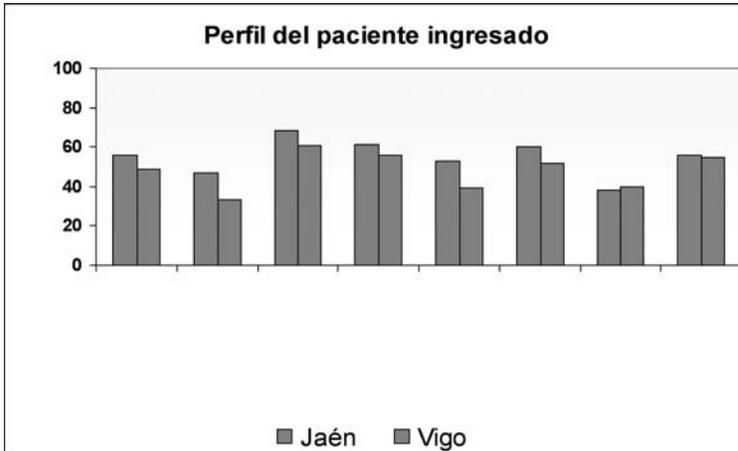
En relación a los hábitos tóxicos el 47.5% dice no ser consumidor de tóxicos, el 78.5% reconoce consumir alcohol y el 61.7% otras drogas, siendo el 39.7% los que consumen ambos.

En cuanto a la resolución al alta del diagnóstico de enfermería “manejo ineficaz del régimen terapéutico” encontramos un alto porcentaje de resolución (86.4%) en la población a estudio por mejoría; así como para aquellos pacientes que habían abandonado el tratamiento (86.2%).

Podemos, en cambio, analizar aquellas variables sociodemográficas que lo condicionan; así

En cuanto al perfil del paciente ingresado, no coincidimos con el estudio jienense en cuanto al sexo y en el porcentaje de pacientes que ingresan por primera vez.

También existen diferencias en cuanto al número de ingresos que se realizan de forma voluntaria, a no tener ningún hábito tóxico y al estado civil, obteniendo cifras similares en los reingresos y cuidadores principales que en ambos estudios es mayoritariamente con los padres.

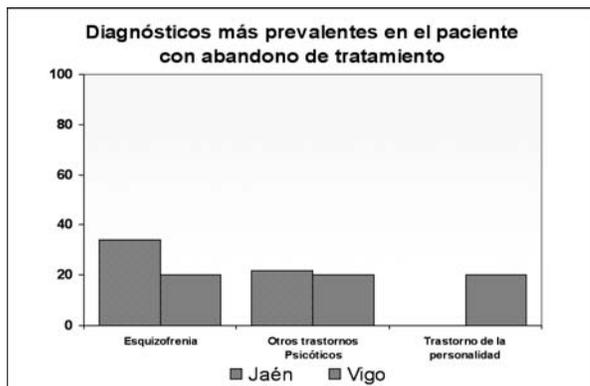


También observamos discrepancias con el estudio llevado a cabo en Jaén en cuanto al perfil del paciente que ha abandonado el tratamiento; en su caso las mujeres resultaban ser mejores cumplidoras del tratamiento y en el nuestro hemos podido apreciar que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero sí coincidimos en que el apoyo familiar resulta un factor decisivo en relación a la adherencia del tratamiento ya que en ambos estudios los padres y / o cónyuge son los principales cuidadores.

Los diagnósticos más frecuentes difieren nuevamente: mientras que en Jaén la Esquizofrenia y “Otros Trastornos Psicóticos” son los más prevalentes, en Vigo son los Trastornos de la Personalidad, Esquizofrenia y “Otros Trastornos Psicóticos”.

Igualmente existen diferencias en cuanto al consumo de tóxicos (alcohol y drogas), posiblemente debido a las diferencias demográficas y sociales entre ambas áreas de salud.

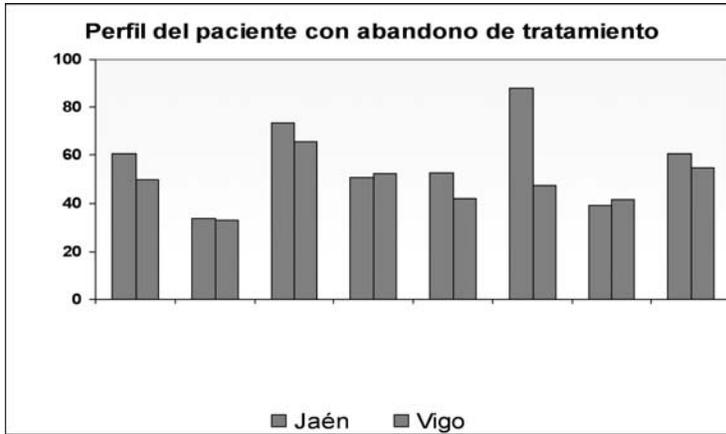
En cuanto a la Resolución por mejoría del diagnóstico enfermero “manejo ineficaz del régimen terapéutico” hay que decir que la gran diferencia observada en nuestro estudio puede ser debida a con-



tabilizar las altas por mejoría clínica junto con las Valoraciones al Alta de Enfermería que exploraba este dato específicamente.

No podemos hacer estudio comparativo con la variable del nivel de estudios porque en nuestra muestra no consta en la mayoría de las historias clínicas.

Para concluir decir que un 17,4% de los pacientes que abandonan el tratamiento están más de 30 días en la unidad con toda la problemática socio-laboral y sanitaria que conlleva.



CONCLUSIONES

El estudio realizado, nos permite concluir que:

- El abandono del tratamiento o manejo ineficaz del régimen terapéutico es el factor más determinante en el reingreso del paciente.
- No existe una diferencia significativa entre el abandono de tratamiento entre hombres y mujeres.
- El abandono de tratamiento es, claramente, más alto en el área de Vigo (68,1%). De predominio urbano y relacionado con hábitos tóxicos.
- El apoyo familiar es, fundamentalmente, por parte de los padres.
- Existe un importante número de reingresos, lo que aumenta, considerablemente el gasto a todos los niveles.
- La resolución favorable de mejoría al alta es importante.

En nuestra experiencia coincidimos con Fenton y col. (5) en que como directrices a seguir para incrementar el cumplimiento terapéutico de los pacientes están:

1. Evaluar extensamente la historia del cumplimiento del paciente y detectar los factores de riesgo (como abuso de sustancias...)
2. Dejar suficiente tiempo como para conocer al paciente como “persona” y para entender sus objetivos personales y sus preocupaciones.
3. Utilizar un acercamiento negociado a la medicación. Discutir con el paciente cualquier duda que tenga sobre el tema y emplear un estilo no autoritario de comunicación.
4. Escoger el fármaco y la dosis que maximice la eficacia y minimice los efectos secundarios
5. Educar al paciente y a la familia sobre la biología de la enfermedad, la prevención de recaídas y los efectos secundarios de la medicación.
6. Comprometer al entorno social del paciente para que supervisen la administración de la medicación si es necesario.

7. Utilizar estrategias cognitivas y nemotécnicas si hay problemas de olvidos o desorganización.
8. Si el paciente está incapacitado por la enfermedad, estar preparados para indicar una intervención judicial.
9. Si el paciente no cumple con el tratamiento pero es consciente de los riesgos que corre, respetar su decisión y continuar con una relación terapéutica no-crítica, esperando la posibilidad de un tratamiento futuro.
10. Promocionar su participación en actividades que le produzcan gratificación y autoestima.

AGRADECIMIENTOS

A Amador (Xestión-Hospital do Meixoeiro) por su ayuda con los datos clínicos.
A Manoli Fontanillo (Unidad Bioestadística-CHUVI) por su asesoramiento estadístico.
A Leo (Laboratorios Janssen-Cilag) por su apoyo a la Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jerez Rojas M. R., Laguna Parras J. M. , Lorite Garzón C. Influencia del Manejo del Régimen Terapéutico en la Hospitalización
2. Ministerio de Economía y Hacienda (20-10-2008). Datos avance de los presupuestos del ejercicio 2008. Entidades Locales que han suministrado información (3 MB) (Hoja de cálculo (xsl))
3. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/sima/htm/sm23050.htm>
4. Fuente: Población de hecho según el Instituto Nacional de Estadística de España. Alteraciones de los municipios en los Censos de Población desde 1842, Series de población de los municipios de España desde 1996. Los datos de 1787 provienen del censo de Floridablanca, disponibles en Población de los municipios de Andalucía según los censos de 1787 a 2001. Junta de Andalucía.
5. <http://www.laislibros.com/libros/DIAGNOSTICOS-ENFERMEROS-DEFINICIONES-Y-CLASIFICACION-2007-2008/LBBJ2000237/978-84-8086-302-5>
6. <http://www.nanda.org/>
7. <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-0-agosto2007pags-17-36.pdf>
8. Rivarés Morcate M.J., Sieso Sevil A.I., Rubio Soriano C. Influencia de la Adherencia al Tratamiento del Paciente Psiquiátrico en el Ingreso Hospitalario en una Unidad de Agudos. XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2006; (430)
9. Cirió Amell R.. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. Psiquiatría Fac. Med Barna 2002; (232-233-235-236)
10. Haynes R. B. Compliance in Health Care. Introduction. In: Haynes, R.B.; Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (eds): Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979
11. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation. J. Psychosoc. Nurs Ment Health Serv, 1998 nov; 36 (11): 28-34.
12. Cirió R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna, 2002; 29 (4) 637-51.
13. Williams Y Beese A. Schizophrenia Sufferers Health Beliefs and Compliance with Treatment. The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychosis ISPS, Londres, 12-17 Octubre de 1997
14. Navarro y col. El cumplimiento terapéutico. Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma, 1999
15. Kelly J El impacto de la Medicación Antipsicótica: Estudio de Actitudes y Percepciones. En: Notas de prensa: Rev Psiquiatría Fac Med Barna 1998; 25 (7) : 222-3.
16. Rojas Uceda M.C., Sanz Sánchez I., Galván Ruiz T., Camacho Barrera A. Importancia de Enfermería en la Adherencia Terapéutica. XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental ,2006 (158-162)
17. Sánchez Bujaldón M., Martínez Egea J.M., Anduela Rédín M.V., Pérez Medina A., Cruz Escobosa M.N., Gómez Barea E. Programa de Adherencia Terapéutica en el Diagnóstico: Manejo inefectivo del Régimen Terapéutico. XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2006; (480)

18. García Jiménez J.J., González Gómez J.A., Rivera Rocamora C., Canovas Conesa J., Pérez Botella J., Martínez Rodríguez A.I. Habilidades Terapéuticas en Enfermería dirigidas al Aumento de la Adherencia al Tratamiento. XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2006 (1120)
19. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(4): 637-51

INTEGRACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE OSONA. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

Reig Orta, Sònia; Valeri Alfonso, Imma; Arrufat Nebot, Francesc Xavier
Osona Salut Mental. Consorci Hospitalari de Vic

INTRODUCCIÓN

La integración de las unidades del servicio de Salud Mental en la comarca de Osona (Barcelona) se iniciaron el año 2002. En setiembre del 2003 se hizo efectivo con el traslado al nuevo centro y con el traspaso del personal a la empresa Consorcio Hospitalario de Vic.

Esto ha supuesto un cambio en la dinámica de trabajo de enfermería, en la ampliación de DUE (obertura de nuevas unidades), en el trabajo en equipo y en un aumento de nuestra actividad.

DESARROLLO

Hasta el año 2002 los servicios de salud mental ambulatoria, centro de atención a la drogodependencias y salud mental infantil ambulatoria funcionaban bajo la misma dirección pero con independencia funcional.

Se elaboró un proyecto para unir los servicios y los recursos bajo una misma dirección funcional y se inició atendiendo urgencias psiquiátricas en el hospital comarcal de referencia y con la apertura en el mismo centro de un hospital de día para enfermos mentales adultos. Continuaron otros recursos hasta la unión física.

La presencia de enfermería en estos recursos era de tres personas a tiempo parcial, dos ubicados en salud mental de adultos y una en drogas. La ampliación ha llegado a 12 DUE trabajando de forma fija más los suplentes para las distintas coberturas.

Enfermería ha trabajado para:

- Unificar criterios de intervención elaborando la historia de enfermería según los patrones de M. Gordon.
- Mantener continuidad en las curas de cualquier dispositivo del servicio. Esto ha requerido participar en la elaboración de protocolos y guías clínicas, siendo conocidas y consensuadas por el equipo. Por ejemplo, el protocolo de derivación interno entre el área de infantil la de adultos y desde la unidad de hospitalización de agudos y subagudos a hospital de día o consulta externa.
- Mejorar la relación del servicio de Salud Mental con las Áreas Básicas de Salud de la zona (9 áreas) trabajando de forma coordinada por y para el paciente.
- Tener presencia en unidades en las que no se había desarrollado las tareas propias de nuestra profesión (CSMIJ).
- Elaborar procedimientos de intervención de enfermería en salud mental con acceso informático para todo el hospital general.

Ventajas:

- Mejorar la calidad en la asistencia del usuario, es atendido por el mismo profesional independientemente de que sea un problema de salud mental, DUAL o drogas.
- Disponibilidad de los recursos específicos de una unidad para usuarios de otra (CSM-CASD).
- Disponer de la unidad de ingresos para agudos y subagudos facilita el seguimiento del paciente sin tener que trasladarlo a otros centros.
- El desarrollo del programa TMS y PSI a permitido mantener prácticamente a todos los pacientes vinculados.

- Reuniones de equipo de enfermería de organización interna.
- Participación en las sesiones clínicas del servicio y específicas de enfermería.
- Participación en las sesiones generales del Hospital General de Vic.
- Formación anual del personal de enfermería y auxiliares de clínica del hospital General de Vic en atención del paciente psiquiátrico.

CONCLUSIONES

La integración del servicio ha propiciado aumentar las plazas de enfermeras debido a la ampliación de los recursos ofrecidos y de los programas a desarrollar.

Ha mejorado la vinculación y la adherencia del paciente gracias a la accesibilidad de los profesionales, entre ellos enfermería.

Como experiencia personal ha sido difícil la adaptación a la nueva dinámica de trabajo, pero pasados 5 años el resultado es totalmente favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- Chinchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas. Masson. 2003
- Gismero, E. (2000). EHS Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- H.I. Kaplan, B.J. Sadock, J.A. Grebb. Sinopsis de Psiquiatria, 7 edicions. Editorial : Panamericana 1996
- J.Fornés. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados. Editorial: Panamericana. 2005
- McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (4ª ed.). Madrid: Harcourt. (Original del 2004).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.
- M. Morrison. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Editorial: Harcourt Brace. 1999
- Protocol d'actuació davant la fuga de pacients. Hospital Psiquiàtric d'Àlava. Servei Basc de Salut. Vitoria. 2001
- Protocol de fuga. Complexe Hospitalari d'Ourense. 2002
- A.Rigol , M.Ugalde . Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2 edición. 2001. Editorial : Masson.
- Ros Montalbán S. La conducta Suicida. ELA. 1997.
- Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. 3ª edición. Ars Médica. 2005.
- Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Med Clin 2003; 120:222-6.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. 6ª Edición. Masson. 2006
- Vazquez-Barquero. Psiquiatria en Atención Primaria. Segunda Edición. Aula Médica. 2007.

FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE ANSIEDAD

Sílvia Rosado Figuerola, Guillem Pailhez Vindual, Miquel Àngel Fullana Rivas, Dolores Martín Valero, Rosa Aceña Domínguez.

Unidad de Ansiedad, Hospital del Mar. Instituto de Atención Psiquiátrica y Toxicomanías (IAPS). Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son el grupo de trastornos mentales más frecuentes en la población general, y suponen un consumo muy importante de los recursos sanitarios. Presentan una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias), y trastornos de personalidad y su presencia puede empeorar el pronóstico y la evolución de estas enfermedades.

La agorafobia es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes, asociado frecuentemente con una grave repercusión en el funcionamiento cotidiano.

Mediante la presentación del caso de una paciente con trastorno de pánico y agorafobia se pretende dar a conocer el papel de enfermería en una unidad específica de ansiedad.

La unidad donde se realiza dicha intervención se encuentra en el Hospital del Mar de Barcelona, y la componen un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera.

La unidad de ansiedad pretende ofrecer un diagnóstico fiable y un tratamiento integrado, dando una más fácil accesibilidad y menor lista de espera para usuarios con trastornos de ansiedad. A su vez, se facilita la actividad investigadora y docente.

En esta unidad se tratan pacientes adultos con diagnóstico principal de trastorno de angustia con o sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y fobia específica. Se excluyen los pacientes con retraso mental, deterioro cognitivo o con déficits intelectuales importantes, usuarios con dependencia a sustancias, usuarios con trastornos graves de la personalidad y usuarios con ideación suicida activa.

DESARROLLO

El tratamiento de primera opción para los trastornos de angustia y/o agorafobia es la terapia cognitiva-conductual (TCC). En la práctica clínica, generalmente combinada con psicofármacos.

Cuando un paciente es derivado a la unidad de ansiedad, la enfermera del equipo realiza la primera visita de acogida y hace una primera valoración. El psiquiatra hace una segunda evaluación y tras discutir el caso en equipo se elabora un plan terapéutico.

Cuando un usuario puede beneficiarse de este servicio especializado enfermería hace una segunda visita en la que realiza una exploración física y somática general, y se pasan tests generales y específicos según diagnóstico.

En el caso planteado las sucesivas visitas de tratamiento y seguimiento por enfermería fueron de tipo individual, y al alta se realizó una evaluación post-tratamiento.

De entre las actividades de enfermería que se realizaron destacamos las sesiones psicoeducativas sobre ansiedad, ataques de pánico y agorafobia, el control de hábitos saludables (dieta, higiene del sueño), el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson para ansiedad general, y actuar como co-terapeuta en exposiciones interoceptivas, en las exposiciones situacionales, y reestructuración cognitiva.

Para ello utilizamos el Manual elaborado por la doctora Karina Lovell (Enfermera catedrática en Manchester) y adaptado para la Unidad.

CONCLUSIÓN

El caso presentado recibió 20 sesiones de TCC individual y presentó una mejora significativa de los síntomas agorafóbicos después del tratamiento en la mayoría de medidas de auto-informe utilizadas.

La paciente fue capaz de afrontar todas las situaciones evitadas y retomó las actividades de su vida cotidiana. La satisfacción de la paciente al alta fue elevada.

Un papel activo de enfermería puede ser fundamental para poder ofrecer una fácil accesibilidad al servicio y una corta lista de espera en una unidad especializada.

Se requiere una formación específica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los profesionales de enfermería.

Mediante este análisis se abre la posibilidad de participar en nuevos proyectos de investigación y también de docencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo de la GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Agencia Laín Entralgo. Madrid, 2008.
- Barlow, D.; Craske, M. *Mastery of Your Anxiety and Panic*. Ed. Oxford University Press. Oxford, 2007.
- Lovell K., Cox D., Garvey R., Raines D., Richards D., Conroy R., D., P. & Repper D. Agoraphobia: nurse therapist-facilitated self-help manual. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43, 623-630.

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. RESULTADOS FINALES

Ríos Parrilla, M^a. Dolores; González Serrano, Virginia; Macías González, Amalia; Cano Lérída, Cristina; Díaz Mora, Manuel; Fernández Carpintero, Encarnación.
Hospital Virgen Macarena; Investigación. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento terapéutico constituye un problema de gran relevancia en pacientes diagnosticados con Trastorno Mental Grave (TMG) por:

- Las características del TMG (cronicidad, deterioro social etc.)
- Las bajas cifras de cumplimiento del tratamiento

El cumplimiento terapéutico consiste en el seguimiento por parte del paciente de las siguientes conductas:

- a) Iniciar y continuar un tratamiento
- b) Tomar correctamente la medicación prescrita
- c) Incorporar y mantener en el estilo de vida los cambios recomendados
- d) Evitar conductas de riesgos para la salud
- e) Acudir a citas médicas
- f) Realizar correctamente el régimen terapéutico en el domicilio

Factores asociados al incumplimiento

- Falta de conciencia de enfermedad
- Abuso de sustancias tóxicas
- Presencia de síntomas positivos de la esquizofrenia
- Falta de seguimiento,
- Comorbilidad
- Falta de apoyo social
- Actitud hacia la enfermedad y hacia la medicación.

Enfermería puede jugar un papel decisivo en el seguimiento de pacientes con TMG y con ello conseguir aumentar las tasas de adherencia al tratamiento.

Forma en la que puede intervenir enfermería:

- Poniendo en marcha estrategias de continuidad de cuidados encaminadas a fomentar la adherencia al tratamiento (Plan Integral de Salud Mental del Sistema Sanitario Público Andaluz de 2003).
- Utilizando un lenguaje común que facilite la comunicación interniveles asistenciales (taxonomías NANDA).

Hipótesis: La estrategia de continuidad de cuidados aumentará la adherencia al tratamiento, a las citas al Equipo de Salud Mental (ESM) y disminuirá los reingresos hospitalarios.

OBJETIVOS

1. Evaluar la efectividad de la estrategia de continuidad de cuidados en la adherencia al tratamiento y a las citas del ESM en pacientes con TMG.
2. Identificar variables que predicen la adherencia al tratamiento

METODOLOGÍA

Diseño Estudio cuasi-experimental, mixto y prospectivo, de medidas repetidas

Ámbito: Unidades de Hospitalización del Hospital San Lázaro y Virgen Macarena y 4 centros de salud mental.

Sujetos: 30 pacientes en el grupo control y 30 pacientes en el experimental, seleccionados por muestreo intencional consecutivo.

Criterios de inclusión:

- Estar diagnosticado de Trastorno Mental Grave
- Edad comprendida entre 18 y 55 años.

Variable intervención: estrategia de continuidad de cuidados, que consiste en:

- Valoración inicial al ingreso
- Valoración de actitudes hacia la medicación (inventario DAI) y funcionamiento social (SFS-AI)
- Diagnóstico de Enfermería de Incumplimiento del Tratamiento.
- Reunión semanal con las enfermeras del ESM.
- Informe de Continuidad de Cuidados para Enfermera de ESM e Informe de Instrucciones y Recomendaciones al Alta (familia y paciente).
- Seguimiento de los pacientes durante un año (valoraciones al mes, 3 meses, 6 meses y año) en el centro de salud mental.

Variables dependientes:

- Adherencia al tratamiento.
- A las citas del centro de salud.
- Reingresos.

Variables control:

- Género, edad, nivel educativo y estado civil
- Estatus de empleo
- Funcionamiento social.
- Actitud hacia la medicación
- Consumo alcohol y tóxicos.
- Años de evolución.
- Conciencia de enfermedad.
- Embarazo.
- Tipo de medicación
- Tipo de administración
- Comorbilidad
- Conductas de riesgo

Instrumentos: registros de valoración inicial y de Continuidad de Cuidados, historias clínicas de los centros de salud mental y de la Unidad de Hospitalización, Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI) y Escala de Funcionamiento Social (SFS). Registro diseñado para el caso de toma de medicación, asistencia a citas, conductas de riesgo y conciencia de enfermedad. Las mediciones de las variables dependientes se realizaron a los tres, seis meses y un año después del alta.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15. Se hizo un análisis descripti-

vo así como un análisis mediante la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y contraste de medias para las cuantitativas.

RESULTADOS

- Datos sociodemográficos y clínicos al ingreso.

Variable	Experimental	Control
Sexo	50% Mujeres	45,5% Mujeres
	50% Hombres	54,5% Hombres
Edad media	35,5 años (DT: 8,6)	40,5 (DT: 7,9)
Estado civil	69,4% solteros	56,3%
	11,1% separados	25% separados
	11,1% divorciados	
Estudios	62,9% Primarios	37,5% Primarios
	28,6% secundarios	37,5% secundarios
Empleo	47,2% pensionistas	54,8% pensionistas
	38,9% parados	32,3% parados
Conciencia enfermedad	Si 48,6%	Si 54,8%
	No 31,4%	No 32,3%
Variable	Experimental	Control
Consumo tóxicos	22% tóxicos	30,3% alcohol 33,3% tóxicos
SFS (funcionamiento social)	29,2% inferior	
	45,8% medio	
	25% superior	
Años evolución	11,94 años DT 9,26	12,17 años DT 10,3
DAI	18 puntos (DT: 2,7)	

• Datos de cumplimiento y recaídas.

Grupo experimental	Al mes	A los 3 meses	A los 6 meses	Al año
Cumplimiento del tratamiento	93,9%	96,9%	85,7%	87%
Asistencia a citas	87,9%	96,9%*	89,7%*	91,3%
Conductas de riesgo	9,4%*	12,9%*	29,6%	17,4%*
Grupo control	Al mes	A los 3 meses	A los 6 meses	Al año
Cumplimiento del tratamiento	83,3%	83,3%	75%	83,3%
Asistencia a citas	75%	66,7%*	66,7%*	75%
Conductas de riesgo	33,3%*	41,7%*	41,7%	50%*

Las cifras resaltadas referentes a asistencia a citas, cumplimiento del tratamiento y conductas de riesgo muestran una diferencia significativa entre el grupo control y el experimental. Se observa también una relación significativa entre la existencia de reingresos con el cumplimiento del tratamiento y asistencia a las 2 primeras citas.

• Reingresos

	Nº medios ingresos	Días de ingreso	Periodo preingreso (días)
Grupo experimental	0,27 (DT 0,66)*	4,65 (DT 10,4)*	235 (DT 104,8)
Grupo control	1,1 (DT 1,9)*	19,06 (DT 38,9)*	126,31 (DT 130)

Existe una diferencia significativa entre los grupos en el número medio de ingresos así como en los días de ingreso.

• Escala de funcionamiento social

		Al ingreso	A los 3 meses	Al año
Media puntuaciones totales (55-135)		97,68 (DT 11,04)	95,7 (DT 9,11)	99,16 (DT 8,6)
Nivel de funcionamiento social	Inferior	29,2%	51,7%	34,8%
	Medio	45,8%	31%	39,1%
	Superior	25%	17,2%	26,1%

No se observa un aumento significativo en las puntuaciones totales a lo largo del tiempo de la escala de funcionamiento social (solo a nivel de algunas subescalas).

- Escala de actitudes hacia la medicación (DAI)

	Al ingreso	A los 3 meses	A los 6 meses	Al año
Puntuaciones (mediana)	18	18	18*	19*

Existe una diferencia significativa entre el DAI de los 6 meses y el del año.

CONCLUSIONES

Los pacientes incluidos en la estrategia presentan tasas de adherencia superiores al grupo control, reduciéndose los reingresos y la duración de estos. Además, realizan menos conductas de riesgo, acuden a las citas, y siguen el tratamiento prescrito en una proporción mayor.

Por tanto consideramos que la estrategia es efectiva y que el aumento de la adherencia supondrá una mejora del sistema sanitario y sus profesionales. También mejorará el estado de salud general del paciente y disminuirán los costes.

Estos resultados justifican la puesta en marcha de estrategias de continuidad de cuidados así como la utilización de las taxonomías NANDA como base del plan de seguimiento.

Es importante que estos hallazgos se inserten en un plan de formación que dote a los profesionales de herramientas capaces de fomentar la adherencia

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Analía Rial Maciel

Hospital Meixoeiro, Vigo (Chuvi). San Miguel de Oya, Vigo

INTRODUCCIÓN

Son varias las razones que justifican la creación de un grupo de trabajo de enfermería sobre el Trastorno límite de la personalidad (TLP), conocido también como trastorno borderline. Una de las primeras y más evidentes es que el TLP es un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, que se diferencia en sus determinantes etiológicos y en sus formas clínicas y comportamentales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa a otra en la evolución del mismo paciente (1). Son los pacientes en salud mental que más servicios consumen (consultas ambulatorias, urgencias, hospitalización, hospital de día, trabajo social, etc.) y que con una alta frecuencia menos se benefician, permaneciendo inalterados por los diversos tratamientos ensayados. (Waldinger y Gunderson 1987) (2).

En las personas que han sido diagnosticadas con TLP suele aparecer una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta sus consecuencias, lo que se une a un ánimo inestable y caprichoso. Existe una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una alteración de la identidad que se manifiesta con incertidumbre ante temas vitales, como por ejemplo, objetivos a largo plazo; lo que las conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos, al margen, de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, donde pueden producirse también autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria; se implican en relaciones intensas e inestables, realizan tentativas y amenazas autolíticas. Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación. Es habitual el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración (3).

La primera descripción del TLP como tal la encontramos en Adolf Stern que basa este diagnóstico en 10 ítems heterogéneos donde mezcla criterios de fenomenología psiquiátrica con otros de corte psicoanalítico. Contemporáneamente existe una tendencia a estudiar el TLP como una forma de descontrol de los impulsos (Van Reekum, R. 1994; Stone, M. 1980) e inestabilidad afectiva debido a un daño orgánico, de temperamento y de perturbaciones psicológicas desde la primera infancia, con relación a experiencias adversas. Todo ello según los modelos de Otto Kernberg y Margareth Malher, quienes atribuyen la etiopatogenia del TLP a alteraciones del proceso de separación-individuación, en el que por carencias afectivas, el sujeto no alcanza a internalizar una imagen de la figura de la madre positivamente y tampoco integra las identificaciones de signo opuesto. El TLP no unifica el objeto bueno y malo en una representación total integrada por los impulsos libidinales y agresivos (3).

Siguiendo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (versión IV); edición revisada por la American Psychiatric Association el año 1994 (DSM-IV (APA, 1994)), los criterios diagnósticos son los siguientes:

- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alterancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

- Impulsividad, como mínimo en dos áreas, que es potencialmente nociva para el propio individuo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, etc.).
- Inestabilidad afectiva a causa de una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad).
- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (muestras frecuentes de mal genio, mal humor constante, peleas físicas recurrentes).
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de auto-mutilación.
- Alteración de la identidad; inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen y/o del sentido de sí mismo.
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.
- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (1)

El trastorno se ha detectado entre un 1,1 y un 4.6% de la población general, la media se establece en un 2%, es decir, que la prevalencia del TLP dobla a la de la esquizofrenia. Afecta a un 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, a un 20% de los hospitalizados y entre un 30 y un 60% de los pacientes con trastorno de personalidad. Se diagnostica predominantemente en mujeres, en una ratio de 3:1. El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque encontramos las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia y la preadolescencia. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará (1,4).

Se cree que los factores etiológicos del trastorno pueden ser los niveles bajos de serotonina en el SNC, la falta de apego temprano por maltrato infantil y los trastornos en el proceso separación-individuación. Es importante señalar que entre los antecedentes infantiles del TLP se ha reportado abuso sexual en proporciones que varían del 26 al 74 % (4).

El tratamiento del TLP es uno de los retos más difíciles con el que se enfrentan la psiquiatría y la psicología. En los últimos años, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes psicológicos y farmacológicos, con la finalidad de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida (1). Los componentes del tratamiento psiquiátrico de los pacientes limítrofes incluyen responder a las crisis y vigilar la seguridad del paciente, establecer y mantener una red de y alianza terapéutica, proveer educación acerca del TLP y su tratamiento, coordinando las acciones establecidas por los distintos miembros del equipo de salud, monitorizando el progreso y evaluando la efectividad del plan terapéutico (5).

La diversidad observada en la psicopatología hace que estos pacientes sean buenos candidatos para la aplicación de un gran abanico de fármacos. La elección de estos medicamentos puede hacerse según la relación entre los síntomas más relevantes y el comportamiento, los afectos o las cogniciones. En general, se considera mejor abordar el tratamiento en el ámbito del comportamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, sertralina, venlafaxina) o con eutimizantes (litio, valproato, carbamazepina) y dejar los antipsicóticos para el tratamiento de las afecciones cognitivas (haloperidol, perfenazina, clozapina, olanzapina, risperidona) (1).

Esta patología evoluciona razonablemente bien con psicoterapia intensiva y estable, la más recomendada por la literatura es la terapia conductual-dialéctica, desarrollada por Linehan para

los pacientes con conductas suicidas y los TLP. Otra es la terapia cognitiva centrada en el esquema; que al igual que la anterior es un enfoque algo diferente al modelo estándar de la terapia cognitivo conductual, desarrollada por Young (6).

DESARROLLO

El tratamiento del TLP es uno de los desafíos más difíciles con el que se enfrenta el personal sanitario y, sobre todo el de enfermería, puesto que cuidar a los pacientes que les han otorgado esta etiqueta diagnóstica supone un gran reto, ya que, es muy complejo acompañar al paciente en esta variabilidad de estados de ánimo que pueden ir desde rabia hasta tristeza, pasando por las ideas y actuaciones suicidas. Estas manifestaciones están en continua fluctuación, su severidad altera gravemente las relaciones interpersonales, la actividad laboral, la calidad de vida y la capacidad para recibir una asistencia psiquiátrica adecuada. Por eso, desde enfermería debemos comprometernos a acompañar y apoyar a estos seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto “sanos y salvos” (por lo menos salvos), que están deseando encontrar sentido en su enfermedad. Debemos participar en su vulnerabilidad e intentar acompañarles en su alivio, para ayudar al paciente a ser el autor de su propia experiencia (3).

La forma de organizar las intervenciones de enfermería en pacientes con TLP desde un centro de salud mental (CSM), va a ser mediante la creación de grupos de trabajo. Gran parte de nuestros conocimientos, actitudes y sentimientos los hemos adquirido en nuestras relaciones grupales. Por el mero hecho de formar parte de un grupo, modificamos muchas veces nuestros objetivos. La experiencia grupal actúa sobre nosotros, de tal forma que llega a modificar nuestros modos habituales de vida. Estamos influenciados por el grupo, y a la vez de forma recíproca, influimos en el mismo. De esta forma el grupo se convierte para los profesionales de enfermería en un instrumento de gran utilidad, que debemos saber manejar sacándole sus máximos potenciales. Como en cualquier actuación de enfermería lo haremos desde el proceso de enfermería, es decir, aplicando primero una valoración, haciendo un diagnóstico, interviniendo con unas acciones y posteriormente evaluando (7).

Es fundamental establecer unas pautas de actuación básicas antes de crear un grupo de intervención con pacientes Bordeline, y así poder seguir una misma línea de trabajo que además facilite la adherencia por parte del paciente al tratamiento. Estas pautas son las siguientes (8):

- Poner una serie de límites al comportamiento del paciente que favorezcan el autocontrol.
- Explicarle que se espera de él.
- Favorecer su expresión verbal, que exprese sus sentimientos.
- Evitar emplear medidas extremas como la expulsión del grupo.
- No se debe tolerar un comportamiento arbitrario para después reprenderle. Los comportamientos arbitrarios deben reprenderse siempre en el momento.
- No tolerar que el paciente viole los derechos de otros pacientes.
- Es imprescindible la comunicación de información entre todos los profesionales para evitar las diferentes manipulaciones.
- Observar al paciente, con quién y cómo se relaciona, con el fin de evitar manipulaciones con otros pacientes, que dificulten el entorno terapéutico.
- Hay que explicar siempre cuando, como y donde son inaceptables sus conductas, muy probablemente no se habrá dado cuenta de ellas.
- Se deberá evitar discutir con el paciente de forma gratuita.
- No hay que frustrarse por la falta de apego terapéutico de estos pacientes ni desanimarse, sino comprender el duro trabajo cotidiano; una conducta segura y constante le servirá siempre como correcto modelo de referencia (8).

Para diseñar un plan de cuidados de cada paciente se utiliza el instrumento de valoración de enfermería basado en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. La utilización de los Patrones Funcionales, permiten una valoración enfermera sistemática y predeterminada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Los patrones alterados y posibles diagnósticos de enfermería que se detectan en estos pacientes son los siguientes (8,9):

- Patrón percepción manejo de salud:
 - 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.
 - 00078 Manejo inefectivo de régimen terapéutico.

- Patrón de eliminación: (valorar)

- Patrón nutricional-metabólico:
 - 00001 Desequilibrio de la nutrición por exceso.
 - 00002 Desequilibrio de la nutrición por defecto.

- Patrón actividad ejercicio:
 - 00109 Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento.
 - 00108 Déficit del autocuidado: higiene/baño.
 - 00097 Déficit de actividades recreativas.

- Patrón sueño descanso:
 - 00095 deterioro del patrón del sueño.

- Patrón perceptivo-conceptual:
 - 00130 Trastornos de los procesos del pensamiento.
 - 00126 Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución.

- Patrón autopercepción-autoconcepto:
 - 00146 Ansiedad.
 - 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros.
 - 00140 Riesgo de violencia autodirigida.
 - 00119 Baja autoestima situacional.

- Patrón rol-relaciones:
 - 00052 Deterioro de la interacción social

- Patrón sexualidad-reproducción: (valorar)

- Patrón adaptación-tolerancia al estrés:
 - 00071 Afrontamiento defensivo.
 - 00074 Afrontamiento familiar comprometido.

- Patrón valores creencias: (valorar).

Una vez detectados los patrones alterados se planifica una intervención de enfermería basada en talleres de salud. Puesto que un patrón es la expresión de funcionamiento de “un todo”,

las actividades propuestas en un taller determinado van a tener también repercusión en otros patrones diferentes. Se pretende que la persona tome conciencia del funcionamiento de patrón, para posteriormente pasar a modificar las posibles disfunciones. El objetivo no será sólo conseguir un cambio cuantitativo sino un cambio cualitativo en las actitudes de los participantes (10).

Los talleres se basan en una intervención psicoeducativa grupal donde se llevan a cabo diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Algunos de los talleres por los que podríamos apostar para la realización de un grupo de trabajo con este tipo de pacientes serían (10,7):

- Taller de salud: En este taller el objetivo principal es proporcionar información para que el paciente adquiera los conocimientos necesarios sobre el proceso de su enfermedad y desarrolle habilidades para controlar su salud.
- Taller sobre la medicación: Este taller está destinado a ofrecer información sobre el tratamiento, sus características, forma de administración, efectos secundarios, etc. Con el objetivo de conseguir un mayor cumplimiento y adherencia al tratamiento.
- Taller sobre los alimentos: Es una actividad en la que se abordan aspectos referidos a las necesidades metabólicas, los alimentos, su adquisición manejo y preparación, con el fin de que la persona disponga de más conocimientos para su autocuidado.
- Taller de descanso y sueño: Taller destinado a potenciar y desarrollar recursos potenciales para favorecer el sueño y el descanso.
- Taller sobre la imagen: Es una actividad en la que se abordan, desde distintos puntos de vista, aspectos relacionados con la imagen corporal y así desarrollar conocimientos y habilidades para abordar y aceptar la propia imagen.
- Taller de roles: Actividad en la que se reflexiona sobre los roles personales y familiares desde distintos ángulos. La persona aprenderá a desarrollar los principales roles que tendrá que adoptar en las situaciones más comunes de la vida.
- Taller de asertividad. Conjunto de actividades en las que se abordan valores y creencias como experiencias que dirigen los comportamientos personales. El paciente obtendrá los conocimientos necesarios y desarrollará habilidades sobre la conducta asertiva, agresiva y pasiva, sobre los derechos y deberes personales y para enfrentarse a las normas del entorno.
- Taller de relajación. En este taller se enseñará al paciente distintas técnicas de relajación y respiración para el control de la ansiedad e impulsividad.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería que trabaje con este tipo de pacientes debe de tener en cuenta que es frecuente que en algún momento surja la temida transferencia y contratransferencia, y es ahí, donde más que nunca, debemos mantener una neutralidad terapéutica y evitar respuestas no profesionales.

El manejo de estos pacientes es un reto para la enfermería, pero una enfermera especialista en salud mental tiene los conocimientos y actitudes necesarias para aplicar eficazmente intervenciones desde un CSM para ayudar a estas personas a lograr un bienestar social y personal. La colaboración con el resto del equipo multidisciplinar es imprescindible para el seguimiento de los progresos del paciente y el tratamiento. Ayudarles a construir estrategias eficaces de conducta y habilidades en la resolución de problemas, son elementos claves para mejorar la calidad de vida del TLP (11).

La bibliografía revisada nos indica que los tratamientos son largos y con muchas dificultades en el manejo, con un alto porcentaje de abandono y una no adherencia al tratamiento, que oscilan entre el 23% y el 67%, pero con aquellos que se consigue una alianza terapéutica a nivel ambulatorio los resultados obtenidos son alentadores y los pacientes mejoran su sintomatología y su calidad de vida (3,11,12).

Debemos ser pacientes, ya que una vez que emprendemos un camino con el paciente Borderline sabemos que va ser largo y difícil, pero la bibliografía nos confirma que NO imposible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Edición: CatSalut 1ª edición: Barcelona, febrero 2006.
2. García Bernardo, E. Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud* 2007; 18(3) p.347-361.
3. Álvarez Girón, Elena. Análisis narrativo: acercamiento a los significados de una paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *Norte de salud mental*. 2008; 31:87-98.
4. Cuevas P, Camacho J, Mejía R, Rosario I, Parres R, Mendoza J, López D. cambios en la psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad a los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Salud mental* 2000; 23 (6) p. 1-11.
5. Biagini Alarcón M, Torruco Salcedo M, Carrasco Fernández B. Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad: Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental* febrero 2005. Vol. 28, nº1: p 52-60.
6. Meza Rodríguez, T.E. Trastorno Límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, noviembre 2007; Vol. 14, Nº 2, págs. 55 a 64.
7. Megías Lizancos F, Serrano Parra D. Enfermería y psiquiatría en salud mental. DAE- Grupo Paradigma 2ª edición ,2002.
8. Bobes García, J. *Salud Mental: Enfermería psiquiátrica*. Editorial síntesis S.A.
9. Guía estandarizada de cuidados de enfermería en los trastornos de personalidad. Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental. I.S.B.N.º.84-934454-2-8
10. Fornés Vives J, Carballal Balsa M.C. *Enfermería de salud mental y psiquiatría, guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Médica Panamericana 1ª edición, 2001.
11. Osborne L, Fry Mcomish J. Borderline personality disorder: nursing interventions using dialectical behavioral therapy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2006 Jun; 44(6):40-7.
12. Nancee Blum, M.S.W; Don St. John, M.A., P.A.C.; Bruce Pfohl, M.D.; Scott Stuart M.D ,Brett McCormick M.A, Jeff Allen PhD, Stephan Arndt PhD, Donald W, Black M.D. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry* 2008; 165:468-478.

PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENFERMERA INTERNIVELES EN LA RED DE SALUD MENTAL: UN AÑO DESPUÉS

María Juan i Porcar, María Vicenta Lucas Miralles

Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Breu. Consorci Hospitalari Provincial de Castelló. Castelló de la Plana

INTRODUCCIÓN

Según datos del Padrón Municipal, a 1 de enero de 2008 en el Estado Español conviven 46.157.822 habitantes. De los cuales 5.029.601 habitantes corresponden al País Valencià, autonomía que este año acoge el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. El País Valencià se compone de tres provincias; Castellón es una de ellas y sobre ella versará el siguiente manuscrito. La población empadronada en la provincia asciende a 594.915 habitantes, hallándose 177.924 habitantes en la capital provincial (equivale al 29,9% de la población provincial). Con respecto a las cifras a 1 de enero de 2007, la población provincial ha sufrido un incremento del 3,77% (1).

La organización territorial del Estado Español, compuesta por comunidades autónomas, provincias y localidades, no coincide con la organización territorial sanitaria que marca la Conselleria de Sanitat. La provincia de Castelló está dividida en tres Áreas de Salud 01, 02 y 03. Tras la Orden de 12 de mayo de 2007 las Áreas de Salud han pasado a llamarse Departamentos de Salud (2,3). Las localidades ubicadas al sur de la provincia de Castelló junto con las localidades de la franja más al norte de la provincia de València forman otro departamento, el Departamento de Salud 04.

La totalidad de la población provincial, 594.915 habitantes, se distribuye por departamentos como se describe a continuación. El Departamento de Salud 01 acoge a 89.863 habitantes, que equivale al 15,1% del total de la población provincial. En el Departamento de Salud 02 viven 284.518 habitantes, cifra que equivale al 47,8% del total de la provincia; sobre este departamento es imprescindible añadir que es el más poblado y en él se ubica la capital provincial. El Departamento de Salud 03 hay un total de 185.580 habitantes, que equivale al 31,2% del total de la población provincial. El número de habitantes que pertenecen al Departamento de Salud 04, acoge un total de 34.953 habitantes de la provincia de Castelló, el 5,9% del total provincial (1).

Cada Departamento de Salud está dotado de los siguientes recursos sanitarios básicos: centros de Atención Primaria de Salud, centro de Salud Pública, un hospital general, como mínimo una Unidad de Salud Mental (USM), etc. Para los tres departamentos de salud provinciales sólo existe una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHPB) que se halla ubicada en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló. La presente comunicación abordará la comunicación enfermera establecida entre las USM y la unidad de hospitalización (UHPB) de referencia para los tres departamentos citados. Se excluye la zona sur de la provincia de Castelló, asignada al Departamento de Salud 04, por tener como unidad de hospitalización psiquiátrica (UHPB) de referencia, otra distinta a la citada; este departamento dispone de una UHPB en el Hospital de Sagunt, provincia de València.

El Departamento 01 cuenta con una USM, el Departamento 02 cuenta con tres USM y el Departamento 03 está dotado con tres USM. Los dos últimos departamentos de salud están dotados de tres USM; si dividimos su población en tres grupos, a cada USM le correspondería 94.893 habitantes y 61.860 habitantes respectivamente. Ciertamente es que, los datos ofrecidos engloban la población total y las USM prestan sus servicios a la población a partir de 15 años. La población con edad inferior a 15 años, en caso de necesitar servicios de salud mental, es atendida por las dos Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) que existen en la provincia.

Del total de población de la provincia de Castelló, 93.575 habitantes son menores de 15 años, representan el 15,7% del total provincial. Así pues las USM tienen entre la población con riesgo de ser atendida al 84,3% del total de la población provincial, este porcentaje equivale a 501.340 habitantes con 15 o más años de edad.

Los dispositivos comunitarios básicos de la red de salud mental son las USM. En la provincia de Castelló esta red está formada por siete USM. Únicamente dos están ubicadas en el CHPC, el resto se hallan repartidas por diferentes localidades de la geografía provincial: Borriana, Castelló, Vall d'Uixó, Vila-real y Vinaròs. Los equipos de enfermería de las USM están dotados de una enfermera, y tan sólo en dos de ellos coinciden dos enfermeras. Algunos equipos que cuentan con una enfermera; de éstos, unos se refuerzan con una auxiliar de enfermería, otros no. Recordar que, estas siete USM existentes tienen como Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHPB) de referencia la emplazada en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castelló (CHPC), antiguo Hospital Provincial.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHPB) está dotada con un total de 42 camas. Posee una zona ajardinada casi tan grande como la totalidad del espacio de las 21 habitaciones existentes. Actualmente, está equipándose una habitación de alta contención. El equipo de profesionales que trabaja está compuesto por: limpiadoras, celadores, auxiliares de enfermería, una monitora ocupacional, enfermeras, una enfermera especialista en salud mental, una supervisora de enfermería, una psicóloga y psiquiatras.

Con la llegada de una enfermera especialista en salud mental a la unidad de hospitalización psiquiátrica, y tras un análisis de la unidad, ésta propone la creación e implantación de un programa de coordinación enfermera entre los dispositivos de la red básica de asistencia comunitaria de salud mental (USM) y la unidad de hospitalización breve (UHPB) durante el tiempo que la persona con enfermedad mental permanece ingresada en el dispositivo hospitalario. En la memoria histórica de la unidad de hospitalización psiquiátrica se hallan iniciativas de experiencias similares que, por circunstancias (traslados, bajas maternas...), no han mantenido la continuidad en el tiempo. Sin embargo, esta coordinación sí se había conservado en el caso de una USM concreta. El proyecto propuesto es aceptado en la unidad de hospitalización psiquiátrica y así es como renacen las coordinaciones enfermeras entre ambos dispositivos: USM y su UHPB de referencia. La ejecución del programa corre a cargo de la enfermera especialista en salud mental, personal de nueva dotación en la UHPB desde finales del año 2007.

La UHPB es un dispositivo con carácter docente que, cada curso, acoge auxiliares de enfermería en período de prácticas, enfermeras pregrado en período de formación práctica, enfermeras residentes de salud mental (dos durante cada promoción), así como psicólogos residentes, médicos residentes de las especialidades de psiquiatría y medicina de familia y comunitaria; incluso, residentes provenientes de otras unidades docentes. Durante la duración del rotativo de las dos enfermeras residentes de salud mental de la 8ª promoción de la Unidad Docente de València, se les hace partícipes del diseño e implementación del programa de coordinación enfermera.

El programa comienza su andadura a finales de 2007. Se crea un documento para dejar constancia por escrito de su existencia. Cuenta con el beneplácito de la Supervisora de Enfermería de la UHPB y del Jefe Médico de la UHPB. A su vez, también se pone en conocimiento, de forma oficial y por escrito, a la Dirección de Enfermería del CHPC y a la Dirección de Salud Mental, entregando una copia a ambos para que pueda ser conocido con mayor profundidad. Se considera primordial que el programa sea conocido por los superiores jerárquicos así como por la Dirección de Salud Mental.

El pasado congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental fue el lugar elegido para presentar a la comunidad científica la labor que se estaba desarrollando este dispositivo de Castelló (4). Así, una tarde de jueves en Salamanca ciudad, se expuso el programa y su evaluación inicial a los allí presentes, con el apoyo de compañeras y compañeros de la

UHPB que asistieron al evento. Añadir al respecto que, aquella tarde se calificó la idea como novedosa por el hecho de realizar las coordinaciones con USM durante el tiempo que el paciente permanece ingresado en la UHPB.

Tras más de un año de andadura del programa de coordinaciones enfermeras entre las USM y la UHPB en la provincia de Castelló, se desea mostrar a la comunidad científica enfermera la evaluación que, de este año de funcionamiento, hacen los equipos de enfermería de las diferentes USM. Qué mejor espacio que, ¡de nuevo!, el congreso anual de la ANESM que este año acoge la ciudad del Túria, València.

DESARROLLO

El instrumento elegido para la evaluación del programa ha sido un cuestionario de elaboración propia con un contenido total de diez preguntas abiertas, citadas con posterioridad. El orden de las preguntas no está vinculado a la importancia de las mismas, simplemente cumple una función organizativa. Se ha entregado el cuestionario a cada uno de los equipos de enfermería de las USM mediante el procedimiento más pertinente, teniendo presente la distancia geográfica, que en algunos casos asciende a 70 kilómetros: en mano, por fax o mediante correo postal. Se ha dejado un margen de tiempo suficiente, cuatro semanas, para su cumplimentación y devolución. Para su devolución, se han ofrecido diferentes alternativas: en mano, por fax o vía correo postal. El cuestionario, autoadministrable, ha sido contestado sin la presencia ni soporte de la enfermera que coordina el programa, para evitar posibles sesgos en la recogida de información. En el momento de la entrega se sugirió su cumplimentación por la totalidad del equipo de enfermería de la USM, con la finalidad de recoger la máxima información posible. Hasta la fecha han sido devueltos seis de los siete cuestionarios entregados. A continuación, se citan cada una de las diez preguntas del cuestionario formuladas por la responsable del programa y, las respuestas generadas por cada uno de los equipos de enfermería de las USM al cumplimentar del cuestionario.

Primera pregunta: Identificación y valoración de los mecanismos que se han establecido para realizar la coordinación enfermera entre UHPB-USM

En las dos USM que están ubicadas en el hospital, la coordinación se realiza físicamente en las USM desplazándose la enfermera responsable del programa a cada una de ellas. En el resto de USM, se realiza vía telefónica. En ambas situaciones se ha generado un espacio concreto reservando un día y una hora a la semana para facilitar la intercomunicación. Nos encontramos, pues, con dos sistemas de comunicación adaptados a las diferentes realidades. De forma esporádica para comunicar información puntual se ha utilizado el servicio de fax, dotación que existe en ambos dispositivos (por ejemplo, facilitar informe de alta a USM). Respecto al contenido de las coordinaciones se componen de información sobre pacientes ingresados en la UHPB que pertenecen a la zona de la USM. El espacio creado se valora como una vía rápida y cómoda que permite un buen intercambio de información facilitando el seguimiento de casos; además, resulta cómoda, segura y confidencial. A su vez, también facilita el control de los ingresos y altas de la UHPB. También se destaca la apertura de un canal de comunicación entre dos dispositivos de salud mental que carecían, hasta el momento, de una vía reglada para transmisión de información sobre pacientes compartidos.

Segunda pregunta: Ventajas y dificultades en la puesta en marcha y mantenimiento del programa de coordinación enfermera UHPB-USM

Respecto a las ventajas se apuntan las citadas. Permite conocer semanalmente: los pacientes ingresados de la zona geográfica que abarca la USM, los nuevos ingresos, el terapeuta asignado al paciente, la adaptación del paciente a la UHPB, la evolución del paciente durante el ingreso, el inicio de los permisos terapéuticos y la fecha de alta. Todo ello revierte en un mayor

conocimiento del paciente. Por otro lado, facilita: la planificación al alta mediante la asignación de cita para acudir a USM tras alta médica, la continuidad en la administración de medicación depot, información sobre tratamiento y adherencia a los mismos, e identificación de variables que pueden dificultar el seguimiento. También aporta información en caso que, al alta, el paciente sea derivado a otro dispositivo diferente a USM (recursos residenciales, hospital de día, dispositivos más específicos...) permitiendo un seguimiento del recorrido del paciente por la red asistencial. Finalmente, otra de las ventajas que ha identificado una de las USM es la de permitir conocer los recursos existentes en el hospital de referencia destinados a salud mental. Respecto a las dificultades, únicamente desde una USM se apunta la carencia de continuidad en las coordinaciones enfermeras cuando, la enfermera que se responsabiliza de las tareas de coordinación, está de permiso. Otra USM aporta como dificultad, en algunas ocasiones, la localización en la UHPB de la enfermera coordinadora del programa.

Tercera pregunta: ¿El equipo de enfermería identifica cambios a nivel personal a partir del programa de coordinación UHPB-USM? Explicarlos

Las respuestas encontradas referidas a los cambios observados en el equipo de enfermería a nivel personal conforman un amplio abanico. La mayor parte de las USM han dado las mismas respuestas en las preguntas tercera y cuarta. Una de las USM explicita que se ha detectado un aumento de la satisfacción personal. Otra aportación destaca la sensación de “no estar sola” cuando conoció el programa de coordinaciones enfermeras. Otra USM ha respondido no apreciar ningún cambio hasta el momento actual. Las enfermeras que también han desarrollado su ejercicio profesional en campos diferentes a la salud mental (junto a pacientes crónicos) relatan que las coordinaciones enfermeras formaban parte de sus tareas.

Cuarta pregunta: ¿El equipo de enfermería identifica cambios a nivel profesional a partir del programa de coordinación UHPB-USM? Explicarlos

Las respuestas respecto a los cambios observados en el equipo de enfermería a nivel laboral o profesional son citadas seguidamente: conocer y mejorar la información sobre el estado del paciente grave, así como recopilación de mayor información sobre el paciente; el incremento de la satisfacción como profesional; repercusión en la mejora del trabajo diario: a la hora de dar una cita al paciente para seguimiento tras alta se realiza desde un criterio profesional valorando la visita preferente u ordinaria; informar del nuevo dispositivo de seguimiento donde se deriva al paciente obteniéndose una información fiable evitando el riesgo de informaciones erróneas; acceso rápido al informe de alta de UHPB, muchas veces el paciente el día de su visita de seguimiento tras el alta olvida, extravía, no se acuerda de traer su informe de alta; el hecho que el paciente tras el alta conoce día y hora de visita en la USM, tanto en primeras visitas como en el caso de visitas de seguimiento, reflejan varias USM; una de las USM dice no haber apreciado ningún cambio en el equipo terapéutico por el momento.

Quinta pregunta: Respecto al equipo de profesionales que trabaja en la USM, explicar las repercusiones que el programa de coordinación enfermera UPHB-USM ha tenido.

Las respuestas facilitadas respecto a las repercusiones que ha tenido el programa de coordinación sobre el equipo terapéutico, son: la mejora de la comunicación entre distintos dispositivos en el seguimiento de casos, poder hablar de los pacientes ingresados en la reunión semanal del equipo USM al informar de quiénes son, en una USM el apartado aparece en blanco, otra ha reflejado que no ha tenido repercusión a nivel del equipo terapéutico y, otras han dado como respuesta la misma que las apreciadas en el equipo de enfermería tanto a nivel personal como profesional

Sexta pregunta: Identificar elementos que es necesario mejorar en el programa de coordinación UHPB-USM y, si es posible, los mecanismos a utilizar en la mejora

Respecto a los elementos que se deben mejorar en el programa de coordinación interdispositivos, las aportaciones se citan a continuación. Una USM ha citado como interesante adjuntar el informe de alta de enfermería acompañado de un plan de cuidados al alta. Otra de las USM propone la posibilidad de informar de los ingresos en la UHPB en el momento que se produzcan.

Séptima pregunta: Identificar elementos que es necesario mantener en el programa de coordinación enfermera UHPB-USM

En esta pregunta las USM han coincidido de forma mayoritaria. La más expuesta ha sido dar continuidad a los contactos telefónicos UHPB-USM con la finalidad de realizar el seguimiento de los pacientes ingresados también desde USM, o lo que es lo mismo, mantener el canal de intercomunicación que se ha generado. También de habla de la periodicidad, indicando que debe continuar siendo semanal. Otra aportación es el mantener la asignación de cita en USM al alta gestionada desde la UHPB. Otra de las aportaciones está en la línea de mantener la ilusión y las ganas por trabajar de una forma eficaz y eficiente.

Octava pregunta: Críticas al programa de coordinación UHPB-USM

Existe también un apartado dedicado a las críticas constructivas que se considere deben hacerse al programa de coordinaciones interdispositivos. Ninguna de las USM han aportado críticas al mismo, explicitándolo en el cuestionario de diversas formas: no apporto críticas, de momento ninguna, no se aprecia ninguna carencia, ninguna (de forma rotunda), etc. Una de las USM ha puntualizando, sin presentar críticas, que todo puede ser mejorado.

Novena pregunta: Valoración global del programa de coordinación UHPB-USM

El penúltimo apartado del cuestionario está dedicado a la valoración global del programa. Las respuestas se detallan a continuación. Varias USM han valorado como buena la coordinación enfermera. Una USM ha puntualizado mucho más remarcando que la valoración global del programa es beneficiosa, útil, indispensable, facilitadora el intercambio de información y la comunicación entre estos dos dispositivos de salud mental.

10) Espacio dedicado a expresar aquello que creéis importante y no ha quedado recogido en ningún de los apartados anteriormente citados

Como último punto del cuestionario, se ha dejado un espacio abierto para poder expresar aquello que no tenía lugar en ninguno de los anteriores apartados. Este punto no ha sido rellenado por todas la USM, un total de cuatro han realizado su aportación. Una USM ha dicho que era una iniciativa muy acertada; otra USM ha felicitado la iniciativa por el hecho de haber partido de enfermería, y ser éste colectivo profesional quien ha creado, coordina y mantiene el programa. Otra de las USM comenta la importancia de sentirse parte de un engranaje y no una pieza aislada del mismo. Otra USM expresa su agradecimiento en el apartado mediante la palabra: “gràcies”.

CONCLUSIONES

El presente estudio tiene una serie de limitaciones. No puede realizarse ninguna inferencia al resto de USM del País Valencià o a nivel estatal puesto que la muestra de profesionales para realizar la encuesta no es representativa de la población a la que extrapoláramos los resultados. Se debe remarcar que el cuestionario no se ha realizado con la finalidad de extrapolar los resultados al resto de USM; sino que se plantea como un espacio de reflexión e introspección para con el programa de coordinación enfermera UHPB-USM con la finalidad de permitir la

detección de puntos fuertes y débiles del programa, junto con nuevas ideas de las profesionales que participan en él. Se considera muy importante que las profesionales que semanalmente participan del programa puedan también evaluarlo y mejorarlo.

A nivel provincial se ha creado otro espacio de intercomunicación enfermero ampliado a todos los dispositivos de la red de salud mental con finalidades diferentes al programa de coordinaciones USM-UHPB. En este espacio también participan, de forma voluntaria, los equipos de enfermería de las USM. Al responder al cuestionario se ha detectado, en algunas respuestas, referencias a este nuevo espacio de intercomunicación, que por supuesto tiene otra finalidad. No han sido reflejadas al transcribir las respuestas.

Parece obvio pensar que la instauración de un programa para aumentar la comunicación entre los equipos enfermeros de USM y UHPB de la red de salud mental es necesaria, mejora la continuidad de cuidados y repercute de forma positiva en la autoestima del colectivo enfermero de salud mental. No basta el sentido común. La evaluación de la implementación del programa citado, utilizando para ello una metodología estructurada y sistemática, permite demostrar aquello que el sentido común nos dice acerca de la creación de un espacio de comunicación continuado; en los resultados se refleja.

Se ha generado un espacio de intercomunicación entre dos dispositivos de salud mental (USM-UHPB) que deben interactuar de forma conjunta, pues presentan pacientes compartidos. Como piezas de la misma red, considerando la persona con enfermedad mental el eje central de la atención sanitaria en la red de salud mental, deben interactuar de forma conjunta. Los equipos de profesionales enfermeros forman parte de la red de recursos de salud mental, éstos deberían enfocar su trabajo con la persona con enfermedad mental como el eje central de sus intervenciones.

Las ventajas que presenta el programa de coordinación USM-UHPB pueden agruparse en tres campos: información sobre el paciente durante su ingreso, preparación del alta y seguimiento del recorrido del paciente por la red asistencial. Como dificultades ha aparecido la falta de continuidad cuando la enfermera responsable disfruta de sus descansos laborales; este problema es recíproco en ambos dispositivos, todas las enfermeras realizan descansos laborales. La otra dificultad, el hecho que, a veces, es dificultoso encontrar en UHPB a la enfermera responsable se entiende dentro del contexto que el presente programa es una más de las tareas asignadas a ésta enfermera y no la única.

Queda reflejado, entre las respuestas aparecidas, que el trabajo en red del cual forma parte el canal de comunicación creado, refuerza la confianza en los propios profesionales y la autoestima del colectivo enfermero. Tener presente la autoestima del colectivo enfermero es un preventivo del síndrome bourn-out, común entre los profesionales que desarrollan su trabajo en el campo de la interrelación humana, como es la salud mental y la psiquiatría. La distancia geográfica es un obstáculo que puede salvarse con la implementación de la visión de red asistencial y su concreción en un trabajo en red.

Respecto a los puntos a mejorar en el programa de coordinaciones, se propone el uso de altas de enfermería y la posibilidad de informar de los ingresos en la UHPB en el momento que se producen. Desde la UHPB se está comenzando a trabajar en las altas de enfermería; las mejoras están condicionadas a la realidad y circunstancias de la UHPB, los procesos de cambio son lentos. Respecto a los mecanismos que deben continuar utilizándose, las USM consensúan que se debe mantener el canal de intercomunicación generado entre USM-UHPB, con una frecuencia semanal y de forma continuada. La planificación del alta hospitalaria, y con ello la gestión de cita en USM también se debe mantener.

No aparecen críticas al programa aunque sí la apreciación que todo puede ser mejorado. La valoración global de las USM es positiva, se lee entre líneas que ha de continuar ejecutándose dicho programa. Finalmente, se felicita el hecho que la iniciativa haya partido del colectivo enfermero y que sea éste quien, día a día, mantiene operativo el programa de coordinaciones.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han hecho posible, cada una desde su realidad particular, que el presente manuscrito vea la luz. A todas ellas, muchas gracias por su día a día compartido.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y Población. Cifras de población y censos demográficos [acceso 2 de febrero de 2009]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- (2) Creación de los Departamentos de Salud. Orden 12/2005 de 19 de mayo. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, nº 5009, (19-5-2005)
- (3) Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana y regulación del procedimiento para su modificación. Decreto 224/2007 de 16 de noviembre. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, nº 5643, (20-11-2007)
- (4) Juan i Porcar M, Lou Moreno J, García Gómez T. Programa de Coordinación Enfermera Interniveles en la Red Básica Comunitaria de Salud Mental. En: Libro de ponencias: XXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 25 Años Cuidando Contigo. Un Recorrido en los Cuidados de Salud Mental. Madrid: ANESM; 2008. p. 1127-1134

INCUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Virginia Beck García, José Antonio Ponce Hernández, Javier Lozano Sanchez, Marga Paredes Bernabé, Miriam López Ozores, Yolanda Gonzalez Fuentes
H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Muchos años hace que venimos hablando sobre el incumplimiento terapéutico, buscando soluciones para que los pacientes acepten la medicación, programas psicoeducativos, hacer coincidir el comportamiento de la persona con los consejos sobre la salud.

La adherencia como sinónimo de cumplimiento, se utiliza con mayor frecuencia al ser un término que suena más suave. Utilizando una u otra palabra siempre estaremos haciendo referencia al seguimiento del tratamiento o mejor aún, a las conductas del paciente como son:

Aceptar iniciar el tratamiento, continuarlo correctamente, acudir a las citas médicas, llevar a cabo el régimen terapéutico, evitando conductas de riesgo y realizando aquellas aprendidas con los programas de psicoeducación también en el domicilio.

Cuántas veces hemos escuchado “no estoy enferma, me estáis volviendo loca o me estáis matando, desde que tomo la medicación no puedo moverme”.

Con la falta de adherencia terapéutica nos encontramos también con la dificultad de poder abordar al paciente, de las recaídas, de los múltiples reingresos, la no conciencia de enfermedad.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA

Hoy no sólo hablamos del cumplimiento del tratamiento, sino preferimos el término adherencia terapéutica.

Hay muchas comunicaciones, publicaciones y estudios sobre la adherencia terapéutica, programas sobre control y toma del tratamiento farmacológico, educación para la salud, psicoeducación, rehabilitación en general.

Sé que no voy a decir nada nuevo, pero sí aprovecho esta comunicación para hacer una reflexión de tantos años de experiencia. Por supuesto que es fundamental que el paciente cumpla al pie de la letra la prescripción facultativa, que acuda a todas las citas programadas en los distintos dispositivos, que participe, también la familia, en los programas de psicoeducación para que conozca su enfermedad, su tratamiento, efectos secundarios, de como controlar situaciones difíciles con técnicas como puede ser relajación, control del stress, etc., que cambie su conducta y hábitos de vida.

También nosotros como profesionales tendremos que cambiar nuestra actitud, ya estamos en ello, para mejorar la adherencia terapéutica, utilizando “nuevas” estrategias

Incorporadas a nuestro equipo tenemos a Virginia Henderson con su necesidades y/o a Margorie Gordon con los patrones funcionales. Pero no nos podemos olvidar de Hildegard Poplea y la relación terapéutica, es evidente que cuando existe, aunque el paciente no tenga conciencia de enfermedad, lograremos esa vinculación, ya que existe una confianza que nos asegura el cambio en la actitud del paciente.

Otras herramientas para la adherencia terapéutica serían:

Plan funcional

- Personalización de cuidados
- Asignación enfermera paciente
- Plan de cuidados
- Informe de continuidad de cuidados

En este sentido, para garantizar la mejora continua de la calidad de los cuidados enfermeros se hace necesaria la figura de la enfermera referente. Este modelo consiste en la asignación de responsabilidad en el cuidado de un paciente a una enfermera, que evalúa sus necesidades, planifica y dirige los cuidados, supervisa y evalúa resultados, asegurando la continuidad de cuidados dentro del contexto de autonomía profesional

El informe de continuidad de cuidados irá dirigido a su enfermera de referencia de los dispositivos implicados en los cuidados profesionales de enfermería.

Beneficios de la personalización para el paciente:

- Identifica claramente a la enfermera responsable de cada paciente y consigue mayor nivel de independencia en sus cuidados.
- Aumenta la satisfacción en aspecto de la comunicación y relación al saber que alguien conoce por completo su proceso.

“Aproximadamente entre un 30% y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal sanitario (Green y otros 1991), por lo que el “fracaso” no es únicamente del paciente, sino que implica a la enfermera, que no ha sido capaz de establecer una buena comunicación con el paciente (6). Otros autores como Saturno y Gastón Canovas también indican que la causa más importante de la baja adhesión al tratamiento es la baja interrelación entre profesional sanitario y el paciente (18).”

Coordinación entre niveles-Sesiones clínicas de enfermería

Conocemos la gran dificultad de estos pacientes, que viven en peores condiciones que la población general, tienen pocos ingresos económicos, las relaciones sociales muy limitadas, por lo tanto llevan una vida menos satisfactoria.

La estadística nos dice que tienen un riesgo de muerte de 1,8 superior, motivado por enfermedades respiratorias, cardiovasculares, a enfermedades oncológicas, pocos hábitos saludables como fumar mucho, abusos de sustancias, poco ejercicio, una alimentación desequilibrada.

El abordaje se complica más si se altera la Salud Física y con ello también la adherencia terapéutica.

Es importante que nosotros conozcamos la red asistencial y como acceder a ella, para garantizar la continuidad de cuidados entre los niveles y mejorar la práctica clínica.

Para garantizar la continuidad de cuidados es conveniente que el paciente sea acompañado en su trayectoria por el personal referente. Es evidente que cuando un paciente está ingresado en la UHSM o en la CT no se romperá el vínculo con la USMC si existe esa coordinación entre los dispositivos, también es conveniente que cuando se vaya de alta, ésta sea programada y se concierte una cita con la enfermera referente.

Aprovechamos las sesiones clínicas para una coordinación y comunicación bidireccional, unificar criterios y contemplar las intervenciones para detectar, valorar y determinar los problemas de salud y sobre todo para que no se nos “pierda” el paciente ante la dificultad de atenderle en AP.

Visita domiciliaria

Proporciona una seguridad al paciente y a su entorno, planificando los cuidados y las actividades diseñadas en el domicilio.

Las personas que presentan un trastorno mental grave, que realizan múltiples reingresos hospitalarios, precisan una atención domiciliaria al ser dados de alta.

Los resultados con esta intervención:

- Adherencia al tto.
- Vinculación al centro de salud mental
- Calidad de vida con la rehabilitación

GESTIÓN DE CASOS

Se define como un proceso de colaboración que valora, planifica, aplica, coordina y evalúa las opciones y servicios necesarios y poder satisfacer las necesidades de salud de los usuarios.

GESTIONAR LOS CUIDADOS

Significa recoger información, identificar problemas, diseñar plan de cuidados, coordinando las intervenciones con los profesionales, familiares y el propio.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Incumplimiento del tratamiento, definido como: conducta de una persona... que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona, etc., y un profesional del cuidado de la salud, etc. Pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos
2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico, definido como: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- 4420- Acuerdo con el paciente
- 2380-Manejo de la medicación
- 5602-Enseñaza Proceso de la Enfermedad
- 5616-Enseñaza Medicamentos prescritos

NIC PRESENCIA 5340 INTERVENCIONES DE ENERMERÍA

Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como fisiológicamente.

Actividades:

- Mostrar una actitud de aceptación
- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el Paciente.
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente
- Establecer una consideración de confianza y positiva
- Escuchar las preocupaciones del paciente
- Permanecer en silencio, si procede
- Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda
- Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción
- Establecer una distancia entre el paciente y la familia , si es necesario
- Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos
- Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño
- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad
- Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino)

CONCLUSIONES

Es evidente que ante el incumplimiento terapéutico tiene un papel muy importante la continuidad del tratamiento farmacológico, la psicoeducación tanto al paciente como a la familia. Para ello podemos contar con numerosos programas psicoeducativos, programas de tratamiento de larga duración y algunos diagnósticos de enfermería.

Pero antetodo no me gustaría olvidarme del acompañamiento que le hace el personal de enfermería referente al paciente durante toda la trayectoria de su enfermedad y que puede ser la definición de la intervención. PRESENCIA.

BIBLIOGRAFÍA

- Johnson, M. Bulechek, Gl. McCloskey, J. Maas, Meridean Moorhead, Sue “Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones” Elsevier
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). “Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004.” Madrid: Harcourt Elsevier
- Huizing, E. López Alonso, SR. Lacida Baro, M, Pérez Hernández, RM. “Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en Salud Mental.” En Andalucía. Presencia 2005; año 1 (1)
- Lluch Canut MT, Biel Tres A. “La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería 2. Rev Presencia 2006 ene-jun; 2 (3)
- Pacheco G. “La adherencia en “otras modalidades terapéuticas” en Salud Mental” Rev Presencia 2007 ene-jun; 3 (5).
- Eslava, A “Diseño, implantación y valoración de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación a enfermeras de salud mental para aumentar el manejo y cumplimiento del régimen terapéutico del paciente con esquizofrenia.”
- IX JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERAS/OS INTERNAS/OS RESIDENTES EN SALUD MENTAL

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

M^a. Luisa Alberca Muñoz, María Justo Carrascosa
U.S.M. Adultos. Alcazar de S. Juan. Ciudad Real

INTRODUCCIÓN. ¿POR QUÉ? ¿PARA QUÉ?

En base al desarrollo de nuestra labor asistencial en nuestra experiencia clínica, constatamos que existen unas características concretas en la población atendida de nuestra Área:

- Existe un gran demanda de atención en patologías leves, como son: Trastornos Ansioso-Depresivos, Distimia, Somatizaciones, etc, derivadas en su mayor parte de Atención Primaria.
- Los recursos materiales y profesionales con los que contamos, se muestran a veces escasos, para poder responder a la demanda en abordaje individual.
- Una parte de estos pacientes evolucionan cronificándose y psiquiatrizando en exceso a la población, si no reciben la ayuda precisa en el momento adecuado.
- A su vez existe un grupo de pacientes que, desde nuestro punto de vista profesional, responderían mejor a una Terapia de Grupo, en donde se beneficiarían de una serie de ventajas, que no pueden obtener en la Terapia individual, y que permitirían obtener mejores resultados.

Por este motivo decidimos crear, a través de un formato grupal, un Programa, específico para este tipo de abordaje, reiterando el encuadre social.

Al mismo tiempo nos permitiría una mayor dedicación en medios materiales y humanos, para satisfacer la demanda de otras patologías mas graves (Trast. de Personalidad, Psicóticos, etc) y que necesitan un mayor despliegue de recursos profesionales, dispositivos, coordinaciones, etc.

Objetivos. ¿QUÉ?

1. Mayor optimización de los recursos disponibles.
2. Mejor adecuación de este modelo a patologías que son resistentes a la terapia individual.
3. Integración de psicoeducación, participación activa e intercambio de experiencias de los participantes con el resto del grupo (Interactivo).
4. Contribución a un mayor reconocimiento, descubrimiento y puesta en común de los recursos y habilidades existentes en cada individuo, fomentando la relación interpersonal.
5. Repercusión directa en la resolución de problemas cotidianos.
6. Mejora de la competencia profesional, con el empleo de nuevas herramientas terapéuticas, que inciden también en la satisfacción laboral, y con ello en su propia rentabilidad.
7. Obtención a medio plazo de resultados terapéuticos.
8. Fomentar el asociacionismo y potenciar actividades de ocio/recreativas a realizar como grupo autónomo.
9. Fomentar el liderazgo-intragrupo para que lidere su continuidad, y poderle transferir en un futuro su funcionamiento.

Recordamos a Irwing Yalom (1) destacando los 11 factores que operan en psicoterapia de grupo, que inciden en los mecanismos terapéuticos y que son:

1. Infundir esperanza.
- 2.- Universalidad.
- 3.- Transmitir información.

- 4.- Altruismo.
- 5.- Desarrollo de técnicas de socialización.
- 6.- Comportamiento imitativo.
- 7.- Catarsis.
- 8.- Recapitulación colectiva del grupo familiar primitivo.
- 9.- Factores existenciales.
- 10.- Cohesión del grupo.
- 11.- Aprendizaje interpersonal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN ¿PARA QUIÉN?

- Distimias, Trast. ansioso-depresivos. Patología psicósomática.
- Juicio de Realidad y Conciencia de enfermedad conservado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Trastornos psicóticos.
- Trastornos de personalidad graves.
- Neurosis graves.
- Retraso mental y/o Trast degenerativos.
- Patología dual.
- Drogodependencias/Adicciones.
- Registrar varias ausencias en consultas previas sin justificar.

METODOLOGÍA. ¿CÓMO?

Los Coordinadores deben ser “facilitadores”, cuya misión es la contención, movilización, y cohesión del grupo, evitando la interpretación de los contenidos y fomentando la participación de cada uno de los miembros, Observando el clima grupal y cambiándolo cuando sea preciso, evitando la interpretación de los contenidos.

Su misión se fundamentará en:

- Dirigir TAREA
- Recordar el ENCUADRE
- CAMBIO, si procede del CLIMA GRUPAL. (2) (3) (4)

La derivación de las pacientes se hará desde la consulta de Psiquiatría /Psicología a las que se le realizará una entrevista previa informando del encuadre y objetivos, vislumbrando el grado de motivación del paciente.

Como actividades de apoyo se plantearía: Relajación, Psicoeducación (temas diversos: Depresión, Ansiedad, Habilidades Psicosociales, Teoría de la comunicación, etc.) siempre en función del interés del grupo.

1ª Sesión:

- Presentación de todos los componentes del grupo incluidos los coordinadores.
- Explicación de los objetivos y tareas a realizar.
- Invitar a los participantes a exponer sus expectativas con respecto al grupo.
- Síntesis de la sesión.

SESIONES SIGUIENTES:

La dinámica se desarrollará con la exposición de temas personales , facilitando el intercambio emocional, evitando dar consejos.

Características del grupo:

- Grupo semiabierto.
- Edad: Mayores de 25 años - 65 años.

Lugar, duración, horario:

- Sala de Usos Múltiples (miércoles) Centro de Salud.
- Semanal (1 año).
- 11 h - 12,30 h
- Sesiones de 1,30 h.

Nº. participantes:

10-12 ambos sexos

Perfil del paciente:

Mujer, Ama de casa, “Cuidadora principal”, Nivel cultural medio-bajo.
Neurosis de más de 2 años de evolución,

Evaluación: Escalas Psicométricas.

- Depresion (Beck)
- Ansiedad (Rojas)
- Revisión de objetivos conseguidos.

Normativa a cumplir por los integrantes del grupo:

- Confidencialidad.
- Justificar las ausencias.
- Respeto a cada uno de sus miembros.
- Compromiso de participación activa.
- Evitar hablar de personas ausentes en el grupo.
- Compartir con el grupo, todo lo hablado entre algunos de sus miembros, (por ej. antes o al final del comienzo de la sesión) para cohesionar y hacer partícipe a todos por igual.

CONCLUSIONES

Prendemos ofrecer un formato grupal, facilitando el descubrimiento de recursos personales en las pacientes, evitando la cronificación, reforzados por la interacción grupal, e incidiendo directamente en la resolución de problemas cotidianos, potenciando también con ello, las herramientas terapéuticas y contribuyendo a una mayor satisfacción profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Yalom, I. "Guía breve de la psicoterapia de grupo". Ed. Paidos Barcelona 1996.
- 2.- Juan Antonio Fdez. Gil .Psicólogo. (E.S.M.D., Axarquía, Málaga).Curso ("Formación de Grupos de Ayuda Mutua en Castilla La Mancha. 2008-2009)
- 3.- A Avila. MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO ANALITICO-VINCULAR ("Escenas temidas del coordinador de grupos"). de.. Quipú Madrid. 1993.
- 4.- Martinez Garcia de Castro, M. Fdez. Gil, Juan Antonio, Lopez Gutierrez, M D. "UN GRUPO TERAPÉUTICO según EL MODELO ANALÍTICO- VINCULAR". Unidad de Docencia y Psicoterapia (Marzo 1995) Málaga.

AGRADECIMIENTOS

Asociacion de mujeres "Valeriana" 1996- 2007. La Axarquia (Málaga).

TRABAJO ENFERMERO DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA EN ALDAIA VALENCIA

Francisca Roda Jarque, Amparo Guerrero Sancho, María Huertas Zarco, Elisa Gallach Solano, Pau Peris Raurell

Unidad de Salud Mental de Aldaia. Valencia

INTRODUCCIÓN

Alba 2009 es un programa de rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental severa. Ha sido planificado y se está desarrollando en la actualidad por el Equipo de Salud Mental del Dpto 09 y la s Asociación Albero Artesano en la Mancomunidad L` Horta Sud-Oest de la Comunidad Valenciana. Previamente se han desarrollado en el mismo ámbito territorial los Programas de Rehabilitación Albanta (1995-1997), Ágora (1998-2001) y Alaba (2005-2007), financiadas por diversas iniciativas de Fondo Social Europeo .

También se han planificado y desarrollado dentro de los programas Ágora y Alaba, dos Masters de Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación y Reinserción Sociolaboral de Personas con Trastorno Mental Severo. En colaboración con la Universidad de Valencia.

DESARROLLO

La rehabilitación y reinserción psicosocial de personas con enfermedad mental severa es un proceso que persigue dotar al individuo y a su familia de aquellas estrategias que le permitan vivir de la forma más autónoma e independiente que sea posible.

Los principios básicos de nuestro modelo de rehabilitación son:

- Marco de referencia comunitario
- Metodología global de investigación-acción-participativa
- Tridimensionalidad de las actuaciones tanto al individuo, a la familia y a la sociedad
- Uso de espacios normalizados.
- Seguimiento continuo de los cuidados.
- Trabajo en equipo interdisciplinar.
- Coordinación interinstitucional.
- Trabajamos con una perspectiva de género, educación ecoambiental, utilización del sentido común y optimismo.

Los objetivos generales del programa son:

- Posibilitar la adquisición de derechos de este colectivo a través de la rehabilitación psicosocial y la reinserción sociolaboral
- Implementar y desarrollar recursos y actuaciones adecuadas, promoviendo nuevos enfoques y contenidos para conseguir la integración
- Sensibilizar a las familias, instituciones educativas, culturales, laborales, políticas, empresariales y asociaciones del derecho a la inclusión de estas personas en todos los espacios ciudadanos , y de la necesidad de su apoyo y participación para reducir el estigma y fomentar la solidaridad social.

El Programa consta de cuatro fases secuenciales y progresivas, en las que tiene un espacio terapéutico adecuado a cualquier persona con diferentes grados de deterioro psicosocial

Fase I. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Atención domiciliaria, intervención en crisis, hospitalización domiciliaria y apoyo con actividades terapéuticas personales y familiares para su integración en el contexto próximo, adherencia al tratamiento y mejora de la convivencia familiar.

Fase II. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Que comprende diversos módulos complementarios.

Módulo cognitivo:

Tiene como objetivo general el mejorar los procesos cognitivos básicos necesarios para el aprendizaje, que constituyen el sustrato necesario para la integración social y resolución de problemas. Tanto la metodología como los contenidos del mismo, están basados en el programa terapéutico (IPT) de Volker Roder, compuesto por cinco subprogramas: (Diferenciación cognitiva, Percepción social, Comunicación verbal, Habilidades sociales y Resolución de problemas interpersonales), orientado a la terapia de trastornos perceptivos de la atención, comprensión, memoria y también a déficit específicos en toda conducta social.

Módulo de Habilidades sociales:

Este módulo tiene como objetivo el adiestramiento en competencia social y eficacia personal, para ampliar y mantener las redes sociales y mejorar el ajuste y la adaptación social.

Objetivos generales

- Mejorar el funcionamiento social de pacientes esquizofrénicos para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias en diferentes contextos sociales.
- Reducir la sintomatología negativa, a través de la adquisición de nuevos repertorios comportamentales de interacción social.
- Lograr ampliar y mantener las redes sociales.
- Mejorar la adaptación, ajuste e integración social en su medio natural.
- Proveer de conductas sociales competentes y eficaces que aumenten el nivel de autoestima y confianza del individuo.
- Instaurar y/o potenciar las habilidades precisas para una adecuada utilización de los recursos comunitarios.

Módulo psicoeducativo:

En el módulo psicoeducativo, las personas con enfermedad mental son formadas e informadas para completar su proceso evolutivo y madurativo.

Se trabaja el desarrollo de conciencia de enfermedad, el entrenamiento de estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas.

La metodología de aprendizaje es fundamentalmente práctica y participativa. Apoyándonos en técnicas lúdicas, creativas e interactivas.

El objetivo consiste en que los pacientes se concienzien de su enfermedad, se motiven e interesen en su propia mejoría, teniendo siempre en cuenta el nivel cognitivo, las capacidades y limitaciones que el grupo presenta.

Módulo actividades de la vida diaria:

El objetivo general del módulo es el aumento de la calidad de vida, el autocuidado y la autonomía personal, así como mejorar la capacidad de manejo en el entorno de autocuidado.

Para ello se trabaja el desarrollo de habilidades básicas e instrumentales y manejo de recursos comunitarios y se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Hábitos de vida (alimentación, sueño, salud)
- Manejo social (manejo del dinero, comunicación y transporte, recursos comunitarios).
- Vivienda (conocimiento del espacio, distribución y orden, limpieza, cocina, normas de convivencia)
- Aseo personal (cuidado diario y semanal). ¿Qué hacer para mantener sano tu cuerpo?

Módulo instrumental:

La instrucción básica es de suma importancia para el desarrollo personal y social de las personas. Dependiendo del momento concreto de la vida en el que algunas personas desarrollan una enfermedad mental, así será su nivel de destreza en materias como la lecto-escritura y el cálculo. Es por ello, por lo que con este módulo se pretende ampliar y/o reforzar las habilidades de instrucción básica como ayuda a la autonomía personal y la integración en la sociedad.

El objetivo general es el desarrollo de aprendizajes curriculares básicos:
Lecto-escritura, cálculo matemático y conocimiento del medio

Módulo Psicocorporal:

El trabajo psicocorporal intenta posibilitar a la persona el paso de una imagen parcilizada y fragmentada de su propio cuerpo, hasta el reconocimiento de una vivencia integradora y global

Objetivos generales

- Toma de conciencia como algo vivo placentero y expresivo.
- Paliar los efectos secundarios que la medicación provoca a nivel corporal.
- Disminuir en la medida de lo posible los síntomas negativos asociados a la vivencia corporal.

Objetivos específicos

- Reconocer las tensiones, descargarlas, soltarlas/aflojarlas y poder llegar a un estado de relajación.
- Reestructurar el esquema corporal.
- Posibilitar el control del tono muscular para recuperar y desarrollar las habilidades motoras.
- Desarrollar la expresión corporal.
- Favorecer la autonomía y la proyección en la esfera social.

Para ello, trabajamos la psicomotricidad fina en la piscina cubierta, en el polideportivo municipal, los deportes cooperativos y en la sala de psicomotricidad del centro social “Matilde Salvador” de Aldaia, la expresión corporal.

Fase III.: CAPACITACIÓN PROFESIONAL

Los objetivos generales de esta fase son:

- Facilitar el acceso al mercado de trabajo normalizado y/o protegido en condiciones igualitarias respecto al resto de la población desempleada: Promover la igualdad de oportunidades.
- Proporcionar formación de los/as alumnos/as y adquisición de capacidades que faciliten la incorporación a la vida activa en el ámbito de cada profesión concreta: Jardinería y Viverismo, Cerámica y Bisutería.
- Desarrollar y afianzar la madurez personal y la verdadera integración social mediante la adquisición de hábitos y capacidades, que permitan participar de forma responsable en el

trabajo y en la actividad social y cultural de su entorno, a las personas que padecen enfermedades mentales.

- Disminuir el handicap social entorno a la enfermedad mental, en el ámbito del mercado laboral.

Por las características concretas de nuestro colectivo, se implementan cada una de las capacitaciones específicas, con la tutoría psicológica de cada uno de los usuarios, y una serie de módulos complementarios; Habilidades Socioprofesionales, Formación y Orientación laboral, Búsqueda activa de empleo y Seguimiento psicosocial.

Fase IV.: EMPLEO PROTEGIDO

Integración sociolaboral en empresas normalizadas.

Creación de empresas sociales.

MÓDULOS TRANSVERSALES

Se realizan conjuntamente para todas las fases del programa y se trabaja:

- Intervención familiar y escuela de familias.
- Entrevista individual con al menos un miembro de la familia para el intercambio de informaciones y seguimiento del paciente.
- Consultas telefónicas requeridas por los pacientes o por los profesionales.
- Derivación a terapia familiar, escuela de familias: Trabajo grupal acorde a las necesidades observadas y a la psicoeducación, adiestramiento en habilidades comunicacionales, técnicas de resolución de conflictos y afrontamiento al estrés.
- Formación y consolidación de un grupo de autoayuda, extrapolación de experiencias grupales al grupo familiar.

Creatividad

Se trabaja con talleres de música, teatro, radio, baile, pintura...

Organización del tiempo libre.

Para ello programamos y realizamos:

- Salidas a la piscina pública y a la playa.
- Viajes de varios días.
- Excursiones.
- Convivencias semanales entre talleres.

Participación y sensibilización comunitarios

- Ferias.
- Desfiles de moda (Montesinos, Carlos Haro).
- Charlas a institutos, asociaciones, etc.
- Representaciones teatrales.
- Uso de recursos normalizados.

Difusión

- Congresos y jornadas.
- Página web.
- Prensa.
- Radio.
- Televisión.

RESULTADOS

Mejoría de variables clínicas

- Disminución de síntomas negativos.
- Disminución de ingresos hospitalarios.
- Disminución de tratamiento farmacológico.

Mejoría de variables psicosociales

- Aumento de la autonomía personal e independencia.
- Mejora de capacitación profesional (15% de contratos).
- Mayor eficacia personal y social en las relaciones.
- Normalización de sus vidas: independencia familiar, empleo, autonomía.

Disminución del estigma

- Mayor percepción y autopercepción de igualdad en personas con discapacidad por Enfermedad Mental.
- Mejora significativa de la calidad de vida.
- Elevado grado de satisfacción de usuarios y familiares.
- Formación de profesionales.
- 80 profesionales formados en dos Masters Universitarios: Rehabilitación y Reinserción sociolaboral de personas con Trastorno Mental Severo.
- 80 profesionales expertos en rehabilitación que están actualmente trabajando en recursos de rehabilitación de la Conselleria de Bienestar Social: CRIS, Centros de día, CEEM, y viviendas tuteladas.

CONCLUSIONES

- Necesidad de continuidad de programas comunitarios de rehabilitación.
- Necesidad de trabajar desde un prisma tridimensional individuo-familia-entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Huertas Zarco, M; Peris Raurell, P. y Gallach Solano, E. (1995) Programa Albanta: Rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica Documento interno. Fondo Social Europeo. Horizonte II
- Huertas Zarco, M; Peris Raurell, P. y Gallach Solano, E. (1998) Programa Ágora: Rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica Documento interno.Fondo Social Europeo. Horizonte III
- Huertas Zarco, M; Peris Raurell, P. y Gallach Solano, E. (2004) Programa Alalba: Rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica Documento interno. Fondo Social Europeo. Equal
- Leff, JP. (1996). Manejo familiar de la esquizofrenia. En C. Shrique y A. Nasrallah (eds) Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. Washington DC: American Psyquiatic Press.
- Liberman R. P. (1993) Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona. Martínez Roca (edición Original.1998)
- Perona Garcelán, S; Cuevas Yust, C; Vallina Fernandez, O. y Lemos Giraldez, S. (2003) Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía Clínica. Madrid. Minerva
- Roder, V; Brenner, H.D; Hodel, B. y Kienzle, N. (1996) Terapia integrada de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel.
- Huertas Zarco, M; Escribá Pérez, P (2000) Salud Mental Comunitaria. Rehabilitación Psicosocial y Reinserción Sociolaboral. Valencia. Editoria Nau Llibres.

AL LÍMITE DE LA CONVIVENCIA

Alicia Domínguez Bermejo, María Nieves Vaquero López, María del Pilar Sánchez Castillo, Marta González Granado, Sara Ledesma Núñez, Marta Polo Sepúlveda

Hospital Psiquiátrico Doctor R. Lafora. Madrid.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en España, se exige a las familias que asuman el cuidado de los enfermos crónicos. La reforma psiquiátrica de los años 80 y la desinstitucionalización de los enfermos mentales, ha hecho que la comunidad asuma las funciones de cuidado e integración de estos pacientes. El cuidador principal es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad. No sólo cuida, sino que es un elemento sanitario fundamental en este tipo de pacientes. Muchas veces no valoramos y descuidamos esta labor. Es por ello que los cuidados proporcionados por la Enfermería Comunitaria y de Salud Mental no sólo deben ir encaminados al paciente que demanda la asistencia, sino también a los familiares que durante las 24 horas realizan tan vital labor.

La personalidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La parte biológica de la personalidad recibe el nombre de temperamento y la parte psicosocial carácter, representando cada una de ellas el 50%. El temperamento fija los límites del individuo y condiciona la experiencia que es capaz de asimilar. El carácter refleja los aspectos psicológicos del individuo, sociales y culturales.

Existen diversos tipos de personalidad, centrándonos nosotros en el límite por su complejidad de manejo y e importantes repercusiones para la salud pública.

El término Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue utilizado por primera vez hacia 1930, pero no fue definido como tal hasta finalizar los años 70, y es en 1980 con la edición de DSM-III cuando se le reconoce como una categoría diagnóstica definida. (1)

Ya en el DSM-IV, se acuerdan los criterios para diagnosticar este trastorno basados en los siguientes nueve ítems y determinándose que el paciente al menos presente cinco de ellos.

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.(2)

El Trastorno borderline de personalidad es un cuadro clínico cuya prevalencia es baja con respecto al resto de los TP, aproximadamente el 1.16% de los TP, sin embargo, el coste emocional tanto para el individuo como para su entorno familiar y social es alto.(3)

El cuidador principal soporta a diario retos imprevistos y sufre pérdidas de control personal, presentando también alteraciones en la salud física y emocional, apareciendo en ellos estrés, ansiedad, irritabilidad, sensación de culpabilidad por no poder atender correctamente a la persona. El grado de parentesco influye en estas sensaciones del cuidador principal. Todo esto pone de manifiesto la necesidad de una atención psiquiátrica y/ o psicológica a los cuidadores principales, necesitando también por tanto un plan de cuidados desde enfermería para atender sus necesidades básicas de igual forma que se atienden las de su familiar enfermo(4) El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de la tan difícil convivencia con este tipo de pacientes (5) es fundamental actuar también de una forma estructurada con los familiares para no caer ellos también en situaciones y comportamientos patológicos.

Los sentimientos que despierta el vivir constantemente en tensión dentro del núcleo familiar, pueden ser variados y muy perjudiciales para el cuidador, ya que día a día va haciendo mella en su salud psíquica pudiendo desencadenar en algún tipo de enfermedad mental.

DESARROLLO

Para un correcto seguimiento y actuación sobre los familiares de Trastornos Límite de la Personalidad (TLP) proponemos un plan de cuidados con seguimiento periódico desde los centros de salud mental, ya que puede ser el recurso idóneo para hacer una buena ejecución del mismo y conseguir los resultados deseados.

Para ellos haríamos una valoración de enfermería, por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, que dada las características de la enfermedad pensamos que los patrones en riesgo de alteración son el 1 Patrón percepción - control de la salud y el 10 Patrón adaptación - tolerancia al estrés. A pesar de que la valoración de enfermería será individualizada con diagnósticos adaptados a cada situación pensamos que los citados a continuación formarán parte de todo plan de cuidados a familiares de TLP.

00073 - AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

El comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de manera efectiva las tareas esenciales en la adaptación de ambos al reto que supone el problema de salud.

Relacionado con (r/c)

- La persona significativa tiene sentimientos crónicos inexpressados de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación, etc.
- Discrepancia entre la familia y el paciente sobre los estilos de afrontamiento para llevar a cabo las tareas de adaptación.
- Relaciones familiares muy ambivalentes.

Manifestado por (m/p)

- Rechazo.
- Distorsión de la realidad del problema de salud del paciente, incluyendo negación de su existencia o severidad.
- Deterioro de la individualización, preocupación por el paciente de forma excesiva y prolongada.

- Falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia.

Resultado NOC: 2604 Normalización de la familia

Intervenciones NIC:

- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)
- Apoyo espiritual (5420)
- Terapia familiar (7150)
- Movilización familiar (7120)
- Asesoramiento (5240)
- Fomentar la implicación familiar (7110)

Resultado NOC: 2204 Relación entre el cuidador familiar y el paciente

Intervenciones NIC:

- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo emocional (5270)
- Asesoramiento (5240)
- Fomentar la implicación familiar (7110)

Resultado NOC: 2600 Superación de los problemas familiares

Intervenciones NIC:

- Estimulación de la integridad familiar (7100)
- Mantenimiento en los procesos familiares (7130)
- Apoyo a la familia (7140)
- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Apoyo espiritual (5420)
- Asesoramiento (5240)
- Terapia familiar (7150)

00080 - CONTROL INFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR

Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud propuestos.

Relacionado con (r/c):

- Complejidad del régimen terapéutico.
- Conflicto familiar.

Manifestado por (m/p):

- Actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos marcados.
- Expresión verbal de dificultades para prevenir o evitar los efectos de la enfermedad.
- Expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento y la prevención de secuelas.

Resultado NOC: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

Intervenciones NIC:

- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).

Resultado NOC: 2604 Normalización de la familia.

Intervenciones NIC:

- Fomentar la normalización familiar (7200).
- Mantenimiento en los procesos familiares (7130).

00146 - RIESGO DE ANSIEDAD

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Relacionado con (r/c)

- Necesidades no satisfechas.
- Estrés.
- Amenaza de cambio en: el rol, el estado de salud, los patrones de interacción, las funciones del rol, el entorno y la situación económica.

Manifestado por (m/p):

- Disminución de la productividad.
- Insomnio, inquietud.
- Irritabilidad, angustia, desesperanza.
- Preocupación creciente.
- Disminución de la habilidad para: solucionar problemas y aprender.

Resultado NOC: 1402 Control de la ansiedad.

Intervenciones NIC:

- Asesoramiento (5240)
- Técnicas de relajación (5880).
- Disminución de la ansiedad (5820).

CONCLUSIONES

Dado que el cuidador principal es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad o trastorno, nos parece importante prestar especial atención a esta figura. Por todos es sabido la dificultad a la que se enfrentan diariamente los familiares de los pacientes que acuden a Salud Mental y más concretamente en lo referente a su manejo. Las características de cada patología exigen una serie de conocimientos que en ocasiones no son proporcionados a los familiares.

Una buena planificación de cuidados estandarizados enfocados al cuidador/es principal/es de un paciente con Trastorno Límite de Personalidad, proporciona una herramienta estratégica, tanto al profesional de enfermería para valorar las necesidades prioritarias detectadas en la familia, como a los propios familiares que ven atendidas sus necesidades y dificultades a la hora de retomar el equilibrio personal y familiar. De esta manera se podrá asesorar y atender a dichos familiares a fin de que se beneficien de las variadas intervenciones y recursos existentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Azcárate J, Bayón Pérez C, Casas Rivera R, Costi Goyeneche C, Melendo Granados JJ, Montes Rodríguez JM, et al. Cuidados. Consejería de Sanidad y Consumo, editor. Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Madrid: SaludMadrid; 2005.
- (2) López Ibor Aliño JJ, de Flores i Formenti T, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.

- (3) Torgersen S. Epidemiology. In: In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 129-41.
- (4) Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, Puig JM, Carulla J, Pi J. Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de Pacientes Ancianos. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*. 2000; 27(3): 131-134.
- (5) Azkoaga Etxebarria A. Cuidar al que cuida. Síndrome del cuidador. 2009 February 25 Available from: URL: <http://andarrat.free.fr/cap1.htm>
- (6) Bulechek G, Johnson M, Maas M, McCloskey J, Moorhead S. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Madrid: Harcourt; 2002.

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Albert Cosculluela Pérez, Alejandra Rubio García, Maite Martínez Balsalobre, Maite Muñoz Martínez, Mariano García.

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de la Corporació Sanitària Parc Taulí.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El sueño es una función orgánica imprescindible para la salud, que por diversas causas puede verse alterado. Cuando aparece un problema de sueño, primero hemos de revisar si tenemos unos hábitos que faciliten el comienzo y/o mantenimiento del sueño o por el contrario no tenemos unos hábitos saludables, en cuyo caso deberemos aplicar como primera medida la incorporación de pautas de “higiene del sueño”.

En los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG) es relativamente frecuente la existencia de problemas vinculados al sueño y descanso nocturno, y muchas veces estos están derivados de una ausencia de hábitos de sueño saludables. Es por este motivo que en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría (UHP) de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) nos hemos planteado realizar un estudio para valorar los hábitos en higiene del sueño de los pacientes con TMG, comparándolos con no TMG. Paralelamente hemos diseñado un taller psicoeducativo en el que se dan unas pautas de hábitos saludables para conseguir mejorar el sueño y descanso del paciente.

OBJETIVOS

- Comparar la calidad/cantidad subjetiva del sueño entre pacientes con Trastorno Mental Grave (T.M.G.) y una muestra de personas no diagnosticada de TMG.
- Conocer los hábitos que pueden interferir en el sueño en los pacientes con TMG.
- Dar a conocer a los pacientes las pautas de higiene del sueño saludables, identificando los factores que pueden influir en la calidad del sueño, con el fin de favorecer el sueño y descanso nocturno.

DESARROLLO

Material y métodos:

- Estudio descriptivo transversal.
- Muestra: 36 pacientes con TMG ingresados en la UHP y 30 no TMG.
- Criterios de exclusión: Personas con dolor crónico, personas con alteraciones respiratorias, cardiocirculatorias o miccionales graves, personas que hayan sufrido un acontecimiento estresante en los últimos meses (pérdida familiar, trabajo...), trabajadores en turno de noche, menores de 18 años.
- Instrumento: Cuestionario en el que se valora los hábitos previos que pueden influir en la calidad/cantidad del sueño y la sensación subjetiva que tiene cada individuo sobre su sueño.
- Tratamiento estadístico: Para la obtención de los resultados se ha utilizado el programa Microsoft Excel.
- Intervención: Sesión psicoeducativa sobre las pautas de higiene del sueño saludables.

La sesión psicoeducativa es grupal (4 a 8 participantes) en la que un profesional da a conocer a los pacientes las pautas saludables de higiene del sueño, identificando los factores que pueden entorpecerlo y resuelve posibles dudas que puedan plantear los pacientes. Para el des-

arrollo de esta sesión, se utiliza un espacio tranquilo, apartado del resto de pacientes que no participa en la sesión, con el fin de conseguir la máxima atención de los participantes. El contenido de la sesión es el siguiente:

1. CONTENIDO DE LA SESIÓN PSICOEDUCATIVA

El sueño

El sueño es una necesidad fisiológica. El inicio del sueño se realiza a través de una relajación generalizada, tanto a nivel muscular como mental.

Es un estado transitorio de desconexión con el medio externo. Pasa por cinco etapas que van desde el adormecimiento, sueño ligero, sueño de profundidad media, sueño profundo y fase de sueño REM o paradójico.

Importancia del sueño

El sueño es una función orgánica imprescindible para la salud.

El sueño reparador consigue eliminar el cansancio acumulado durante el día y regenerar nuestro organismo

El número de horas que se necesita para despertar descansado depende de cada individuo y de su edad. Los bebés duermen alrededor de 18 horas y a medida que van creciendo disminuye la cantidad de horas necesarias para dormir. Generalmente la persona adulta necesita entre 7-8 horas diarias de sueño. Pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestras vidas, ¿no merece la pena que lo hagamos en las mejores condiciones posibles?

Trastornos del sueño. Insomnio

El insomnio es uno de los principales trastornos del sueño.

El insomnio puede deberse a la conciliación retardada del sueño (tardar más de media hora en dormirse), a sueño interrumpido durante la noche o al despertar prematuro

Para que podamos hablar de insomnio, este debe presentarse comúnmente 3 o más noches a la semana.

Consecuencias de no dormir bien

Las consecuencias más evidentes de no dormir bien varían en cada persona pero habitualmente encontramos:

- Trastornos del humor. Irritabilidad, apatía...
- Deficiente rendimiento durante el día
- Sensación de cansancio durante el día
- Mayor tendencia a los accidentes.

Higiene del sueño

Higiene del sueño: Son una serie de reglas y recomendaciones que suelen ser beneficiosas para afrontar un problema de insomnio u otros trastornos del sueño y que deben utilizarse como primera medida ante dicho problema.

Existen una serie de factores que pueden dificultar el sueño y otros factores que pueden mejorarlo.

Los factores más importantes a tener en cuenta son:

- Ambiente: Nuestro cuerpo necesita unas determinadas condiciones ambientales de ruido, luz, temperatura y humedad para favorecer el sueño. La temperatura debe oscilar entre los 18 y 22 ° C, la humedad entre el 40-70%. La luz debe ser tenue/nula y debemos evitar el ruido en lo posible.
- Ingesta: Evitar ingesta muy abundantes antes de acostarse. Es adecuado tomar un suple-

mento antes de acostarse. Se dice que un vaso de leche o un trozo de queso pueden ayudar a dormir por sustancias que poseen que son inductoras de sueño

- Alcohol: En dosis moderadas, el alcohol es relajante y puede ayudar a dormir a personas que están tensas, pero, en horas posteriores de la noche, el sueño se hace más fragmentario y menos reparador en conjunto que si no se hubiera tomado nada de alcohol. También puede producir pesadillas y dolor de cabeza matinal.
- Estimulantes: Evitar café, té, bebidas con cola y chocolate a partir del mediodía. La nicotina del tabaco es también un estimulante que puede facilitar la aparición de insomnio, sobretodo en grandes fumadores.
- Ejercicio: El ejercicio físico habitual durante el día, en especial por la tarde, facilita el sueño nocturno, sin embargo el ejercicio físico intenso inmediatamente antes de acostarse, puede perturbar el inicio del sueño.
- La cama, que debe ser cómoda, es para dormir. No utilice la cama para trabajar, estudiar, comer o ver la televisión. Es importante asociar la idea de estar en la cama con el sueño.
- Es conveniente bajar el ritmo de actividad mental y física a medida que se acerca la hora de dormir. Por ejemplo, lea algo ligero, escuche música relajada... Evite películas de acción, jugar a videojuegos...
- Procure acostarse a la misma hora habitualmente y realice un pequeño ritual siempre repetido. Por ejemplo: póngase el pijama, vaya al baño, lávese los dientes, beba un vaso de agua o de leche y acuéstese. Debe repetir siempre la misma secuencia de actos, así se consigue "programar" su cerebro para el sueño. Se trata de hacer un entrenamiento inconsciente.
- Cuando se acueste puede realizar un ejercicio sencillo de relajación con los ojos cerrados. Haga una respiración profunda y lenta hasta llenar completamente los pulmones contando mentalmente hasta 4, después vaya soltando el aire de forma lenta y contando nuevamente hasta 4.
- Levántese siempre a la misma hora.
- En caso de realizar siesta, esta debe ser corta (15-20 minutos), sentado en un sillón o sofá y no en la cama.

2. NÚMERO Y PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

El número de participantes será de 4-8 personas con el fin de intentar asegurar la máxima atención de los mismos. Serán participantes que lo harán de forma voluntaria después de haberles informado sobre el contenido de la sesión.

El perfil del participante será cualquier paciente ingresado en nuestra unidad de psiquiatría que muestre interés por la sesión y que no se considere que pueda tener un déficit considerable en su capacidad de atención debido a su trastorno de salud mental.

3. DURACIÓN

Serán sesiones de 20-25 minutos.

Habitualmente el día seleccionado será un sábado de cada 2 semanas y el horario de inicio sobre las 22,30 h.

4. SOPORTE LOGÍSTICO

Se intentará buscar un espacio tranquilo, apartado de los pacientes que no participan en la sesión. La sesión será impartida por uno de los tres profesionales que estamos en el turno de noche. Otro profesional procurará evitar interrupciones por parte de los pacientes que no participan.

Se entregará a todos los participantes el contenido de la sesión en formato papel para que puedan seguirla con más facilidad y consultarlo posteriormente.

RESULTADOS

A continuación se plantean los resultados obtenidos al analizar cada una de las respuestas del cuestionario “Encuesta del sueño”.

ENCUESTA DEL SUEÑO

TMG	NO TMG
36,1%	53,3%
63,9%	46,7%

Fecha de nacimiento:

Sexo: - Hombre
- Mujer

1. ¿Durante los últimos meses como diría Ud. que ha dormido?

TMG	NO TMG
11,11%	20%
22,22%	60%
44,44%	20%
22,22%	0%

- Muy bien
- Bastante bien
- Bastante mal
- Muy mal

2. ¿Cuántas horas aproximadas duerme habitualmente durante la noche?

TMG	NO TMG
19,44%	3,33%
36,11%	23,33%
30,56%	46,67%
13,89%	16,67%

- Menos de 5 horas
- 5-6 horas
- 6-8 horas
- Más de 8 horas

3. ¿Le cuesta dormirse más de media hora después de acostarse?

TMG	NO TMG
19,44%	73,33%
13,89%	6,67%
66,67%	20%

- Nunca o casi nunca
- 1-2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana

4. ¿Se despierta más de una vez durante la noche?

TMG	NO TMG
27,78%	53,33%
36,11%	20%
36,11%	26,67%

- Nunca o casi nunca
- 1-2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana

5. ¿Se despierta muy pronto? (antes de haber dormido 5 horas).

TMG	NO TMG
33,33%	80%
30,56%	13,33%
36,11%	6,67%

- Nunca o casi nunca
- 1-2 veces a la semana
- 3 o más veces a la semana

6. ¿Se acuesta aproximadamente a la misma hora?

TMG	NO TMG
83,33%	80%
16,67%	20%
0%	0%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- Nunca / casi nunca

7. ¿Se levanta aproximadamente a la misma hora?

TMG	NO TMG
83,33%	80%
16,67%	20%
0%	0%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- Nunca/casi nunca

8. ¿Toma café, bebidas con cafeína, chocolate durante la tarde o antes de acostarse?

TMG	NO TMG
30,56%	30%
19,44%	16,67%
8,33%	6,67%
41,67%	46,67%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- 1 vez a la semana
- Nunca / casi nunca

9. ¿Fuma?

TMG	NO TMG
36,11%	63,33%
19,44%	16,67%
22,22%	13,33%
22,22%	6,67%

- No
- Menos de 10 cigarrillos al día
- 10-20 cigarrillos día
- Más de 20 cigarrillos día

10. ¿Toma alcohol con la cena o antes de acostarse?

TMG	NO TMG
5,56%	6,67%
0%	13,33%
11,11%	20%
83,33%	60%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- 1 vez a la semana
- Nunca / casi nunca

11. ¿Duerme siesta de más de 30 minutos al día?

TMG	NO TMG
8,33%	13,33%
25%	13,33%
27,78%	16,67%
38,89%	56,67%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- 1 vez a la semana
- Nunca / casi nunca

12. ¿Toma medicación para dormir?

TMG	NO TMG
58,33%	3,33%
5,56%	0%
2,78%	3,33%
33,33%	93,33%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana

- 1 vez a la semana
- Nunca / casi nunca

13. ¿Realiza ejercicio físico moderado/intenso?

TMG	NO TMG
0%	13,33%
16,67%	23,33%
0%	16,67%
83,33%	46,67%

- 4-7 veces a la semana
- 2-3 veces a la semana
- 1 vez a la semana
- Nunca / casi nunca

En caso afirmativo, habitualmente:

- * Por la mañana/tarde
- * Por la noche (a partir 20 h).

TMG	NO TMG
100%	87,5%
0%	12,5%

14. Duerme con alguna luz encendida y/o foco de ruido cercano

TMG	NO TMG
33,33%	6,67%
0%	6,67%
66,67%	53,33%

- 4-7 veces a la semana
- 1-3 veces a la semana
- Nunca / casi nunca

Dentro de las primeras 5 cuestiones que planteamos en la encuesta, que hacen referencia a la calidad/cantidad subjetiva del sueño, observamos diferencias significativas en ambos grupos (TMG y no TMG), de las que destacamos:

- Se observa que el grupo con TMG tiene una calidad subjetiva de sueño entre muy malo y bastante malo que representa el 66,66% del grupo frente solo a un 20% del grupo no TMG.
- En esta misma línea observamos que el 66,67% del grupo con TMG presenta un destacable problema a la hora de conciliar el sueño frente nuevamente el 20% del grupo con no TMG. El 73,33 % de este último grupo considera no tener problema para conciliar el sueño frente a sólo el 19,44% de los TMG.
- Estas diferencias no son tan llamativas en el sueño fragmentado en el que frecuentemente lo presenta un 36,11% del grupo con TMG frente al 26,67% con no TMG.
- En cuanto a un despertar precoz la incidencia no es tan notable como en el insomnio de conciliación pero vuelven a observarse notables diferencias entre ambos grupos (36,11% TMG y 6,67% No TMG).
- Haciendo referencia a la duración del sueño (cantidad subjetiva de sueño) llama la aten-

ción que el 19,94% del grupo con TMG duerme menos de 5 horas durante la noche frente solamente al 3,3% del grupo no TMG en los que prácticamente la mitad (46,67%) considera que duerme entre 6-8 horas. Del grupo con TMG este valor se aproxima a un tercio (30,56%).

El resto de cuestiones de la encuesta, hacen referencia a hábitos que cada individuo tiene y que pueden interferir en la calidad/cantidad de sueño.

Observamos que las diferencias no son tan notables entre ambos grupos, pero que globalmente las pautas de “higiene del sueño” no son las más adecuadas en la mayoría de personas.

A destacar:

- En ambos grupos cerca de un tercio toman prácticamente a diario, alguna bebida/comida estimulante durante la tarde o noche (30,56% en TMG y 30% en no TMG).
- Destacamos que en ambos grupos, aunque no a diario, es frecuente dormir una siesta de más de 30´ durante la tarde (33,33% en TMG y 26,66% en no TMG).
- El ejercicio físico no es una práctica habitual en ambos grupos. No realizan ninguna actividad física el 83,33% del grupo TMG frente al 46,67% del grupo no TMG.
- Un 33,3% del grupo con TMG duerme con alguna luz encendida o un foco de ruido cercano, frente al 6,67% del grupo no TMG.
- El 58,3% del grupo TMG toma medicación prácticamente a diario para dormir frente al 3,33% del grupo no TMG (que coincide con la franja de avanzada edad).

A raíz de observar durante la recogida de datos que a nivel global el sueño estaba muy alterado, y que los hábitos para mejorarlo eran deficientes, se diseñó la sesión psicoeducativa anteriormente descrita con el fin de mejorar el sueño global de la persona, concienciar sobre la importancia del sueño y dar a conocer unas pautas de “higiene del sueño” para dicha finalidad.

CONCLUSIONES

- El porcentaje de personas con hábitos poco saludables para favorecer el sueño es elevado (tanto en personas con TMG como en personas con no TMG).
- Hay diferencias destacables entre los dos grupos (TMG y no TMG) en cuanto a la calidad/cantidad subjetiva del sueño, pero no tan significativas en lo referente a los hábitos para mejora del mismo.
- La aplicación de las pautas de higiene del sueño disminuye los problemas de sueño y descanso en muchas personas.
- Como líneas de futuro nos planteamos valorar los efectos de la intervención en una muestra de pacientes con TMG.

BIBLIOGRAFÍA

- Vencer el insomnio, de Zanardi, Marilenta. Terapias verdes s.l.
- Trastornos del sueño, de Buela-Casal, G. y Sánchez, A. Editorial Síntesis S.A.
- <http://www.institutodelsueno.cl/higiene.html>
- <http://www.yvanmet.net/Higiene%20sueno.html>
- http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000100002&lng=pt&nrm=iso
- <http://www.dormirmejor.com/desordenes.php?s=insomnio>

TTO. DEPOT: ADMINISTRACIÓN E INCIDENCIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UHPP-C

Garriga Guitart David, Gonzalez Canalejo Susana, Herrera Polo Angel David, Llimona Manuel Gessamí, Luna Rodríguez Eduardo, Morato Monterroso Lidia.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C), tiene como objetivo general la asistencia global e integral de la población reclusa de Cataluña que sufre enfermedad mental. Para ello, cuenta con unidades de Agudos, Subagudos, Media - larga Estancia y Tránsito a la Comunidad, con pacientes en tto farmacológico con Depot.

El tratamiento depot inyectable, consiste en la administración farmacológica de antipsicóticos, utilizando la vía intramuscular. El objetivo es mejorar el estado psicopatológico del paciente y así poder conseguir un mayor grado de adherencia al tratamiento, con el fin último de conseguir un grado de funcionamiento óptimo de la persona en todos sus campos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

OBJETIVO

- Describir la frecuencia de administración de tto depot, asociado a ttos orales.
- Describir cambios en el peso tras sucesivas administraciones de tto. depot.
- Describir diagnósticos en EJE I, según el DSM IV, con mayor prevalencia en pacientes con tto. Depot.

DESARROLLO

Estudio descriptivo mediante análisis estadísticos de una muestra de 30 pacientes con tto. intramuscular Depot, ingresados en la UHPP.

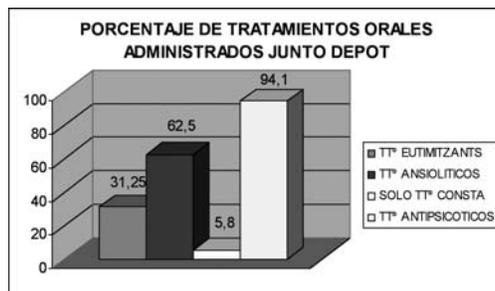
Revisión de HCI y de registros elaborados por el personal de enfermería, en los cuales en cada administración de inyectables se han recogidos los siguientes datos durante un año, desde Febrero 2008 hasta Febrero 2009:

- Dosis.
- Frecuencia.
- Constantes vitales.
- Peso.
- Escala del dolor en la administración.
- Escala AIMS, SAS y DAI

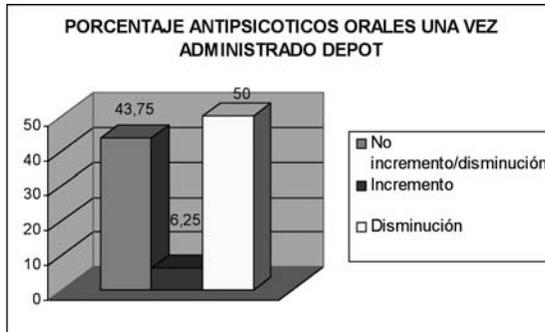
(Anexo I)

RESULTADOS

De los tratamientos intramusculares depot administrados, el 81% es Risperdal Consta, y de éste, sólo en un 6% fue administrado sin asociar ningún tratamiento oral. El inicio de la administración de tto depot intramuscular, estaba asociado a otros fármacos por vía oral, siendo en el 94.1% de antipsicóticos, 62.5% de ansiolíticos y 31.25% de eutimizantes.

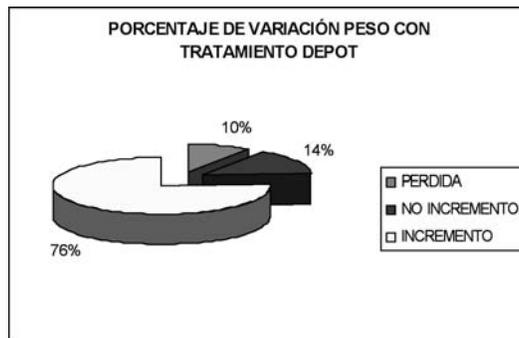


El porcentaje de antipsicóticos orales administrados junto al tto depot intramuscular administrado dos o más veces, refleja que su administración ha disminuido en un 50%, en un 43.75% se ha mantenido igual, y ha aumentado en un 6.25%.

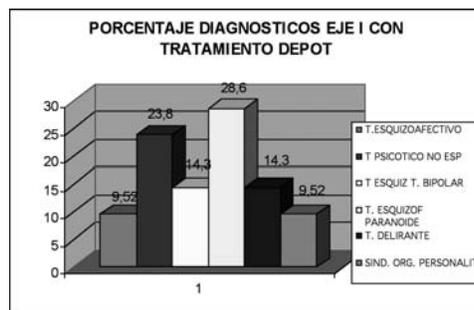


En cuanto a los porcentajes en variación del peso de los pacientes con tratamiento Depot:

- El 14% no presenta variación en el peso.
- El 9% presenta una pérdida moderada.
- El 76% de los pacientes, muestran un aumento de peso, distribuido en los siguientes intervalos:
 - Entre 0.1- 4 Kg, un 68.8%.
 - Entre 5 - 8 Kg un 25%.
 - Presentan un aumento superior a 8 Kg el 6,25%.



Los diagnósticos en Eje I (DSM IV), de los pacientes en tto depot im, presentan los siguientes porcentajes: 28.6% Tr. Esquizofrénico Paranoide, 23.8% Tr. Psicótico No Especificado, 14.3% Trastorno Esquizoafectivo Tipo Bipolar, 14.3% Tr. Delirante, 9.52% Tr. Esquizoafectivo, 9.52% sde Orgánico de la Personalidad.



CONCLUSIONES

Se observa que la frecuencia de pauta del Risperdal Consta es considerablemente mayor a la pauta de otros tratamiento de larga duración.

La gran mayoría de los sujetos tratados con Risperdal Consta complementa, o ha complementado en algún momento del ingreso, el tratamiento con fármacos orales.

La práctica totalidad de los sujetos con tratamiento oral asociado presenta por los menos un tipo de antipsicótico. Más de la mitad tiene asociado por lo menos un ansiolítico y menos de una tercera parte, siendo menos significativo, tiene asociado algún tipo de eutimizante.

Como conclusión final se puede comprobar que, una vez iniciado el tratamiento y trascurridas unas semanas, la mitad de los pacientes que tenían tratamiento antipsicótico oral asociado, disminuyen la dosis y que aquellos a los que solo se les administraba tratamiento con Risperdal Consta, no han requerido tratamiento oral asociado.

Por lo que se puede decir que el tratamiento con Risperdal Consta ha sido efectivo en más de la mitad de la muestra, disminuyendo el tratamiento oral o por lo menos no incrementándolo.

Tras las sucesivas administraciones del tratamiento depot, la mayor parte de los pacientes presentan un aumento de peso moderado, pudiendo ser éste atribuible a la vida sedentaria y hábitos dietéticos de dichos pacientes y no estando vinculado exclusivamente al tratamiento im.

Los datos recogidos en el estudio nos muestran que el diagnóstico con mayor prevalencia en pacientes con tto Depot, es el de Trastorno Esquizofrénico Tipo paranoide, seguido del Trastorno Psicótico no especificado.

PALABRAS CLAVE: tratamiento depot intramuscular, UHPP, peso, diagnósticos Eje I DSM IV

ANEXO 1

PROTOCOLO ANTIPSICÓTICOS DEPOT vía IM

Los antipsicóticos, también llamados tranquilizantes mayores, se identifican bajo el término de neurolépticos. Las inyecciones de preparados de acción prolongada (depot) sirven para los tratamientos de mantenimiento, sobre todo cuando no resulta fiable el cumplimiento del tratamiento por la vía oral. No obstante, las inyecciones de depósitos de los antipsicóticos convencionales pueden seguirse de una mayor incidencia de reacciones extrapiramidales que la toma oral de estos mismos preparados, por ello, se hace necesaria la instauración de un protocolo de farmacovigilancia. Este protocolo, debe ser conocido y manejado por todos los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad.

Descripción

Cada vez que el psiquiatra pautе un antipsicótico depot IM o de acción retardada a un paciente en nuestra unidad, se activará un procedimiento que conlleva una serie de intervenciones propias de enfermería e interrelacionadas con otros profesionales. La atención continuada, la observación directa y permanente de enfermería, nos sitúa en un lugar privilegiado para prevenir o detectar reacciones adversas, y trabajar la adherencia al tratamiento, para ello, nos ayudaremos de una serie de escalas para objetivar éstos parámetros.

Actividades de enfermería

- Administración del inyectable depot.
- Control de ctes y peso, cada semana y antes de cada administración.
- Realizar analítica general de sangre, según protocolo depot (solicitud MdF).
- Realizar EKG según protocolo depot (solicitud MdF).

- Registrar reacciones adversas, mediante la observación directa y resultado de las escalas.
- Educación sanitaria y trabajar la adherencia al tratamiento.

1. Escala de dolor

Escala numérica del dolor, se pasará en cada administración, diferenciando entre la visualización o no de la aguja, por parte del paciente. El paciente identificará un nº. entre el 0 (nada de dolor) y el 10 (máximo dolor). Los varemos son:

- 0= ningún dolor.
- 1 a 3 = dolor leve.
- 4 a 6 = dolor moderado.
- 7 a 10 = dolor fuerte.

2. Efectos secundarios

AIMS y SAS (versión breve), se pasará en cada administración.

SAS

Los varemos de validación de esta escala: se suman todos los ítems y según el resultado:

- 0 = normal
- 1 a 6 = leve
- 7 a 12 = moderado
- 13 a 18 = grave

AIMS

Los varemos de puntuación están adjuntos a la escala. Para validación puntuaremos por bloques:

a) Movimientos faciales: suma de los ítems 1-2-3-4:	-0= no movimientos anormales -1 a 4= movimiento mínimo -5 a 8= movimiento leve -9 a 12= movimiento moderado -13 a 16= movimiento grave
b) Movimiento de las extremidades: suma de los ítems 5-6.	-0= no movimientos anormales -1 a 2= movimiento mínimo -3 a 4= movimiento leve -5 a 6= movimiento moderado -7 a 8= movimiento grave
c) Movimientos del tronco: pregunta 7.	-0= no movimientos anormales -1 = movimiento mínimo -2 = movimiento leve -3 = movimiento moderado -4 = movimiento grave
d) Juicio global: suma de los ítems 8-9-10:	-0= normal -1-3 = gravedad mínima -4-6 = gravedad leve -7-9= gravedad moderada -10-12= grave
e) Estado dental: son los ítems 11 y 12.	Resultado: si o no.

3. Adherencia

DAI-10 (se pasará en cada administración).

Valoraremos:

- Verdadero 2 puntos y falso 1 punto: 1-3-4-7-9-10
- Verdadero 1 punto y falso 2 puntos: 2-5-6-8

La peor puntuación será 10 y la mejor 20. La buena evolución de este ítem se valorará cuando el paciente mantenga o mejore puntuación.

Para llevar a cabo, de una forma ordenada y organizada estos registros, hay diseñadas unas carpetas individualizadas por unidades y con separador para cada paciente en tto con depot IM. Estas carpetas estarán ubicadas en las enfermerías de cada unidad.

De cada paciente el enfermero referente rellenará la ficha adjunta.

A parte de registrar la ficha del paciente, los resultados de las escalas y las actuaciones que se hayan hecho en cada administración se anotarán en el evolutivo de la HC del paciente.

TRABAJAR EN PSICOGERIATRÍA LAS EMOCIONES CON LA MÚSICA

Lucía M^a. León Pérez, Raquel Rodríguez Albarrán, Rocío Aparicio Mata, Juan Pablo de la Iglesia Cano, Carlos Calvo Martos, Antonia Gabalda Martínez

H. Dr: Rodríguez. Labora. Madrid - H. U. Gregorio Marañón. Madrid - H. U. La Princesa. Madrid

INTRODUCCIÓN

Tras años de estudio y aplicándose la música como una herramienta más de trabajo en distintos campos de la medicina, se comprueba que con ella podemos movilizar y actuar a nivel:

- Fisiológico
- Neurológico
- Psico -Emocional

En las unidades de psicogeriatría se convierte en un elemento a utilizar para poder trabajar los campos antes mencionados y así mejorar apartados tan diversos como: la psicomotricidad, memoria, comunicación, ansiedad, relaciones interpersonales, etc...

¿Por qué trabajar con música las emociones en psicogeriatría?

Los principios que sustentan la utilización de la música con el anciano, se fundamentan en la observación de influencia que la música tiene en el individuo la cual provoca una serie de respuestas específicas que se expresan en las áreas de manifestación de la conducta: sensorio-motriz, afectivo-emocional, cognitivo-conductual, socio-comunicacional, y por supuesto la musical.

En función de las características musicales específicas, las respuestas del individuo a la música que se analizan son, principalmente, las:

- Respuestas fisiológicas: frecuencia del latido cardíaco, frecuencia respiratoria, respuestas galvánicas de la piel, sudoración, tensión muscular, secreción hormonal, secreción gástrica, etc.
- Respuestas neurológicas: excitación de las diferentes áreas de la corteza cerebral, del sistema límbico, cerebelo, sistema nervioso autónomo, etc.
- Respuestas psico-emocionales(4): aumento de la autoestima, aumento de la seguridad en sí mismo (ya que la música actúa aumentando los pensamientos positivos), creatividad, atención, motivación, memoria, participación en actividades, actúa como elemento relajante, facilita la exploración de los sentimientos, aumenta el grado de comunicación, etc.

ELEMENTOS A TRABAJAR CON LA MUSICA	Medios de expresión	- Voz - Instrumentos - Expresión corporal
	Habilidades	- motoras - perceptivas - cognitivas - comunicación social
	Experiencia musical	- audición - ejecución e interpretación - improvisación y composición - movimiento
AREAS A TRATAR CON LA MUSICA	- Sensorio – motriz - Afectiva - Cognitiva - Comunicación social	

¿Por qué la musicoterapia es una buena herramienta para trabajar en las unidades de psicogeriatría?

Llegada la vejez, es tanta la información acumulada, que la música se convierte en una herramienta importante para trabajar las emociones, la percepción, la comunicación y las relaciones interpersonales, ya que en la tercera edad se produce sentimientos tales como aburrimiento, estancamiento, empobrecimiento personal.

Quien no recuerda una canción que le cantaba su madre, la canción que identificaba con su pareja, la canción del verano que le hizo bailar como loco, pues en base a eso trabajamos en las unidades de psicogeriatría.

Por lo explicado con anterioridad podemos decir que el trabajo con música en la enfermedad mental mejora la calidad de vida de los pacientes, y que con los ancianos con enfermedades psiquiátricas nos ayuda en muchos campos:

- Se utiliza como un estímulo que puede mejorar el desarrollo motor y/o cognitivo (enfoque comportamental y la teoría del aprendizaje).
- Favorece la expresión de sentimientos; es un lenguaje no verbal frecuentemente considerada como una especie de lenguaje emocional, capaz de conectar con ideas profundas y reprimidas (enfoque psicoanalítico y psicodinámico).
- Estimula el pensamiento y la reflexión sobre la situación de la vida de una persona; puede ayudar a la autorrealización personal (enfoque humanista-existencial).
- Es un medio y una forma de comunicación, estimula habilidades socio comunicativas y la interacción (enfoque comunicacional). (1,3)

¿Cómo trabajamos en psicogeriatría con la música?

- Seleccionamos un grupo de entre 8 y 10 ancianos.
- Establecemos los objetivos a conseguir en la sesión, ya que serán diferentes en cada caso, hay que tener en cuenta las expectativas del anciano e intentar satisfacerlas.
- Se crea un espacio donde la persona puede crear, jugar, expresarse; se promueve la exposición emocional y la actividad lúdica, donde las percepciones, vivencias son el punto de partida.
- Ofreceremos algún instrumento a cada paciente (pandereta, tambor, castañuelas, triángulo...), no es necesario que tengan instrumento, esto lo usaremos para fomentar la participación, llevar el ritmo.
- También utilizaremos alguna canción, de las que con anterioridad nos han dicho que estaban entre sus preferidas, se fomentará que recuerden la letra, con lo que trabajaremos la autoestima, las emociones y la memoria (5).
- Utilizaremos la música con distintos ritmos para trabajar distintos estados de ánimo, cada estado de ánimo se refleja con un tipo de música y con unos ciclos/ min.(tabla 1), por lo que nos podemos apoyar en los distintos tipos de música para pasar de un estado a otro, simplemente reduciendo o aumentando los ciclos por minuto.
- Se trabajará con coreografías sencillas, dando palmas, pasos y movimientos sencillos, que facilitaran el aumento de la actividad, mejorando las funciones motoras, todo ello utilizando el ritmo

como herramienta ya que es un buen estímulo para los procesos psicomotores y ayudando en la coordinación de los movimientos (2).

<i>MUSICA</i>	<i>MUSICA CLASICA</i>	<i>40-50 MIN</i>	<i>CICLOS/</i>	<i>RELAJACIÓN</i>
	<i>BALADAS</i>	<i>60-80 MIN</i>	<i>CICLOS/</i>	<i>EUTIMICO</i>
	<i>ROCK</i>	<i>80-120 MIN</i>	<i>CICLOS/</i>	<i>AGITACIÓN</i>

Tabla 1

BIBLIOGRAFÍA

1. Chichón Pascual, M^a J. y col. (1999). Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia II. Madrid: UNED.
2. Bright, R. (1993). La Musicoterapia en el Tratamiento Geriátrico. Buenos Aires: Bonum.
3. Apuntes de cátedra: Zimbardo, Ariel - Análisis de las definiciones de la Musicoterapia
4. Musicoterapia y Parálisis Cerebral Patricia L, Sabbatella Riccardi. Dpto. de Didáctica de la Ed.Física, Plástica y Musical. Facultad de Educación. Universidad de Cádiz. Musicoterapia aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral
5. Daniela Castro. La musicoterapia y la tercera edad- septiembre 03, 2002.

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN Y APOYO A PADRES

María Dolores Cano-Caballero Gálvez¹, Carmen Valenzuela Soler², Francisco Marfil Valenzuela³, María González Cano-Caballero⁴, María José Hernández Hernández⁵, M^a. Araceli Romero García⁵

¹Enfermera. Licenciada en Antropología. Profesora de Enfermería Psiquiatría y Salud Mental de la EUE Virgen de las Nieves. Granada.

²Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental y Enfermería Pediátrica. USMIJ Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

³Estudiante de Psicología en la Universidad de Granada.

⁴Estudiante de Enfermería en EUE de Granada.

⁵Enfermera USMIJ Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

INTRODUCCIÓN

La finalidad del cuidado de los hijos es posibilitar el desarrollo de un adulto física y mentalmente sano, para lo cual el niño necesita unos cuidados básicos adecuados: alimentación, higiene, socialización, estimulación y establecimiento de vínculos afectivos.

La crianza del niño se realiza en la familia siendo los padres los pilares principales. El medio familiar influye sobre el desarrollo de la personalidad del niño. A su vez el niño que crece sano y se desarrolla bien ejerce un efecto beneficioso e integrador sobre el medio familiar. Cuando esto no es así se produce una perturbación en este medio.¹

El niño precisa de un medio familiar seguro y estable. Son componentes fundamentales del mismo:

- El vínculo relacional existente entre los padres. Una buena relación entre ellos contribuye a consolidar la unidad familiar.
- El estilo educativo² de éstos. Las actitudes educativas difieren en función de las condiciones materiales pero también de la cultura y del grado de conocimientos y habilidades de crianza de los padres.
- La salud de los progenitores¹. Es muy importante para que los padres puedan cuidar bien de sus hijos que estén en las mejores condiciones de salud, por ello deben prestar atención y satisfacer sus propias necesidades básicas³, salud, trabajo, ocio, relaciones sociales y de pareja. Evidentemente la proporción de tiempo que dediquen a satisfacer estas necesidades y el que dediquen a cuidar de sus hijos, va a variar dependiendo de la etapa de crianza en la que se encuentren, pero no deben de descuidar ninguno de estos aspectos.

La mayoría de los padres cuidan a sus hijos lo mejor que saben y pueden, a pesar de esto, no es raro descubrir cuando acuden con ellos a la consulta de salud mental, que determinadas estilos de crianza, han tenido efectos desfavorables en los niños; por otro lado a veces se observa, que la situación del niño enfermo dentro de la familia se agrava a consecuencia de la enfermedad⁴; con frecuencia la sintomatología de la misma produce un empeoramiento del ambiente familiar .que a su vez repercute negativamente sobre el niño agravando el proceso. Se cierra así un círculo vicioso que es necesario romper.

Por todo ello, en Paidopsiquiatría, es fundamental el trabajo con padres para activar la capacidad de ayuda de estos, tanto al hijo por el que consultan, como a ellos mismos, e intentar que modifiquen las actitudes educativas perjudiciales. La evidencia demuestra que hay una serie de problemas en el niño que pueden mejorar tan pronto como se logre una mejor comprensión por parte de los padres.^{4,5,6}

Cuando se trabaja con padres es necesario darles indicaciones pedagógicas, pero también lograr de ellos una comprensión tal de la situación, que les haga posible seguir el consejo y la orientación cuando se les proporcione. Para ello es necesario cuidar la relación terapéutica,⁷ no sancionando ni reprobando las conductas, actitudes o sentimientos de los padres, sino discutirlos de forma objetiva con ellos, analizando los resultados que les han dado, ya que esto facilita el cambio.

Es evidente que en todos aquellos casos en que existe un vivo conflicto de ambivalencia entre padres e hijos, solamente la recomendación teórica, no conseguirá el menor éxito y sólo despertará en los padres la sensación de haberlo hecho todo mal hasta entonces.^{4,6}

En la consulta de la USMIJ acuden muchas familias con las características mencionadas, y los padres demandan ayuda para tratar con sus hijos.

Dada la magnitud del problema, sus consecuencias y las demandas que recibimos de estas familias, hemos decidido poner en marcha un grupo de padres, paralelo al grupo de psicoterapia de sus hijos, el mismo día hora y duración, con el objetivo general de apoyar a los padres en su rol parental.

DESARROLLO OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ayudar a los padres a comprender la enfermedad de su hijo, los síntomas de la misma y el tratamiento
- Dotar a los padres de conocimientos y habilidades en el cuidado de los hijos
- Promover el cambio de las actitudes educativas perjudiciales para su hijo
- Animar a los padres a cuidar de si mismos y de su relación de pareja
- Facilitar la expresión de los sentimientos de los padres con respecto a su hijo, su rol parental y su repercusión en sus otros roles

PARTICIPANTES DEL GRUPO MIEMBROS DEL GRUPO

- Requisitos
 - Padres/Madres en los que se detecten dificultades para ejercer sus funciones parentales
 - Tener un hijo entre 10-12 años, con patología neurótica que acude al grupo paralelo de psicoterapia de niños en la USMIJ
 - Se exige como mínimo la participación de uno de los padres en el grupo

- Número
 - 6-8 Familias

TERAPEUTAS

- Enfermera: Terapeuta activa
- Auxiliar de Enfermería: Observadora

ASPECTOS ORGANIZATIVOS TEMPORIZACIÓN

- Grupo abierto, de orientación dinámica
- N°. de sesiones Dependiendo de las necesidades de cada miembro
- Duración de las sesiones 60 minutos
- Frecuencia Semanal
- Día de la semana Lunes
- Hora 12 AM

- El grupo se interrumpe en los periodos de vacaciones escolares. Las familias que necesitan atención durante esos periodos, se citan en individual con el facultativo que los ha derivado al grupo que sigue siendo el responsable del caso.
- Se realiza un grupo conjunto, padres niños y terapeutas de ambos grupos, trimestralmente coincidiendo con el cese de sesiones en los periodos de vacaciones escolares.

LUGAR DE REUNIÓN

- Sala de grupos de la USMIJ

NORMAS DEL GRUPO

- Puntualidad.
- Avisar cuando no se pueda asistir al grupo.
- Compromiso de participación.
- Mantener el secreto de lo que se hable dentro del grupo.
- Con tres faltas seguidas sin justificar, se pierde la plaza en el grupo.
- Apagar los móviles al entrar al grupo.

METODOLOGÍA

- Los Facultativos que atienden a la familia en individual piden plaza para ésta a los terapeutas del grupo.
- Si el niño y sus padres cumplen los criterios de inclusión en el grupo y aceptan este tipo de tratamiento pasan a una lista de espera hasta que haya plazas vacantes.
- Se realiza a los padres, una entrevista de valoración de enfermería focalizada del funcionamiento familiar.
- Se realiza un plan de cuidados individualizado a los padres para trabajarlo en el grupo
- Las altas se planifican y se anuncian al grupo con tres sesiones de antelación, coinciden en el alta el niño y sus padres. Cuando se produce esta, se cita al niño y a sus padres con el facultativo que los remitió al grupo. El alta de grupo no siempre coincide con el alta terapéutica de la USMIJ
- Las incorporaciones al grupo se le anuncian a este como mínimo con una sesión de antelación.
- Se hace coincidir la última sesión de la familia que se despide del grupo con la primera de la que se incorpora para favorecer la adherencia al grupo.

PRIMERA SESIÓN Y SIGUIENTES

- Presentación de los participantes: Miembros del grupo y Terapeutas
- Presentación del grupo por parte de los padres al nuevo miembro, ayudados si es necesario por el terapeuta
- Objetivos
- Temas que se abordan
- Características (horario, duración, frecuencia, lugar...)
- Normas
- Se insiste a los padres en la importancia de su participación, exponiendo sus problemas para que el grupo les reporte beneficios.
- Se les explica el papel del terapeuta en el grupo y se les hace hincapié en que el grupo es suyo.
(Esta primera parte se repetirá cada vez que haya una nueva incorporación al grupo)
- Transmisión de información, del grupo de niños si es necesario, de aspectos organizativos

- Se trabaja el tema que proponen los padres, emergente grupal, utilizando técnicas psico-educativas, y de apoyo.
- Resumen de conclusiones
- Despedida

El observador registra por escrito la sesión, para supervisarla posteriormente

SESIÓN DE SUPERVISIÓN

Después de cada sesión de grupo se realiza una reunión entre las terapeutas del grupo de padres y el de niños de media hora de duración, en la que se revisa lo sucedido en ambas sesiones y se prepara la siguiente.

A esta reunión acuden los facultativos que quieren derivar a una familia al grupo y los que quieren obtener información de alguna que ya tienen incluida en el mismo.

EVALUACIÓN

- Registro de asistencia
- Grado de participación
- Consecución de los objetivos marcados para cada familia ,se miden con indicadores de resultados de la NOC
- Grado de satisfacción expresado verbalmente por los padres en las sesiones. Se recoge por escrito en el registro de la sesión

EVALUACIÓN GLOBAL DEL GRUPO DE PADRES

Este programa fue elaborado después de analizar la demanda que tenemos en la USMIJ. Cuenta con la aprobación del equipo multidisciplinar y con la implicación directa de una psicóloga del mismo, terapeuta del grupo de psicoterapia de niños paralelo.

El grupo del que evaluamos comenzó a realizarse en septiembre del año 1988, desde entonces se ha venido haciendo todos los años ininterrumpidamente. Es un grupo abierto, es decir, que se van dando altas a medida que las familias consiguen los objetivos marcados, e incorporándose nuevas cuando se dan altas. La evaluación corresponde al periodo transcurrido desde el 15 de septiembre del 2007 al 16 de junio del 2008.

- Se han realizado 33 sesiones grupales, Con una media de 8 a 12 miembros por sesión
- Se han atendido a 15 familias de las cuales:
- 5 han sido dadas de alta, han conseguido los objetivos del grupo y el motivo de consulta en los niños se ha resuelto.
- 2 han sido dadas de alta en el grupo, tanto los niños como los padres consiguieron los objetivos marcados pero el motivo de consulta de los niños no se ha resuelto totalmente y han pasado a otra modalidad de tratamiento.

En estas siete familias la media de sesiones ha sido 43 por familia:

- 2 hicieron ruptura en la USMI-J ambas con mejoría
- 6 continuaron en el grupo en septiembre. Estas familias se incorporaron al grupo durante el primer semestre del año 2008

El progenitor que ha asistido al grupo ha sido:

- 3 familias han asistido regularmente padre y madre
- 7 familias se han alternado el padre y la madre
- 5 familias ha asistido la madre

Diagnósticos Enfermeros de los miembros del grupo*

00056 Deterioro parental

- 00061 Cansancio del rol del cuidador
- 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador

Intervenciones realizadas⁹

- 7280 Apoyo hermanos
- 5566 Educación paterna crianza familiar de los niños
- 5602 Enseñanza proceso de enfermedad
- 4480 Facilitar la autorresponsabilidad
- 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- 8300 Fomentar la paternidad
- 8340 Fomentar la resistencia
- 8274 Fomento del desarrollo del niño
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención

Indicadores de Resultados utilizados¹⁰

- 1826 CONOCIMIENTO CUIDADO DE LOS HIJOS
- 182608 Descripción de las necesidades emocionales
- 182610 Descripción de las necesidades de socialización
- 182616 Descripción de las expectativas adecuadas a la edad
- 182617 Descripción de la disciplina adecuada a la edad desarrollo y situación

2211 EJECUCIÓN DEL ROL DE PADRES

- 221105 Estimula el desarrollo social
- 221125 Imparte valores que fomentan el desarrollo social
- 221106 Estimula el crecimiento emocional
- 221111 Utiliza el control de la conducta si es necesario
- 221122 Utiliza una disciplina adecuada
- 221116 Verbaliza atributos positivos del niño
- 221120 Demuestra autoestima positiva

2603 INTEGRIDAD DE LA FAMILIA

- 260304 Se ayudan entre sí para ejecutar los roles y tareas diarias
- 260310 Estimula la autonomía e independencia individuales
- 260312 participan juntos en actividades recreativas

2203 ALTERACIONES DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

- 220306 Interacciones sociales
- 220308 Actividades de ocio

CONCLUSIONES

- Ayudar a los padres a comprender la enfermedad de su hijo, hace que afronten mejor esta situación.
- Dotarlos de conocimientos y habilidades en el cuidado de los hijos hace que modifique las actitudes educativas inadecuadas para el hijo y mejoren su autoestima como padres.
- Fomentar que los padres cubran sus necesidades hace que se sientan en las mejores condiciones de salud, algo fundamental para poder cuidar de sus hijos.

- Animar a los padres para que fomenten su relación de pareja, mejora el ambiente familiar
- La experiencia con este programa demuestra que le enfermera puede crear un espacio educativo para aquellos padres que necesitan apoyo en cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Winnicott DW. La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé; 1980
- 2) Lezinne I. La primera infancia. Un estudio psicopedagógico sobre las primeras etapas del desarrollo infantil. Barcelona: Gedisa; 1979
- 3) Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Madrid Interamericana-McGrawHill; 1994.
- 4) Dührssen AM. Psicoterapia de niños y adolescentes México: Fondo de cultura económico; 1966
- 5) Cobo Medina C. Paidopsiquiatría dinámica I. Higiene mental infanto-juvenil en nuestra sociedad española. Madrid: Roche; 1983
- 6) Torras de Beà E. Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 1999
- 7) Luis Rodrigo MT Los diagnósticos enfermeros revisión crítica y guía practica. 7ª edición Barcelona: Masson 2006
- 8) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2007-2008. Elsevier, Madrid; 2008
- 9) McCloskey Dochterman J, Bulechek G M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta edición. Elsevier. Madrid. 2005
- 10) Johnson M. Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición. Elsevier. Madrid. 2005

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA

Jose Antonio Jiménez Barbero, María Fuensanta Alcaraz Saura, Beatriz Arias Drake
Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, El Palmar (Murcia).

RESUMEN

La presente comunicación plantea un doble objetivo:

- Por un lado trata de reflejar la eficacia observada en estudios recientes, sobre los tratamientos psicoterapéuticos en niños y adolescentes que presentan problemas de comportamiento y agresividad, centrándonos exclusivamente en la intervención familiar.
- Asimismo tratamos de ofrecer una visión global de las posibilidades de intervención desde Enfermería, tanto de forma independiente a través de Planes de Cuidados Individualizados dirigidos a las familias, como de forma interdependiente a través de las Escuelas de Padres y recursos similares.

INTRODUCCIÓN

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

Se considera que un adolescente sufre un trastorno del comportamiento cuando presenta un patrón de conducta por el que vulnera los derechos de otras personas así como las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad.

Es necesario diferenciar los problemas del comportamiento poco severos y que forman parte del normal desarrollo del adolescente de lo que realmente es un TC que tiene la suficiente gravedad como para alterar el funcionamiento personal, académico, familiar y social (1).

Actualmente los TC constituyen el problema más frecuente de demanda de atención en los centros de salud mental de niños y adolescentes y son también objeto de atención por parte de instituciones educativas, judiciales y sociales (2). El retraso del diagnóstico y el consecuente retraso del tratamiento son factores que condicionan una peor evolución del problema, con mayor posibilidad de cronificación. No hay que olvidar que hasta el 40% de los niños con trastornos del comportamiento pueden evolucionar en adultos con trastorno antisocial de la personalidad (2).

Según las clasificaciones internacionales DSM-IV-TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado) y CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) se distinguen dentro de los TC: el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno disocial o trastorno de la conducta.

Los trastornos de conducta y la delincuencia tienen un origen multifactorial. Aparte de un componente genético temperamental, innato en el sujeto, y antecedentes familiares de enfermedad mental, hay que destacar las causas ambientales de tipo familiar, que incluyen una disciplina parental rígida y disfunción familiar. Estos factores familiares se ven afectados por factores ecológico-sociales, tales como la pobreza, el fracaso escolar y el desempleo, así como relaciones sociales pobres e inestables (3).

Por ello, consideramos importante centrarnos en el abordaje familiar de los problemas de comportamiento debido a la importancia de los estilos de crianza y educativos inapropiados en el desarrollo de este tipo de desorden (4), así como la necesidad de actuar de forma preventiva (antes de que se instaure un trastorno de conducta como tal) (5).

DESARROLLO

1.- EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOFAMILIARES EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR EN LA INFANCIA

A) Material y Método:

A partir de metabuscadores (Tripdatabase), revisiones sistemáticas obtenidas a través de la Biblioteca Cochrane y Bases de Datos de estudios (MEDLINE, CINAHL, EMBASE), realizamos una selección bibliográfica de artículos actuales en relación a los trastornos de comportamiento perturbador (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial o trastorno de la conducta), aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínicos, evolutivos y terapéuticos. Para ello limitaremos la búsqueda a metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, indexados en los últimos diez años y partiendo de los descriptores MESH: conduct disorders and family therapy, en una primera búsqueda y conduct disorders and parent training, en una posterior, que aparezcan en cualquier parte del texto del artículo.

Finalmente, tras descartar los artículos que no guardan una relación directa con nuestro objeto de estudio, seleccionamos un total de 20, que se relacionan en la siguiente tabla:

TABLA 1

	MEDLINE	TRIPDATABASE	COCHRANE	CINAHL	Total
Metaanálisis	2 (4,13)				2
ECA	14 (3,5,9,11,12, 15-17, 19- 24,)			1 (18)	15
Revisiones Sistemáticas	1 (10)	2 (10,14,)	1 (7)		3

Los hallazgos de prevalencia de TC oscilan entre un 1,5 al 3,4% según diversos estudios, siendo más frecuentes en zonas urbanas y clases sociales bajas, aunque últimamente se están observando también en clases medias altas (1).

Según varios estudios, algunos factores determinantes en la aparición de trastornos de comportamiento perturbador son los estilos de crianza y educativos inapropiados (4), relacionados en el diagnóstico Z.62 según CIE-10 (problemas relacionados con la crianza del niño), y que se suelen traducir en: disciplina poco consistente o muy severa, discordancia de criterios entre los padres, poca o nula supervisión, padres que prestan excesiva atención a las conductas inadecuadas o las premian, que no enseñan a los niños conductas sociales adecuadas y no ponen normas o límites.

Dada la complejidad del abordaje de los TC en la adolescencia, parece evidente la necesidad de intervenir antes, durante la infancia. Para ello es imprescindible una detección precoz de conductas que podrían desembocar en un TC, como son, principalmente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista desafiante (TOD) (5).

En cuanto al tratamiento, éste se aborda desde dos perspectivas:

- Farmacológica, ampliamente estudiada y desarrollada por diversos estudios que proponen el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato o inhibidores de la recaptación de nor-

adrenalina como la atomoxetina, considerados tratamientos farmacológicos de primera línea; antidepresivos tricíclicos, que se emplean como tratamientos de segunda línea para el tratamiento del TDAH (7,8), o bien neurolépticos en el tratamiento del TOD.

- Psicosocial, que incluye las intervenciones educativas, las Escuelas de Padres (EP), los tratamientos de modificación conductual, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia familiar: el entrenamiento de padres consiste en enseñar a los padres técnicas de terapia de conducta para usar con sus hijos: identificación de conductas problema, refuerzo de conductas positivas, atención diferencial, tiempo fuera, etc.

Desde esta perspectiva se ha comprobado en Alemania la eficacia general del KES, un programa de formación de padres de niños con problemas de conducta, en el cual se combina una formación teórica en forma de sugerencias para el cambio, con ejercicios prácticos en formas de juegos de rol (3).

Un metaanálisis de 8 ensayos clínicos aleatorios, recomienda diversos tipos de intervención sobre la crianza de los hijos en familias con niños/as que presentan problemas de conducta, como la formación multisistémica de padres (MST) y la intervención multidimensional en hogares de guarda (MTFC) (4).

Asimismo, existen numerosos ensayos clínicos que demuestran la eficacia de distintos tipos de programas psicoeducativos (como el PEP, el programa “Incredible Years”, o el programa Triple-P), así como la posibilidad de prevenir los problemas de conducta en menores (5, 6, 9, 10). El programa “Family Check-Up” ha demostrado la importancia de la implicación materna en la prevención de dichos trastornos (11).

Resultan de especial interés algunos estudios que avalan, no sólo la eficacia de estos programas, sino que además parecen demostrar su eficiencia, es decir su relación coste-beneficio (12,13), lo cual indica, que este tipo de intervenciones son necesarias como medio para reducir el gasto sanitario

Por otro lado, la Enfermera Escolar (figura que no existe aún en España), ha demostrado en otros países ser de gran importancia a la hora de detectar y prevenir los desórdenes de conducta en niños: puede ser un instrumento para educar al personal sobre los factores de riesgo, así como sobre los primeros comportamientos asociados. De igual manera las intervenciones deben iniciarse en la escuela primaria con el fin de interrumpir las conductas que pueden ser difíciles o imposibles de cambiar una vez que comienza la adolescencia (18).

2.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención enfermera en aquellos problemas de comportamiento en los que se valore una falta de conocimientos, actitudes o habilidades por parte de los padres, se puede abordar desde dos perspectivas, no siendo excluyentes entre sí:

- Intervención independiente: a través de un plan de cuidados individualizado (en este caso consideramos el diagnóstico de enfermería “deterioro parental” como más adecuado).
- Intervención interdependiente: desde dispositivos de tratamiento psicoeducativo como la Escuela de Padres.

A) PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: “DETERIORO PARENTAL” [0056]. (27, 28, 29).

- Definición: Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno favorecedor del óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
- Factores relacionados:
 - Temperamento difícil.
 - Falta de conocimiento sobre el desarrollo del niño.

- Falta de conocimiento sobre habilidades parentales.
- Falta de habilidades de solución de problemas.
- Incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño.
- Falta de habilidades de comunicación.

- Características definitorias:
 - Falta de vinculación.
 - Bajo rendimiento escolar.
 - Conducta inconsistente (parental).
 - Cuidados incoherentes.
 - Mala interacción padres-niño.
 - Verbalización de no poder controlar al niño.
 - Verbalización de frustración.

RESULTADOS PROPUESTOS (NOC):

1º) Ejecución del rol de padres [2211]:

- Definición: “Acciones paternas para proporcionar un ambiente social, emocional y físico que alimente y sea constructivo para el niño”.

Indicadores propuestos:

Código	INDICADOR	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D
221110	Utiliza interacciones apropiadas para el temperamento del niño	1	2	3	4	5
221111	Utiliza control de la conducta si es necesario	1	2	3	4	5
221112	Utiliza una disciplina adecuada	1	2	3	4	5
221114	Interacciona de forma positiva con el niño	1	2	3	4	5
221115	Demuestra empatía hacia el niño	1	2	3	4	5

2º) Cuidado de los hijos: seguridad psicosocial [1901]:

- Definición: “Acciones paternas para proteger a un niño de las relaciones sociales que podrían causar perjuicio o lesión”.

Indicadores propuestos:

Código	INDICADOR	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D
190102	Supervisión de los Compañeros de juegos	1	2	3	4	5
190112	Intervención para prevenir conductas sociales de riesgo	1	2	3	4	5
190117	Establece reglas claras de conducta	1	2	3	4	5
190118	Mantiene una estructura y una rutina diaria en la vida del niño	1	2	3	4	5

3º) Afrontamiento de los problemas de la familia [2600]:

- Definición: “Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia”.

Indicadores propuestos:

Código	INDICADOR	N/D	R/D	A/D	F/D	S/D
260001	Manifiesta un papel de flexibilidad	1	2	3	4	5
260003	Afronta los problemas	1	2	3	4	5
260006	Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	1	2	3	4	5
260007	Expresa libremente sentimientos y emociones	1	2	3	4	5
260008	Manifiesta estrategias para controlar la ira.	1	2	3	4	5
260009	Utiliza estrategias para controlar el estrés	1	2	3	4	5
260012	Establece un programa para la rutina y actividades familiares	1	2	3	4	5

INTERVENCIONES PROPUESTAS

Asesoramiento [5240]:

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Educación paterna: crianza familiar de los niños [5566]:

Definición: Ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su hijo en edad preescolar o escolar.

Educación paterna: adolescentes [5562]:

Definición: Asistencia a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.

Fomentar el desarrollo: niño [8274]:

Definición: Facilitar o enseñar a los padres/cuidadores a conseguir un crecimiento global y específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de niños en edad preescolar y escolar.

Grupo de apoyo [5430]:

Definición: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud de sus miembros.

B) ESCUELA DE PADRES

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

Recursos necesarios:

- Humanos: equipo terapéutico formado como mínimo por una Psicóloga y una Enfermera, o un Terapeuta Ocupacional formado en psicointervención grupal
- Materiales: Sala de reuniones amplia, preferentemente dotada con equipo de reproducción visual, que facilite a los terapeutas las exposiciones teóricas.

Material didáctico compuesto por las Guías de Padres, que se entregarán en cada sesión.
Papel y material para escribir...

Criterios de inclusión en los grupos:

- Padres de niños de edades comprendidas entre 5-15 años que muestren problemas de comportamiento.
- Diagnóstico inicial de “problemas relacionados con la crianza del niño” (Z.62): en este se incluirá cualquier diagnóstico Z.62 en el que haya implícito un déficit de conocimientos por parte de los padres para desempeñar su función educativo con niños problemáticos.
- Padres que tras la valoración se obtenga el Diagnóstico de Enfermería Deterioro parental [0056].
- Asistencia de ambos progenitores a las sesiones de la EP.
- Manifestación de compromiso por parte de los padres de asistir a las sesiones (evitar al máximo los abandonos).
- Reconocimiento de déficit de conocimientos para afrontar la educación de un niño con problemas de conducta.

Planificación Previa de la Escuela de Padres

Éste es un proceso que debemos tener muy claro para que el grupo funcione luego adecuadamente.

1.- A quién va dirigido:

A padres, madres y educadores o tutores.

2.- Número de sesiones:

- 8-9 sesiones, de frecuencia semanal, preferentemente un día fijo.
- 6 sesiones, mensuales de repaso.
- Posteriormente, cada dos o tres meses se harán las sesiones de recuerdo.

3.-Tamaño de los grupos:

- Para que haya una adecuada participación y buena dinámica grupal, deben ser al menos entre 12-15 miembros.

4.- Habitualmente son grupos cerrados.

Primeras Sesiones:

- Hablaremos de los objetivos a conseguir, intentando hacerles llegar que son nuestros objetivos.
- Resaltaremos que el método que usamos es práctico, necesitando de su colaboración y participación tanto en las partes más teóricas, con una escucha activa, como en la realización y puesta en común de las tareas propuestas y en la puesta en marcha de cambios de actitud.
- Insistimos mucho que la mera asistencia a estos grupos no soluciona nada, es necesario tener claro que algo debemos modificar y poner en marcha los cambios.
- Importancia de la confidencialidad, necesaria para favorecer el intercambio de experiencias.

Método:

Todas las sesiones están compuestas por una parte teórica y otra práctica que intentamos entrelazar con el fin de que resulten más amenas y se comprenda todo mejor.

1) Parte teórica:

- Se recogerá en las Guías que se entregarán a los padres.
- Esta parte podría ser presentada por la Enfermera que se adaptará al nivel educativo de los padres.

2) Parte práctica:

- Se intercala con la teoría, poniendo ejemplos de cada situación y comentándolos.
- Se resuelven dudas y preguntas.
- Se revisan las actividades propuestas. Esta parte podría ser dirigida por la Psicóloga, aunque todo se hace en equipo.

Normas básicas:

- Confidencialidad.
- Puntualidad.
- Compromiso de venir a todas las sesiones.
- Necesidad de continuidad en el grupo para una comprensión integral del contenido de las sesiones.
- Participación activa. Nosotros debemos provocarla si ésta no surge espontáneamente.
- Guardar turno, hablar de uno en uno.
- Respeto.

Planificación de las sesiones:

- Sesión 1; Reflexión inicial: conocerse a uno mismo para iniciar el cambio (ejercicio práctico). Evitar las etiquetas. Modelos de crianza autoritario, permisivo y democrático (¿cuál utilizamos habitualmente?).
- Sesión 2; Pautas básicas: reforzadores positivos, alternativas al castigo. Motivación para cambiar. Límites y normas. Alternativas al “no”. Actividades prácticas.
- Sesión 3; Resolución de problemas: resolución conjunta. Actitudes. Actividades.
- Sesión 4; El valor de los sentimientos. Rutina diaria: fomentar el autocontrol. Elogiar ¿cómo hacerlo? Listado de sentimientos. Ejercicios prácticos y actividades.
- Sesión 5; La autoestima: autoestima y comportamiento. Cómo fomentarla. La vinculación. La singularidad. Actividades prácticas.
- Sesión 6; La autoestima II: el sentimiento de poder. Las pautas de conducta. Resolución de conflictos. Las mentiras. Actividades.
- Sesión 7; La comunicación: teoría de la comunicación. Comunicación entre padres e hijos. Comunicación según los modelos de crianza. Actividades.
- Sesión 8; Conclusión: recuerdo de ideas importantes. Actividades para realizar con los hijos. Organización. Preguntas frecuentes. Despedida.

CONCLUSIONES

- Existen varios estudios que avalan la eficacia objetiva de programas psicoeducativos y que demuestran que un tratamiento integral al niño y a la familia ante problemas de conducta, ofrece una respuesta terapéutica añadida a otros tratamientos farmacológicos que, por sí solos, no podrían abordar un patrón conductual que se está instaurando en el niño, muy influenciado por su entorno. A este nivel es destacable el efecto ejercido por el modelo de crianza adoptado por los padres, así como la respuesta que la familia tiene ante

el comportamiento del niño, lo cual contribuye a que éste se aferre a un estilo de comportamiento que a su vez le ha sido asignado. Son estos los casos desde los que Enfermería puede actuar de manera más independiente a través de Planes de Cuidados dirigidos a padres y niños con aparentes problemas de conducta.

- En España, un ejemplo de este tipo de intervenciones lo constituye la Escuela de Padres (EP), es decir, una intervención grupal psicopedagógica que consiste básicamente en el desarrollo de una serie de sesiones con Grupos de Padres de niños que presentan problemas de comportamiento y en los que se detecta un diagnóstico de Enfermería de “deterioro parental”, con el fin de mejorar positivamente sus actitudes, conocimientos y habilidades de educación de niños con estas características (25).

Estos grupos se elaborarán en base a una planificación previa y metodología, que tendrá en cuenta los recursos humanos y materiales, así como los criterios de inclusión en los mismos.

- Por lo tanto, estos programas podrían ser no sólo necesarios desde un punto de vista terapéutico sino que también suponen una optimización de la economía sanitaria pública, al reducirse de forma importante las demandas a la red sanitaria de Salud Mental, disminuir el gasto farmacológico e incluso prevenir futuras conductas disociales o antisociales: la formación de padres parece ser un medio eficaz y potencialmente rentable como terapia para niños con problemas de conducta.

REFERENCIAS

- 1.- Hidalgo Vicario MI. Trastornos del comportamiento en la adolescencia. Un reto para la prevención. Congreso de SEPEAP. Granada 2006.
- 2.- Javaloyes-Sanchís MA, Redondo Romero AM. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del comportamiento. Curso de formación continuada en psiquiatría infantil. *Pediatr Integral* 2005; 6: 27-37.
- 3.- Grimm K, Mackowiak K. KES-Training for parents of children with conduct behaviour problems. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2006; 55(5); 363-383.
- 4.- Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2002;86:251-256.
- 5.- Hautmann C, Hanisch C, Mayer I, Plück J, Döpfner M. Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder--generalization to the real world. *J. Neural Transm.* 2008;115(2):363-70.
- 6.- Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, Eames C, Edwards RT. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ.* 2007 ;334(7595):678.
- 7.- Karande S. Attention deficit hyperactivity disorder--a review for family physicians. *Indian J Med Sci.* 2005; 59(12):546-55.
- 8.- Y. Ramos Vicente, J.C. González Seijo. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Boletín Pediátrico* 2007; 47: 116-124
- 9.- Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol.* 2000 ;68(4):624-40.
- 10.- Dimond C, Hyde C. Parent education programmes for children's behaviour problems: medium to long term effectiveness. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) - Full record display. N° 26/1999.
- 11.- Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *J Consult Clin Psychol.* 2006 Feb;74(1):1-9
- 12.- Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technol Assess.* 2005 Dec;9(50):III, IX-X, 1-233.

- 13.- Edwards R T, Ceilleachair A, Bywater T, Hughes D A, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) - Full record display. 2007. vol: 334: (682-685).
- 14.- Bryant D, Vizzard L H, Willoughby M, Kupersmidt J . A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Centre for Reviews and Dissemination University of York. 1999
- 15.- Nix RL, Pinderhughes EE, Bierman KL, Maples JJ. The Conduct Problems Prevention Research Group. Decoupling the relation between risk factors for conduct problems and the receipt of intervention services: participation across multiple components of a prevention program. *Am J Community Psychol.* 2005 ;36(3-4):307-25
- 16.- Brotman LM, Klein RG, Kamboukos D, Brown EJ, Coard SI, Sosinsky LS. Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2003;32(2):246-57.
- 17.- Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, Szapocznik J. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol.* 2003 Mar;17(1):121-33.
- 18.- Barcalow K. Oppositional defiant disorder: information for school nurses. *J Sch Nurs.* 2006 ; 22 (1): 9-16
- 19.- Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M J. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Clin Child Adolesc Psychol.* 2004;33(1):105-24.
- 20.- Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(1):126-41.
- 21.- Roselló B, García-Castellar R, Tárraga-Mínguez R, Mulas F. The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol.* 2003;36 Suppl 1:S79-84
- 22.- Miranda A, García R, Presentación MJ. Factors modulating the efficacy of psychosocial treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol.* 2002 ;34 Suppl 1:S91-7.
- 23.- Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001;323:194-203.
- 24.- Barlow J, Stewart-Brown S. Review article: behavior problems and parent-training programmes. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:356-70.
- 25.- Ruíz Lozano MJ, Bastida Pozuelo F. Escuela de Padres: método de intervención psicoterapéutica.. Servicio Murciano de Salud. 2005.
- 26.- Ruíz MJ, Gómez-Ferrer C., Guías para padres. www. Murciasalud.es. 2005.
- 27.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed Mosby. 2004.
- 28.- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification. Ed. Mosby. 2004.
- 29.- NANDA. Nursing Diagnoses: definitions and classification 2007-2008. Ed. Elsevier. 2008

NEUROLÉPTICOS Y SÍNDROME METABÓLICO: PLAN DE ACCIÓN Y PREVENCIÓN

Marta Zazpe Ustároz.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La importancia del conocimiento de la enfermedad, en este caso del síndrome metabólico, hace que se pueda prevenir, evitando así una elevada comorbilidad. Para ello interviene la educación sanitaria que se realiza en el ámbito prehospitalario, durante el ingreso y al alta.

Daremos mucha importancia a la educación sanitaria durante el ingreso que se realiza día a día, tanto durante la realización de los cuidados de enfermería como a demanda del paciente. La familia asimismo también debe estar informada.

Para cambiar algunas conductas nocivas es importante la motivación que el paciente debe tener para afrontar este trastorno ya que añadido a su patología psiquiátrica de base, puede llegar a disminuir su calidad de vida.

Al mismo tiempo el personal de enfermería debe estar formado en farmacología, conocer los efectos secundarios de los antipsicóticos y su influencia en la generación del síndrome metabólico y de cardiopatías. De este modo podrá prevenir el desarrollo de trastornos metabólicos antes de tener que tratar las consecuencias.

DESARROLLO

QUÉ ES EL SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico (1) no es una enfermedad específica sino que son varios trastornos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes.

Multiplica por 3,7 el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica, por 3,5 el de muerte por causa cardiovascular y por 3,6 la mortalidad total durante 11 años, datos obtenidos de estudios epidemiológicos llevados a cabo tanto en Europa como en EE.UU. (2).

Los criterios diagnósticos(3) son:

- Obesidad central. Exceso de grasa alrededor de la cintura. Índice cintura/cadera >0.9 en hombres y >0.85 en mujeres y/o $IMC >28,8/30 \text{ kg/m}^2$. Otra forma es medir el perímetro abdominal: PA >102 cm en varones y >88 cm en mujeres. Es el criterio diagnóstico más importante.
- Aumento de los niveles de glucosa (glucemia en ayunas ≥ 110 mg/dl y/o post-carga ≥ 140 mg/dl) en sangre por la presencia de insulinoresistencia. Se puede originar diabetes tipo 2.
- Dislipemia. Niveles sanguíneos elevados de triglicéridos ≥ 150 mg/dl. Colesterol total >200 mg/dl.
- Bajos niveles sanguíneos de colesterol HDL <40 mg/dl en hombres y <50 mg/dl en mujeres.
- Hipertensión arterial (HTA). T/A $\geq 130/85$ mmHg.
- Otros criterios definitorios menores: Microalbuminuria ≥ 20 mg/g, hígado graso, síndrome de ovario poliquístico y síndrome de apnea del sueño. Un aumento en la coagulación sanguínea a veces es considerado parte del síndrome.

Las alteraciones de tres ó más de estos criterios diagnostican el síndrome metabólico.

El paciente no puede sentir ningún síntoma hasta que la enfermedad ya se ha desarrollado. El único signo observable es el aumento de peso y la obesidad (perímetro abdominal).

CAUSAS QUE PROVOCAN SÍNDROME METABÓLICO

La causa del síndrome metabólico no se conoce con certeza, se postulan varias etiologías:

- La obesidad. El aumento de peso también puede deberse a la estimulación directa del apetito o a efectos endocrinológicos.
- Resistencia a la insulina. Provoca alteraciones en el metabolismo del tejido adiposo y cuyas causas son genéticas y están influidas por el estilo de vida, la alimentación y el peso.
- Causas relacionadas el estilo de vida y ambientales. Serían el aumento de la ansiedad generada por el ingreso, la falta de ejercicio debida a la apatía y la dejadez del cuidado personal ó el abandono de hábitos saludables.
- Genética. Una constelación de factores independientes (moléculas de origen hepático, vascular, inmunológico) que median en la aparición de componentes específicos del síndrome metabólico.
- Otros factores. El envejecimiento, un estado proinflamatorio y el aumento de la coagulación sanguínea también pueden contribuir al desarrollo del síndrome.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME METABÓLICO

Las consecuencias son un aumento de las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria, embolia cerebral, enfermedad vascular periférica ó insuficiencia renal) y el aumento de la incidencia de diabetes de nueva aparición.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO

El tratamiento consiste en tratar las otras enfermedades subyacentes. La principales medidas son:

- Cambios en el estilo de vida: realizar ejercicio físico, dejar de fumar y reducir el consumo de bebidas alcohólicas.
- Dieta restringida en calorías evitando los dulces, las grasas y la sal en exceso.
- Farmacoterapia.
- Terapia cognitivo conductual: enfocada en la resolución de problemas. Involucra el aprendizaje de habilidades para eliminar la causa del estrés.

ANTIPSICÓTICOS Y SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico se da en diferentes patologías médicas, pero el paciente psiquiátrico tiene una predisposición mayor, por el uso de la medicación antipsicótica, ya que ésta puede acusar obesidad, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2.

Los antipsicóticos se emplean para el tratamiento de diferentes enfermedades mentales, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la demencia y el síndrome confusional. Existen informes que constatan la existencia de mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y menor expectativa de vida en ciertos pacientes psiquiátricos (esquizofrénicos y bipolares).

Dentro de los antipsicóticos (4) (Neurolépticos o tranquilizantes mayores) hay dos tipos:

- Los típicos o convencionales, que pueden ocasionar síntomas extrapiramidales e hiperprolactinemia.
- Los atípicos o de nuevas generaciones: Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona y Ziprasidona. Se asocian con diabetes de tipo 2 de nueva aparición, alteraciones del metabolismo y de las concentraciones sanguíneas de los lípidos, elevación de la prolactina, con producción de galactorrea, arritmias y aumento del peso corporal, especialmente el uso de Clozapina y Olanzapina.

A causa de los efectos secundarios como los trastornos del movimiento o la sedación, el paciente tiende a disminuir los niveles de actividad(5). Además a menudo se dan cambios en

el estilo de vida, como resultado del impacto social, emocional y económico de su trastorno, que contribuyen a la formación del síndrome metabólico.

El aumento ponderal durante las primeras 6 semanas de tratamiento es un buen indicador del aumento ponderal total, que generalmente se mantiene constante después de varios meses.

La resistencia a la insulina y el aumento de los niveles de leptina (hormona producida por los adipocitos que aumenta su secreción cuando aumenta la masa de tejido adiposo más allá del punto de equilibrio, para estimular varios efectos compensadores en el hipotálamo) pueden persistir a pesar de la suspensión del tratamiento antipsicótico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA(6)

Según la NANDA y haciendo una valoración de los pacientes en tratamiento con antipsicóticos (especialmente los tratados con antipsicóticos atípicos), y con algún criterio de diagnóstico de síndrome metabólico, se elaboran los siguientes diagnósticos de enfermería, así como resultados a conseguir (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) para resolver el diagnóstico:

1. Desequilibrio nutricional: por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal, según la estatura y constitución corporal, sedentarismo, comer en respuesta a claves internas (ansiedad).

NOC: Control del peso.

NIC: 5246. Asesoramiento nutricional.

- Se determinan la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente, facilitando la identificación de las conductas alimentarias que desea cambiar.
- Se establecen metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Se realiza una medida del peso semanalmente.
- En caso necesario se le pide una interconsulta al especialista en dietética y nutrición(7) para que le elabore una dieta individualizada y controle los parámetros nutricionales.

1280. Ayuda para perder peso.

- Se le ayuda a ajustar la dieta, limitando las calorías diarias y los ejercicios según su estilo de vida. Fomentamos el uso de sustitutivos del azúcar, así como la evitación del consumo de alcohol y productos que contengan grasas.

5820. Disminución de la ansiedad.

- Se establecen actividades encaminadas a la reducción de la tensión (terapia ocupacional).
- Se le administran los medicamentos prescritos por el médico encaminados a la reducción de la ansiedad.
- Se estimula a hablar sobre sus temores, sentimientos y problemas (8).

5614. Enseñanza: dieta prescrita.

- Se evalúa el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita (diabética, gástrica, fácil masticación...) explicándole su finalidad.

0200. Fomento del ejercicio.

- Se le anima a que comience a hacer ejercicio con un programa adecuado a sus necesidades, y también a que forme parte de su rutina diaria.
- Se potencia su motivación proporcionando una respuesta positiva a sus esfuerzos.

2. Incumplimiento del tratamiento (rechazo a tomar los medicamentos neurolépticos) relacionado con ideas sobre su salud, influencias culturales, valores espirituales y falta de motivaciones manifestado por conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento, exacerbación de los síntomas y no asistencia a las visitas concertadas.

NOC: Conducta de cumplimiento y control del síntoma. Que el paciente tome conciencia de enfermedad y consiga una adecuada adhesión al tratamiento.

NIC: 4480. Facilitar la responsabilidad consigo mismo.

- Se habla con él para averiguar si tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud y se fomenta la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad de sus cuidados.
- Se establecen límites ante sus conductas manipuladoras.

2380. Control de la medicación (9).

- Se observan los efectos terapéuticos así como los efectos secundarios, mostrando al paciente la forma de minimizarlos.
- Se controla el cumplimiento de la medicación y se insiste en la necesidad de seguir tomándola cuando esté en el domicilio. Considerando que con relativa frecuencia los pacientes no tienen conciencia de enfermedad y por consiguiente no entienden la necesidad de seguir una pauta terapéutica, es importante a la hora de suministrar la medicación evitar las actitudes impositivas y tratar de realzar algún efecto del fármaco que desde la perspectiva del paciente pudiera resultarle beneficioso.
- Se ayuda al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados con ciertos medicamentos. Si se detectan posibles casos de incumplimiento terapéutico, se valora la posibilidad de pasar a una vía de administración i.m. o a un tratamiento depot.

5510. Educación sanitaria.

- Se le enseñan algunas estrategias que pueda utilizar para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, evitando dar consejos para evitar dicha conducta.
- Se implica a la familia para la colaboración en los planes de cambio de conducta del paciente.

3. Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal (10) relacionado con la falta de conciencia del proceso y características de la enfermedad (síndrome metabólico), desconianza respecto al tipo de tratamiento, debido a efectos secundarios adversos y no relacionar beneficios con la mejora del estado de salud y dificultad de un seguimiento a largo plazo, manifestado por elecciones de la vida diaria inefectivas para conseguir los objetivos de un tratamiento o programa de intervención y verbalización de no haber emprendido las acciones apropiadas para reducir los factores de riesgo más frecuentes.

NOC: Desarrollar el conocimiento respecto a las características de la enfermedad, manejo del tratamiento y efectos secundarios para facilitar su seguimiento a largo plazo. Mantener su grado de salud mediante conductas saludables y disminuir las recaídas.

NIC: 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos (preparación de un enfermo para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos).

- Se le instruye en los efectos secundarios posibles adversos de cada medicación, en cómo prevenirlos y en las acciones apropiadas que debe tomar para aliviarlos.
- Se le insiste en la necesidad de no interrumpir la medicación por las consecuencias que esto pudiera tener tanto a corto como a medio plazo.

- Se implica a la familia en el control y vigilancia para que tome correctamente la medicación prescrita, insistiéndoles en la importancia del apoyo familiar para evitar recaídas.

5602. Enseñanza: proceso de enfermedad (ayudar al enfermo a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico).

- Se evalúa el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de su enfermedad proporcionándole información objetiva e insistiéndole en la importancia de reducir sus hábitos tóxicos (tabaco, drogas alcohol, etc).
- Se le educa sobre los signos y síntomas comunes de la enfermedad ante los cuales debe acudir a su psiquiatra de zona, médico de cabecera u otros especialistas.
- Se describe el proceso de la enfermedad y se identifican las etiologías.
- Se le instruye sobre cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para prevenir complicaciones futuras ó controlar el proceso de enfermedad.
- Se le enseñan las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la medicación.

PLAN DE ACCIÓN

Hemos elaborado en nuestra unidad un plan de acción y prevención general para los diferentes estadios de la enfermedad, desde la promoción de la salud, prevención y medidas de tratamiento específicas. Serán aplicables a todos los pacientes potenciales que tengan riesgo de desarrollar este problema y resumen todas las intervenciones recogidas anteriormente.

Intervenciones de enfermería en la promoción:

- Promover hábitos saludables de higiene alimenticia, práctica de ejercicio, evitar el tabaco y el alcohol, etc mediante la educación sanitaria, que debe ser de acuerdo al estado clínico del paciente y a su nivel de conocimientos. La actitud de enfermería debe ser en todo momento motivadora, no crítica.
- Aconsejar al paciente para que haga un correcto seguimiento del tratamiento médico. Proporcionar coherencia en la asistencia y los cuidadores asignados, para crear confianza en el paciente. Establecer una relación de confianza y una comunicación abierta, coherente y clara.
- Conseguir el apoyo y supervisión familiar.
- Asegurar la adherencia terapéutica (11) y observar su respuesta, así como identificar posibles efectos secundarios del tratamiento con psicofármacos. Una de las causas por la que mayoritariamente las personas con una enfermedad mental abandonan los psicofármacos es el miedo a sufrir los efectos secundarios. Algunos de estos posibles efectos son: estreñimiento, sialorrea, hipotensión arterial, fotosensibilidad, eccemas, sequedad de boca, temblores, acatisia, prurito, agranulocitosis, discinesia tardía ó somnolencia.

Intervenciones de enfermería en la prevención:

- El médico será el responsable de supervisar y vigilar el manejo metabólico de las personas con enfermedad mental. Para ello se encarga de hacer un seguimiento personal mediante analíticas periódicas de glucemia, perfil lipídico y bioquímico en general. La enfermera se encargará de realizar las extracciones sanguíneas.
- La enfermera realizará los controles personalizados de cada paciente:
- Peso semanal. Hay que permanecer alerta ante un incremento notable de peso en el paciente. Se deberá notificar al médico todo cambio que exceda del 5% de su peso corporal de referencia.
- Toma de T/A diaria, y con más frecuencia si es necesario.
- Medición del perímetro abdominal en el ingreso para tener una medida de referencia.

Cada mes se repetirá la medición y si ha aumentado el perímetro, se planificarán acciones correctivas.

- Vigilancia de las glucemias para detectar la diabetes/pre-diabetes y el perfil lipídico (LDL, HDL y triglicéridos).
- También debe recomendar el hacer una actividad física acorde con la edad y demás características de cada paciente. Se ha demostrado que caminar 30 a 40 minutos al día al menos cinco días a la semana o ejercicio más intenso como el trotar, ciclismo, natación durante 20 a 30 minutos de 3 a 5 días a la semana llevará a un mejor estado físico.
- Recomendar seguir la dieta mediterránea, rica en verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, pescados, aceite de oliva y antioxidantes, que muestra unas características apropiadas para la prevención de síndrome metabólico.
- Es importante el registro de todos los parámetros que intervienen en la producción del síndrome metabólico.

Intervenciones de enfermería en el tratamiento:

- Administración de dietas especiales bajas en calorías y en colesterol, con una composición equilibrada (12) de hidratos de carbono complejos, proteínas, grasas, fibra y micro-nutrientes. A veces es necesario restringir también el aporte de sodio.
- Vigilar que en el comedor se sigan unas normas: El comedor no es un salón para estar todo el tiempo que uno quiera, es decir que cuando el paciente finaliza la ingesta se debe retirar. No se admitirán cambios de alimentos con otros pacientes ni el paciente tomará más cantidad de lo que trae cada bandeja preparada.
- Administración de la medicación pautaada por el médico: Hipolipemiantes, antidiabéticos orales, insulina si precisa, antihipertensivos, antiagregantes (en ocasiones se administra ácido acetilsalicílico diariamente, esto ayuda a prevenir la inflamación y ayuda a evitar la coagulación y viscosidad sanguínea no deseada), etc.
- Conocer las reacciones psicológicas (13) del paciente ante el diagnóstico de síndrome metabólico: Negación, culpa, enojo, depresión reactiva y por último la aceptación. Darle información y apoyo, aplicar una estrategia terapéutica adecuada. Los talleres de psicomotricidad ayudan a expresar sentimientos y a la vez que se realiza algo de ejercicio.

CONCLUSIONES

Tomar conciencia de enfermedad hace que el paciente siga mejor el tratamiento y estimular las conductas saludables hace que se pueda prevenir la aparición del síndrome metabólico en el paciente con trastornos mentales.

Una buena alimentación sana y equilibrada, unido al ejercicio físico y a la mejora en el estilo de vida, es básico para la prevención y tratamiento del síndrome metabólico.

La frecuencia de síndrome metabólico y de trastornos psiquiátricos es elevada y su coexistencia tiene consecuencias desfavorables. Es importante su identificación y la eliminación de los factores causales. La implantación de este plan de prevención y acción ayudará a combatirlo y será positivo para todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. “Síndrome metabólico”. [Consulta: 02/02/09]. <<http://www.handsonhealth-sc.org/page.php?id=1550>>.
2. “Síndrome metabólico”. Sociedad Española de Hipertensión. [Consulta: 03/02/09]. <<http://www.seh-lha.org/club/icuestionlast.htm>>.
3. “Síndrome metabólico (Síndrome X)”. [Consulta: 01/02/09]. <<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/smetabolico2.htm>>.
4. Rodríguez Palomares C, Garfias Arvizu A. “Farmacología para enfermeras”. 1ª ed. México. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2007.

5. "El síndrome metabólico en el enfermo mental". [Consulta: 01/02/09]. <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria2007/sindrome_metabolico_marz07.html>.
6. Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. "Guía práctica de informes de enfermería en salud mental". 1ª ed. Barcelona. Ed. Glosa. 2007.
7. Rebrama Shives L. "Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos". 6ª ed. Madrid. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2007.
8. Lipkin GB, Cohen RG. "Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales". 1ª ed. Barcelona. Ed. Doyma. 1989.
9. Castells S, Hernández M. "Farmacología en enfermería" 1ª ed. Madrid. Ed. Harcourt. 2000.
10. Rigor Cuadra A, Ugalde Apalategui M. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica". 2ª ed. Barcelona. Ed. Masson. 2001.
11. Fornés J. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica": Planes de cuidados. 1ª ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2005.
12. "Prevención y tratamiento del síndrome metabólico". Revista española de cardiología on line. [Consulta: 09/02/09]. <http://www.revvespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.resumen?pident=13083448>.
13. "Frecuente coexistencia entre la diabetes y los trastornos psiquiátricos". [Consulta: 09/02/09]. <<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb552.htm>>.

DIFERENCIAS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y LA POBLACIÓN GENERAL FRENTE AL PACIENTE SUICIDA

Montserrat Sirvent Angulo, Carmen Tejedor Azpeitia, Glòria Bages Borrull, Jaume Pascual Roig, Victoria Seto Bernet, Laura Lopez Ortega
Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

El tema central del estudio son las percepciones y actitudes de los profesionales sanitarios y la población general delante de la conducta suicida, que se relaciona directamente con el otro aspecto fundamental de este estudio: los mitos que se pueden detectar sobre el suicidio en el colectivo de los profesionales sanitarios y la población general.

Se lleva a termino el estudio, en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Servicio de Psiquiatria para ello hemos elaborado un cuestionario, fundamental para el tipo de estudio que nos hemos planteado. Se ha pasado a profesionales de la sanidad y a la población en general. Este cuestionario lo hemos completado con diversas entrevistas a profesionales de la sanidad, que nos han dado suficientes elementos para elaborar con rigor las preguntas de partida: ¿el suicidio puede ser un acto producto de un desajuste psicológico, o un acto lúcido de raíz sociocultural? ¿Hay más mitos alrededor del suicidio? Hay una ultima cuestión, ligada de manera muy directa a las percepciones de los profesionales y de la ciudadanía en general: la libertad para escoger la propia muerte, ¿es éticamente aceptable o no?

No es fácil dar respuesta a estas preguntas iniciales desde la experiencia hospitalaria, ya que la población que nos llega a nosotros, son pacientes que padecen un desajuste emocional; las personas que realizan una conducta suicida como respuesta racional de raíz sociocultural no pueden ser estudiados sino de forma muy indirecta: textos que han dejado, testimonios de otros, etc.

JUSTIFICACIÓN

Nuestro interés se centra en ver como evolucionan nuestras opiniones y actitudes y las de la población general delante del suicidio. A medida que vamos adquiriendo conocimientos científicos sobre la conducta humana y, más concretamente cuando ésta, está mediatizada por un desajuste mental. Todo ello desde la perspectiva profesional más cercana a los enfermos mentales en donde los “enfermos no se nos mueren sino que se nos matan”, con, todo el conjunto de respuestas emocionales, que llegan a interferir a nuestra vida profesional y personal.

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas. Cada acto suicida tiene su lógica para la persona que lo lleva a término. En general, las razones que dan las personas que han intentado el suicidio o las personas próximas al suicida o las que se encuentran en las notas o cartas de despedida, pueden parecer banales o dramáticas. Pero el proceso que conduce al ser humano a matarse es tan complejo, ambivalente y difícil, como el proceso de vivir. Desaparecer voluntariamente significa la posibilidad de autodeterminación; la liberación del dolor surgido de la vida, es un acto voluntario, libre, y lúcido.

El problema del suicidio, su epidemiología, los factores y grupos de riesgo y su prevención han estado investigados des de hace casi 200 años por especialistas de diversas disciplinas médicas y sociales, que, desde la colaboración multidisciplinar han aclarado la complejidad de esta conducta y su expresión de una causalidad múltiple.

Según datos publicados por la OMS la tasa anual de mortalidad por suicidio en España en el año 2005 por cada 100.000 habitantes fue 3.399 suicidios, el 76% hombres y el 24 % mujeres. El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte por causas violentas en todo el mundo, por delante de los homicidios, de los maltratos y de los accidentes laborales

De la misma manera que la muerte natural se asume como innata al hecho de vivir, la muerte por suicidio es juzgada de diferente forma según los valores filosóficos, y éticos de cada sociedad. Bayet (1922) señaló que después de XX siglos persistía una moral simple o popular y una moral matizada e intelectual. Se formulaban los mismos argumentos y reflexiones parecidas o iguales, sin llegar a ningún acuerdo. Basándose en una impresionante bibliografía, demostró que esta valoración moral y filosófica del suicidio en la cronología de la historia, no contenía ningún argumento positivo o negativo sobre el suicidio que no hubiera sido rechazado. Tampoco encontró ningún acuerdo sobre si es una falta contra la divinidad o contra la sociedad o la moral, o si es una prueba de valor o cobardía, o si se trata de una muerte deshonrosa o de un final honroso.

Los suicidios en la historia se asocian, en general, a un personaje célebre o integrado en una acción histórica importante. Son testimonios de como un país y una cultura en determinadas épocas pueden haber comprendido estas conductas humanas, todo y que a veces la leyenda y la realidad se mezclan.

En la muerte por suicidio existe la convicción o creencia casi universal, de que puede ser evitada. De lo que se desprende la importancia, que tiene para la sociedad occidental actual, el saber interpretar adecuadamente las causas o señales que transmite el individuo pre-suicida, lo que Farberow con cierto matiz poético denominó *The cry for help*.

Los objetivos que queremos conseguir con este trabajo son:

- Identificar las actitudes de los profesionales sanitarios frente al paciente suicida.
- Identificar los posibles cambios de actitudes de los profesionales sanitarios frente a la conducta suicida, en función de los años de ejercicio y contacto o no con pacientes con conducta suicida.
- Diferenciar aspectos culturales y psicopatológicos del suicidio, y ver su valoración a lo largo de su carrera profesional y de la población general.
- Recoger los tópicos que los profesionales sanitarios y la población general tienen sobre el suicidio.

DESARROLLO

Hipótesis de la investigación

Las hipótesis de trabajo:

- La gente de más edad y con más años de experiencia profesional modifican la actitud frente al paciente suicida: dejan de ver el suicidio como un hecho sociocultural, con todos los miedos a la crítica social, objeciones morales y culpabilidad de la familia, y lo ven como un acto individual.
- Un mayor contacto profesional y personal con suicidas, da lugar a que se valore el suicidio como un acto racional, que no atenta a la dignidad humana, y en el que los factores socioculturales como: miedo a la crítica social, falta de soporte y desorganización familiar, la percepción del suicidio como un tabú, y el desarraigo de la inmigración, favorecen la decisión de suicidarse.
- Un nivel más alto de estudios, hace que los profesionales sanitarios y la población general valoren el suicidio como un acto racional, que aumenta en las sociedades menos solidarias, con menos integración i desarrollo de las redes sociales y familiares, y que es un fenómeno personal que incluso puede llegar a ser un acto noble.
- Cuantos más estudios tienen los encuestado más pueden percibir el tabú social del suicidio.

Se lleva a cabo en el Hospital de la Santa Cree i Sant Pau de Barcelona catalogado de tercer nivel, con una plantilla de 2000 profesionales sanitarios. Trabajamos en el Servei de

Psiquiatría de este Hospital y este trato cotidiano con el objetivo de este estudio nos ha permitido poder llevar a cabo una encuesta fundamental para este tipo de investigación planteada, realizada tanto a los profesionales sanitarios como a la población general.

El período de tiempo necesario para poder obtener la información pertinente, para conseguir el objetivo no sólo para dar respuesta a la pregunta principal sino a las hipótesis que se han planteado, fue entre el período comprendido entre diciembre de 2007 a mayo de 2008. Durante el mes de diciembre de 2007 y enero de 2008 se pasó el cuestionario confeccionado para obtener la información del personal sanitario y entre febrero y mayo del 2008 a la población general.

El intervalo de edad de la población a la que se pasa la encuesta, será de 17 a 80 años.

- Metodología y técnicas utilizadas.

Se ha elaborado una encuesta (Anexo-1), previamente validada por diferentes miembros del equipo multidisciplinar para garantizar que sea suficientemente adecuada y precisa.

El total de personas encuestadas es de 359, siendo 227 personal sanitario.

La metodología utilizada para la recogida de datos se ha hecho mediante métodos cuantitativos de carácter extensivo (análisis de un gran volumen de informaciones sucintas), tienen como información básica la frecuencia de aparición de determinados contenidos y sus correlaciones.

La técnica de recogida de datos que se ha utilizado es una encuesta. Por el tipo de pregunta principal y de las hipótesis planteadas, la mejor manera de obtener la información es mediante un cuestionario de actitudes y opinión. Es una encuesta de administración directa (la cumplimenta la misma persona interrogada). Se adecúa al tipo de información que se pide: el análisis de un fenómeno social que se puede llegar a comprender mejor a partir de informaciones sobre los individuos de la población afectada. En términos generales este método es adecuado en aquellos casos en que es necesario interrogar a muchas personas y debemos garantizar la homogeneidad del documento.

Por último, el análisis estadístico de los datos, con un tratamiento cuantitativo y cualitativo que permita comparar las respuestas globales de categorías diferentes y analizar las técnicas que busquen la asociación entre variables.

El tipo de análisis que se ha realizado mediante el análisis estadístico con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Esta técnica de análisis la hemos utilizado para estandarizar la significación estadística de los datos obtenidos y poder validar las hipótesis formuladas, tanto las hipótesis nulas (no se diferencian) como la confirmación de las hipótesis experimentales formuladas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de la muestra estudiada nos han permitido confirmar las hipótesis formuladas. Ara bien, como dice Emile Durkheim "reconoce que la vida social es compleja y que el pensamiento científico nunca no puede superar la realidad". Reflexión que nos dice como las ciencias sociales para ser científicas han de demostrar preocupación por el detalle y la singularidad. El instrumento estadístico no tiene por sí mismo un poder explicativo, es el investigador quien da sentido a estas relaciones, gracias al modelo teórico que previamente ha construido y de acuerdo con el método de análisis estadístico.

Las conclusiones que hemos obtenido del presente trabajo son las siguientes:

En las actitudes las mayores coincidencias se dan en los ítems:

- El rechazo social (93%) - tabú social (67%)
- No se justifica el suicidio altruista.

- No ayudarían nunca a suicidarse (43%)
- El estilo de vida occidental aumenta el suicidio (90%)
- La falta de solidaridad aumenta el suicidio (74%).

Del análisis de resultados se puede deducir que:

- La mayoría de personas encuestadas son mujeres
- No existen diferencias significativas en las respuestas ya sean de personal asistencial o de la población general.
- Los hombres tienen más contacto con familiares suicidas.
- Las mujeres consideran que el suicidio no es justificable.
- Las mujeres opinan que el suicidio es tratado de forma más dramática en el cine, novelas, etc.
- Los años de profesión y el contacto profesional con suicidas influyen significativamente en considerar la poca aceptación del suicidio.
- El desarraigo representa:
 - Riesgo según las personas con contacto con familiares suicidas.
 - No riesgo según las personas con contacto profesional con suicidas.
- El contacto profesional con suicidas hay diferencias significativas en la explicación racional del suicidio (la racionalización).
- Los Profesionales sanitarios consideran que los obstáculos sociales frenan la decisión de suicidarse, al contrario que los profesionales no sanitarios.
- Los profesionales sanitarios consideran más que los otros profesionales la baja aceptación del suicidio (estigmatización, tabú, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrés, R. Historia del suicidio en occidente. Barcelona: Ediciones Península. 2003
2. Bardet, M. El suicidio. Madrid: Paradigma.1997
3. Bobes, J.; González, J.C.; Saiz, P. Prevención de las conductas suicidas y para suicidas. Barcelona: Masson. 1997
4. Durkheim, E. El suicidio. Madrid: Ediciones Akal. 1992
5. Estruch, J.; Cardús S. Plegar de viure. Barcelona: Edicions 62. 1998
6. Robles, J. Sobre la muerte. Barcelona: Sfhra Publicaciones.
7. Sarró, B.; De la Cruz, C. Los suicidios. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. 1991
8. Singer, P. Compendio de Ética. Madrid: Alianza Editorial. 1995
9. Varios autores. La conducta suicida. Madrid: edita S. Ros. Ar 1997

EL GRUPO DE DISCUSIÓN CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COMO MÉTODO PEDAGÓGICO

M^a. José Ancizu Elizondo, Marta Zazpe Ustárroz

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra.

INTRODUCCIÓN

El grupo de discusión es una actividad donde se desarrolla una dinámica en la que se intenta que participen la mayoría de los pacientes hospitalizados de nuestra unidad de agudos.

Tal y como propone Suárez Ortega (1) el grupo tiene una composición y características especiales, se desarrolla en un espacio y tiempo propios y en él participan un equipo multidisciplinar, cada uno desempeñando un papel, que desarrollaremos más adelante.

El objetivo es llevar a cabo una confrontación de opiniones, de ideas o de sentimientos de los participantes, con vistas a llegar a unas conclusiones, a un acuerdo o a unas decisiones.

Hay que hacer referencia a la confidencialidad y a la privacidad de la información que se aporta en el grupo. Es importante dejar constancia antes de comenzar que en ningún momento esta información se utilizará fuera del marco del grupo.

DESARROLLO

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

La comunicación ayuda a mejorar las relaciones interpersonales. Es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información.

Existen diferentes niveles de comunicación:

- Comunicación verbal, contiene palabras (lo que decimos) y tono de voz (cómo lo decimos).
- Comunicación no verbal, contiene contacto visual, gestos faciales (expresión de la cara), y movimientos de brazos y manos.

Para comunicarse eficazmente los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí.

Es importante el conocimiento mutuo para que se de una buena comunicación. Para ello nos fijamos en la interacción entre las personas. Uno de los modelos más útiles para describir este proceso de interacción es la “Ventana de Johari” (2). Es un gráfico en el que se divide el conocimiento personal en cuatro tipos (4 cuadrantes) que son:

- Abierto: representa las cosas que ambos interlocutores conocen.
- Ciego: representa las cosas que un interlocutor sabe o cree saber sobre otro, pero de las cuales el otro es inconsciente.
- Oculto: representa aquello que uno conoce sobre sí mismo y que el otro interlocutor desconoce completamente.
- Desconocido: representa aquello que uno desconoce sobre sí mismo y tampoco puede conocerlo el otro interlocutor.

Hay que estar muy atento a toda la información que cada cuadrante nos puede proporcionar. En nuestro caso lo trasladamos al grupo de discusión, donde lo aplicamos.

El grupo con pacientes intenta satisfacer sus necesidades y demandas (3), desarrollando una dinámica donde se permite apreciar al paciente en su relación con el resto del grupo y la forma en que asume diferentes papeles.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

- Se realiza diariamente, durante 30-40 minutos.

- La asistencia es voluntaria, se les invita individualmente a acudir, “seleccionándolos” en función de sus necesidades, siempre que se posibilite el desarrollo de la actividad terapéutica.
- El grupo se hace para hablar de temas de interés general, no siendo necesario hablar de temas personales (4).
- El grupo es una actividad más dentro de la rutina diaria de la unidad y por ello puede ser beneficioso para ellos, se requiere que acudan arreglados y con buena predisposición para la participación.
- Es un grupo abierto en el que existen cambios en la composición grupal frecuentemente debido a que están ingresados durante un corto periodo y hay ingresos y altas continuamente.
- Es heterogéneo debido al alto grado de rotación de pacientes por la unidad con diversas las patologías (esquizofrénicos, depresivos obsesivos, jóvenes, de edad intermedia, etc), así como diversa procedencia social o cultural; según como sean éstas, el grupo se desarrolla de una manera u otra.
- El número de los componentes del grupo es variable. Como máximo el número de pacientes ingresados es de 27.
- Está conducido por el psicólogo de la unidad, además están presentes la terapeuta ocupacional y el equipo de enfermería (enfermera y dos auxiliares).
- Los participantes se colocan en un semicírculo, lo que permite que todos se vean entre sí y el psicólogo se coloca encabezando el grupo.

OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN CON EL GRUPO

- Ayudar al acogimiento de los pacientes promoviendo la inclusión grupal y evitando así el aislamiento.
- Atender a necesidades generales de los pacientes internos, favoreciendo el descenso de la ansiedad que provoca la hospitalización.
- Hacer que el paciente reconozca el estado de vulnerabilidad que conlleva su trastorno y al mismo tiempo se sienta protegido dentro del grupo, aumentando la capacidad de afrontamiento ante situaciones de estrés.
- Ayudar a que el paciente adquiera conocimientos generales de los trastornos mentales más comunes y tratamientos a seguir de forma que consiga incrementar su adhesión al tratamiento.
- Conseguir que el paciente relativice las situaciones pasadas, y que las recoja como posibilidad de aprendizaje. Las experiencias o aportaciones de los demás componentes del grupo pueden ayudar a desdramatizar su situación personal.

CÓMO SE DESARROLLA EL GRUPO

Al iniciar la sesión se presentan todos los nuevos participantes. Esto ayuda a crear una buena relación terapéutica que permita aumentar la confianza entre los pacientes y los profesionales (5), potenciando así la acogida al grupo de los pacientes recién incorporados.

Se aprovecha la diversidad de intereses de los pacientes para introducir mediante dinámica de grupo aspectos de los objetivos anteriormente señalados. Las técnicas para dinamizar el grupo son diversas y se siguen diferentes criterios para elegir una técnica u otra.

Se explican las reglas válidas para intervenir, en este caso serán la petición de la palabra a la persona que dirige el grupo, el respeto del turno de palabra, la emisión de comentarios que no sean ofensivos para los demás, etc.

Tras la emisión de peticiones, sugerencias, críticas, dificultades personales y otro tipo de intervenciones de diferentes temas y utilizando la técnica de Brainstorming ó tormenta de ideas se llega a un consenso del tema que más interesa a la mayoría de participantes y se elige como tema principal. Los contenidos pueden ser muy variados, entre ellos destacan:

- La autoestima.
- Frustraciones y decepciones.
- Relaciones familiares.
- Duelos.
- Sexualidad.
- Consumo de tóxicos, etc.

A falta de sugerencias hay una serie de contenidos programados que el psicólogo propone periódicamente:

- Enseñar formas de petición de ayuda y formas de prestarla. Expresión de sentimientos (afectividad, culpa, miedo, ira, etc.).
- Conocimiento de actividades de autocuidado para la fase de paciente externo. Aspectos generales de los fármacos, efectos positivos y secundarios. Cumplimiento y seguimiento de la prescripción.
- Importancia de la planificación de la vida cotidiana, sobre la base de áreas vitales básicas, para atender las necesidades personales.
- Recalcar los espacios y normas de la hospitalización y explicación de las mismas. Se admiten propuestas y protestas (circunstancias y conflictos de la convivencia).
- Las redes asistenciales: Salud Mental, Servicios Sociales, trabajo, ocio y actividades agradables.
- Cómo prevenir el estrés y cómo manejarlo. Supuestos de circunstancias estresantes y/o apatía, en el entorno cotidiano y orientación sobre el manejo de las mismas y la petición de ayuda.
- Planificación de actividades cuando se van de alta o tienen permiso de fin de semana. Se les invita a hacer actividades agradables de ocio para esas circunstancias.

El psicólogo anota en una pizarra las observaciones más destacables y así todos pueden seguir mejor el tema. Amplía y profundiza el análisis realizado por los enfermos.

Al finalizar el psicólogo resume los acuerdos o conclusiones de la discusión.

ROLES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Cada miembro del equipo multidisciplinar que participa en la dinámica de grupo tiene definido cuál es su propio objetivo, considera la presencia del otro y respeta el trabajo de ambos, desarrollando su propio papel (6).

El rol de líder que lo realiza el psicólogo dirigiendo y conduciendo la dinámica del grupo. El líder debe tener unas características particulares:

- Tener un buen nivel de conocimientos.
- Saber transmitir confianza e implicarse.
- Utilizar un lenguaje cotidiano y comprensible.
- Seguir el ritmo del grupo y tener paciencia.
- Estimular la discusión siguiendo un orden mínimo en la participación.
- Atender positivamente, reconociendo la opinión del paciente así como su aportación. Se intenta que el paciente no pierda el hilo conductor del tema y se le reconduce si es necesario.

El rol de mantenimiento de grupo que lo realiza enfermería. El equipo de enfermería debe tener unas características particulares:

- Mostrar comprensión empática (7) que es intentar entender lo que siente esa persona (ponerse en el lugar del otro).

- Saber realizar una escucha activa, que es escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, dando sentido a lo que se oye. Los elementos que facilitan la escucha activa son:
- Disposición psicológica: Prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro e identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, unmm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc).
- Centrarse completamente en la interacción (8), suprimiendo prejuicios, sesgos, presunciones personales y otras distracciones.
- Ser consciente del tono, ritmo, volumen e inflexión de la voz.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones fáciles, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar prematuramente).
- Tener un autocontrol emocional, conocer el manejo de conflictos y negociación.
- Saber reforzar positivamente, ayudando a resumir y devolver cuestiones al grupo.

El equipo de enfermería dentro del grupo pretende con sus intervenciones dar solución al afrontamiento individual ineficaz (NANDA) que está relacionado con la vulnerabilidad personal que aumenta la vivencia de estrés del paciente.

Dentro de estas intervenciones destacan:

- Dar relevancia a las observaciones de los pacientes. La comunicación verbal es importante; es en el grupo donde los pacientes pueden expresarse libremente y obtener una respuesta instantánea respecto a sus problemas, sentimientos, dudas, miedos, etc.
- Observar el lenguaje corporal (9) es decir el movimiento físico, mirada, tono de voz, gesticulación, postura, expresión facial, tacto, etc. La comunicación no verbal puede dejar ver muchos aspectos importantes del estado emocional del paciente. Los silencios también son importantes, ya que son un signo de la intensidad de un sentimiento: Hostilidad, ansiedad, etc. Por tanto el grupo es un buen marco de observación de las conductas y actitudes de los pacientes.
- Ayudar a los miembros a proporcionarse entre ellos feedback para desarrollar introspección de sus propias conductas.
- Poner en común los diferentes puntos de vista y así se obtiene una información más ampliada del estado de cada paciente.
- Registrar tras la realización del grupo: la asistencia, las actitudes, el interés mostrado por el tema, el estado de ánimo y cualquier dato que consideremos de interés. Toda esta información se anota en la historia de enfermería de cada paciente que ha asistido al grupo.

CONCLUSIONES

La dinámica de grupo es un espacio enriquecedor donde los pacientes comparten sus vivencias, inquietudes, miedos y así aportan experiencias a otros pacientes. El paciente aprende y comprende que gran parte de sus problemas son comunes y colectivos.

Muchos de los pacientes se muestran solidarios mostrando así su empatía con los demás. Los pacientes que han superado el momento agudo de su enfermedad, animan a los que están en fase más crítica, relatando su experiencia personal.

El paciente aprende a adecuar su conducta y forma de comunicación, pues el grupo ejerce presión para que abandone las actitudes inadecuadas.

El grupo de discusión potencia la toma de conciencia de enfermedad.

Al desarrollar este trabajo nos damos cuenta de la importancia de ir mejorando el funcionamiento del grupo e innovar temas nuevos para mantener así la motivación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Ortega M. "El grupo de discusión: Una herramienta para la investigación cualitativa". 1ª ed. Barcelona. Ed. Laertes. 2005.
2. Anzieu D, Martin JY. "La dinámica de los grupos pequeños". 2ª ed. Madrid. Ed. Biblioteca nueva. 2004.
3. Loscertales Abril F, Gómez Garrido A. "La comunicación con el enfermo: Un instrumento al servicio de los profesionales de salud". 1ª ed. Granada. Ed. Alhulia. 1999.
4. Bernard P. "Manual del ATS Psiquiátrico". 1ª ed. Barcelona. Ed. Toray-Masson.1977.
5. Fornés J. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica": Planes de cuidados. 1ª ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2005.
6. Rebrama Shives L. "Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos". 6ª ed. Madrid. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2007.
7. Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención". 1ª ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2001.
8. Rigor Cuadra A, Ugalde Apalategui M. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica". 2ª ed. Barcelona. Ed. Masson. 2001.
9. Isaacs A. "Enfermería de salud mental y psiquiátrica". 2ª ed. Madrid. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 1998.

SEGUIMIENTO A SEIS MESES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA

Cecilia Tapia-Casellas, Jessica Merchán-Naranjo, Marisa Giráldez, José Romo Vila, Celso Arango López

Departamento de Psiquiatría. Unidad de Adolescentes. Madrid

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con antipsicóticos se ha asociado a diferentes cambios metabólicos, mayoritariamente a cambios en el metabolismo de la glucosa, lípidos y aumento de peso. (Fraguas et al 2007)

Es de especial importancia estudiar estos cambios en población infantil y adolescente por los riesgos metabólicos que este tipo de tratamiento conlleva. (Arango, C. et al 2006)

Desde esta perspectiva planteamos el seguimiento de niños y adolescentes que contactan por primera vez con un fármaco antipsicótico, en nuestro caso Risperidona, para estudiar el posible riesgo metabólico.

DESARROLLO

Objetivo: Evaluar al comienzo del estudio y a los seis meses a niños y adolescentes, con distintos diagnósticos psiquiátricos, que inician por primera vez tratamiento con Risperidona.

Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que eran naïve (nunca antes habían sido tratados con antipsicóticos) o quasinaïve (habían tomado antipsicóticos durante un periodo inferior a 30 días).

Muestra: La muestra la constituyeron 44 niños y adolescentes, 34 varones (77,3%) y 10 mujeres (22,7%), edad media 13,9 años (SD: 3,8), que iniciaron por primera vez tratamiento con Risperidona. Al finalizar los seis meses de seguimiento 21 pacientes (48,8%) continuaron en tratamiento con Risperidona, 6 (14%) abandonaron el estudio, a 8 (18,6%) se les retiró el tratamiento por prescripción médica y a 8 (18,6%) les cambiaron el antipsicótico.

El 47,7 % fueron diagnosticados de psicosis, 13,6% de trastornos de conducta, 9,1% de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), 6,8% de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y 22,7% restantes lo incluimos dentro del grupo de otros diagnósticos.

Método: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Los parámetros evaluados fueron: peso, talla, tensión arterial, consumo de tóxicos, analítica sanguínea y tratamiento farmacológico.

Se realizaron analíticas sanguíneas en la visita basal y a los 6 meses, de las cuales analizamos los siguientes parámetros: glucosa, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, urea, creatinina, ácido úrico, bilirrubina total, GOT, GPT, insulina, sodio, potasio, prolactina, T4 libre y TSH. Estos niveles fueron analizados utilizando el analizador automático Boehringer Mannheim/Hitachi 714 y los kits Glucose/HK y Cholesterol/HP.

Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y se registró el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y cannabis) mediante una pregunta directa sobre su consumo y con niveles de tóxicos en orina. Igualmente registramos el tratamiento administrado y la dosis de fármaco preguntando a su clínico de referencia.

En las visitas se hizo hincapié en la necesidad de dejar el consumo de tóxicos, dados los efectos adversos que éstos ocasionan, junto con la necesidad de la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Tras seis meses de seguimiento continuaron el tratamiento con Risperidona el 48% de los pacientes. La exposición media fue de 188, 7 días (SD: 30,3 días) y la dosis diaria media fue de 1,83mg (SD: 1,5).

En líneas generales no hay tratamiento concomitante con antidepresivos, estabilizantes, benzodiacepinas ni anticolinérgicos, ya que sólo toman éstos fármacos entre un 10 y un 19% de los pacientes, siendo los mas prescritos las benzodiacepinas.

El consumo de tabaco y cannabis descendió un 15 y un 22% respectivamente a los seis meses.

El IMC aumentó de 19,6 a 21,2, no siendo este cambio significativo

Los valores analíticos apenas sufrieron modificaciones; la prolactina descendió de 34,3 a 24,9 μ g/L. Seguramente la hiperprolactinemia inicial causada por el fármaco (34.3) se redujo a lo largo del tiempo. El resto de valores se mantuvieron dentro de los límites normales. Una limitación del estudio es que el bajo tamaño de la muestra no excluye errores tipo II.

BIBLIOGRAFÍA

- Fraguas, D.; Merchán- Naranjo, J.; Laita, P.; Parellada, M.; Moreno, D.; Ruiz-Sancho, A.; Cifuentes, A.; Giráldez, M.; Arango, C. Metabolic and hormonal side effects in children and adolescents treated with second generation antipsychotic. *J Clin Psychiat*.
- Fraguas, D.; Laita, P.; Parellada, M.; Moreno, MD.; Cifuentes, A.; Ulloa, A.; Lozano, R.; Arango, C. Metabolic side effects with second generation antipsychotics in antipsychotic-naive adolescents. *European Neuropsychopharmacology*, 17 (Supplement 1): S71, 2007.
- Arango, C. Safety and tolerability of antipsychotics in children and adolescents. *European Neuropsychopharmacology*, 16 (Supplement 4): S189, 2006
- Parellada, M.; Fraguas, D.; Ruíz-Sancho, A.; Moreno, MD.; Cifuentes, A.; Ulloa, A.; Lozano, R.; Arango, C. Antipsychotic-induced weight gain in antipsychotic-naive adolescents. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (Number 2): 452, 2007.
- “Supported by CIBER de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Spanish Ministry of Science and Innovation ”.

ÉRASE UNA VEZ UN NIÑO...

Pilar Tienda Carril, M^a. Ángeles Cardador García, José M. Vargas Pulido, Sara Ávila Jimenez, Francisca Serrano Prieto, Carmen Mora Sánchez.

U.S.M.I.J. Hospital "Los Morales" (Reina Sofía). Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Durante el crecimiento y desarrollo, estamos relacionándonos continuamente con muchas formas de ansiedad y tensión en nuestras actividades cotidianas. La gran sobrecarga de estímulos que vivimos todos cada día, incluidos los niños, nos lleva a un estado de tensión permanente.

En la U.S.M.I.J. venimos observando en los últimos años un aumento de consultas por sospecha de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se puede afirmar que al menos un niño de cada aula presenta TDAH, independientemente del entorno en que se encuentre. Asimismo la incidencia de este trastorno es más frecuente en varones (proporción 4/1).

La hiperactividad, impulsividad y dificultad atencional no son buenos aliados para un adecuado proceso de aprendizaje. Por ello, estos niños cada vez se sienten más desconectados del resto de sus compañeros.

Otra cuestión a tener en cuenta es que, debido a la continua actividad que presentan, reciben tantas reprimendas a lo largo del día que terminan siendo niños frustrados.

De ahí la necesidad de una intervención precoz: proponemos desarrollar un modelo de relación adaptado a niños, como procedimiento de autocuidado y autocontrol para que éstos adquieran un hábito de vida saludable.

DESARROLLO

Érase una vez un niño que se llamaba Pablito, que sentía como si tuviera dentro un motor que no podía parar. Era como un amigo íntimo porque siempre estaba con él; pero a veces Pablito no tenía ganas de estar a su lado.

Cuando el motor iba fuerte, notaba que los demás se molestaban: agotaba la paciencia de sus padres y maestros que le reñían mucho, acabando siempre castigado. También sus hermanos y compañeros se enfadaban con él.

Un día Pablito nos contó su historia:

Mi madre y yo solemos empezar cada día de la misma forma: "¡Por favor!, ¿puedes quedarte quieto 15 segundos para que te ponga el pantalón?". Vestirme parece una especie de batalla campal para que el brazo entre por la manga del jersey o la pierna por la abertura del pantalón. Después viene lo de tomar el vaso de leche, con suerte sólo me mancho un poquito y no hay que volver a empezar.

Nada más llegar al colegio, los otros niños no quieren estar conmigo porque no entienden mi forma de saludar ni los empujones que doy para poder ser siempre el primero de la fila.

Ya en clase, el profesor me llama continuamente la atención. Raro es el día que no me dice: "Haz el favor de no levantarte más y sentarte bien en la silla"; "¡Qué impaciente!, no me interrumpas, todavía no he acabado de hacerte la pregunta"; "Este cuaderno está muy sucio, hay que ser más ordenado". A la hora del recreo casi siempre acabo en el suelo. ¡Cómo tengo las piernas, llenas de cardenales!

Por fin ha terminado el cole hoy. Pero ya de vuelta a casa, la primera bronca. Mi madre se encuentra a la vecina y empiezan a contarse su vida. Yo, desesperado, me meto en la conversación, y como siempre meto la pata. "No me interrumpas, estamos hablando cosas de mayores" dice mi madre.

A la hora de comer, estoy impaciente porque tengo mucha hambre, así que en cuanto mi madre pone el plato en la mesa ya le estoy metiendo mano y me pongo a comer desesperado.

Después viene lo de las tareas; nunca veo el momento de hacerlas. ¡Qué pereza! Todavía tengo tiempo, las haré más tarde... Al ir a mi cuarto a por la consola, tropiezo con la silla y voy a darme con el quicio de la puerta. Acabo en urgencias con cuatro puntos en la cabeza.

Como siempre, ya es de noche y las tareas sin hacer. Y ahora llega la hora de dormir, lo que me faltaba para rematar el día. No tengo sueño, no quiero acostarme, ¡y más con la peli tan chula que echan en la tele! Miro a mis padres, que están reventados, y cualquiera les dice algo. Mañana será otro día.

Iba pasando el tiempo y cada vez me sentía peor; los problemas eran mayores. ¿Cómo podría cambiar si yo soy así? Ya estoy cansado de oír que si fracaso es por mi culpa, que todo el mundo lo que quiere es ayudarme, que todos se sacrifican por mí... Empecé a sacar malas notas, no tenía apenas amigos y mis padres ya no sabían qué hacer conmigo. Me llevaron a todos los médicos habidos y por haber. Pero yo les pregunto a todos los adultos, padres, profesores y doctores: ¿cómo vosotros desde vuestra sabiduría, no habéis sido capaces de corregir, reorientar o evitar mi fracaso? Cuando se tiene fiebre, puede deberse a unas simples anginas o hasta una importante infección en la sangre. Sospecho que el buen médico no sólo me dará aspirinas, sino que tratará de buscar la causa de mi fiebre, no vaya a ser que los 37°C se conviertan en 40 °C. Igualmente mis padres tendrían que informarse sobre cuál es la mejor forma de educarme; así como que los profesores sepan cuales son los métodos que tienen que utilizar para conseguir mejores resultados conmigo.

Un día, mis padres, ya desesperados, hasta me llevaron a un hospital que estaba muy lejos de la ciudad, en mitad del campo. Después de ir varias veces, les indicaron a mis padres que me vendría bien acudir a un grupo de relajación del que Pilar iba a ser la enfermera responsable. Cuál fue mi sorpresa cuando me encontré en el grupo con otros niños ¡a los que les pasaba lo mismo que a mí! ¡Qué valor tenía esa mujer al responsabilizarse de todos nosotros, con lo revoltosos que éramos!

El primer día que fuimos a relajarnos, Pilar nos dijo que íbamos a aprender a controlar nuestro cuerpo. Para eso, primero debíamos darnos cuenta de qué pasa cuando nos ponemos nerviosos:

¡El corazón late muy deprisa!
¡Nuestra respiración va muy rápida!
¡Y los músculos están tensos!

“Podemos decirles a los músculos y a nuestro corazón que se calmen, que se tranquilicen”.
¿Cómo lo hacemos?

Empezamos con el juego:

“Mi corazón hace bum-bum”.

Primero vimos que el corazón se acelera y que respiramos de manera más rápida después de un esfuerzo o un ejercicio físico. Esto es lo mismo que nos pasa cuando nos ponemos nerviosos.

Pilar nos dijo que pusiéramos nuestra mano en el pecho y observáramos cómo los latidos del corazón apenas se notaban. Luego empezamos a correr y saltar al compás de una música y el corazón iba muy deprisa.

Durante varias sesiones aprendimos cómo debíamos respirar para relajarnos:
“La tarta de cumpleaños”

Nos enseñaron que para respirar bien, el aire debe entrar por la nariz y salir por la boca. Nos dieron un papel de seda que nos poníamos delante de la cara como si fuera la vela de una tarta de cumpleaños. Soplabamos y el papel se movía como si se apagara la vela.

Otro cuento fue el de “Cómo respira la hormiga y el león”

La hormiga es pequeña y respira despacio y lento, pero en cambio el león, que es grande, lo hace rápido y fuerte. Según esto, podemos respirar despacio y flojo o rápido y fuerte.

Nos ayudamos de nuevo con el papel de seda y así observamos que el papel no se movía cuando respirábamos como una hormiguita y sí cuando lo hacíamos como un león.

Ahora ya sabemos que debemos respirar como la hormiga.

Pero para conseguir la relajación, además de respirar despacio, debemos hacerlo como en el cuento “Tengo un globo en mi barriga”.

Hay que llenar un globo de aire que tenemos dentro de la barriga. Éste se hinchará cuando respiremos por la nariz y se vaciará cuando echemos el aire por la boca. Si nos cuesta trabajo podemos hacerlo tumbados y con un juguete encima de la barriga para poder observar cómo sube y baja.

Al final, aprendimos a relajar los músculos con el juego del “bosque tranquilo”.

Pensamos que somos árboles. Nos colocamos en cuclillas e imaginamos que crecemos lentamente a la vez que nos vamos incorporando. Para crecer aún más, estiramos los brazos todo lo que nos sea posible con la intención de tocar el cielo. Después de florecer el árbol, las hojas caen suavemente a la vez que bajamos poco a poco los brazos.

Otros días hicimos juegos para poner en práctica todo lo que habíamos aprendido:

“La esponja”: Este juego se hace por parejas. Uno de nosotros está tumbado en el suelo y el otro tendrá una pelota suave y blandita, que representará ser una esponja.

El que tiene la “esponja” recorre con ella todo el cuerpo de su compañero, como si lo estuviera enjabonando.

“Carcajadas”: Nos dividimos en dos grupos. Uno de ellos debe intentar permanecer lo más serio posible mientras el otro hace cosas para que se rían los niños del otro grupo. Hay un tiempo límite y una vez llegado a él, se cambian los grupos y se vuelve a empezar. El grupo que logre estar más tiempo serio es el que gana.

“Ducha”: Formamos un círculo y uno de nosotros se pone en medio. Los compañeros lo masajean con las yemas de los dedos simulando el agua de una ducha. Después nos vamos cambiando hasta que pasemos todos por el centro.

“Frente al espejo”: Nos ponemos un niño frente a otro. Uno de nosotros es el que se mira al espejo y el otro será su reflejo. El que se mira al espejo va realizando gestos y acciones fácilmente imitables para que el otro, que hace de espejo, refleje lo mismo.

“Congelación”: Escuchamos una música de fondo que nos marca cuándo debemos movernos o pararnos. Mientras suena la música, nos movemos libremente por la sala y al quitarla, nos quedamos quietos como si estuviéramos congelados.

Pilar también nos habló de la imaginación, que es como abrir una puerta para invitarnos a entrar en una forma de pensar diferente; es como soñar despiertos.

Cerrábamos los ojos y llamábamos a la princesa de la imaginación, diciendo todos juntos: “cataplín-cataplán, que venga la princesa ya”. Después, con voz pausada, nos iba contando una historia agradable y sus palabras nos invitaban a imaginarla. “Parecía que era verdad lo que sólo ocurría en nuestra mente”.

El último día nos enseñaron un juego que viene muy bien para aprender a controlarnos cuando nos enfadamos, el de “La tortuguita”.

Nos contaron la historia de una tortuguita que se enfadaba con facilidad. Cansada ya de pelearse con sus amigos, decidió un día que, cada vez que se enfadara, se metería muy dentro de su concha y solo saldría cuando su enfado hubiera pasado.

Cada vez que escuchemos la palabra “tortuguita” tenemos que hacer como ella: pegar con fuerza los brazos a nuestro cuerpo y meter la cabeza entre los hombros, sintiéndonos muy tensos. Después de esta tensión, la tortuguita asoma la cabeza, sintiéndose ahora muy relajada y feliz.

Por último, Pilar nos dijo que era muy importante hacer los juegos en nuestra casa; por eso, se los enseñaron también a nuestros padres para que supieran jugar con nosotros hasta que fuéramos capaces de relajarnos solos. Además les dijeron las condiciones en las que debíamos realizar los ejercicios (ruidos, luces, temperatura, ropa) así como el horario, duración y frecuencia de los mismos.

Al fin alguien había comprendido lo que nos estaba pasando. Además, al verme reflejado en mis compañeros, me di cuenta que éramos como el resto de los niños, sólo que hasta ahora no habíamos sabido controlar el motor que teníamos dentro siempre encendido. ¡Qué alivio, me habían enseñado a apagarlo!

Y colorín colorado, este cuento se ha acabado.

CONCLUSIONES

En la literatura científica existe cada vez más evidencia de que las personas pueden aprender a reducir sus grados de tensión a través de un procedimiento llamado “Relajación”. Con más éxito, cuanto antes se empiece.

En este relato hemos conocido las vivencias de Pablito. Al contar el niño lo que siente, resaltamos la importancia que tiene “ponernos en el lugar de”, enfocando así el problema desde la perspectiva del paciente.

Hemos constatado, una vez más, la eficacia de la actuación de enfermería como parte de la intervención multidisciplinar, aplicando la terapia de grupo. Además de divertirse y aprender de una manera tan natural e innata como es el juego, consiguen controlar sus emociones a través de la relajación.

Incluimos en el tratamiento la participación de los padres y educadores para que practiquen las técnicas de relajación con los niños. Así conseguimos que intervengan activamente en todo el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Soutullo Esperon, C. (2004) “Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.” edit. Panamericana.
- Mardomingo Sanz, M.J. (2002) “Psiquiatría para padres y educadores.” edit. Narcea.
- García-Castrillón de la Rosa, C. (2007) “Ser padres, ¿una misión imposible?.” edit. Glosa.
- Mena Pujol, B. Nicolau Palou, R. y otros. (2007) “Guía práctica para educadores: El alumno con TDAH.” Edic. Mayo.
- Montañés Rada, F. de Lucas Taracena, Mª T. (2006) “Hiperactividad, déficit de atención y conducta desafiante”. Edit. Ars Medica.
- Garth, M. (1991) “Meditaciones para niños 3” Edit. Oniro.
- Ortega Quiles, R. (2006) Revista digital “Investigación y educación”.Nº 22.
- Cuerpo y mente. “Técnicas de relajación infantil” .En [http:// www. Mundohogar.com/ideas/reportaje.asp](http://www.Mundohogar.com/ideas/reportaje.asp).
- Juegos infantiles de relajación. Juegos infantiles para niños. En [http:// www. cosas infantiles.com/d-juegos-relajación.hpml](http://www.cosas infantiles.com/d-juegos-relajación.hpml).
- Carbelo Baquero, B. Casas Martínez, F. Romero Llord, M. La relajación como hábito de salud en niños y jóvenes. En [http:// www. cnice.mec.es/recursos/infantil/salud/relajacion.htm](http://www.cnice.mec.es/recursos/infantil/salud/relajacion.htm).

APROBADO CON NOTA PARA LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL

María José Reyes Ramos, Concepción Delicado Pajares, Victoria Ruiz Cortés, Minerva García Baltanás, Sonia Sáez Dolado, Julia Alonso Ruiz

Centro de Salud Mental Jaume Vilaseca i Pujades. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallés.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un mayor desarrollo y preocupación por la puesta en marcha de actividades dirigidas a mejorar la calidad en la atención sanitaria. Cada día es mayor el número de trabajos de investigación, publicaciones, congresos, etc., que se centran en la mejora de calidad de la atención en los servicios de salud (1).

Uno de los retos más importantes a la hora de mejorar la calidad en la atención de salud es el hecho de llegar a un acuerdo sobre el propio concepto de calidad de los servicios de salud. Hay muchas aproximaciones al concepto de calidad: “manera de ser una persona o cosa”, “adecuación de un producto a lo esperado”, “provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario”, “grado en que la asistencia prestada se ajusta a los criterios y estándares del momento”, etc. (2).

El concepto de calidad no sólo depende del momento y el contexto social donde se defina, sino que además depende de quién la defina. El concepto de calidad es un concepto subjetivo y depende de cada uno (3). Existen diferentes estudios que muestran las diferencias existentes entre los usuarios, los profesionales y los administradores/gestores (4).

En el presente estudio, hemos establecido como idea central de actuación la satisfacción del usuario, ya que éste es la razón última de la existencia del sistema sanitario y de la enfermería (5).

OBJETIVOS

Este estudio pretende conocer la opinión de los usuarios del servicio de Salud Mental sobre la calidad de atención de la enfermera, en cuanto al trato personal, apariencia, disposición y profesionalidad.

El objetivo específico es valorar si existen diferencias en dicha opinión entre diferentes servicios de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 105 pacientes con trastorno mental atendidos por la/s enfermera/s en los diferentes centros que han participado en el estudio: CSM Jaume Vilaseca del Hospital de Mollet, Unidad de Agudos del Consorci Sanitari de Terrassa, Centro de Día de la Unidad Polivalente del Poble Sec y Unidad de Agudos del Hospital Clínic de Barcelona.

El periodo de estudio ha sido del 26 de enero al 8 de febrero de 2009 y la población de estudio la conforman todos los pacientes que precisan atención enfermera en cualquiera de dichas unidades.

La fuente de información ha consistido en un cuestionario elaborado para este estudio, tras consultar la bibliografía sobre el respecto (6). Ha sido autoadministrado a una muestra aleatoria de pacientes atendidos en los centros que han participado en el estudio, anónimo y voluntario.

Las variables independientes son edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, situación laboral y servicio donde recibe la atención enfermera.

Las variables dependientes las conforman las trece preguntas incluidas en el cuestionario: diez de las cuales valoran en cuatro dimensiones la importancia, el respeto, la disposición, la información, la apariencia y el tiempo en la atención de la enfermera. Otra cuestión valora el nivel de calidad de la atención recibida en una escala del cero al diez, donde cero es la peor y diez la mejor calidad percibida. Las dos últimas preguntas son abiertas donde se solicita al encuestado que exprese los tres aspectos más positivos y los tres más negativos de la atención recibida por la enfermera.

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, así como un análisis univariado mediante la prueba del chi cuadrado para las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas.

RESULTADOS

El tamaño final de la muestra ha sido de 103 pacientes.

El servicio donde se valora la calidad de la atención enfermera es en la unidad de agudos en un 40%, ambulatorio también en un 40% y el 20% restante en hospital de día.

La edad media de la muestra es de 43,59 años con una desviación típica de +/- 13.09 (máx. 83 y mín. 19).

En cuanto al sexo el 48,6% son hombres y el 51.4 mujeres.

El 60% de la muestra no tiene estudios o éstos son primarios, frente a un 40% en el que éstos son superiores.

El 52.4% declara estar soltero, el 23,8 casado o con pareja y el resto son separados o viudos.

Un 65.7% son pensionistas, el 14.3% está trabajando, el 13.3% está en paro y el 6.7% son estudiantes.

Respecto a la pregunta de si conoce el nombre de la enfermera un 88,3% responde siempre o casi siempre, así como un 98,1% responden lo mismo al preguntar si la enfermera le llama por su nombre.

La tercera pregunta cuestiona el trato de la enfermera y el 99% afirma que siempre o casi siempre la enfermera le trata con amabilidad y respeto.

En cuanto que si la enfermera entiende sus problemas y su disposición a escucharlos la respuesta es afirmativa en un 93,2%.

También un 93,2% considera que siempre o casi siempre la enfermera le brinda suficiente información.

El 92,2% cree que la enfermera dedica el tiempo suficiente en su atención y el 88,3% considera adecuado el tiempo de espera.

En lo que se refiere a la apariencia de la enfermera (uniformidad y limpieza) el 99% opina que es la adecuada siempre o casi siempre.

Una de las preguntas más controvertidas en nuestra profesión, sobretodo en salud mental, dado el bajo nivel de conciencia de enfermedad, hace referencia a la necesidad de atención por parte de la enfermera. Hemos hallado que un 91,3% considera imprescindible la atención enfermera para mejorar su salud.

En la escala de valoración de la calidad enfermera percibida la media es de 8,40 con una desviación típica de 1,58 (mínimo de 3 y máximo 10), siendo de 9,28 (+/- 1,07) a nivel ambulatorio, de 7,98 (+/- 1,66) en hospitalización y de 7,57 (+/- 1,47) en hospital de día.

Las preguntas abiertas fueron contestadas en un 77,67%, de las cuales 57,5% expresan no encontrar ningún aspecto negativo en su asistencia respecto a la atención recibida por la enfermera.

De los aspectos más positivos destacan la simpatía y el ser cariñosa, atributos que no se reflejan en el cuestionario y que sin embargo un 11,65% atribuye a la enfermera. Un 9,70% también destaca la preocupación que muestra la enfermera en su atención.

En relación a los aspectos más negativos, en hospitalización encontramos un 1,94% que hace referencia a la falta de intimidad. Un 5,82% también refleja como aspecto negativo la “prisa” de la enfermera.

CONCLUSIONES

La opinión de los usuarios de los servicios de salud mental que colaboran en el presente estudio en relación a la calidad de la atención enfermera recibida es muy buena. No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes dispositivos así como tampoco en relación a ninguna de las variables independientes estudiadas.

Entre los aspectos negativos más destacados ninguno hace referencia a la atención de la enfermera, sino a aspectos relativos al funcionamiento y la organización de la unidad (horarios, prohibición de fumar, comidas...).

Agradecemos la colaboración del señor Juan Francisco Roldán Merino en la realización de este estudio, así como sus sugerencias para el desarrollo de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Frías A. Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. 1990
- (2) Saturno P.J., Quintana O., Varo J. ¿Qué es la calidad? En: Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Du Pont Pharma I, 19-45. 1997.
- (3) Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson Barcelona. 1988.
- (4) Cuesta A., Moreno JA., Gutiérrez R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Doyma Barcelona. 1986.
- (5) Frías A. Enfermería comunitaria. Masson , 141-152. 2000.
- (6) [Atención psiquiátrica y salud mental de internamiento en media y larga estancia (MILLE) 2002-2004].

EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMO FACTOR CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO

María José Reyes Ramos, Olga Álvarez Llorca, Marta Pelegrín Marín, Myriam Cavero Álvarez, Antoni Corominas Díaz, José María Sánchez García
Centro de Salud Mental Jaume Vilaseca i Pujades. Fundació Privada Hospital de Mollet.

INTRODUCCIÓN

Las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves tienen una esperanza de vida menor que la población general. Aunque una parte de esta mayor mortalidad puede explicarse por la más alta frecuencia de suicidio y de accidentalidad en estos pacientes, se debe sobre todo al mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, que puede ser tres veces superior al de las personas sin esquizofrenia¹.

Los pacientes con esquizofrenia tienen una elevada frecuencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, como el consumo de tabaco, el sedentarismo y una dieta rica en grasas y azúcares y pobre en frutas y verduras. Además, presentan con mayor frecuencia trastornos metabólicos, como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico^{2,3}.

La administración de fármacos antipsicóticos en la esquizofrenia se ha asociado a un mayor riesgo de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, y potencia el elevado riesgo cardiovascular que basalmente presentan estos pacientes⁴.

Por todo lo anterior, el interés por la valoración del riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes con enfermedades mentales crónicas y discapacitantes está adquiriendo gran importancia, así como el papel de la enfermera en la prevención y el control de estos factores de riesgo.

OBJETIVO

Este estudio pretende valorar los factores asociados al desarrollo de síndrome metabólico en pacientes ambulatorios con trastorno mental severo (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor recurrente).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 80 pacientes con trastorno mental severo atendidos durante más de dos años en las clínicas de antipsicóticos y eutimizantes del Centro de Salud Mental de Mollet.

Variables independientes: edad, sexo, diagnóstico sindrómico, GAF, hábitos de vida (tabaquismo, alimentación, sedentarismo e ingesta de alcohol), vinculación con Asistencia Primaria, tiempo y tipo de tratamiento principal.

Variable dependiente: síndrome metabólico (SM) según criterios diagnósticos del Adult Treatment Panel III del Nacional Cholesterol Education Program (ATP-III, NCEP). (3 o más de los siguientes ítems: obesidad abdominal [perímetro de cintura > 102 cm en los varones y > 88 cm en las mujeres], hipertrigliceridemia [concentración de triglicéridos en ayunas > 150 mg/dl], dislipemia [colesterol HDL < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres], hipertensión [> 130/85 mmHg], hiperglucemia [> 110 mg/dl en ayunas]).⁵

RESULTADOS

El 32,1% de la muestra cumple criterios para síndrome metabólico. El 81,25% de la muestra presenta sobrepeso u obesidad (IMC>25). El 17,3% presenta hiperglucemia, el 33,3% pre-

senta hipertrigliceridemia. El 44% de los pacientes que no siguen una alimentación equilibrada presentan SM, frente al 13,3% de los pacientes con un hábito alimentario adecuado ($p < 0.05$, ji cuadrado; $OR = 1,6$, $IC\ 95\% = 1,2-2,2$). No se observan diferencias significativas en cuanto al diagnóstico (trastornos psicóticos versus trastornos afectivos), tiempo de evolución, tratamiento principal, vinculación con primaria, edad y sexo. Los pacientes con SM tienen una GAF inferior y realizan menos ejercicio, aunque estas diferencias no resultan significativas.

La regresión logística confirma como única variable predictora el tipo de hábito alimentario.

CONCLUSIONES

La presencia de una alimentación equilibrada como factor fundamental en el desarrollo de SM y su independencia de otros aspectos clínicos y terapéuticos puede resultar clave en el abordaje de esta variable y la implantación de intervenciones educativas. Este dato concuerda con hallazgos previos que relacionan el síndrome metabólico con la elevada ingesta en pacientes esquizofrénicos⁶. La prevalencia de síndrome metabólico en nuestra muestra de pacientes con TMS se aproxima a las cifras que se han hallado para la población con esquizofrenia (37%)⁷.

¡Teniendo en cuenta la importancia que adquiere la educación para la salud en la modificación de los factores de riesgo que presentan los pacientes con trastorno mental severo la enfermera de salud mental debe tomar un papel importante en la prevención y control de dichos factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am. J. Med.* 2005; 118 Suppl 2: 15S-22S.
2. Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J. Psychopharmacol.* 2005; 19: 84-93.
3. Jones LE, Carney CP. Increased risk for metabolic syndrome in persons seeking care for mental disorders. *Ann. Clin. Psychiatry* 2006; 18: 149-155.
4. Rodríguez-Artalejo F, Baca E, Esmatjes E, Merino-Torres JF, Monereo S, Moreno B, Mories T, Roca M, Salvador J, Sanmartí A. [Assessment and control of metabolic and cardiovascular risk in patients with schizophrenia]. *Med. Clin. (Barc.)* 2006; 127: 542-548.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC, Jr., Spertus JA, Costa F. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: 2735-2752.
6. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Nutritional assessment of patients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophr. Bull.* 2003; 29: 393-397.
7. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM, Isohanni MK, Jarvelin MR, Lauren LH, Savolainen MJ, Koponen HJ. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66: 559-563.

ESCUCHA MIS VOCES

Ana M^a. Gil Palmero, M^a. Amparo Pérez Mateo, Francisca Membrive Lorenzo, Elsa Canet Martínez, M^a. José Garcés Tronch.

Hospital Pare Jofré (Hospital de Día). Valencia

INTRODUCCIÓN

Durante el último año se ha observado, un aumento de la asistencia y participación en las actividades que se llevan a cabo en el centro.

Esta realidad nos hace reflexionar sobre cuáles son los motivos por los que nuestros pacientes se sienten ligados al vínculo creado durante su estancia. Para ello, hemos considerado que la mejor manera de conocer los motivos, es que ellos mismo nos cuenten sus vivencias, lo que les aporta y como influye en su vida cotidiana el hospital de día. Ellos son los verdaderos directores y actores principales de nuestro trabajo diario y de esta comunicación que nos presentan a través de un vídeo.

OBJETIVOS

- Mostrar la visión real de los pacientes respecto a los beneficios de la rehabilitación psicosocial
- Conocer cuáles son las motivaciones del paciente
- Dar a conocer a los diferentes profesionales de la salud mental las vivencias de los pacientes de hospital de día
- Ayudar a mejorar la calidad asistencial de los pacientes con trastorno mental grave.
- Proporcionar información a los profesionales sobre las líneas de actuación a llevar desde la visión del propio paciente.

DESARROLLO

Se presentará un vídeo donde los pacientes nos contarán qué les aportan los profesionales, las actividades, las instalaciones y el día a día en el centro.

CONCLUSIÓN

A través del vídeo conoceremos mejor sus inquietudes y nos ayudará a los profesionales a mejorar la calidad asistencial.

EN BUSCA DE LO IDEAL

Rubén Mera Pérez, Elsa María Álvarez Gallar, María Begoña Alonso Carrascosa, Laura Morales Solana, María Eulalia del Río González, Sara García Canovas.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La mala adherencia al tratamiento es uno de los principales obstáculos con los que nos encontramos los profesionales sanitarios.

La prescripción farmacológica constituye uno de los pilares del tratamiento junto al abordaje psicoterapéutico y las posibles intervenciones familiares y psicosociales. Cada caso requiere la minuciosa evaluación de las estrategias que se consideren pertinentes a dicha situación.

OBJETIVOS

- Estudiar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.
- Estudiar la relación entre fármaco adhesión en los pacientes ingresados en la unidad de agudos durante 2008.

• ADHERENCIA

Mion Junios (1994), define adherencia (término anglosajón) al tratamiento como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas o no. Este mismo autor hace referencia a la importancia del conocimiento del tratamiento por parte de quien padece la enfermedad.

Diferentes autores amplían este concepto y lo definen como el grado en el cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones médico sanitarias, en relación a los fármacos o tratamiento prescrito, incluyendo además toda una serie de hábitos higiénico-sanitarios, como pueden ser no tomar café, alcohol u otros tóxicos, no fumar o hacerlo con moderación, entre otros. Hay quien va más allá e incluye la puntual asistencia a visitas concertadas Centros de Salud Mental, Centros de Día, Terapias de Grupo, a la participación en programas educativos, etc.

Hay una diferencia significativa entre adherencia y cumplimiento. El segundo término implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 aclara que la diferencia principal es que la adherencia requiere del consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones. Por lo que es necesario que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados.

Una publicación del Reino Unido "From compliance to concordance" ("Del cumplimiento a la concordancia") deja claro que implicar al paciente es tan importante como lo es la necesidad del tratamiento.

• NO-ADHERENCIA

Se define como "no-adherencia" la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida.

La taxonomía NANDA define el Incumplimiento Terapéutico como la situación en la que existiendo un pacto previo entre la persona y el profesional de la salud respecto al cumplimiento terapéutico, no se lleva a cabo en su totalidad de forma efectiva.

Manejo Inefectivo del régimen terapéutico como las situaciones en las que el patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas resulta insatisfactorio.

La baja y nula adherencia guarda estrecha relación con la aceptación, los conocimientos sobre enfermedad/medicación y con la facilidad con la que el tratamiento encaje en el estilo de vida y hábitos del paciente.

Existen diferentes causas y factores relacionados con el incumplimiento de la prescripción, las más frecuentes están relacionados con el paciente y el fármaco.

- Relacionadas con el paciente
 - Negación de la enfermedad: es difícil que alguien que piense que no está enfermo acepte medicación. Falta de insight.
 - La edad es un factor de incumplimiento, observándose un mayor riesgo o negativa a tomar el fármaco en pacientes más jóvenes.
 - Cuando existe una dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo, deficiencias sensoriales.
 - Cuando se desconfía del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo (equipo asistencial).
 - Creencias: a veces refieren motivos personales para no seguir las indicaciones, resistiéndose a pensar que el tratamiento como factor externo les va a ayudar.
 - Repercuten en el mismo, tanto la personalidad del paciente, su necesidad de dependencia, como su capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento.
 - Características personales.
 - Mejoría de su patología : Otro factor relevante a tener en cuenta es la situación de mejoría que da lugar al incumplimiento, puesto que es posible que la recaída no aparezca sino meses después de interrumpir el tratamiento.
 - Voluntariedad hacia el tratamiento.

- Relacionados con el fármaco
 - Efectos secundarios reales o imaginarios. Severidad de efectos secundarios.
 - Ruta de administración.
 - Medicamentos de mal sabor, incómodos de ingerir.
 - Si interfieren en los hábitos del paciente (no tomar alcohol).

Existen otros factores relacionados con la enfermedad, las condiciones socio-ambientales y familiares (escaso involucramiento) que facilitan la no-adherencia al tratamiento.

DIFERENTES PERSPECTIVAS CON RESPECTO AL CUMPLIMIENTO

Para la enfermera el interés del cumplimiento reside en buscar la mejoría del paciente o evitar que su salud se agrave. Por eso tendremos que conocer los factores asociados al incumplimiento y desarrollar estrategias para mejorarlo.

El paciente en sus objetivos no suele coincidir con el profesional de la salud : quiere mejorar su calidad de vida y que la enfermedad minimice sus efectos. No depender de las pastillas toda la vida para mejorar los síntomas. Suele pensar que las ventajas de prevenir riesgos futuros no compensan sobre los cambios de sus rutinas actuales.

La familia puede desear “algo” diferente al paciente y a los profesionales de la salud.

El sistema sanitario tiene intereses económicos. Los reingresos en las unidades de hospitalización suponen un costo muy elevado.

EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO

El personal de enfermería es el mejor predictor del incumplimiento del paciente : somos clave en el apoyo a los pacientes, les conocemos bien y podemos desarrollar intervenciones individualizadas de cara a mejorar habilidades. Paterson y Cols (2000).

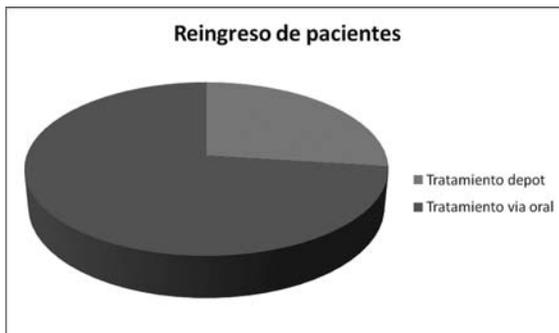
- ¿Qué conductas del paciente perseguimos?
 - Que inicie y continúe un tratamiento.
 - Que tome correctamente la medicación prescrita.
 - Que incorpore y mantenga en el estilo de vida los cambios que han sido recomendados.
 - Que evite comportamientos de riesgo para la salud (tabaco, OH..)
 - Que acuda a las citas con los distintos especialistas.
 - Que realice correctamente el régimen terapéutico en el domicilio.
- ¿Qué tenemos que cambiar nosotros para mejorar adherencia?
 - Considerar al paciente un sujeto pasivo cuya misión es obedecer.
 - Afirmar que la cumplimentación de prescripciones es “problema del paciente”.
 - Pensar que el rol del profesional es tratar/curar la enfermedad.
 - Creer que lo único que cura son los fármacos.
 - Decir que no sabe / no le pagan por; hacer prevención y educar al paciente.
- ¿ Cómo podemos incrementar la adherencia?
 - Facilitar que el paciente lleve a cabo las prescripciones; señales de recuerdo, tabletas simples, envases con calendarios, adaptación de la dieta, adaptar régimen/medicación a forma de vida del paciente, implementar tratamiento si es posible en varias fases.
 - Usar refuerzos; reforzar resultados terapéuticos y seguimiento correcto, implicar en refuerzo a familiares y amigos.
 - Usar contratos conductuales ; planificar las contingencias (consecuencias) del cumplimiento / no cumplimiento de prescripciones, se implica tanto a las personas importantes del entorno como al paciente.

DATOS OBTENIDOS DE PACIENTES INGRESADOS EN 2008

- Psicóticos: 125 pacientes
- Trastorno bipolar: 53
- Trastorno personalidad: 27
- TCA: 6
- Episodio depresivo: 19
- Intento autolítico: 3
- Otros: 24

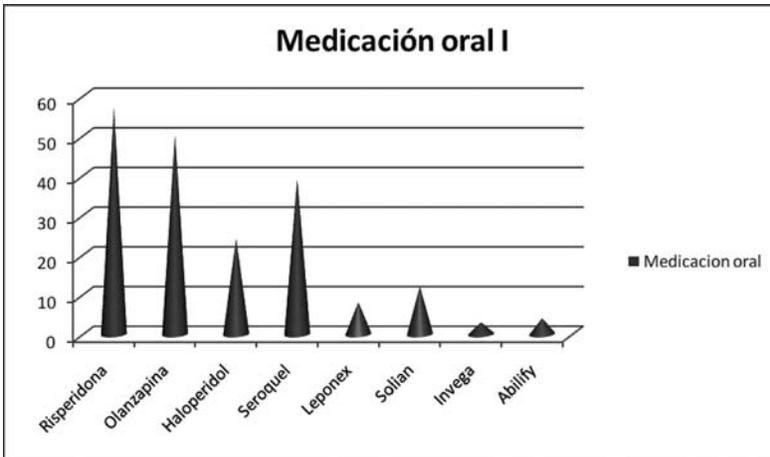
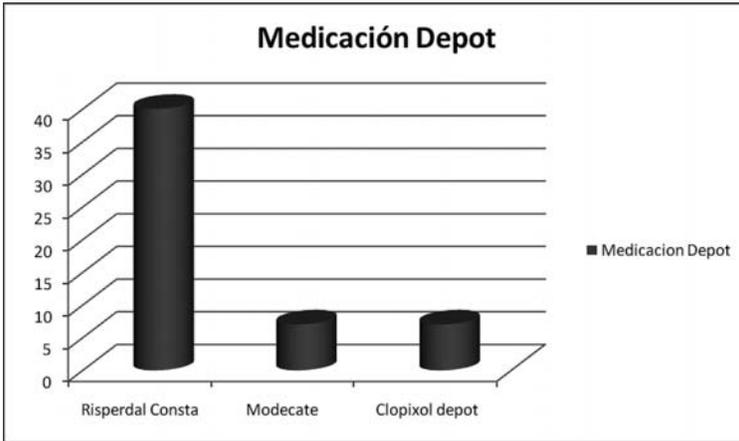
TOTAL: 257

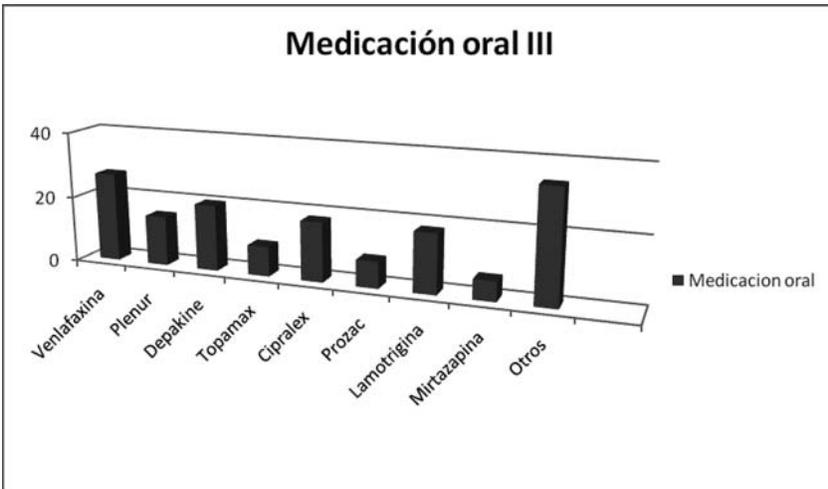
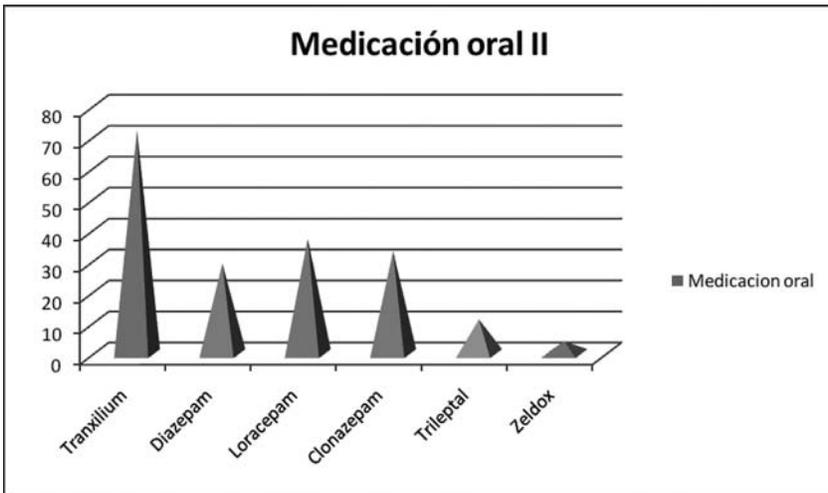
REINGRESAN: 55 pacientes;
27% con tratamiento depot y 73% con tratamiento vía oral.



EN TRATAMIENTO CON:

- | | | | |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| - Risperdal Consta: 40 | - Modecate: 7 | - Clopixol: 7 | - Zyprexa: 50 |
| - Risperdal oral: 57 | - Haloperidol: 24 | - Seroquel: 39 | - Solian: 12 |
| - Abilify: 4 | - Invega: 3 | - Tranxilium: 72 | - Diazepam: 29 |
| - Rivotril: 33 | - Leponex: 8 | - Venlafaxina: 27 | - Lamotrigina: 18 |
| - Plenur: 15 | - Depakine: 20 | - Cipralex: 18 | - Prozac: 8 |
| - Topamax: 9 | - Orfidal: 37 | - Rexer: 6 | - Trileptal: 11 |
| - Zeldox: 4 | - Otros: 34 | | |





CONCLUSIONES

- Factores relacionados con la enfermedad, el medicamento, personales, familiares y ambientales influyen en la adherencia.
- El incumplimiento es difícil de evaluar.
- El incumplimiento es el principal factor de las recaídas.
- La adherencia se favorece con; el uso de medicaciones con mayor rango de eficacia y seguridad. Los expertos consideran que el tratamiento con un antipsicótico atípico inyectable de larga duración es la estrategia farmacológica de primera elección para facilitar la adherencia al tratamiento, ya que permite al clínico objetivar el cumplimiento.
- La incidencia de reingreso en pacientes con tratamiento depot es considerablemente inferior a los que tienen tratamiento oral.

• **RISPERIDONA**

Categorizada dentro de los atípicos, cumple con el perfil del antipsicótico ideal: -actuando sobre síntomas positivos y negativos. Esta respuesta suele observarse entre los 7 y 14 días del inicio del tratamiento, con variaciones interpersonales. La aparición de la Risperidona constituyó una solución eficaz para el problema que presentaba el tratamiento de las psicosis con los antipsicóticos convencionales: los síntomas deficitarios, la emergencia del SEP con el consiguiente riesgo del abandono de la medicación, y las consecuentes recaídas y reingresos. Si bien la clozapina ya había mostrado un efecto sorprendente superando las moléculas típicas, su uso se restringía debido a la incidencia del 1-3% de agranulocitosis potencialmente letal.

La Risperidona marcó un punto de inflexión en el tratamiento con antipsicóticos. Al carecer de complicaciones hematológicas, pudo ubicarse como droga de primera línea en el abordaje de los cuadros psicóticos. Es una de las moléculas más utilizadas en la práctica clínica.

A las 2 horas de su administración alcanza la concentración plasmática máxima con una vida media de 24 horas aproximadamente. Es posible administrarlo en una sola dosis diaria.

Puede producir aumento de peso, aunque menos que con otros antipsicóticos

Características:

- Menos SEP.
- Menor incidencia de discinesias tardía.
- Mejoría de síntomas negativos.
- Bloqueo serotonina-dopaminérgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. (Internet). Bruselas: 14.10.2005. Documento disponible en: <http://www.oepm.es/internet/infgral/pirateria/libro-verde.pdf>. Consultado el 25.01.2006.
- Ayuso-Mateos JL, Salvador-Carulla L, Chisholm D. Medida de calidad de vida en el análisis económico de la atención a la salud mental. *Actas Esp Psiquiatr.*, 2006; 34(1): 1-6.
- Organización Mundial de la Salud. mhGAP. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. (Internet). Organización Mundial de la Salud, 2002. Documento disponible en: <http://www.who.org>. Consultado el 02.02.2006.
- Cars VJ, Lewin FJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S. Predictores premórbidos, psicosociales y clínicos de los costes de la esquizofrenia y otras psicosis. *Br J Psychiatry*, 2004; 184(6): 517-525.
- Huxley N, Rendall M, Sederer LL. Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *J Nervous Mental Disease*, 2000; 188: 187-201.
- Kane J, Leucht S, Carpenter D. Normas de Consenso de expertos para la optimización del tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. *J Clin Psychiatry*, 2003; 64, Suppl 12.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de salud 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: OMS, 2003. Documento disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf. Consultado el 25.01.2006.
- Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Gonzalez J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. (Internet). *Interpsiquis* 2004. Documento disponible en: <http://www.psiquiatria.com>. Consultado el 20.02.2006.
- García I, Sanchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chavez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr.*, 1999; 27 (4): 211-216.
- Mayoral F. Tratamientos psicosociales en la esquizofrenia algo más que una esperanza. *Arch Psiquiatr.*, 2003; 66(2).
- Vicens E, Tort V. El incumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Rev Esp Scand Penit.*, 2005; 7: 68-76.
- Leucht S, Barnes TRE, Kissling W et al. Prevención de recaídas en la esquizofrenia con los antipsicóticos de nueva generación: una revisión sistemática y un metanálisis exploratorio de ensayos aleatorios controlados. *Am J Psychiatry* (Ed. esp), 2003; 6: 515-528.

- Nadeem H. Bhanji, Guy Chouinard, Howard C. Margolese. A review of compliance, depot intramuscular antipsychotics and the new long-acting injectable atypical antipsychotic risperidone in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 2004; 14: 87-92.
- Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffiths R. What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *Int J Ment Health Nurs.*, 2003; 12: 148-152.
- Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2ª edición . Barcelona: Masson, 2001.
- Morrison M. *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Madrid: Elsevier España, 2004.
- Tim Ciinbs, Frank P. Deane, Gordon Lambert and Rhonda Griffiths. What influences patient's medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *Int J Ment Nurs.*, 2003; 12:148-152.

ESTADOS DE ÁNIMO MÁS ALLÁ DE LOS 45

Rosa Asensio Manzano, Jordi Torón Coma

Servicio de Urgencias en el Hospital Sant Joan de Dèu SSM,

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de nuestro puesto de trabajo en el servicio de Urgencias en el Hospital Sant Joan de Dèu SSM, teníamos la sensación de recibir un número significativo de casos con diagnósticos varios que se englobarían en Trastornos del Estado del Ánimo con edades superiores a los 45 años. La curiosidad por precisar con mayor exactitud el porcentaje de visitas que realizamos con sintomatología depresiva, en edades superiores a los 45 años, fue el punto de partida para realizar un estudio estadístico que reflejara las incidencias de tal observación.

Entendemos que más allá de una sintomatología depresiva existen muchos factores determinantes que la desencadenan o perpetúan, por lo que, con los datos obtenidos en este estudio podremos extraer algunos puntos comunes en personas con diagnósticos de:

- Trastorno Depresivo
- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno Distímico
- Trastorno Bipolar
- Trastorno Ciclotímico

A todos ellos los hemos englobados en un grupo que denominaremos “Trastornos del Estado del Ánimo”.

La Depresión es una de las enfermedades mentales más comunes y se calcula que afecta entre un 2-4% de la población mundial.

Según la OMS, para el año 2020 se convertirá en la causa más importante de incapacitación y muerte, tan solo superada por enfermedades cardiovasculares.

La depresión cuando no es adecuadamente diagnosticada y tratada, es una enfermedad que puede convertirse en crónica. Entre un 15-20% de personas aquejadas de un episodio depresivo no se recuperan jamás de una forma completamente satisfactoria, produciendo en quien la padece una peor calidad de vida.

Se estima que el 15% de las personas que superan los 65 años, padecen depresión, mostrándose una clara correlación con el hecho de vivir solos. La 3ª edad es considerada como la que presenta mayor riesgo de suicidio, siendo un 50% superior en relación a la población más joven.

Entenderemos la Depresión como un periodo de empeoramiento del funcionamiento normal, asociado a un ánimo triste y a síntomas como: cambios en el sueño, apetito, alteraciones psicomotoras, afectación de la concentración, anhedonia, fatiga, sentimientos de desesperanza y desamparo e ideas de suicidio.

Los síntomas de una Depresión Mayor son un persistente e intenso estado de ánimo decaído, pérdida de interés o capacidad para experimentar placer, dónde antes sí lo experimentaba, así como cambios significativos en los niveles de apetito o el propio peso corporal, modificaciones del patrón de sueño habitual, pérdida de energía, sentimiento de culpa, enlentecimiento físico y apatía, dificultad de concentración, entorpecimiento de habilidades cognitivas e ideas de suicidio y muerte.

La Distimia es una forma menos severa de la depresión, pero más crónica, en el que al menos encontramos 2 síntomas depresivos, que puede convivir o alternarse con episodios depresivos mayores.

El Trastorno Bipolar se caracteriza por la presencia de episodios de depresión mayor que se alternan con episodios de manía, característicos por mostrar síntomas como una sobrevalo-

ración de uno mismo, descenso en la necesidad de descanso y sueño, agitación física, sentimientos de euforia, delirios de grandiosidad, dificultad de concentración, hiperactividad, irritabilidad, tendencia al abuso de tóxicos, habla rápida y en ocasiones de difícil comprensión, fuga de ideas y aceleración del pensamiento.

La Ciclotimia o Trastorno Afectivo Estacional se caracteriza por la aparición de episodios depresivos recurrentes estrechamente vinculados a determinadas estaciones del año que coexisten con estados de ánimo normales durante el resto del año.

HIPÓTESIS

Partiendo de la experiencia que otorga trabajar en el servicio de Urgencias de un Psiquiátrico como el de Sant Joan de Dèu, y habiendo observado que un número significativo de visitas con sintomatología depresiva sobrepasaba la franja de edad de los 45 años, nos hacían suponer que gran parte de estas visitas presentarían una serie de características tanto a nivel somático como social comunes que podrían ser detonantes o causa de esta asistencia a una unidad de Urgencias psiquiátricas.

La misma observación nos condujo a pensar que las mujeres estaban más afectadas por trastornos del estado de ánimo, por lo que deducimos que las características especiales de la mujer determinaban en gran parte esta diferencia de asistencia al servicio de Urgencias.

METODOLOGÍA

En un periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2008, realizamos un seguimiento de todas las visitas realizadas en el servicio de Urgencias de Sant Joan de Dèu SSM, situado en Sant Boi, provincia de Barcelona.

En dicho servicio se abarca una población estimada de 708.000 personas que son las que habitan y corresponden por sectorización, mayores de 18 años.

La intención es diferenciar las visitas según su edad, género y diagnóstico, quedándonos para el estudio 2 franjas de edad concretas que van de los 45-59 años y mayores de 60 años.

De los datos obtenidos en esta primera fase de trabajo estadístico, escogimos de manera aleatoria a 40 mujeres con sintomatología depresiva y con un diagnóstico incluido en el grupo de los Trastornos del Estado del Ánimo, para intentar obtener rasgos comunes y relacionarlos entre sí.

OBJETIVOS

Apoyándonos en la información recogida a lo largo del año 2008, nos centramos en analizar:

- Valorar el perfil real de las visitas a Urgencias mayores de 45 años.
- Establecer diferencias entre los grupos de edad y género
 - De 45 a 59 años
 - Mayores de 60 años
 - Hombres/mujeres
- Encontrar sintomatología y factores sociales comunes que ayuden a una mejor comprensión de los Trastornos del Estado del Ánimo

RESOLUCIÓN DE DATOS

Sector de población: 708.000 aprox.

De 4156 visitas, 892 (21,46%) son personas entre 45-59 años, de las cuales:

- 396 están englobadas en los Trastornos del Estado del Ánimo (44,39%).
- 133 Trastornos Psicóticos (14,91%)
- 31 Consumo /Tóxicos (3,47%)
- 83 Trastornos Adaptativos (9,30%)

- 98 Trastorno de Personalidad (10,98%)
- 115 Ansiedad- TOC (12,89%)
- 36 Grupo Varios (4,03%)

De las 4156 visitas, 500 pertenecen a personas mayores de 60 años (12,08%), de las cuales:

- 223 Trastornos del Estado del Ánimo (44,6%)
- 69 Trastornos Psicóticos (13,8%)
- 6 Consumo/Tóxicos (1,2%)
- 27 Trastornos Adaptativos (5,4%)
- 31 Trastornos de personalidad (6,2%)
- 64 Ansiedad/TOC (12,8%)
- 80 Grupo Varios (16%)

El total de visitas con Trastornos del Estado del Ánimo: 619 visitas mayores de 45 años de las cuales:

- 396 (63,57%) están en la franja de edad entre 45-59 años, de los que:
 - Ingresados: 144 (36,36%) 58 son varones (40,27%) y 86 mujeres (59,73%)
 - Derivados: 252 (63,64%) 47 varones (18,65%) 205 mujeres (81,35%)

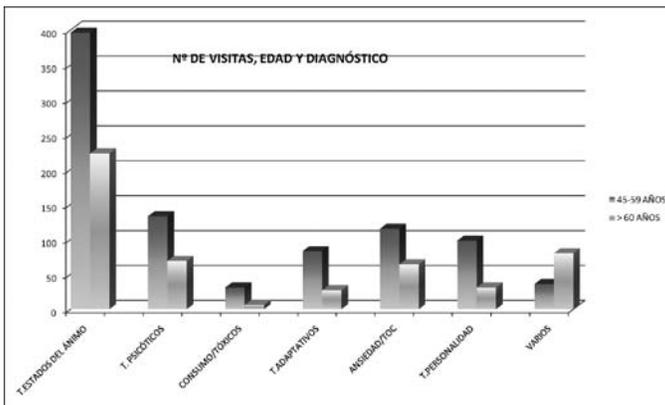
223 (36,03 %) están en la franja de edad de mayores de 60 años, de los que:

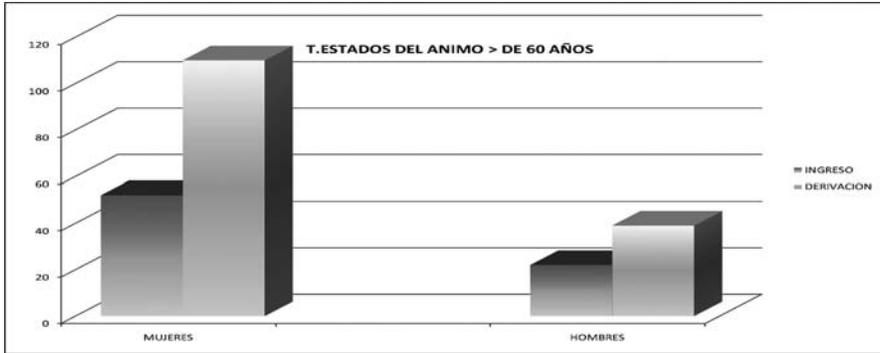
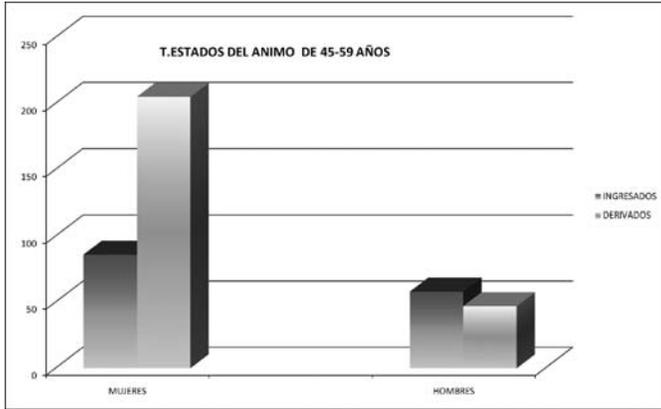
- Ingresados 74 (33,18%) 22 son varones (29,73%) 52 mujeres (70,27%)
- Derivados 149 (66,82%) 39 son varones (26,17%) 110 mujeres (73,83%)

Tras esta primera fase, estos son los resultados sobre los 40 casos escogidos de manera aleatoria:

- 80% presentaba problemas somáticos añadidos
- 40% tenía antecedentes familiares
- 60% hacía referencia a distocia familiar, ruptura sentimental o problemas sociales (principalmente económicos)
- 60% precisaron ingreso en algún momento durante el año 2008

Cada mujer evaluada podía presentar varias de estas situaciones, cohabitando problemáticas diferentes.





CONCLUSIONES

Las estadísticas demuestran que la depresión es una enfermedad muy prevalente en nuestra sociedad, con una afectación 2 veces superior en mujeres que en hombres.

Destaca sobre manera, el n°. de visitas de mujeres en el servicio de urgencias, con Trastornos del Estado del Ánimo, que concluyen en una derivación, a diferencia del n°. de visitas de hombres que en proporción acaban siendo ingresos.

La mujer es más recurrente en el servicio de Urgencias (dadas las características que hemos venido analizando). El hombre en proporción realiza más ingresos que la mujer, a pesar de la diferencia de visitas, dando una p value de 0,001.

Podemos pensar diferentes causas que hacen que la mujer se vea más afectada por un Trastorno del Estado del Ánimo:

- Factores Hormonales: las hormonas femeninas (estrógenos y progestagenos) influyen en la regulación de los sistemas de neurotransmisores que median en la depresión como la noradrenalina, sistema de la serotonina, sistema GABA (regula la actividad vigilia-sueño). A diferencia del hombre donde el ciclo hormonal es más estable, manteniendo los niveles a lo largo de toda la vida, en las mujeres estas alteraciones se producen de forma mensual y tienen un papel muy importante sobretodo en la perimenopausia y menopausia.

- Factores Psicosociales: el rol de la mujer actual en el qué desempeña funciones domésticas y laborales le crea un estado de estrés continuado que añadido a una mayor sensibilidad emocional favorece la aparición de sintomatología depresiva.

Ante tal evidencia: ¿se trata de diferente manera la depresión en un hombre que en una mujer, teniendo localizadas las causas diferenciadoras?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kaplan H., Sadock B. 1996. Manual de Psiquiatría en Urgencias. Buenos Aires. Panamericana.
- Calderón G. 1989. Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México. Trillas.
- Guimón J., Mezzich J. Berrios, G. 1988. Diagnóstico en Psiquiatría. Barcelona. Salvat.
- OMS. 1992. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Mediator.
- Vallejo, J. 1997. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Madrid. Salvat.
- Wolman, B. Stricker, G. 1993. Trastornos Depresivos: hechos, teoría y métodos de tratamiento. Barcelona. Ancora S.A.
- De la Gandara Martín J., González Correales R. 2008. Mujeres y Emociones. Madrid. Adalia.

TENGO UN FAMILIAR CON ALZHEIMER: ¿AHORA QUÉ?

María Rubio Horcajada, Verónica Nadador Patiño, Francisco Megías-Lizancos, Esther Marín Domínguez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Hemos decidido hacer la comunicación sobre del Alzheimer ya que, como muchas personas en todo el mundo, en nuestra vida profesional y personal hemos convivido con personas que padecen esta enfermedad. Todos sabemos de algún caso porque hoy en día el que no conoce o tiene un familiar que lo padece, ha oído hablar de él y sabe qué tipo de problemas ocasiona: conflictos familiares, sentimiento de culpabilidad, cambios en tu ritmo de vida, etc., ya que no sólo va a afectar a las personas que la padecen, sino a todo lo que gira a su alrededor.

En la actualidad es difícil no encontrar en tu trabajo a un paciente que sufra esta enfermedad o bien, puedes encontrarte que tu paciente sea el cuidador principal de uno de ellos y se encuentre angustiado ya que no le está dando los cuidados a la persona que tiene la enfermedad.

Cuando nos decidimos hacer la comunicación acudimos a una Asociación de Familiares de Alzheimer y nos dimos cuenta de la gran tarea que podemos realizar los profesionales de enfermería con estas personas.

Esta es una enfermedad con mayúsculas de la que pocos saben su terrible personalidad y los que la viven, quizás ya no la recuerden. Hasta hace relativamente poco tiempo esta enfermedad no se consideraba como tal, sino parte del proceso normal del envejecimiento, pero hoy en día y debido a la toma de conciencia de la misma patología crónica invalidante y al ascenso imparable de la población anciana en el mundo, se alza un problema de la salud de repercusión incalculable en todos los ámbitos de atención de la misma.

El Alzheimer suscita pánico entre aquellas personas que siendo ancianas puedan padecerla y en los cuidadores. No sólo inhabilita a la persona en sus labores diarias, la expone a riesgos elevadísimos de accidente y agudiza o repercute sobre enfermedades crónicas que puedan ser compañeras de viaje de este mal, convierte a las personas en una carga demasiado pesada para los cuidadores, sino que destruye de forma paulatina pero imparable, todo lo que nos hace personas únicas e indistinguibles, nuestra personalidad. Cambian las emociones, no reconocen a sus seres más queridos, realizan actos extraños fuera de toda lógica, desprenden todo lo aprendido durante una vida entera, pierden toda relación con el mundo que les rodea consiguiendo así un aislamiento y sentimientos de desamparo difíciles de imaginar por personas ignorantes del mal de Alzheimer.

Estamos convencidas de que el mayor sufrimiento es siempre para la persona que sufre la enfermedad en la primera fase pero una vez que la persona con Alzheimer pierde la noción de su propio yo, podemos afirmar que son los familiares más cercanos que los cuidan los que tienen mayor sufrimiento ya que son plenamente conscientes de todo lo que ocurre a cada momento del día.

Ellos también sufren la enfermedad como suya, dedicando las veinticuatro horas del día a la persona con Alzheimer sin descanso y sin un momento de verdadera tranquilidad, y no sólo eso, sino que es impensable el impacto de ver que poco a poco la persona con la que has convivido siempre, se convierte en un perfecto extraño. Ellos soportan el peso de una enfermedad para la que todavía no se ha dado una respuesta verdaderamente enérgica desde las instancias políticas, sanitarias y sociales y que a falta de esta, los familiares superan con dedicación y un cariño inmenso, origen de la fuerza que les permite afrontar dificultades e imprevistos continuos, pero no basta.

DEFINICIÓN

La enfermedad de Alzheimer es una demencia senil que suele iniciarse entre los sesenta y los setenta años, caracterizada por un trastorno neurodegenerativo que produce un declive intelectual gradual y masivo, generador de diversas alteraciones neuropsiquiátricas y de la conducta. Los trastornos neuropatológicos, como son los depósitos amiloides extracelulares y los nudos neurofibrilares intraneuronales, impiden desarrollar múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la orientación espacial y temporal, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje escrito y hablado, el juicio, la comprensión y emisión de mensajes. Además, el afectado también sufre otros cambios sustanciales: alteraciones de personalidad, ideas delirantes y confusión, alucinaciones, depresión, trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad, problemas motrices.

Este mal avanza imparablemente, siguiendo unas fases, desde un comienzo con síntomas leves y sutiles hasta los ciclos más desarrollados, época en la cual la persona ha perdido ya toda la capacidad para realizar las actividades más sencillas de su vida cotidiana. No hay remedio conocido que erradique este mal, siendo de carácter irreversible. Su origen es todavía oscuro, y hasta ahora sólo ha constatado con toda seguridad la destrucción paulatina de las neuronas.

Creencias Falsas Relacionadas con la Enfermedad

A lo largo de la historia de la enfermedad han existido creencias falsas sobre la misma:

- 1-. La idea más difundida incluso en el ámbito de la medicina es que la enfermedad aparece porque la persona está anciana. Esto es falso; la enfermedad de Alzheimer no es la evolución normal del envejecimiento. El motivo por el que la gente afirma esto es debido a que uno de los mayores factores de riesgo de padecer la enfermedad es la edad, pero no es la causa de la enfermedad.
- 2-. Dado que en la actualidad no existe aún un tratamiento preventivo o curativo de la enfermedad, cuando a una persona se le diagnostica de Alzheimer se piensa que ya no hay nada que hacer.
- 3-. El entorno de la familia tiende a sentirse culpable de la situación. Cree que se ha llegado a esta situación por su causa, por no haberla llevado al médico antes.
- 4-. La persona se avergüenza de la degradación que padece su familiar ante amigos y otros familiares. Se avergüenza de su conducta pública porque es incomprensible y fuera de las normas sociales: se desnuda en público, dice palabrotas, grita, etc.
- 5-. Hay personas que piensan que la enfermedad es contagiosa y por ello temen mantener contacto con estas personas.
- 6-. Al igual que en el caso anterior hay personas que por el hecho de que alguien de la familia padezca la enfermedad piensan que es hereditario y que ellos también padecerán tarde o temprano la enfermedad. Es cierto que se han descubierto anomalías sobre los cromosomas, lo que nos lleva a pensar que la enfermedad es genética y hereditaria pero el Alzheimer familiar solo aparece en el 1% de los casos.
- 7-. Se cree que nunca aparecerá un tratamiento para la enfermedad. Pero como se puede comprobar en el trabajo se están haciendo investigaciones para encontrar el tratamiento preventivo o curativo de la enfermedad. La gente piensa que sólo hay tratamientos para la fase inicial de la enfermedad pero esto no es cierto.
- 8-. El cuidador principal del paciente piensa que es el único que sabe cuidarle debido a la experiencia que tiene y teme dejarlo con otra persona (familia, cuidadores...) para que le cuide. Esta situación va a provocar en el cuidador una sobrecarga.
- 9-. Hay personas que en lugar de llamarles enfermos de Alzheimer les llaman “ locos” , muchas veces como consecuencia de las conductas de estas personas.
- 10-. En ocasiones en la vida del cuidador surgen situaciones estresantes que pueden llegar a ocasionar en el cuidador la idea de que el enfermo adopta este comportamiento para fastidiarle.

Tengo un familiar con Alzheimer: ¿qué hago con él?

La vida propia se pierde, tanto para el enfermo como para sus cuidadores: antes de la enfermedad cada miembro de la familia tenía su propio espacio, actividades en las que intervenía él/ella sin el resto de la familia. Al presentarse la enfermedad de Alzheimer, la tendencia tanto del cuidador principal como del enfermo es que ya no tienen vida propia.

“Lo que pasa es que esta enfermedad no es para una persona sola, porque puede acabar contigo. Yo he tenido que dejar mi trabajo, he perdido mi familia, no tengo vacaciones, no tengo ningún descanso”...

Existe una dificultad para saber que grado de comprensión lingüística tiene el enfermo. Se tiende a considerar que el enfermo no entiende y nos sorprende cuando se expresa de una forma coherente.

Hay que tomar decisiones para sustituir al enfermo en las diferentes actividades de la vida que ahora ya no puede realizar por sí mismo.

Tensión ante situaciones incómodas producidas por el descontrol de esfínteres y unido, en muchas ocasiones, a la desorientación y desinhibición.

“Al principio te preguntan, vienen un ratito... Pero después te vas quedando sin amistades, se van retirando”...

Repercusiones Individuales

¿ Es consciente el enfermo de Alzheimer? Partimos de la opción menos arriesgada: Sí. Los enfermos reconocen que les está pasando algo, no saben qué puede ser pero notan cómo sus facultades se van perdiendo, cómo tienen dificultades para realizar tareas intelectivas o prácticas que antes hacían sin ningún problema.

Un niño no sabe por qué no debe meter los dedos en un enchufe, pero entiende la orden de sus padres cuando le dicen “¡NO!”, fruncen el ceño, ponen cara de enfadados, marcan el gesto con el dedo, ... A los enfermos de Alzheimer les va a ir ocurriendo algo parecido.

El estado de conciencia de tener dificultades se va perdiendo, pero todas aquellas familias, amigos, profesionales que han entendido y aceptado la enfermedad transmiten un mismo mensaje: incluso en las etapas más severas, el enfermo reconoce el afecto y el calor humano. No sabrá si es hija, su nieto o su esposo quien se lo da pero sí reconoce que es alguien cercano y que es una sensación afectiva positiva. Y esto se sabe por un pequeño gesto, por una mirada centrada unos segundos, por una lágrima, por un apretón de mano,...

Esto lleva a mantener y recomendar siempre una actitud prudente frente a lo que se le dice o se habla delante del enfermo pensando que “ya no se entera de nada” .

Si a un bebé que no conoce se le estimula, se le achucha, se le acaricia, se le habla, aunque no sabe si son sus padres, la niñera, el abuelo... se sabe que esto le ayuda en su desarrollo y que permanecerá en los más internos de su cerebro. Esta necesidad afectiva y de relación perdura en el enfermo con Alzheimer. De hecho, se defiende que la memoria afectiva es lo último que pierden, si es que la pierden.

Aunque para intentar entender algunas situaciones en las que se ve envuelto el enfermo se utiliza el paralelismo con el proceso que sigue un niño, tiene que quedar muy claro que estas personas no son niños:

- Su capacidad de aprendizaje es limitada e incluso llega a ser nula.
- Tienen mucha información almacenada y una historia de vida hecha.
- Han tenido una vida que les ha concedido plena autonomía y ahora la pierden.

Afrontamiento de la familia

Existen 2 tipos culturales de cuidadores: cuidador tradicional y cuidador en la sociedad moderna .

El cuidador principal tradicional es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia.

El cuidador principal en la sociedad moderna es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina,...) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea más tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidadora.

Cuando en una familia uno de sus miembros enferma de Alzheimer toda la familia padece esta dolencia en mayor o menor medida. La vida de todos, incluso de los que no van a colaborar, se verá afectada. En el caso de los que aportan su ayuda, porque tendrán menos tiempo personal; en el caso de los que permanezcan al margen, porque sentirán inquietud, miedo, rechazo.

El cambio de papeles en la familia:

Comienza desde la primera fase y es paulatino. El enfermo no puede seguir dirigiendo el hogar, trabajando, llevando responsabilidades anteriores, así que poco a poco los familiares irán tomando nuevas funciones como: administrar la economía del hogar, ayudar en la limpieza, atender al enfermo, aportar dinero etc.

Cada familia debe planificarse organizarse desde el primer momento evolucionando en sus funciones y asistencia al enfermo, a la par que avanza la dolencia; las necesidades que requiere el cuidado del enfermo van variando desde la primera a la última fase; la familia también tendrá que reunirse y evaluar la situación cada cierto tiempo con el fin de prestar una colaboración eficaz. De cualquier modo, cada familia para planificarse tiene que partir los recursos económicos que dispone y el grado de solidaridad entre sus miembros.

El cónyuge del enfermo, si vive, se encuentra angustiado ante la enfermedad de la persona con la que ha compartido su vida tantos años. En ocasiones no acepta la enfermedad, se niega a informarse sobre ella y adopta una papel secundario aunque no por ello se siente menos involucrado en el problema; suele requerir la colaboración de algún hijo o hija que le ayude para evitar principalmente la angustia de sentirse solo con el problema. Otros cónyuges, por el contrario, participan en activamente en el cuidado del enfermo, dándose con frecuencia el caso de que ahora permanecen juntos mucho más que antes. Sin embargo conviene que estés asistidos por algún hijo que vigile el proceso y ponga las ayudas asistenciales que la enfermedad va requiriendo.

Los familiares más directos suelen tener hijos o hijas que a veces viven lejos de los padres, complicando así su colaboración con el cuidado del enfermo. De cualquier modo es necesario realizar reuniones familiares para planificar la vida del enfermo ¿cómo va a vivir los primeros años? ¿quién le atenderá? ¿en qué casa? ¿con qué dinero?... La familia tiene que valorar si va a poder atender a lo largo de toda la enfermedad, si necesitará ayuda domiciliaria o ingreso en una residencia. Hay familiares que ante un diagnóstico de Alzheimer se agobian de tal manera que ya están pensando cómo solucionarán la fase terminal cuando, en realidad, el enfermo está en los preliminares del Alzheimer, y aún se vale por sí mismo. Lo más sensato es planificar por espacio de tiempos cortos o por etapas. En este sentido:

- Durante la primera etapa, en que el enfermo prácticamente se vale para su aseo, comida, etc.“ ¿cómo nos vamos a organizar? ¿Se quedará en su casa? ¿Pondremos a alguien que nos ayude en casa?”. La solución mejor para el enfermo es mantenerle en el entorno que el conoce con alguna vigilancia para que no le ocurra nada.
- Durante la segunda fase, en que el enfermo va a necesitar ayuda diaria para vestirse, comer, etc, la familia debe reunirse de nuevo para planificar cómo llevar a cabo esta nueva situación.

- En la tercera fase, el enfermo está prácticamente inmóvil, lo que requiere una nueva organización para su cuidado. La familia volverá a valorar la situación que se plantea y tomará las soluciones más idóneas o factibles.

A veces, la distribución de las tareas para cuidar al enfermo hace aflorar problemas o conflictos familiares que ya existían. De todas formas, poco a poco el cambio de papeles se va produciendo, a veces provocando situaciones de celos y envidias: “Ahora te pasas el día con tu madre, ¿es que no soy yo tu marido? ¿por qué tiene que venir tu madre a casa, no puede ocuparse una de tus hermanas?” Conviene que los dos miembros de la pareja traten detenidamente estos conflictos con el fin de que la comunicación familiar no se deteriore.

EL CUIDADOR PRINCIPAL

Durante la primera etapa de la enfermedad de Alzheimer surge el cuidador principal. Con frecuencia se trata de una de las hijas que se hace cargo de la situación, aunque también otros familiares o cuidadores le ayudan. Así que el cuidador principal:

- Contrae una gran carga física y psíquica.
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: mediación, higiene, cuidados, alimentación, etc.
- Va perdiendo paulatinamente su independencia porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para el ocio, abandona sus amistades, etc.
- Y acaba paralizando durante algunos años su proyecto vital.

Problemas y soluciones:

Los aspectos arriba citados pueden causar importantes trastornos psicológicos en el cuidador principal que se detectan cuando algunos de los síntomas siguientes se agudizan:

- Agresividad constante contra los demás porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en casa.
- Gran tensión contra los cuidadores auxiliares porque “todo lo hacen mal”: no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora correcta la medicación, etc.
- Aislamiento progresivo, y tendencia a encerrarse en uno mismo.

Soluciones:

Cuando los cuidadores auxiliares, familiares o amigos observan en el cuidador principal los problemas o reacciones desmesuradas citadas deben actuar:

- Obligando al cuidador principal a que tome mayor tiempo de ocio y cubriendo esas horas con su ayuda o la de un asistente domiciliario.
- Procurando que el cuidador principal se ponga en contacto con los grupos de autoapoyo que existen en las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. En general, estos grupos están formados por familiares de enfermos que necesitan ayuda psicológica y están dirigidos por un profesional; la integración en el grupo de apoyo es gratuita y los resultados son muy satisfactorios.
- Pero, en gran parte de los casos el cuidador principal, además de salir y ponerse en contacto con otras personas que están en su misma situación, requiere asistencia médica para aliviar su depresión y angustia. Los cuidadores auxiliares, familiares y amigos deben procurar que el cuidador principal acuda a la consulta del médico para tratar de su estado psíquico y físico.

El vivir con un sentimiento de culpa puede convertirse en un infierno, así que el cuidador debe:

- Aceptar que padece el sentimiento de culpa.
- Determinar cuáles son las razones por las que se siente culpable: personales, sociales, etc.
- Hacer frente a tal situación consultando con personas que merezcan su confianza: con un psicólogo, con su confesor, con un buen consejero.
- Replantearse la situación si es posible, tomando de nuevo la determinación. Si es la misma, hay que aceptarla con sus posibles pros y contras.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-. BERMEJO F, RIVERA J, PÉREZ DEL MOLINA F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med.Clin 1997;109:140-145.
- 2-. PRIETO A. El síndrome del cuidador principal. En AFAL "Una responsabilidad de todos. II Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL edit 2000, 43-49.
- 3-. PÉREZ TRULLEN JM, ABANTO ALDA J, LABARTA MANCHO J.El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria 1996;18:194-201.
- 4-. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. Cuidados en la vejez. El apoyo informal.Ministerio de Asuntos Sociales- INSERSO. Madrid.1995.
- 5-. CAMPELLO L. Impacto familia del cuidado de un enfermo de Alzheimer.En AFAL "Una responsabilidad de todos. II Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL edit 2000, 51-67
- 6-. DÍAZ DOMÍNGUEZ MA, DOMÉNECH COBO N, ELORRIAG DEL HIERRO et al. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Edita Confederación española de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias. Bilbao 1994

Páginas consultadas en internet:

- <http://www.alzheimer-online.org>
- <http://www.alzheimer.com>
- <http://www.afal.es>
- <http://www.fundacionalzheimeresp.org/cuidador/cuidador.php>
- <http://www.mailxmail.com/curso/vida/alzheimer2/capitulo2.htm>
- http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_Alzheimer05.DOC
- [http://www.agapea.com/ Como-entender-actuar-y-resolver-los-trastornos-de-conducta-de-su-familia-guia-practica-del... - 15k](http://www.agapea.com/Como-entender-actuar-y-resolver-los-trastornos-de-conducta-de-su-familia-guia-practica-del...-15k)
- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/8681.htm
- <http://www.alma-alzheimer.org.ar/home.htm>
- http://www.medicinainformacion.com/alzheimer_libros.htm :
- Guía para Cuidadores. La Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados formato PDF.
- Manual del cuidador. Una guía para cuidadores. Formato PDF.
- Enfermedad de Alzheimer. El Cuidado de un ser querido. Formato PDF.
- Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?. Formato PDF.

SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, UN RETO PARA ENFERMERÍA

Fernández Montero, Raúl; Carreras Salvador, Regina; Justicia Díaz, Azucena; Aceña Domínguez, Rosa; Martín Valero, Dolores; Aceña Díaz, Marta.

Hospital del Mar Barcelona. Psiquiatria- IAPS. CSMIJ Ciutat Vella

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el desarrollo de la red de Salud Mental ha experimentado grandes avances, motivados en parte por la integración progresiva en el sistema sanitario general, o la definición, a partir de 1990 de una red de asistencia infantil i juvenil.

La demanda de Salud Mental no solamente ha aumentado en todos estos años, sino que también ha experimentado cambios cualitativos importantes (fenómenos relacionados con la violencia/agresividad, trastornos de conducta, alimentación,...) que también son el resultado de las transformaciones culturales que nuestra sociedad ha experimentado.

Transformaciones que muchas veces hacen disminuir la capacidad de contención de inquietudes y ansiedades de la propia red social, más aún cuando se trata de edades infantil y juvenil.

OBJETIVOS

- Conocer la red de Salud Mental infanto-juvenil y recursos relacionados.
- Describir marco de actuación de enfermería en el CSMIJ.

DESARROLLO

Identificación zona de referencia y población diana del CSMIJ Ciutat Vella, recursos y ámbitos con implicación directa sobre dicha población.

Análisis de programas especializados con intervención de enfermería, para la salud mental de niños y jóvenes.

CONCLUSIONES

La coordinación entre los distintos recursos es una herramienta necesaria para ofrecer atención integral en Salud Mental infanto-juvenil.

Enfermería participa de forma activa en la Prevención, Promoción y Asistencia a la Salud Mental infantil y juvenil.

DISEASE MONGERING: ¿ESTAMOS CADA VEZ MÁS ENFERMOS?

M^a. Eulalia del Rosario González, Marta Íñiguez Balsalobre, Begoña Alonso Carrascosa, Rubén Mera Perez, Elsa M^a. Álvarez Gallar, Laura Morales Solana.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El concepto de disease mongering tiene una difícil traducción al castellano, algo a medio camino entre inventar y exagerar una enfermedad. Su fin es ampliar los límites de lo que se considera una patología. En el último lustro, la industria farmacéutica ha sido acusada de explotar esta tendencia. Su objetivo, ampliar la cifra potencial de clientes; incrementar gracias al disease mongering sus de por sí abultados beneficios.

Síntomas leves se confunden con una enfermedad, y se le asocia a factores de riesgo para que sea obligatorio seguir un tratamiento que en el mejor de los casos será infructuoso, ¿Son pues enfermedades inventadas? Más bien hablaríamos de procesos humanos que algunos –léase empresas farmacéuticas– han decidido sean médicamente relevantes para así asignarles un tratamiento.

¿Hasta qué punto se puede considerar el duelo una enfermedad? ¿Y la menopausia, la timidez o esa pereza tan característica que entra cuando se acerca el fatídico 1 de septiembre tras disfrutar de unas plácidas vacaciones? Para buena parte de las empresas farmacéuticas no sólo son dolencias claramente identificables, sino que tienen toda una batería de productos para combatirlas.

¿Cómo puede entenderse la paradoja de que nos digan que por un lado hay cada vez más enfermedades –muchas de ellas nuevas– cuando la realidad nos indica que a medida que la sociedad avanza la esperanza de vida se alarga? Según Jörg Blech esto justamente enseña que estamos más sanos de lo que creemos. Las industrias farmacéuticas afirman que cada vez hay más enfermedades, pero la gente vive más tiempo. Curiosamente, el enorme progreso y la esperanza de vida es principalmente causado por un mejor nivel de vida, mejor higiene...pero no por la Medicina Moderna.

Este científico y periodista se dio cuenta de que cada semana compañías y sociedades médicas informaban sobre el descubrimiento de nuevas enfermedades. De esta forma, cada habitante del mundo occidental debería tener muchas enfermedades al mismo tiempo. Este hecho le llamó tanto la atención que comenzó a investigar y averiguó que muchas de ellas eran exageradas o simplemente inventadas.

La práctica de hacer creer a la gente que está enferma cuando en realidad está sana no es nueva. Es una estrategia usada por algunos médicos para reforzar su posición social. Debe ser tan vieja como la propia medicina, la cual ha sido y es una forma de poder –dominación sobre los demás– basada en la magia. Sólo que en la actualidad, la magia se reviste de argumentos aparentemente científicos. La atención a la salud está cada día más impregnada de valores de mercado, y las funciones de cuidar, curar y rehabilitar han perdido la centralidad.

El periodista australiano Ray Moynihan, que ha contribuido de forma notable a la difusión del concepto, es autor del libro “Vendedores de Enfermedades” organizó en su país hace dos años una conferencia sobre el asunto en un momento en el que tres libros habían alertado sobre las maniobras de la industria farmacéutica: “el gran secreto de la industria farmacéutica” escrito por Philippe Pignarre, un ex empleado de un laboratorio francés; “La verdad sobre las compañías farmacéuticas, cómo nos engañan y qué hacer sobre ello” cuya autora Marcia Angell, dirigió la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine*; y “Los inventores de enfermedades”, firmado por Jörg Blech.

El escándalo VIOXX, (un antiinflamatorio superventas retirado por provocar en miles de pacientes efectos cardiovasculares graves que el laboratorio Merck conocía y no advirtió) había hecho desmoronarse el prestigio de la industria farmacéutica. Por este motivo, la Conferencia sobre Disease Mongering que coincidió con un n.º. especial sobre el concepto en la revista Plos Medicine, no pasó desapercibida.

Dos años después de aquel foro, cabe preguntarse si sirvió de algo. Moynihan afirma que sí, pues hoy los medios cuando informan sobre un nuevo fármaco, cuestionan si esa enfermedad existe.

Además el presidente de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento, Harvey Bale, ha reconocido que “hay ejemplos de sobre promoción excesiva”, aunque defiende a la ética de los laboratorios en la comercialización de los medicamentos.

La situación en España dista mucho de la creada en EEUU, ya que según el farmacéutico de AP del Servicio Navarro de Salud, Antonio López Andrés, no se puede hacer publicidad de los medicamentos con receta y lo que se publicita es la patología. De igual manera, los cambios que se están viendo en los periódicos de EEUU (Resaltados en PLoS Medicine) aun no han llegado a España: “aquí estamos en fase previa”, añadiendo que el colectivo médico se manifiesta en contra de que esto sea un problema.

Según la farmacéutica Arancha Desojo, son las empresas farmacéuticas las que se empeñan en ofrecer una visión pesimista de la salud del mundo, cuando la realidad es que las enfermedades mentales son cada vez menores y la esperanza de vida se alarga hasta los 80 años.

Muchos médicos y empresas farmacéuticas han convertido en estados patológicos procesos que no lo son con el fin de poder someter a tratamiento a pacientes con síntomas reales que conforman falsas dolencias.

Existe una larga lista de procesos naturales considerados enfermedades y medicados con gran lucro para los laboratorios: calvicie, timidez, tristeza, baja estatura, pereza, disfunción sexual femenina, aumento de peso, osteoporosis, menopausia, estrés, tabaquismo, embarazo, celulitis, pecas, manchas, impotencia pasajera; así como dos grandes aplicaciones a la psiquiatría: síndrome de piernas inquietas y síndrome de déficit de atención e hiperactividad infantil.

Según Carlos Álvarez Dardet, “Antes la medicina diagnosticaba y trataba enfermedades, ahora diagnostica y trata lo que eventualmente podría pasarle a la gente”.

DESARROLLO

Los grupos farmacéuticos contratan a empresas especializadas en realizar ensayos, las cuales colaboran con miles de médicos, siendo éstos los que finalmente reclutan a personas en salas de espera y reciben primas a cambio. Es por ello que la industria farmacéutica tiene un papel clave en la medicalización:

- a) Se crea el medicamento.
- b) Se redefine la dolencia.
- c) Se organizan congresos donde invitan a médicos para informarles de estudios realizados por ellos mismos y hablarles de esa “nueva enfermedad”.
- d) Explicar a qué pacientes va dirigido.

Paralelamente, a través de campañas publicitarias y artículos de periódicos comienza a llegarle información al ciudadano para hacerle creer que la suya es una enfermedad de importancia, cuando realmente la mayoría de las veces es una cuestión de carácter, disconformidad con sus circunstancias vitales o de conducta impropia. Esta confusión aumenta la disconformidad con la propia vida y aumenta falsamente el número de enfermos.

En este proceso de marketing la figura de los visitadores médicos es esencial. En sus manos tienen la posibilidad de ofrecer dinero, regalos y viajes a los facultativos a condición de que receten su línea de medicamentos. Mientras los médicos aseguran que estos regalos no les influyen a la hora de recetar, las cifras que manejan las multinacionales parecen decir otra cosa.

No deja de ser paradójico, según Antonio Muro, que las alarmas hayan comenzado a sonar por el constante aumento del gasto presupuestario y no por los efectos reales de los medicamentos.

Este tipo de actuación se trata de un fraude social. ¿Esta práctica es habitual en todos los médicos? ¿Todos los visitantes son iguales? No pero estamos hablando de un comportamiento que está ahí y es más habitual de lo que nos suponemos.

Jörg Blech, científico y periodista, autor de “Los inventores de enfermedades”. Este interesante libro desenmascara los intereses ocultos de las industrias farmacéuticas, ha permanecido más de un año en la lista de los libros más vendidos en Alemania

Éste señala 5 variantes del comercio con enfermedades:

1. Vender un proceso normal de la vida como un problema médico, como la caída del cabello.
2. Vender problemas personales y sociales como un problema médico, un estado de ánimo pasajero.
3. Vender un riesgo como una enfermedad, la eterna lucha contra el colesterol.
4. Vender síntomas poco frecuentes como epidemias de extraordinaria propagación, así como la disfunción eréctil o la disfunción sexual femenina.
5. Convertir síntomas leves en indicio de una grave enfermedad como el síndrome de colon irritable.

Ejemplo 1: Osteoporosis.

Disminución de la masa ósea y alteración de la estructura de los huesos, es un efecto 2º natural de la vejez que la OMS acaba de calificar como la epidemia del siglo XXI. Según este organismo, se convierten en pacientes en España 2 millones de mujeres y 750000 hombres. Es crónica y no se cura con medicamentos, pero sí se pueden prevenir, evitar y combatir los factores de riesgo. Obliga a llevar una vida sana con ejercicio moderado, alimentación rica en lácteos y vitaminas.

Ejemplo 2: Andropausia.

Disminución de la producción de testosterona que puede conllevar alteraciones físicas. Actualmente el 52% de los españoles ya padece esta enfermedad.

En el mercado existen productos que intentan paliar los efectos de ambos procesos naturales a los que se les ha colgado el cartel de “enfermedad”. Parches transdérmicos, píldoras, geles, inyecciones intramusculares e implantes subcutáneos son compuestos hormonales recetados en ambos casos. La menopausia y la andropausia han pasado de ser etapas que exigen cambios y renovación en la forma de vida, a ser un cúmulo de factores de riesgo.

Conclusión: La publicidad de estos fármacos habla de aumento de bienestar, del apetito sexual y de la densidad ósea, pero apenas informan de los efectos secundarios, por tanto antes de recurrir a los fármacos hay otras prioridades.

Ejemplo 3: Colesterol.

El colesterol está presente en todas las células y es necesario para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. La cantidad exacta de colesterol necesario es muy difícil de determinar ya que los parámetros varían en función de la edad y el sexo, y además no todo el mundo elimina las grasas de la misma forma. Por ello, se da un nuevo enfoque a las investigaciones que intentan demostrar que el colesterol no es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, lo que pone en tela de juicio vivir obsesionado con el control del colesterol.

Además, en caso de que fuera necesaria esta vigilancia recomiendan utilizar fórmulas naturales antes que recurrir directamente al fármaco.

Actualmente millones de personas utilizan las estatinas o bloqueadores de la síntesis de colesterol, con la esperanza de recibir un tratamiento para su enfermedad, sin embargo la debilidad subyacente de sus paredes arteriales sigue sin recibir tratamiento. Además, según la edición del 3 de Enero de 1996 de JAMA (the Journal of the American Medical Association), ya se anunciaba la posibilidad de cáncer y otros efectos secundarios graves.

Erald Klepzig lanzó un reto: “Nos consideraríamos afortunados si se pudiera presentar un solo estudio médico controlado que demostrara que la vida humana se salvará con la reducción del colesterol. Sin embargo, no resulta difícil seleccionar diez estudios que muestren que una reducción de las grasas va incluso acompañada de una mortalidad más alta”.

CONCLUSIONES

Según J. B. deberíamos ser más críticos cuando oímos hablar sobre nuevos males en los medios.

Si estos fraudes son habituales y también conocidos, ¿nadie puede poner fin a ellos? La Administración consciente de que el gasto sanitario es un agujero negro trata de tomar medidas, concretamente la recién implantada en EEUU que regula las relaciones entre visitantes y médicos.

Realmente, hay pocas alternativas pues como asegura Campoy, buena parte de los miembros del parlamento Europeo son ex ejecutivos de las grandes multinacionales farmacéuticas. También están en gabinetes jurídicos de los Ministerios de Sanidad, policía, servicio de inteligencia y hasta la judicatura. Están en todas partes, y no son muchos pero sí poderosos. Prácticamente imbatibles salvo que la gente entienda que está siendo engañada y que su salud depende de cada uno y no de un médico, fármaco o sistema sanitario.

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS, CÓMO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN AYUDAN A CREAR ENFERMOS

La vida puede ser dura. A veces te sientes triste, ansioso o distraído; o quizá sientas una completa urgencia de mover las piernas. Pero... ¿significa eso que estés enfermo?, ¿o que necesites medicación?

Quizá sí, quizá no. Para algunos los síntomas son lo suficientemente severos como para incapacitarlos, pero para la gran mayoría estos “síntomas” suponen el tránsito por las experiencias del día a día. Ayudar a los enfermos a tomar tratamiento es bueno. Convencer a gente sana de que está enferma no lo es. Los enfermos esperan beneficiarse del tratamiento, pero los sanos solo se dañaran a sí mismos: son etiquetados de “enfermos” y quizá experimenten ansiedad por su condición y si son tratados, experimentarían efectos secundarios que no les acarrearán ningún beneficio potencial.

Típicamente la enfermedad es dudosa, con síntomas no especificados y un amplio espectro de severidad desde las experiencias y situaciones de la vida diaria que mucha gente incluso llama síntomas hasta el profundo sufrimiento. El mercado para el tratamiento se agranda de dos maneras:

- Estrechando el concepto de salud de modo que situaciones diarias se etiquetan de patológicas.
- Expandiendo la definición de enfermedad, incluyendo las formas más tempranas, leves y presintomáticas.

Las discusiones sobre Disease Mongering suelen centrarse en el papel de las compañías farmacéuticas, como promueven la enfermedad y sus productos a través de campañas de concienciación de la enfermedad, dirigidas a consumidores de medicamentos publicitados, y creando grupos en defensa de la enfermedad. Pero las enfermedades también se promocionan de otro modo a través de los medios de comunicación. Los reportajes de los periódicos son una

valiosa fuente de información sobre salud para la gente. A no ser que los periodistas cuenten historias sobre nuevas enfermedades de manera escéptica y tengan cuidado con el fenómeno Disease Mongering, terminarán vendiendo también la enfermedad.

Para hacernos una idea, se examinaron noticias sobre el síndrome de piernas inquietas con resultados que molestan, se exagera la prevalencia de enfermedad y la necesidad de tratamiento y se equivocan considerando los problemas de sobra diagnosticados.

Es fácil comprender por qué los medios de comunicación estarían atraídos por promocionar historias relacionadas con la enfermedad y porqué tras ello serían cubiertos sin ser criticados. Las historias contienen mucho dramatismo: una enorme pero irreconocible crisis de la salud pública, despreocupados e ignorantes médicos y curas milagrosas.

El problema radica en presentar sólo una cara de la moneda. Probablemente no exista una crisis en la sanidad pública, los médicos sean sensatos como para no invocar un nuevo diagnóstico por síntomas leves que tengan una explicación más adecuada, las curas estén muy lejos de lo milagroso... de tal forma que la gente sana se esté haciendo daño.

Pensamos que los medios de comunicación podrían recoger noticias médicas sin reforzar los esfuerzos por promocionar la enfermedad, tratando el tema de síndrome de piernas inquietas con un mayor grado de escepticismo, pues después de todo su trabajo es informar lectores, no crear enfermos.

PROFESORES COMO AGENTES DE LA ENFERMEDAD PARA EL TDAH

En los últimos veinte años el TDAH ha emergido como un desorden de importancia en la niñez. Como ejemplo la prescripción de metilfenidato en su tratamiento en 2000 en Australia fue nueve veces superior al de 1990.

Desde su descubrimiento siempre ha generado complejos y encendidos debates sobre la veracidad de la enfermedad y el coste-beneficio del tratamiento con psicoestimulantes.

El TDAH es, sin embargo, un desorden de actuación educacional, por lo que los profesores tienen un papel crítico en defender la enfermedad y su tratamiento médico.

Los profesores participan en el diagnóstico y quizá sean agentes o no agentes de diferentes formas de tratamiento. El hecho de ser agentes/promotores no es una actividad desinteresada. Los profesores quizá tengan un interés disfrazado en detectar y manejar chicos con conductas disruptivas, o bien se adhieran a creencias sobre desordenes en el aprendizaje que orientan a convencer a los padres sobre la necesidad de tratamiento.

En un estudio con 491 médicos de Washington D.C., casi la mitad de los diagnósticos en sus pacientes habían sido sugeridos por primera vez por profesores. Por estos motivos, la industria farmacéutica tiene especial interés en dirigirse a profesores en el tema del tratamiento médico.

La organizada penetración de la industria farmacéutica asociada al TDAH en el dominio educativo, es un nuevo fenómeno. Mientras que ha habido largas charlas y discusiones sobre la ética del marketing de la comida rápida en los colegios, ha habido pocas sobre las consecuencias de la infiltración de la industria farmacéutica en estos.

Podría discutirse si por el hecho de aportar información a los profesores, las industrias farmacéuticas están actuando como buenos ciudadanos. Este argumento tendría más peso si estas compañías también facilitaran programas de educación dirigidos al autismo y la dislexia, otras dos condiciones que impactan a nivel educacional pero que no aceptan terapia farmacológica.

Además, la educación transmitida por estas compañías es en beneficio propio, de manera que proveen información que hace referencia a sus propios productos, canalizando así al lector hacia la terapia médica.

La amplia aceptación de los desordenes con intervención educacional y la introducción de la industria farmacéutica en los colegios, coloca al profesor en un lugar necesitado de entrenamiento en estrategias de marketing como hecho de vital importancia.

Los niños no tienen ni voz ni voto en este mercado. Para ser defensores efectivos de los niños, los profesores necesitan ser objetivos y precisos intérpretes de información para padres y sanitarios, en vez de franquicias en el mercado de la enfermedad.

VISIÓN ENFERMERA

Aunque la bibliografía revisada no hace referencia al papel de la enfermería en relación a las enfermedades inventadas, consideramos la importancia del mismo en el ámbito de Atención Primaria.

Las consultas de enfermería y los programas allí desarrollados son el lugar idóneo para valorar la existencia y grado de severidad de los trastornos anteriormente citados.

BIBLIOGRAFÍA

- Prats, J. “La fiebre de las enfermedades inventadas”; Valencia; 15/11/2005.
- La hoja de Mancuso; “Inventando enfermedades”; 29/11/2007.
- Iriberry, A. “¿Enfermo? Crece el debate sobre la invención de las dolencias”; Madrid; 29/05/2008. (extracto del protocolo de los “Inventores de enfermedades” de Jörg Blech).
- Woloshin, S., Schwartz. LM.; “Giving legs to restless legs: a case study of how the media help make people sick”; PLoS Medicine, vol. 3; Abril 2006; tema 4; e170.
- Christine B. Philips; “Medicine goes to school teacher as sickness brokers for ADHD”; PLoS Medicine, vol. 3; abril 2006; tema 4; e182.
- “Enfermedades inventadas”; Revista fusion.com; marzo 2005.
- “British Medical Journal”; 27/01/05.
- www.desalud.com
- www.revelion.org
- www.fadsp.org

LA PSICOEDUCACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Ana M^a. Riveiro Currais, M^a. del Carmen Cacho Casal, M^a. Jesús Pampín Mato.

Unidad de hospitalización Breve. Servicio de Psiquiatría. Hospital Profesor Gil Casares. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El internamiento del paciente psiquiátrico ha sido y es un tema polémico. Está regulado por el Código Civil en su artículo 211:

“El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al juez y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. El juez tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él asignado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal”.

En la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Profesor Gil Casares (Santiago de Compostela) se utilizan dos modalidades de internamiento psiquiátrico:

- **Voluntario:** Internamientos no judiciales en los que sólo se necesita una solicitud firmada por el paciente de la voluntad de internamiento. Puede transformarse en involuntario si cambian las condiciones iniciales, es decir, si el paciente sufre un agravamiento de su enfermedad que anula la libertad de obrar y la voluntad con la que entró.
- **Involuntario Urgente:** Debe comunicarse el ingreso realizado al juez en el plazo de 24 horas.

Existen otras modalidades de internamiento como el voluntario no urgente o el penal. (1)

Un problema específico del internamiento psiquiátrico es la dudosa validez de las firmas de los pacientes “voluntarios”. Se recomienda examinar cuidadosamente la capacidad del sujeto para dicha firma desde una perspectiva clínica y, si no está clara dicha aptitud, considerar al paciente como un ingreso urgente.

El ingreso de un paciente no sólo depende de la psicopatología que presente, sino de la valoración que realice el profesional que le atiende, del lugar, del momento, así como de otros condicionantes. También estará influido por el número de ingresos previos, si va acompañado de la policía o si viene remitido por otros servicios sociales o sanitarios.

La falta de conciencia, las conductas auto-heteroagresivas o las alteraciones cognitivas ponen en cuestión la toma de decisión de aceptar el ingreso voluntario. (2)

DESARROLLO - ESTUDIO CUALITATIVO

Se pretende la realización de un estudio que permita delimitar la aportación que, como enfermeras, podríamos hacer en el restablecimiento y/o implementación de la conciencia de enfermedad de los pacientes con los que cada día trabajamos.

Realizamos un estudio mixto utilizando metodología cualitativa y cuantitativa. Se trabaja con una muestra de veintinueve pacientes de los cuales 9 son mujeres y 12 varones, comprendidos entre los 18 y los 86 años. Fueron ingresados en nuestra unidad entre noviembre del 2008 y enero del 2009, con una estancia media de 25,5 días.

Se obtienen los datos de sus historias clínicas, entrevistas personales y del protocolo de valoración de enfermería del Complejo Hospitalario de Santiago.

De los 21 pacientes 10 ingresan de forma voluntaria (47,6%) y 11 de forma urgente (52,4%).

En cuanto a la patología presentada, el 47,6% tienen diagnóstico de esquizofrenia, el 19% trastorno de personalidad, el 9,5% trastorno bipolar, el 9,5% depresión y el 14,3% restante otras patologías psiquiátricas.

En este estudio hemos relacionado la modalidad de internamiento con el motivo del ingreso que expone el propio paciente, así como la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad del paciente.

Dentro de las razones que expresan como causa del ingreso, la que aparece con mayor frecuencia es el conflicto en el medio familiar, principalmente por una mala relación con los progenitores, (“por culpa de mis padres, porque me controlan demasiado, me siguen y me encierran en casa”).

También es frecuente que manifiesten que ingresan por encontrarse deprimidos (“necesito ayuda”), por estar en desacuerdo con el tratamiento prescrito, por intentos de suicidio, (“intente matarme con veneno para ratones”) o por insomnio.

En la muestra encontramos 10 pacientes con ingreso Voluntario. Destacamos que dos de estos pacientes presentaban una intensa actividad delirante, con ideas de perjuicio dirigidas bien a la familia, bien a entidades públicas (“en mi casa me envenenan y me pinchan, por culpa del alcalde de mi pueblo”).

Resaltar también que dos de los pacientes habían realizado un intento autolítico.

Uno de los ingresos se transformó en urgente por el cambio de las condiciones iniciales de voluntariedad del paciente, manifestando una conducta agresiva hacia el entorno con destrucción de enseres hospitalarios.

Estas situaciones parecen reforzar la idea de “dudosa validez” de la firma del ingreso voluntario de algunos pacientes.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PSICOEDUCACIÓN

La adherencia se define como el grado en el cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones del médico/personal sanitario, en relación a los fármacos o tratamiento prescrito, incluyendo una serie de hábitos higiénico-sanitarios como puede ser no tomar alcohol u otros tóxicos.

La baja adherencia guarda relación con la aceptación, los conocimientos sobre enfermedad/medicación y con la facilidad con la que el tratamiento encaje en los hábitos y estilo de vida del paciente.

Observamos que la mayoría presenta una baja adherencia al tratamiento, produciéndose un número importante de abandonos del mismo. Esto puede ser debido a la nula conciencia de enfermedad o a los efectos indeseables asociados a los fármacos antipsicóticos.

La sociedad presenta la creencia de que la dependencia de medicación impide la realización de una vida “normal”. Para solventar esto sería conveniente implicar en el tratamiento a las personas del entorno del paciente, anticipando dificultades y observando las conductas positivas. (3)

El enfoque psicopedagógico tiene como objetivo principal la adquisición de aprendizajes directa o indirectamente relacionados con el mantenimiento y cuidado de la salud psíquica y su prevención. El personal de enfermería puede favorecer la autonomía de los individuos, la familia y la comunidad, o por el contrario convertirse en facilitadores de dependencia. Uno de los principales objetivos de enfermería es potenciar la autonomía del paciente.

La enfermera es el profesional del equipo de salud responsable de gestionar el cuidado de la persona en los ámbitos de promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de lesiones.(4)

La Psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud.

Su finalidad es aumentar el conocimiento y la comprensión de los pacientes de su enfermedad y tratamiento, así afrontaran su enfermedad más efectivamente.

Las intervenciones psicoeducativas incluyen la interacción entre el proveedor de información y la persona con enfermedad mental. Reduce la tasa de recaída o reingreso hospitalario.

Son objetivos primordiales de la psicoeducación son la conciencia de enfermedad, el cumplimiento terapéutico y la detección precoz de síntomas considerándose partes fundamentales de la intervención psicoeducativa:

- La alianza terapéutica: que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia.
- La información de la enfermedad y el tratamiento.
- La continuidad en el tratamiento y vinculación institucional.(3)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD/ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se realiza la valoración de enfermería a los pacientes de la muestra siguiendo los Patrones funcionales de Marjory Gordon y se observa que los que presentan mayor alteración son los siguientes:

- Percepción control de la salud.
- Cognitivo-perceptivo.
- Adaptación-tolerancia al estrés.(5).

Tras la valoración se definen los diagnósticos de enfermería:

NANDA	NOC	NIC
00078 Control inefectivo del régimen terapéutico personal.	1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad. 7110 Fomentar la implicación familiar.

NANDA	NOC	NIC
00079 Incumplimiento del tratamiento.	1601 Conducta de cumplimiento.	4420 Acuerdo con el paciente. 5240 Asesoramiento. 4360 Modificación de la conducta. 4480 Facilitar la responsabilidad consigo mismo.

NANDA	NOC	NIC
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.	1602 Conducta de fomento de la salud.	5230 Aumentar el afrontamiento. 5510 Educación sanitaria. 6610 Identificación de riesgos. 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas.

NANDA	NOC	NIC
00083 Conflicto de decisiones.	0906 Toma de decisiones.	5250 Apoyo en la toma de decisiones. 5480 Clarificación de valores. 5390 Potenciación de la conciencia sobre sí mismo.

NANDA	NOC	NIC
00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.	1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.	5270 Apoyo emocional. 7110 Fomentar la implicación familiar.

NANDA	NOC	NIC
00069 Afrontamiento inefectivo.	1401 Control de la agresión.	4420 Acuerdo con el paciente. 6487 Control ambiental: prevención de la violencia. 4380 Establecer límites. 6630 Aislamiento.

NANDA	NOC	NIC
00072 Negación ineficaz.	1300 Aceptación: estado de salud.	5270 Apoyo emocional. 5470 Declarar la verdad al paciente. 4820 Orientación de la realidad.

CONCLUSIONES

Con demasiada frecuencia se elude la valoración de la capacitación del paciente en la toma de decisión de su tipo de ingreso, causando ingreso voluntario pacientes con episodios agudos, nula conciencia de enfermedad y sin adherencia al tratamiento.

La conciencia de enfermedad esta vinculada positivamente con la adherencia al tratamiento y se relacionan con el tipo de ingreso.

La enfermería no debe eludir su aportación específica en la psicoeducación del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento. Creemos que la psicoeducación individual y la puesta en marcha de programas psicoeducativos de adherencia al tratamiento pueden mejorar el cumplimiento terapéutico.

Para ello es preciso trabajar con el paciente sobre el conocimiento de la enfermedad, el motivo del tratamiento y el régimen terapéutico, en el que se incluyen nombre de los fármacos, dosis, frecuencia y conocimientos sobre los efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- José Cabrera Forneiro, José Carlos Fuerte Rocañin. Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense. 1ª ed. Cauce Editorial. 1997. Pág. 173-189.
- 2.- Fernando Santander. Ética y Praxis Psiquiátrica. 1ª ed. Asociación Española de Psiquiatría. 2000. Pág. 151-159.
- 3.- Dr. Omar Kawas Valle Departamento de Psiquiatría Hospital Universitario. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, N. L., México Grupo de Estudios en Esquizofrenia APM.
- 4.- Gonzalez, J. Cuixart, I. H. Carbonell, M. Armengol, J. Azcon. La Baja Adherencia Al Tratamiento Antipsicótico: Actuación de enfermería. Enfermería global N° 7, Noviembre 2005.
- 5.- Mª. Jesús Tejedor García, Mª. Pilar Etxabe Marceil. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. 1ª ed. Editorial Glosa S.L. 2007. Pág.53-56,66-72, 82-91.

Bibliografía Consultada

- Manuel Serrano Vázquez. Esquizofrenia y Adherencia al Tratamiento. Factor clave en el Pronóstico del paciente. 1ª ed. Asociación gallega de psiquiatría. 2007. Pág. 89-109.
- González Varea, J. Abandono del tratamiento Antipsicótico: Entrevista motivacional. Enfermería Global N° 10. Mayo 2007.

LA REPERCUSIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE

Esther Marín Domínguez, María Rubio Horcajada

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos pasamos gran parte de nuestra vida en relación con otros seres humanos, tanto en nuestra vida personal como profesional. La enfermería es una profesión interpersonal, por lo que, realiza sus intervenciones a través de la interacción social. Por ello, el entrenamiento en habilidades sociales supone una ventaja tanto a nivel personal como profesional.

Las habilidades de comunicación y de relación con el paciente suponen unas de las bases fundamentales de la práctica de los profesionales sanitarios y determinan la calidad de los servicios de salud.

Desarrollar una comunicación efectiva no es algo que suceda de forma natural, es un proceso altamente complejo que exige tener conocimientos, además de saber, saber hacer y saber estar.

DESARROLLO

El rol de la enfermera es de cuidar y mantener la salud comprendiendo al propio paciente en su dolor, respetando las creencias que tiene el paciente, aceptando al otro sin distinción de raza, sexo o religión.

Habitualmente el enfermo entra en contacto con la enfermera cuando se encuentra en una situación que le resulta un problema. Pero los problemas humanos no son nunca exclusivamente biológicos, psicológicos y/o sociales, sino también morales, formando una unidad inseparable, ya que todos estos aspectos forman parte de la naturaleza única del hombre.

La comunicación en enfermería

Si analizamos la comunicación que mantienen los profesionales de enfermería con el paciente podemos observar que es un estilo centrado en la tarea y no en el paciente, además de dedicarle poco tiempo y se tiende, generalmente, a negar los sentimientos y emociones:

- Hablar mucho más tiempo que el paciente.
- No hablar de temas psicológicos o sociales.
- Emplear preguntas cerradas.

La mayoría de las enfermeras estructuran así la relación con el enfermo para poder “controlarla” y evitar “pérdidas de tiempo” o conflictos emocionales.

Por lo cual, pueden dedicar el tiempo a aspectos que se consideran primordiales como son las habilidades técnicas. También se impone una relación despersonalizada para ignorar la realidad emocional del paciente intentando evitar los altos niveles de estrés que ésta produce en los profesionales de la salud.

Una buena relación con el paciente

Una adecuada comunicación con el paciente facilita alcanzar los objetivos con éxito, realizar un diagnóstico adecuado y planificar y ejecutar unos cuidados efectivos, por tanto, unos cuidados de salud integrales.

Existe una gran variedad de aspectos que se encuentran relacionados con las habilidades de la comunicación, en los que se incluyen:

- **Capacidad para detectar problemas psicosociales del paciente.**

La no detección de los problemas psicosociales del paciente es una de las principales consecuencias de una comunicación inadecuada. Produce una serie de efectos negativos: aumento del número de bajas laborales, de visitas, de pruebas diagnósticas, de coste económico...

Influye de forma importante las propias características de la enfermera, tiempo de experiencia e interés y preocupación por los temas psicosociales, al igual, que la organización que ésta realiza de sus cuidados.

También es fundamental la forma de entrevistar. En una comunicación mas cerrada es difícil detectar el malestar del paciente. Sin embargo, los que incorporan aspectos psicosociales, una comunicación más abierta, tienen en cuenta la opinión del paciente, muestran empatía y tratan de descubrir lo hay detrás de lo que el paciente demanda, tratándolo como un igual y ayudan a que busque soluciones por sí mismo.

A menudo nos encontramos pacientes que son incapaces de expresar sus preocupaciones o malestar psicológico, porque no están acostumbrados a expresar sentimientos.

Cuando existen problemas psicosociales en la comunicación no verbal se manifiesta por: incapacidad para mantener el contacto visual, tensión corporal y aspecto deprimido; y en la comunicación verbal por: silencios o contradicciones en la conversación y discordancia entre la comunicación verbal y no verbal. La razón principal de que el profesional no detecte el problema es por llevar un esquema predeterminado de lo que debemos hacer con el paciente, por lo que no le prestamos atención.

- **Seguir correctamente el tratamiento.**

Uno de mayores problemas que surgen en el abordaje de cualquier enfermedad es que el paciente siga correctamente el plan de cuidados y el tratamiento.

Las consecuencias de no seguirlo correctamente son muchas, por un lado, disminuye la eficacia terapéutica lo que provoca mayor número de ingresos, un mayor gasto sanitario. Por otro lado, produce la insatisfacción de paciente y el deterioro de su relación con enfermera-paciente.

La buena relación paciente-enfermera es un factor fundamental para cumplimentar correctamente el tratamiento. Para ello el profesional debe mantener una actitud empática, una conversación informal, evitando tecnicismos, actitud atenta, implicación y supervisión, y dar una información adecuada sobre su enfermedad, los cuidados y el tratamiento.

- **Estado de salud del paciente.**

El estado de salud del paciente se compone de dos aspectos: el objetivo, que puede medirse mediante pruebas complementarias y el subjetivo, descrito por el propio paciente.

Algunos estudios demuestran que los pacientes hipertensos normalizan sus cifras tensionales, los diabéticos estabilizan sus niveles de glucemia y las mujeres con cáncer de mama mejoran su capacidad funcional cuando pueden comunicarse de forma satisfactoria con sus cuidadores.

- **Pronóstico de la enfermedad.**

El pronóstico de la enfermedad viene condicionado por el estado general de salud del paciente, sobre todo el estado de salud subjetivo. Por ejemplo, en paciente somatizadores el proceso tiende a cronificarse si los enfermos piensan que su trastorno es grave e invalidante.

El estado subjetivo de salud es más fácilmente modificable mediante la relación con el profesional, ya que está influenciado por las expectativas del propio paciente. La mayor parte de los profesionales de la salud tienden a preocuparse por el aspecto objetivo de la salud. Por lo que, facilitar una información adecuada de la enfermedad o ventajas de seguir los cuidados y el tratamiento, mejoran el estado subjetivo de salud.

• **Satisfacción de paciente.**

La satisfacción del paciente en su relación con la enfermera depende de muchas variables entre las que destacan, por un lado, la capacidad de comunicación de la enfermera, ya que la mayoría de los pacientes como efecto de la enfermedad necesitan protección y tener la sensación de que se preocupan por él, no sentirse juzgados ni dominados por parte de los profesionales.

Y por otro lado la mejora del proceso de enfermedad, que depende de diversos factores, pero un cierto porcentaje depende de la adecuada capacidad de comunicación con los profesionales. Los enfermos valoran al máximo el hecho de sentirse comprendidos y a un profesional con una buena capacidad de comunicación.

• **Problemas legales.**

En los últimos años las denuncias a profesionales de la salud se han incrementado en todos los países occidentales y cada vez es más frecuente en enfermería. En casi todos los casos se han producido por una relación deteriorada con el paciente aunque existen otros factores. Por lo que la relación con el paciente es considerada como un aspecto clave. Aun así, no se trata de utilizar la relación con el paciente para prevenir las demandas sino que el mantener una adecuada relación nos evitará situaciones conflictivas.

CONCLUSIONES

El ejercicio profesional de las enfermeras se realiza en continua interacción con los pacientes y las familias, por ello la comunicación es un instrumento fundamental.

Desarrollar una adecuada relación con el paciente ha demostrado que siguen mejor los cuidados y existe una menor carga asistencial. Una adecuada comunicación es una atención de mayor calidad y sobre todo una mayor satisfacción profesional y personal.

La enfermera juega un papel muy importante en la estructura sanitaria. Actualmente, la enfermería, la comunicación y la relación con el paciente, familia y dentro de los equipos multidisciplinares tiene una gran trascendencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Vuori, H.V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Barcelona. Masson. 1988
- Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. España. Salvat Editores. 1990
- Cibanal, J.M. Interacción del profesional de enfermería con el paciente. Madrid: Pirámide. 1991
- Tazón, M.P. y García Campayo, J. Relación y comunicación. Madrid: DAE colección enfermería S. XXI. 2000

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Isabel Martínez Planas, Elena Pamplona Calejero

Hospital Real Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Hasta el siglo XV no existió beneficencia en Zaragoza y era la compasión de pudientes y caritativos la que lleva a la creación de numerosos hospitales: Hospital de la Seo, San Bartolomé, San Pablo, San Julián, San Blas, San Gil, San Felipe, Santa Marta, etc. Todos estos hospitales van desapareciendo con la creación del hospital Nuestra Señora de Gracia.

Alfonso V ante la solicitud del pueblo, y teniendo en cuenta su situación estratégica, cercana a Francia y punto medio entre Castilla y Cataluña, fundó en el año 1425 el nuevo hospital benéfico con capacidad para 800-1000 personas. En él se asistía a todas las personas necesitadas de ayuda, sin distinción de género, religión, nacionalidad, etc., tal y como se ve todavía reflejado en la fachada en su emblemática frase “Domus infirmorum urbis et orbis”.

A final del siglo XV el hospital figuraba entre los 5 primeros hospitales de España.

El gobierno del hospital estaba en manos de los regidores, que eran nombrados por el rey. Los regidores y administradores eran los que se encargaban de supervisar el buen funcionamiento del hospital. Según las ordenaciones de Escarpín, vigentes en el siglo XVII y XVIII, había 5 regidores: 2 eclesiásticos canónigos, 2 seculares y 1 persona principal de las más abonadas de la ciudad. Posteriormente éstas fueron ampliadas por Carlos II en 1631. En el siglo XIX a causa de la indisciplina del personal civil, el padre Bonal trajo 12 religiosas de la Caridad de Santa Ana, con la madre Rafols como superiora. Se consiguió así mantener el orden, la limpieza, evitar la inmoralidad dentro del edificio, y asistir con esmero a los enfermos.

El 4 de Agosto de 1808, los franceses se apoderan del Hospital y queda completamente destruido.

En 1809 se decide ocupar la Casa de Convalecientes para dar continuidad al Hospital destruido, para ello, es preciso habilitarla y ampliarla. Los convalecientes son trasladados al hospital de Peregrinos de la Plaza del Carmen.

En 1810, el Hospital Nuestra Señora de Gracia estaba instalado en la actual calle Ramón y Cajal. Todo esto es posible gracias a la caridad de los zaragozanos, puesto que desapareció la fuente de ingresos que proporcionaba el Teatro de Comedias.

En 1830 se construye el Departamento de Dementes y dada su importante incremento de asistencia, en 1888 se construyen 2 pabellones del manicomio de Nuestra Señora del Pilar en el Terminillo.

En 1868 se suprimen las juntas de beneficencia y pasa a cargo de la Diputación de Zaragoza, la cual sanea el terreno, construye salas diversas y edifica un pabellón que sirve de manicomio provisional.

En cuanto a las dependencias podemos destacar:

SIGLO XV

- Spitalet: receptor de enfermos.
- Enfermerías o cuartos.
- Iglesia.
- Cementerio.

SIGLO XVI

- Departamento de locos, de expósitos, de tiñosos, aposentos de parturientas y 18 cuadras.

SIGLO XVII

- Salas de enfermos.
- Pabellones especiales.
- Departamentos de carácter religioso.
- Aposentos de empleados y sirvientes.
- Teatro y Mesón.
- Corrales.
- Huerto.
- Pasadizos o pasillos.
- Otras dependencias.
- Botica.
- Dependencias agrícolas.

SIGLO XVIII

- Desaparece el servicio de convalecientes y el de mujeres arrepentidas. Se estableció un pensionado de enfermos y parte de las cuadras quedaron reservadas para los militares. Se unifican las enfermerías pequeñas en otras mayores. Se construye una sala para 100 camas, el teatro anatómico, la cataplasmería y un nuevo teatro en 1769.

ORIGENES DE LOS MANICOMIOS

Aparecen como asilos para albergar y tratar enfermos mentales siendo de origen oriental. Los monjes de la Merced, que estaban en contacto con los musulmanes debido al rescate frecuente de prisioneros cristianos, aprendieron de estos y principalmente de los turcos a construir y organizar asilos de locos. Uno de estos frailes, Fray Xilberto Xofré, fundó en el año 1.409 el primer asilo de alienados en Valencia. Siguió a este el de Zaragoza, Sevilla, Valladolid y Toledo. El primer manicomio musulmán data del siglo VII. De España se extendió la costumbre por Italia, donde en poco tiempo se establecieron los asilos de Bérghamo y Florencia. (2)

SIGLOS XV y XVI

El Hospital Real y Provincial de Nuestra Señora de Gracia fue fundado en el año 1.425 por el Rey don Alonso V de Aragón. Dicho monarca tenía predilección por las obras de beneficencia. Tras la conquista de Marsella decidió crear un establecimiento que abriera sus puertas a todos los dolientes que ante el mismo se presentaran. Para el sostenimiento de esta beneficencia dotó su fundación con inmensas rentas. Además dio otros privilegios como el uso del color verde en el establecimiento, el cual se vio en los uniformes de los trabajadores y de los dementes, y la jarra de azucenas representada en el escudo del establecimiento.

Se consideró el primer hospital del mundo que albergó a la vez locos, enfermos y expósitos. La fundación de Alonso V debe figurar en la historia de la patología mental como la primera vez que se considera al loco como enfermo. La fundación de Alonso V fue más la de un manicomio que la de un hospital lo que se recoge en sus palabras: “Recoger a los insensatos, evitar los insultos a que se hallan expuestos, mejorar su situación y procurar restablecerles el juicio”.

El hospital unía la triple característica de ser un establecimiento eclesiástico unido a un gobierno municipal y cívico. Es en este siglo donde se elaboran las primeras ordenaciones para el hospital regidas por el monarca Alonso V.

El hospital se extendía por el Paseo Independencia, desde el convento de Jerusalén hasta la Cruz del Coso. En la calle interior del hospital se hallaban los edificios que convenía mantener

alejados del público: entre otros, los pabellones de los locos y locas. Los sucesores de Alonso V: Juan II, los Reyes Católicos, Carlos V y Felipe II, se sabe que continuaron la labor benéfica de su predecesor y dotaron de privilegios al edificio. (2)

SIGLO XVII

En la primera mitad del siglo XVII se produce un gran crecimiento económico y demográfico del Reino de Aragón. Durante este siglo se crean nuevas ordenaciones del Hospital, las cuales nombran entre otros aspectos los siguientes:

- “Ordenamos que se reciban los locos y locas que fueren pobres y desamparados, tomando información de los Regidores de los vecinos del lugar y haciéndoles examinar si son locos o no. Y si alguno anduviere por la ciudad en peligro, lo recogerán y traerán al hospital”.
- Se nombró durante esta época la figura del Padre para el cuidado de los hombres y la figura de la Madre para el de las mujeres. Dentro de la casa se hacía trabajar a los enfermos y podían oír misa todos aquellos que no hicieran ruido ni montaran escándalo.
- Las ordenaciones hacen referencia a la necesidad de que los médicos pusieran un tratamiento a los enfermos y calcularan el tiempo que necesitaban de curación. Como veremos en siglos posteriores este último punto se olvida.
- “La entrada de los locos y locas se pondrá en el libro de entrada de los enfermos, con título aparte, asentando con claridad y distinción el nombre del que se recibiere y el lugar de donde fuere, asentando asimismo el objit a los que murieren y el recessit a los que curaren.” (3)

El padre Murillo en su obra “De las excelencias de Zaragoza” dice lo siguiente: “Para gobernarlos y tenerlos sujetos hace falta personas muy prudentes y cuerdas; que es menester mucha prudencia y cordura para gobernar locos; especialmente siendo tantos que los hombres llegan a 120 y las mujeres a 140. Son estos locos y locas de mucho provecho, porque las locas lavan los paños y hacen coladas y los locos sirven en algunos ministerios tan asquerosos, que, si tuvieran juicio, con dificultad se aplicarían a hacerlos si no tuvieran muy grande caridad.” (4, 5, 6)

SIGLO XVIII

Las dificultades económicas de la época, la crítica negativa que dentro del nuevo espíritu europeo se hace contra estas viejas instituciones y los días surgidos tras la Revolución Francesa dan lugar a la aparición de nuevas necesidades y derechos individuales. La ideología de la época se basó en el humanitarismo asociado a la fe profunda en las virtudes prácticas de la eficiencia, la simplicidad y la economía.

Durante la época de Felipe V se produjo un proceso de centralización, corrección y unificación de las actividades hospitalarias. Durante la Ilustración se difunde la idea de que hay que disminuir la pobreza y la enfermedad lo que trae como consecuencia la mejora paulatina de los servicios hospitalarios. (7, 8)

La ciudad de Valencia fue la precursora de la actividad psiquiátrica hospitalaria española. Con posterioridad y con la fundación del Hospital Nuestra Señora de Gracia apareció una sección dedicada al campo de la salud mental con características totalmente innovadoras a todo lo conocido con anterioridad. Dicha originalidad e innovación radicó en la utilización por primera vez en la historia de la laborterapia o terapia ocupacional como parte integrante y esencial del tratamiento del paciente psiquiátrico.

La asistencia ofrecida por el establecimiento en estudio cumplía los criterios de ser integral e integrada pudiendo acceder a la misma, locos de todos los reinos y países. Así fue como el hospital se convirtió en un referente a nivel nacional e internacional del momento. (9, 10)

Para el ingreso en las salas de dementes era necesario poseer un certificado de locura y pobreza, así como aportar un pago por estancia en proporción a las posibilidades de cada uno. Dicho justificante lo realizaba el paciente bajo juramento. Para evitar posibles falsificaciones en dichos documentos al ingreso del mismo se realizaba una inspección por parte de los médicos del centro que daban el visto bueno o no sobre la aceptabilidad del individuo.

En el siglo XVIII parece perderse la costumbre de que el médico visite al enfermo intentando valorar diversas alternativas además del ingreso, por lo cual el paciente ingresaba de forma inmediata. Según Gimeno Riera los pacientes permanecían con el resto de los enfermos donde se vigilaba su conducta y se decidía si debían pasar a la sala de dementes. Se registraba el número de pacientes que ingresaban o que morían, pero, pocas veces los que sanaban.

Los pacientes más distinguidos, según Iberti, “estaban separados del resto porque para ello pagaban más rentas que los demás”. Los colocaban en mejores dependencias, recibían mayor cantidad de alimento y poseían sus propios criados. Dichos factores que en un principio podían parecer positivos alejaban al paciente de su mejoría ya que éste no se implicaba en la práctica de la laborterapia como el resto, con lo cual no disfrutaba de los beneficios de la misma. El pago de la estancia podía ser en especie o en moneda.

El número de dementes promedio durante este siglo fue sobre 200 dementes, hasta la segunda mitad del siglo, que aumentó su número en relación con el aumento de la oferta asistencial. El hospital se caracterizaba por prestar una atención a otras regiones de España de igual manera que se ofrecía a los habitantes de Aragón. Además la asistencia que ofrecía era de enorme calidad con respecto a otros establecimientos de las mismas características. El hecho de que el hospital tuviera las puertas abiertas a todo el mundo puede verse claramente reflejado en el lema que preside en su puerta de entrada: “Domus infirmorum, urbis et orbis”.

En toda la zona nordeste de España a mediados del siglo XVIII la asistencia psiquiátrica se centraba de forma exclusiva en los hospitales de Barcelona, Valencia y Zaragoza.

Los habitáculos destinados a la asistencia de estos pacientes se denominaban quadras o salas y eran dos en número, una para los hombres y otra para las mujeres. Parece ser que la sala de hombres estaba en peor condiciones que la de las mujeres. La de mujeres estaba supervisada por una madre. La de hombres poseía una cocina para calentarse. Tanto una como otra tenían dormitorios insalubres, criticados en varias ocasiones por los inspectores que evaluaban las dependencias y que provocaban la muerte segura de algunos pacientes.

En 1.762 se concluyó la obra de un nuevo departamento de dementes varones cuyas condiciones y características eran sustancialmente mejores. Entre ellas destacan las siguientes: Una sala grande para dormir, una sala de recreo y varios corrales. Las condiciones higiénicas y ambientales eran mejores ya que poseían calefactorio, letrinas privadas, gavias, guardarropa, refectorio, cocina y cuarto para los padres y para los pacientes distinguidos.

Los pacientes más agresivos se mantenían encerrados en gavías o cuartos de aislamiento, algunos de madera y otros de yeso. Eran de pequeñas dimensiones, con un agujero redondo en el interior como letrina, una pequeña ventana para ventilación y un agujero en la puerta para la comida. Con la finalidad de que no se baldaran y para medicarlos adecuadamente los padres los sacaban fuera de las gavías y en el caso de que estuvieran agresivos se les ponían grillos y esposas. El resto de los pacientes que no estaban aislados disfrutaban del aire libre en diferentes corrales. Según su gravedad el área de descanso era diferente, los más violentos dormían en las gavias, los poco violentos en un entarimado sobre el suelo y los más leves en camas.

Los dementes eran asistidos por la figura de la “madre” o el “padre”, que se ocupaban de lo que hoy llamaríamos sus necesidades humanas básicas (vestido, higiene y alimentación). Existía la figura de la “madre” o el “padre inferior” y la del eclesiástico que vela por el cumplimiento adecuado de los cuidados. La aparición de estas figuras ya se conoce desde el siglo XVII.

La actividad médica asistencial no se cumplía en la primera mitad del siglo XVIII, los locos no eran asistidos por el médico excepto por causas orgánicas. Esta situación fue denunciada en el año 1.730 por el Secretario de la Sitiada. Finalmente en el año 1.767 se decide nombrar un médico exclusivamente para los dementes, lo cual ocurrió de forma exclusiva en Zaragoza.

Igualmente se denunció las malas cualidades de la dieta, era escasa y desequilibrada, lo que incidía también en la mala evolución de la demencia. Se guardaba a los dementes la comida de peor calidad, sin especias, ni legumbres, ni tocino. Según el mayordomo, el Enfermero Mayor y el Boticario, la comidaapestaba por donde pasaba y todo el hospital se lamentaba de que se tratase tan mal a los pacientes. Recibían la misma cantidad de vino y pan que el resto de los enfermos, realizándose dos comidas diarias a las 10 y a las 18 horas. A raíz de la muerte de varios enfermos por déficit nutricional se enriquece la dieta con garbanzos y carnero. Con el paso del tiempo aumentó la cantidad y calidad de la comida, cosa que no ocurrió en otros hospitales de Europa.

Sólo se solía medicar a los pacientes más coléricos, utilizándose como principal terapia el trabajo moderado del campo y la ventilación. Además se realizaban baños de agua dulce y sangrías.

En cuanto al uniforme que llevaban dependía del estado del paciente: los más graves iban desnudos, los que estaban mejor llevaban el “saco” de terliz y a los pacientes estabilizados se les ponía la “librea”. La librea consistía en un uniforme verde y pardo, con los colores distintivos de la Casa Real, el uniforme era usado cuando el paciente salía del centro a modo de identificación. Las salidas del paciente solían ser para la recogida de limosna, realización de trabajos en el exterior, entierros y procesiones. Se tomó también de la Casa Real el escudo con la jarra de azucenas convirtiéndose en representación característica del establecimiento desde su origen.

Volviendo al tema de la laborterapia, Felipe Pinel fue quien divulgó en su obra “Tratado médico filosófico sobre la alineación mental o la manía” la técnica más novedosa y revolucionaria como era en aquel momento la aplicación de la terapia ocupacional al demente. En dicho Tratado se pueden observar los elogios hacia el procedimiento que se aplicaba en el tratamiento de la locura en nuestro Hospital: “Tenemos que envidiara cierta nación vecina un ejemplo, que nunca será bastante conocido. No lo presenta Inglaterra, ni Alemania sino España, en una de cuyas ciudades, Zaragoza, existe un asilo para enfermos, y principalmente, para locos, de todos los países, y de todos los gobiernos, con la sencilla inscripción Urbis et Orbis. Los celosos fundadores de este establecimiento se propusieron, no sólo plantear el trabajo mecánico, sino también hacerlo servir de contrapeso a los extravíos del entendimiento, por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos y por el natural instinto que conduce al hombre a labrar la tierra y satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria.

Desde el amanecer, unos orates se ocupan en las tareas del servicio doméstico, otros pasan a sus respectivos talleres y los más se dividen en pelotones que, bajo la dirección de vigilantes inteligentes e instruídos, se esparcen por las fincas propiedad de la Beneficencia, donde se ejercitan con cierta emulación en los trabajos agrícolas propios del tiempo. El día se pasa en una actividad continua, solamente interrumpida por intervalos de descanso. El cansancio y la fatiga proporcionan. Por la noche, un sueño reparador, demostrando la experiencia que es este procedimiento el medio más seguro y eficaz para recobrar el uso de la razón. Por consiguiente, deben esperarse curaciones operadas con esa vida activa, ya que las locuras de los bien acomodados, los cuales se niegan por sí, o por los suyos, a dedicarse a los trabajos corporales o manuales, resultan incurables casi siempre. Sin embargo, desde los tiempos más remotos también los enfermos distinguidos salen diariamente a paseo por las afueras de la capital.

El hombre es consolado de este modo en la mayor y más horrible de sus desgracias. Su dignidad ha salido victoriosa. Inglaterra y Francia se llevan la palma de este triunfo que, en justicia, pertenece a España, al Hospital de Zaragoza”.

Recordemos que en esta época los locos de Bicetre eran cargados de cadenas, castigados con dureza inexplicable y arrojados en el fondo de infectas mazmorras. Los enajenados de Bedlan, fundada por Enrique VII, en 1547, eran exhibidos al público de igual manera que hoy se exhiben a las fieras en los circos. Pinel a su vuelta a Bicetre, implantó el régimen de trabajo que se usaba en el Hospital de Zaragoza.

Existen diferentes teorías sobre si el médico alienista francés visitó o no el hospital de Zaragoza. Parece ser que lo más probable fuera que se basara en los trabajos de Iberti. La aplicación de la laborterapia se veía reflejada en numerosos campos como eran: la cocina, la costura, el refectorio, el horno, la albañilería, la yesería, la cría de gusanos de seda, la recogida de plantas medicinales, el transporte de agua, la limpieza de los vasos, el cultivo del olivo y la recogida de enfermos.

En 1.768 se replantea la viabilidad económica de la sala de dementes, por sus largas estancias y su procedencia no sólo de Aragón. Se rechaza la propuesta primando la condición de establecimiento de beneficencia por encima de todo. (11, 12, 13, 14, 15)

A modo anecdótico, comentamos como el pintor aragonés Francisco de Goya representó en algunos de sus lienzos la temática de la locura. Esto se ve reflejado más concretamente en su cuadro “El corral de los Locos” en el cual el autor representa una sala de dementes del hospital Nuestra Señora de Gracia. Existen evidencias históricas que certifican el paso por la Sala de Dementes de dos familiares del pintor, lo que le haría conocer más de cerca todavía la problemática del enajenado mental. Incluso se piensa que el mismo Goya sufrió en sus propias carnes la locura. (16)

SIGLO XIX

El día 15 de Junio de 1.808 las tropas francesas bombardean el establecimiento, lo que hace necesario trasladar a los enfermos a otros lugares como: La Lonja, La Casa de Misericordia, La Casa Consistorial y el Hospital de Convalecientes. Algunos dementes lograron escapar, otros fueron hechos prisioneros y otros encontraron la muerte.

Se decide un año después continuar la actividad en el Hospital de Convalecientes, fundado en el año 1.677 por el Arzobispo Don Diego de Castrillo, establecimiento que ya venía cubriendo parte de la carga asistencial del Hospital Nuestra Señora de Gracia. El edificio tuvo que habilitarse porque era de pequeñas dimensiones y faltaban condiciones de comodidad e higiene. (4)

El Departamento de Dementes anexo al Hospital Nuestra Señora de Gracia, construido enfrente y a pocos metros de él, fue una edificación terminada en 1830 y realizada ante la evidente necesidad de ampliar el hospital, por una parte, y por otro, de hacer una separación entre los dementes y el resto de la población.

No fue un edificio ostentoso. La situación en que se encontraba España por entonces, social, económica y políticamente, y más aún Zaragoza, cuando aún no se había repuesto de los Sitios, no permitía mayores gastos. (2, 11, 17, 18)

Las circunstancias necesarias para admitir a los enfermos dementes en dicho hospital vienen recogidas en el siguiente texto:

“Para ser admitidos los Dementes en esta Sta. Casa, es necesario en general, que se presenten con certificación jurada de los facultativos que los hayan visitado en dicha su enfermedad, considerándolos por Dementes actuales y habituales.

Si los Dementes son persona pudientes, deberán sus interesados antes de su admisión en este Hospital convenirse con el Mayordomo del mismo, sobre el tanto que deberán satisfacer por sus alimentos, y obligarse al pago de lo convenido por mesadas anticipadas, puestas de su cuenta y riesgo en la Mayordomía de este Sto. Hospital.

Si son pobres, deberán hacerlo constar mediante una información jurídica de testigos, en la que deberá resultar que no le reconocen bienes, renta ni arbitrio alguno, y por consiguiente que

le consideran pobre de solemnidad, a cuya información deberá acompañar una certificación de su cura Párroco que compruebe estos mismos extremos.

Si el Demente tuviere algunos bienes, aunque sean pocos, deberá expresarse en dicha información con toda individualidad, pues ya que no pueda con sus productos satisfacer al Hospital todos los gastos que cause en él, deberá a lo menos entregar aquella cantidad que buenamente pueda en parte de compensación de ellos.

Todos los citados documentos siempre que sean de fuera del Reino de Aragón, deberán venir legalizados por dos Escribanos.

Los Dementes que llegaren sin estos requisitos, no serán admitidos, por exigirlo así las Reales ordenaciones que gobiernan esta Sta. Casa, y si algunos se admitieren por pobres no siéndolo, teniendo noticia de ello, se solicitará el pago de sus alimentos, y si esto no consiguiese, serán devueltos a sus casas.

Para que en ningún caso se alegue ignorancia, se imprime y circula la presente instrucción en virtud de lo acordado por la Ilma. Sñada o Junta de Gobierno de dicho Sto. Hospital en la que se celebró el 29 de Abril de 1816.” (18)

Los defectos del departamento, fundamentalmente estructurales, agravados por el paso del tiempo, hacían necesaria la construcción de otro que reuniera las debidas condiciones de amplitud, emplazamiento y estructura. En la sesión del 17 de septiembre de 1868 de la Diputación Provincial se acuerda la construcción de un manicomio modelo. Inauguradas las obras en 1878, sólo se pusieron en funcionamiento en 1890 para hombres, siendo el traslado de las mujeres pospuesto para los comienzos del S.XX.

Respecto a la procedencia de los ingresados, además de los dementes de Aragón, eran frecuentes los de Navarra y País Vasco. El traslado de los dementes desde el lugar de origen al departamento y viceversa se efectuaba en compañía de los familiares o por algún agente de los ayuntamientos correspondientes (denominados comisionados) o incluso por la pareja de la guardia civil. Los ayuntamientos de tránsito por los que pasaban estaban obligados a facilitar cuanto necesitaban, obligación que era recíproca entre ellos.

En el caso de los extranjeros con enajenación, se comunicaba al cónsul de su país para su traslado correspondiente. Se desconoce si se derivaban por motivos económicos o por otras razones, como la dificultad en el idioma.

En cuanto a los médicos que se encargaron del departamento de dementes podemos citar: Don Francisco Fernández de Soto, Don Antonio Vieta y Sala, Don José Gea, Don Manuel de la Muela y Solanas, Don Joaquín Melendo y Ortiz, Don Vicente Ciruelos, Don Liborio de los Huertos y Larralde, Don Antonio Escartín.

Las historias clínicas del S.XIX eran breves y reflejaban el estilo de la época, retórico, primoroso pero siempre delicado, incluyendo en sus descripciones valoraciones morales que eran muy del agrado de la época. En la historia clínica podíamos distinguir:

- La descriptio subjecti era la presentación del enfermo desde el punto de vista biológico, psicológico y social del mismo, constandingo del nombre y apellidos, edad, sexo, estado, naturaleza, residencia, profesión, etc.
- Los praegressa o antecedentes eran el segundo elemento que debía constar en toda historia clínica.
- El status preesae era el tercer elemento y venía a ser como la enfermedad actual, que constaba de: cuándo, cómo, qué hubo antes del comienzo, cuál fue el curso de la enfermedad hasta la visita del médico, estado del enfermo cuando recibía la visita del médico, seguido todo ello de una tentativa de diagnóstico.
- El cursus morbi era la relación de todo lo que le sucedía al demente dentro del departamento: las mejorías, agravaciones, enfermedades concurrentes, etc.
- El exitus o terminación de la enfermedad por curación, fallecimiento, mejoría o fuga.

ENFERMEDADES MENTALES

A. CLASIFICACIÓN

1. Manía

Con esta palabra no se referían a lo que hoy entendemos con la misma. Como ocurría con la demencia, a veces se tomaba en sentido genérico de enajenación mental. Comprendían con esta palabra toda una serie de trastornos que tenían en común el presentar “una afección general, ordinariamente crónica y sin fiebre, de las facultades intelectuales, afectivas e instintivas, con exaltación de gran parte de éstas, alucinaciones y errores de los sentidos.”

Con estas características tan poco concretas, gran número de procesos eran incluidos dentro de este grupo. Las formas de manía más frecuentes eran: manía aguda, manía congestiva, manía crónica, manía furiosa, manía epiléptica, manía pelagrosa y manía ebriosa.

2. Monomanía

Según Esquirol, “es una forma de locura que consiste en una afección, por lo común crónica y sin fiebre, de las facultades intelectuales afectivas instintivas, con exaltación, alucinaciones y errores de los sentidos, limitada a una sola idea, sentimiento e instinto o a un solo orden de las mismas.” Cualquier cuadro mental que condujera a la auto o heteroagresión eran, sin más, monomanías suicida u homicida, siendo tendencias que se pueden dar en las más variadas situaciones psicopatológicas, que entonces eran escasas y mal conocidas.

3. Lipemanía

Término creado por Esquirol para indicar un delirio parcial crónico, mantenido por una pasión triste, debilitante u opresiva.

4. Idiotismo, imbecilidad y demencia

5. Epilepsia

Todas las formas de epilepsia tenían una repercusión psiquiátrica. Eran formas asociadas a idiotismos o imbecilidad (las cuales, junto a la epilepsia, eran muchas veces consecuencia de alguna afección de base neurológica; malformación cerebral, encefalopatía, meningitis, etc.) o eran formas psiquiátricas agudas o intermitentes (formas maníacas, estados confuso-oníricos, formas crepusculares, etc.), o eran formas demenciales.

6. Alteraciones mentales producidas por el alcohol

La ebriomanía formaba parte de ese gran grupo nosológico que eran las monomanías. Conducían al alcohol pero la alteración psíquica era anterior a los efectos producidos por el mismo.

Por el contrario, el alcoholismo, la ebriosidad, la locura ebriosa, era la consecuencia de los efectos tóxicos del alcohol. Dentro del alcoholismo distinguían aparte de la embriaguez aguda, la degeneración de las costumbres, las alucinaciones ebriosas, el delirium tremens, la manía a potu, la melancolía ebriosa y la demencia ebriosa. La manía a potu se corresponde con lo que hoy día entendemos por embriaguez patológica.

Por otro lado Don Antonio Vieta clasificó a los enfermos del Hospital de la siguiente manera:

- Enajenados de todas clases, simples y complicados con varias manías, y aún con crímenes.
- Ebrios o enajenados por el abuso de vinos y licores.
- Criminales sin otra causa, especialmente de Burgos y Guadalajara.
- Epilépticos simples y complicados.

- Paralíticos con complicaciones y sin ellas.
- Individuos inaplicados con carácter dominante.
- Individuos sin afección, pero, con especulaciones de familia.

B. ETIOLOGÍA

Entre las causas de las enfermedades mentales se encontraban las causas hereditarias, no congénitas o adquiridas y, en algunos casos, se asociaban a varios factores.

C. TRATAMIENTO

Podemos considerar tres aspectos dentro del tratamiento psiquiátrico:

a) Tratamiento moral

Es el conjunto de medidas dirigidas hacia el enfermo, bien por medio del racionamiento, de la sugestión o de la intimidación y con el fin de provocar un conjunto de reacciones favorables a su curación.

En este sentido, el aislamiento es el primer medio de tratamiento moral. Los medios coercitivos de otros tiempos que, aunque no desaparecidos del todo, fueron suavizados, también entran en este apartado. Las cadenas fueron sustituidas por gavias o celdas de aislamiento, por cinturones o correas, etc. En las historias del manicomio son contadísimas las ocasiones que se mencionan estos medios. Calmar y tranquilizar a los enfermos también formaba parte de este tipo de tratamiento.

b) Terapéutica ocupacional

En realidad, también es una variedad o aspecto del tratamiento moral y de gran importancia, según Pinel. La mala situación económica de la época influyó negativamente sobre la vida del departamento y, sobre todo, sobre la manera de realizar los trabajos que, con fines terapéuticos, se ejecutaban o realizaban de forma tan elogiada por los visitantes.

Para las mujeres no existía más laborterapia que las salas de costura y la portería. También ayudaban en la cocina y en la limpieza de las salas.

Para los hombres había más salidas. La bodega, el taller de carpintería, las huertas del hospital, el acarreo del agua y, sobre todo, el trabajo agrícola de las fincas inscritas a nombre del hospital.

c) Tratamientos médicos

- Cuidados higiénicos. Sobre todo en lo referente a la dieta (dieta atemperante, dieta con el significado de ayunas, sopa, dieta animal, dieta de tamarindos, ración de sala con el significado de dieta normal.) Por parte de otros cuidados higiénicos el paseo era recomendado con frecuencia.
- Remedios físicos. Se empleaban los baños generales templados, las sangrías (efectuadas en su mayor parte a través de la sanguijuela colocada detrás de las orejas y en los márgenes del ano), etc.
- Remedios farmacológicos. Se hacía amplio uso del vinagrillo y del vinagrillo alcanforado, del oxicato en forma de fomentos, del yoduro, de la solución de Fuller (forma magistral del opio.) A veces se empleaban los preparados ferruginosos (aceite de hígado de bacalao y bromuro.)

Comentó también el profesor Vieta en algunas de sus obras las cualidades que debía tener una persona para cuidar a este tipo de enfermos explicándolo de la manera siguiente: "Instrucción, circunspección, suavidad y afabilidad, alternadas con la firmeza de carácter. Además explicó algunas de las terapéuticas empleadas con este tipo de pacientes: El uso de

antiflogísticos, los purgantes, los sudoríficos, los sinapismos, las cantáridas, los baños generales y locales, las fomentaciones frías en la cabeza con nieve, las sangrías, la aplicación de sanguijuelas y los polvos de Dower para la epilepsia. (17, 18, 19, 20, 21, 22)

NUEVO MANICOMIO

Debido al aumento de las funciones de asistencia benéfica se acordó en el año 1.873 la construcción de un Manicomio Modelo, en terrenos conocidos con el nombre de Granja de Nuestra Señora del Pilar. La edificación de los diferentes pabellones se hizo de forma muy progresiva llegando al número de ocho. En 1.910 se cede el edificio al Estado para su gestión y mantenimiento.

Sobre 1.930 se agudizó en todo el país el problema de la asistencia al enfermo psíquico, haciéndose necesaria una reforma de la legislación vigente, lo cual desencadenó la elaboración de un decreto ministerial sobre el tema. No fue suficiente con este decreto, por lo que en el año 1.955 se dictaba una ley sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. A tenor de esta ley el Manicomio debía ser sustituido por el Hospital Psiquiátrico dotado de la plenitud de recursos científicos que la técnica del día exigía.

El servicio de Psiquiatría y Toxicomanías del Hospital Nuestra Señora de Gracia contaba con 85 camas, ubicadas en el pabellón Ramón y Cajal, situados en los actuales terrenos del edificio de Hacienda.

El Dr. Rey Ardid fue jefe de servicio del pabellón hasta su demolición, siendo trasladados los pacientes al Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar.

Algunos de los tratamientos realizados en esta época eran:

- Electroshock. Indicados en casos de depresiones endógenas, manteniéndose todavía en la actualidad.
- “Silla eléctrica”, en la cual se sujetaba al enfermo ya que producía sacudidas bruscas a nivel muscular.
- Cura de Sakel, que consistía en la provocación de un coma hipoglucémico a través de la administración de cantidades cada vez mayores de insulina. Se despertaba posteriormente al enfermo con jarabes azucarados y estaba especialmente indicado en las esquizofrenias.

Posteriormente se reanuda la actividad psiquiátrica en el hospital Nuestra Señora de Gracia con la apertura de una Unidad de Agudos y Toxicomanías.

En el año 2.004 se crea la primera unidad a nivel nacional de hospitalización específica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la personalidad volviendo a sus orígenes pioneros en el campo de la Salud Mental. (23, 24, 25)

CONCLUSIONES

- El Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza es el segundo psiquiátrico que se creó en España a nivel nacional
- Es pionero en la aplicación de la laborterapia como parte del tratamiento a los enfermos mentales, siendo imitado su modelo por prestigiosos personales históricos como Pinel
- La evolución de los tratamientos a lo largo de los siglos ha sido lenta, pero llena de fructíferos avances en la materia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez López M, Marchador Pinillos B. Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia. Papel del enfermero en los siglos XVII y XVIII. Zaragoza, 2.003.
2. Gimeno Riera J. La casa de locos de Zaragoza y el hospital Nuestra Señora de Gracia: apuntes históricos. Librería de Cecilio Gasca. Zaragoza, 1.908.

3. Ventura V. Ordenaciones del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de la ciudad de Zaragoza. Zaragoza, 1.836.
4. Blasco Ijazo J. Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza: vicisitudes registradas en quinientos treinta y cuatro años de constante labor humanitaria. Talleres editoriales el Noticiero. Zaragoza, 1.959.
5. Blasco Ijazo J. Historia del Manicomio Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza. Ayuntamiento de Zaragoza. 1.960. Aquí Zaragoza. 6: 179-194.
6. Blasco Ijazo J. El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia. Ayuntamiento de Zaragoza. 1.960. Aquí Zaragoza. 6: 153.
7. Fernández Doctor A. El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII. Institución Fernando el Católico. Zaragoza, 1.987.
8. Fernández Doctor A. La Asistencia Psiquiátrica en el Real y General Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y su área de influencia en el XVIII. 1.985. Actas lusoespañolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. 13(2): 102-114.
9. Almenara V. La antigua casa de orates y un estado de los dementes de ambos sexos que quedaron con vida el día 4 de agosto de 1.808. Imprenta Hospicio Provincial. Zaragoza, 1.901.
10. Almenara V. Lo que ha sido, lo que es y lo que pudo ser el Manicomio de Zaragoza. Zaragoza, 1.888.
11. Cerrada F. Algunos apuntes acerca del Hospital Nuestra Señora de Gracia en 1.808". Revista Aragonesa. Zaragoza, 1.907.
12. Bueno P. Relación del Hazinamiento de Gracias que celebró en fu Iglefia, en el día treze de Setiembre de este año, el santo hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Impreflor. Zaragoza 1.716.
13. Baquero A. Bosquejo histórico del Hospital Real y General Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Zaragoza, 1.950.
14. Bueno P. Ordenaciones del Hospital General y Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Zaragoza, 1.723.
15. Espinosa Iborra J. Un testimonio de la influencia de la psiquiatría española en la obra de Pinel: el informe de José Iberti acerca de la asistencia en el Manicomio de Zaragoza. 1.954. Archivo Americano de Historia de la Medicina. 16: 179-182.
16. Fernández Doctor A, Seba Díaz A. Goya y la locura. Janssen- Cilag. Zaragoza, 2.000.
17. Zubiri Vidal F. Consideraciones históricas sobre algunos hospitales de Zaragoza y su provincia. Institución Fernando el Católico. Zaragoza, 1.972.
18. Rodríguez Pérez E. Asistencia Psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX. Institución Fernando el Católico. Zaragoza, 1.980.
19. Rosel E. Fuentes bibliográficas para el estudio histórico de la asistencia sanitaria y hospitalaria en Aragón. Colección Fuentes Bibliográficas. Zaragoza, 1.976.
20. Dolset Chinchilla J. El Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza, 1.955.
21. Escartín y Vallejo A. Algo sobre la higiene de los enajenados. Juan Clemente Cavero. Zaragoza, 1.877.
22. Ballier J. Les nouvelles institution de bienfaisance. París, 1.888.
23. Royo J. El manicomio provincial. 1.985 .Rev: El diario de Zaragoza.
24. Royo J. El Manicomio de Zaragoza. 1.936. Rev: Revista Española de Medicina y Cirugía. 7:57-81.
25. Agón Claveras M. 46 años de vivencias hospitalarias. Institución Fernando el Católico. Zaragoza, 1.992.
26. Rodríguez Pérez E. El antiguo departamento de dementes de Zaragoza y sus relaciones con la administración de justicia. 1.980. Rev Española de Medicina Legal. 14(50-51): 93-98.
27. Albi Romero G, García del Carrizo G. Documentos del siglo XVIII sobre el Hospital Nuestra Señora de Gracia en el Archivo de Simancas. Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Zaragoza, 1989.
28. Reglamento para el régimen interior del Real Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en sus cuatro departamentos de enfermería, casa de maternidad, casa cuna y casa de dementes. Imprenta de Agustín Peiró. Zaragoza, 1.861.
29. Reglamento del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza: aprobado en sesión de 30 de agosto de 1.943. Imprenta del Hogar Pignatelli. Zaragoza, 1.944.
30. Informe sobre la beneficencia provincial presentado por la comisión encargada de este ramo en Zaragoza. Imprenta del Hospicio. Zaragoza, 1.876.
31. Régimen interior para el departamento de dementes de ambos sexos del Hospital General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Imprenta Manuel Peiró. Zaragoza, 1.844.

32. Clemente Cavero J. Memoria dirigida a la Diputación Provincial con autorización de la Comisión de Beneficencia proponiendo la nueva forma que debe darse a la administración económica del Departamento de Dementes. Zaragoza, 1.876.
33. Informe sobre la Beneficencia Provincial presentado por la Comisión encargada de este ramo en Zaragoza. Imprenta Provincial. Zaragoza, 1.871.
34. Estado de los enfermos de ambos sexos de todas clases y niños expósitos que han entrado en el Santo Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de la ciudad de Zaragoza, en todo el año de 1.832; con expresión de los que quedaron en fin de 1.831, de los que han fallecido, de los que han salido curados y de los que han quedado existentes en fin de 1.832.
35. Reglamento del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza: aprobado por la Diputación Provincial el 3 de Mayo de 1.918. Imprenta del Hospicio Provincial. Zaragoza.
36. Tellechea Idígoras I. Las hermanas de Santa Ana. Hermanas de la Caridad. Zaragoza, 1.986.

ANEXO-1

REFERENTE AL SUICIDIO

Hay personas que ponen fin a su vida suicidándose, otras lo intentan poniéndola en peligro para pedir ayuda a las personas de su entorno.

Al largo del tiempo, las creencias culturales pueden cambiar y modificar nuestra opinión referente al suicidio. Para poder valorar estos posibles cambios se ha diseñado esta encuesta, para la que se le pide su colaboración.

Edad _____ Sexo _____

Estudios _____

Profesión _____ Años _____

Haga un círculo a la opción que más se corresponda con su opinión

1. ¿En su vida personal (familiares, amigos) ha tenido contacto con algún suicida?
 - a) Sí
 - b) No
2. En su opinión ¿el suicidio puede ser fundamentalmente un acto racional?
 - a) Sí
 - b) No
3. ¿En su vida profesional ha tenido contacto con algún suicida?
 - a) Sí
 - b) No
4. ¿El suicidio es, casi siempre, un síntoma de trastorno mental?:
 - a) Sí
 - b) No

5. ¿Cree que la muerte por suicidio es aceptada socialmente?
 - a) Mucho
 - b) Bastante
 - c) Poco/Nada

6. ¿Cree que una causa directa del suicidio puede ser la falta de soporte o de solidaridad por parte del entorno de personas próximas al suicida?
 - a) En la mayoría/bastantes de los casos
 - b) En pocos casos
 - c) En ningún caso

7. En el cine, novelas, medios de comunicación el tema del suicidio se trata de forma:
 - a) Banal
 - b) Dramática
 - c) Casi nunca

8. ¿La concepción romántica del amor, aumenta el riesgo de la tentativa de suicidio e incluso del suicidio?
 - a) Mucho
 - b) Bastante
 - c) Poco
 - d) Nada

9. ¿El suicidio es un tabú del que difícilmente se habla con espontaneidad en la familia, con los amigos, etc.?
 - a) Sí
 - b) No

10. ¿El miedo a la crítica social, las objeciones morales o bien la culpabilidad de la familia podría frenar la decisión de suicidarse?
 - a) Sí
 - b) No

11. ¿El suicidio puede justificarse cuando se realiza por un motivo noble para la humanidad o bien un grupo social (héroes, mártires)?
 - a) Sí
 - b) No

12. ¿Podría ayudar a alguien a suicidarse?
 - a) Nunca
 - b) En situaciones excepcionales
 - c) Con permiso judicial o médico/Sí lo pide

13. ¿Una adecuada información referente al suicidio puede disminuir su frecuencia?
 - a) Sí
 - b) No

14. ¿El estilo de vida de las sociedades occidentales (estrés, competitividad) favorece la conducta suicida?
 - a) La aumenta
 - b) La disminuye
 - c) No influye

15. ¿Los grupos sociales que fomenten las pequeñas asociaciones de las personas, hacen que disminuya la conducta suicida?
 - a) Sí
 - b) No

16. ¿El desarraigo de la inmigración puede ser un factor de riesgo suicida?
 - a) Mucho
 - b) Bastante
 - c) Poco/Nada

17. ¿En el cine, las escenas de suicidio y las escenas de terror tienen el mismo impacto en el espectador?
 - a) Sí
 - b) No

AUTONOMÍA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOTÍ- COS GRAVES DE CORTA EVOLUCIÓN

Raquel Lendínez Espinosa, M^a. Carmen Gómez Carmona

Centro de Trabajo: Unidad de Salud Comunitaria de Úbeda. Jaén.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación psicosocial se define como un conjunto de estrategias e intervenciones que van orientadas a la mejora del funcionamiento personal, social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de personas afectadas de un trastorno mental grave. (1)

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario. (2)

Desde la perspectiva de atención comunitaria en estas Unidades, pensamos que el papel de la rehabilitación psicosocial debe estar presente en un sentido amplio, y no exclusivamente destinado a dispositivos específicos para tal fin. El objetivo último de todas las intervenciones con usuarios con trastornos mentales graves, (y en el caso que nos ocupa, diagnosticados de un trastorno psicótico) debe ser la adquisición del mayor nivel de funcionalidad personal y social posible y en la programación y desarrollo de intervenciones concretas.(3)

Es posible que desde estas Unidades, se preste una mayor atención a la crisis aguda, al control del síntoma, descuidando la respuesta a otras necesidades, fundamentalmente psicosociales, como pérdida de autonomía, dificultad de funcionamiento, problemas en el desempeño de roles sociales, falta de soporte social, dependencia familiar y problemas de inserción laboral. (4)

Encontrados en la rehabilitación psicosocial de los usuarios con Trastornos Mentales, se incluyen los programas de Habilidades en Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria, los cuales promueven las habilidades necesarias para desarrollar un máximo de autonomía en el ámbito donde se mueve el paciente. Estas habilidades son aspectos fundamentales y básicos, no solo porque en sí mismas representan una serie de habilidades necesarias para un mínimo grado de autonomía y desarrollo de la persona, sino porque son el primer escalón que permite seguir subiendo por el camino de la recuperación.

Los objetivos fundamentales de este área son:

- a) Adquisición y/o mantenimiento de hábitos de independencia en el cuidado, aseo e imagen personal y la frecuencia de los mismos.
- b) Potenciación del cuidado del aspecto exterior del individuo, combinando las mejoras sociales y las preferencias personales.
- c) Aumento de la capacidad del individuo para el desarrollo y mantenimiento de hábitos encaminados a preservar su salud y bienestar global.
- d) Mejora de los conocimientos acerca de las conductas precursoras de salud, e insalubres en distintas áreas.
- e) Adquisición y mejora de las capacidades que contribuyen al mantenimiento en la comunidad de la forma más integrada, normalizada y autónoma posible.
- f) Aceptación de responsabilidades en su funcionamiento psicosocial por el propio paciente.
- g) Aumento de la capacidad del individuo en el manejo de recursos sociocomunitarios. (1)

A la vista de todo lo anterior, hemos diseñado este programa específico de entrenamiento en habilidades de la vida diaria en la comunidad, dirigido a pacientes con trastorno psicóticos graves de corta evolución, para evitar el deterioro de las habilidades que tienen adquiridas y fomentar la autonomía para aquellas de las cuales son más dependientes.

Estamos convencidas de que no es adecuado separar tratamiento y rehabilitación, y que el beneficio de esta intervención en usuarios donde el trastorno psicótico lleva instaurado poco años puede atenuar el deterioro que conlleva la enfermedad.

DESARROLLO

PROGRAMA DE FOMENTO DE AUTONOMÍA EN HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA

Objetivo General

Fomentar la autonomía en Actividades de la Vida Diaria de pacientes con diagnóstico de psicosis de corta evolución.

Objetivos Específicos

- 1- Proporcionar estrategias para favorecer el desarrollo de Habilidades de Autocuidado.
- 2- Proporcionar estrategias para favorecer el desarrollo de Habilidades domésticas.
- 3- Proporcionar estrategias para favorecer el desarrollo de Habilidades comunitarias.
- 4- Proporcionar estrategias para favorecer el desarrollo de Actividades sociales.

Población diana

- Usuarios de la Unidad de Salud Comunitaria de Úbeda, con diagnóstico de psicosis.
- Evaluación del Funcionamiento global (G.A.F.) < 70
- Evolución no superior a 7 años
- Edad: entre 18 y 35 años.
- Se excluirán los Usuarios que presenten comorbilidad con retraso mental, cuadros orgánicos, así como, abuso de alcohol u otras drogas.

METODOLOGÍA

El programa combina tres tipos de intervenciones:

- Intervención a nivel grupal, donde se ofrecerán sesiones psicoeducativas en relación a los objetivos específicos mencionados anteriormente.
- Intervención a nivel individual y familiar en el entorno comunitario más cercano del sujeto: domicilio, barrio, recursos sociosanitarios, corporaciones locales...

En estas intervenciones se promoverá el uso de las destrezas que fueron aprendidas en las sesiones de grupo teniendo en cuenta la capacidad personal del sujeto, un entrenamiento motivacional de las diferentes habilidades y el soporte y colaboración familiar en el caso de que exista.

- Intervención a nivel individual en consulta programada de enfermería; en esta consultas se evaluarán de forma mas directa, los avances y las dificultades que puedan surgir durante la elaboración del programa; una vez finalizadas las sesiones grupales el usuario continuará en seguimiento para ir reforzando la consecución y mantenimiento de las habilidades.

Durante la ejecución del programa utilizaremos como referencia el marco conceptual de Peplau; cada participante tendrá la misma enfermera referente que será la que acuda al domi-

cilio particular y realizará los acompañamientos fuera de la vivienda necesarios. Esta enfermera mantendrá con el facultativo del paciente (psiquiatra/psicólogo) una comunicación fluida durante toda la ejecución del mismo.

Tanto a nivel grupal como individual se utilizarán como principales técnicas, el reforzamiento motivacional, el feedback, la instrucción, el modelamiento y el ensayo de conducta.

Todas las sesiones de grupo seguirán un patrón similar:

- 1ª. Socialización inicial: Intercambio informal de impresiones que favorezca la creación de un buen clima grupal.
- 2ª. Recapitulación de los puntos esenciales de la sesión anterior: En todas las sesiones se realizará un breve repaso de los contenidos desarrollados en la sesión anterior.
- 3ª. Objetivos de la sesión actual: De manera breve se expondrán los asuntos que se van a discutir en la presente sesión, lo que ayudará a que los participantes obtengan una imagen global del tema a tratar.
- 4ª. Desarrollo de los contenidos de la sesión: Los profesionales desarrollarán los contenidos fijados para cada sesión y se favorecerá la participación activa de los pacientes en el entrenamiento de las diferentes habilidades de la vida diaria.
- 5ª. Aplicación práctica de los contenidos.

En el desarrollo de las sesiones grupales se seguirán de forma general las siguientes pautas:

- Considerar importante cualquier comentario de los pacientes evitando censuras y descalificaciones del resto.
- Utilizar un lenguaje adaptado al grupo.
- Facilitar la participación de los pacientes sin que nadie se sienta forzado a hacerlo.
- Estar atentos a las formas no verbales de expresión.
- Mantener la norma de no hablar mas de una persona a la vez.
- Procurar transmitir la información con ejemplos cuando sea posible.
- No realizar comentarios sobre cuestiones personales conocidas por los profesionales pero no expresadas por los pacientes en el grupo.

Contenidos de las sesiones grupales

El programa se encuentra dividido en 10 sesiones:

- 1ª sesión. Presentación del taller. Concepto de autonomía. Habilidades de la Vida Diaria.
- 2ª sesión. Necesidades básicas de autocuidado. Tipos. Beneficios.
- 3ª sesión. Autoadministración de la medicación. Beneficios.
- 4ª sesión. Gestión del tiempo. Organización de horarios.
- 5ª sesión. Alimentación equilibrada. Beneficios. Elaboración de una dieta.
- 6ª sesión. Control y manejo del dinero. Elaboración de una cuenta de gastos.
- 7ª sesión. Ejercicio físico. Beneficios
- 8ª sesión. Recursos sociales, ocupacionales y de tiempo libre.
- 9ª sesión. Actuación ante emergencias básicas.
- 10ª sesión. Evaluación.

Emplazamiento: sala de grupos de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda.

Duración y periodicidad

La ejecución del programa de Fomento de Autonomía alternará las sesiones grupales con la intervención a nivel individual:

Las sesiones grupales tendrán una periodicidad mensual de 90 min. de duración.

La Intervención a nivel individual en el entorno comunitario del usuario, así como, la asistencia a la consulta programada de enfermería se llevará a cabo una vez al mes.

Material necesario

- 1- Ordenador
- 2- Proyector de imágenes.
- 3- Material de papelería: bolígrafos, rotuladores, folios, etc

EVALUACIÓN

La evaluación del taller se realizará atendiendo a los objetivos propuestos utilizando el Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (Basic Everyday Living Schedule, BELS). (5)

CONCLUSIONES

El objetivo del abordaje rehabilitador es la discapacidad funcional, las repercusiones que la enfermedad mental grave tiene sobre el afrontamiento y competencia de las personas afectadas. La práctica clínica cotidiana hace evidente que este tipo de problemas de funcionamiento social son evidentes para muchos pacientes desde el inicio de la enfermedad. Esta realidad clínica nos implica la necesidad de contemplar estrategias propias de la rehabilitación psicosocial desde la misma detección del trastorno. (6)

Esperamos que la ejecución de este programa de habilidades para la vida diaria forme parte del tratamiento integral de los usuarios que acuden a nuestro dispositivo, mejorando la capacidad funcional para vivir de forma independiente de las personas con trastornos psicóticos de corta evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arias P, Chicharro F, Camps C, Gisbert C, Mayoral-Cleries F, González J. Rehabilitación del trastorno mental severo. En: Informes Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002. 135-164.
- (2) Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
- (3) López Marcelino, Laviana Margarita. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2007; 27(1): 187-223.
- (4) Lopez Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rev. Rehabilitación psicosocial. 2006; 3 (1): 17-25
- (5) Jiménez J.E. et al. Evaluación del Funcionamiento de la Vida Diaria en Personas con Trastorno Mental de larga evolución. Adaptación y Fiabilidad de la versión española del “Basic Everyday Living Skills” (BELS). Rev. Actas Esp. Psiquiatría; 28(5); 2000; 284-288.
- (6) Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2007 Vol. 7, N.º 2, pp. 87 - 101.

MEJORAS EN EL CONFORT, SEGURIDAD Y ESTRUCTURAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS/SUBAGUDOS Y DESINTOXICACIÓN

Alejandra Rubio García, Maite Martínez Balsalobre, Albert Cosculluela Pérez, Ermelinda Imas Silguero, Maite Muñoz Martínez, Alberto Granero Lázaro.

Unidad de Hospitalización de Agudos Corporación Sanitaria Parc Taulí.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de Agudos (UHPA) de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT), ubicada en la séptima planta del edificio Taulí, es una unidad de 30 camas, destinada a la hospitalización de psiquiatría y tiene como función principal atender las situaciones de crisis, en las cuales pueda haber un riesgo psicopatológico grave, que requieren una intervención urgente, con actuaciones clínicas intensivas en condiciones de máxima seguridad para los pacientes y para los profesionales.

La Unidad de Hospitalización de Desintoxicación (UHD) de la CSPT, ubicada en la séptima planta del edificio Taulí, atiende a pacientes que están ingresados para desintoxicación de alguna sustancia a la que tienen adicción.

El año 2007, se plantea el aumento de seis camas de hospitalización de psiquiatría de Subagudos (UHPSA), que genera la necesidad de llevar a término un proyecto de adecuación de la séptima planta del edificio Taulí, que pretende dar respuesta a las nuevas necesidades existentes, requiriendo esto el derribo y nueva construcción de este espacio. Las obras de adecuación se inician en diciembre de 2007 y finalizan el mes de julio del 2008.

El proyecto de adecuación de la séptima planta del edificio Taulí pretende entre otros aspectos:

- Incrementar 6 camas de Hospitalización de Psiquiatría de Subagudos (UHPSA).
- Corregir los déficits estructurales existentes en la UHPA y UHD.
- Optimizar y renovar los espacios existentes, adecuándolos a las necesidades de los pacientes, familias y profesionales.
- Mejorar las medidas de seguridad de los pacientes y de los profesionales

Los objetivos que nos planteamos en este trabajo son:

- Plasmar los resultados del proyecto de adecuación del espacio de la séptima planta del edificio Taulí, destinado a atender pacientes con criterios de ingreso en la UHPA/UHPSA y UHDA.
- Analizar los beneficios para profesionales y pacientes tienen como consecuencia de los nuevos espacios.

DESARROLLO

Trabajo descriptivo que muestra los espacios existentes en la UHPA de la CSPT y las medidas de seguridad implementadas después del proyecto de adecuación de la séptima planta del edificio Taulí.

La dificultad para encontrar un espacio que garantice las medidas de seguridad requeridas para dar una atención correcta a los pacientes, hace que se plantee el proyecto de adecuación de la séptima planta del edificio Taulí en dos fases correlativas en el tiempo:

- La primera fase en la que se derriba y reconstruye la zona derecha de la unidad, periodo en el que la actividad asistencial se desarrolla en la zona izquierda de la planta. Esta fase se inició el 3 de diciembre de 2007 y finalizó el 7 de abril de 2008.
- La segunda en la que se derriba y reconstruye la zona izquierda de la unidad, periodo en el que la actividad asistencial se desarrolla en la zona derecha. Esta fase se inició el 14 de abril de 2008 y finalizó el 20 de julio de 2008

Después de realizar las obras para la adecuación de la séptima planta del Taulí, encontramos la planta diferenciada en dos unidades: la UHPA/UHPSA y la UHD.

En este apartado, visualizaremos a través de fotografías, que explicaremos durante la exposición, los espacios actuales de la séptima planta, después de su adecuación, haciendo una diferenciación entre espacios profesionales y espacios para los pacientes, diferenciando en este último entre la UHPA/UHPSA y la UHD. En un último apartado se valoran las medidas de seguridad incorporadas.

Los espacios profesionales están constituidos por:

- Área de enfermería: Control de enfermería, enfermería, almacén, despacho soporte administrativo a la asistencia y despacho mandos de enfermería.
- Sala de trabajo profesional.
- 6 despachos profesionales.
- 1 Zona sucia, 2 espacios para material de limpieza.
- Cocina.
- Lavabos profesionales.
- Habitación y lavabo para psiquiatras de guardia.

Los espacios para los pacientes están distribuidos en dos unidades diferenciadas estructuralmente:

1.- UHPA/UHPSA:

- Habitaciones para pacientes con lavabo: habitaciones dobles y 6 habitaciones individuales.
- Sala comedor.
- Sala de entrevistas/sala de grupos para pacientes de subagudos.
- Taller para los pacientes.
- Sala Terapia Electroconvulsiva.

2.- UHD:

- Habitaciones para pacientes con lavabo: 3 habitaciones dobles.
- Sala polivalente.
- Taller para los pacientes.

Las medidas de seguridad para los pacientes y para los profesionales destacamos entre otras:

- Cámaras de videovigilancia a todos los espacios de los pacientes, excepto en los lavabos.
- Sistema de activación, identificación y localización de ataque: Lo llevan todos los profesionales de enfermería de Salud Mental.
- Detectores de movimiento.
- Doble puerta de entrada y salida a la UHPA.

CONCLUSIONES

- El aumento de 4 a 6 camas individuales es valorado positivamente por los profesionales a pesar que continúan considerando que estas son insuficientes.
- Las instalaciones actuales son más agradables, confortables y seguras, hecho que repercute positivamente en los pacientes, familiares y profesionales.
- El taller de los pacientes es más espacioso que antes, tiene una vista más agradable y actualmente tiene el mobiliario y aparatos necesarios para tener todo el material organizado de forma correcta y para poder realizar diferentes actividades con los pacientes.
- Ha habido una ganancia en las medidas de seguridad implementadas (cámaras de video-vigilancia en toda la unidad, sistema de activación, identificación y localización de ataque; detectores de movimiento; sistema de doble puerta de salida), que los profesionales valoran positivamente, ya que les permite tener un mayor control de qué está sucediendo en la unidad y de qué están haciendo los pacientes, minimizando esto los riesgos potenciales existentes. Por otro lado también consideramos que alguna de estas medidas aplicadas minimiza el riesgo potencial que pueden tener los profesionales en determinadas situaciones.
- La distribución actual del área de trabajo de enfermería facilita el acceso de los profesionales y evita desplazamientos innecesarios que antes de las obras se realizaban. El cambio más importante ha sido el hecho de conseguir la continuidad entre el almacén, la enfermería y el control de enfermería, y que ha hecho disminuir la distancia hasta el almacén.

EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA “MEJORAR EL SUEÑO”: CORRELACIÓN ENTRE NOC Y CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

M^a. Ramona Jerez Rojas, Juan Manuel Laguna Parras, Francisco Pedro García Fernández, M^a. Dolores Carrasco Rodríguez, Inmaculada Nogales Vargas-Machuca.
Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha ido desarrollando como ciencia y como profesión a lo largo del tiempo y ha ido modificando su modo de atender las necesidades de las personas y la aplicación de los cuidados a medida que ha evolucionado la visión de los procesos salud-enfermedad. Por eso se define continuamente y se va adaptando a los cambios. Se ha pasado de la enfermería técnica e intuitiva a una enfermería que está sustentada por un cuerpo de conocimientos propio y por un rol enfermero que enfatiza las respuestas humanas (1).

Los elementos que han facilitado este cambio han sido la utilización de un modelo enfermero que aporta una conceptualización de la persona y del rol de la enfermera, el empleo del proceso enfermero como método de prestación de cuidados que obliga a la fijación de objetivos y criterios de resultado, y al uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, como medio de gestión de la información clínica referente a los cuidados (2).

La combinación y aplicación en el proceso de enfermería de las distintas taxonomías, de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (3), de Resultados de Enfermería (NOC) (4) y de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5), ofrece múltiples beneficios de cara a demostrar la contribución de la práctica enfermera en los cuidados de salud.

Un lenguaje enfermero estandarizado sirve para numerosos propósitos entre los que se incluyen:

- Facilitar la comunicación entre los profesionales enfermeros, con otros profesionales y con la población.
- Permitir la recogida y el análisis de la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Permitir el desarrollo de sistemas informatizados de información clínica.
- Facilitar la evaluación para mejorar los cuidados.
- Favorecer el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Proporcionar información para la formulación de políticas sanitarias.
- Facilitar la enseñanza en la toma de decisiones clínicas.

La necesidad de información sobre los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados enfermeros han aumentado a medida que las organizaciones sanitarias que están reestructurando para mejorar su eficacia. Y aunque la calidad de los cuidados puede examinarse desde las perspectivas de estructura, proceso y resultado, los resultados son componentes esenciales de cualquier programa de mejora de la calidad.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es una solución óptima para medir los resultados de la intervención enfermera en pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental que presentan “deterioro del patrón del sueño”. El criterio de resultado “sueño” consta de dos escalas: una que va desde gravemente comprometido (1) a no comprometido (5), y la otra desde grave (1) a ninguno (5).

Pero asimismo existen otras formas de medir estos resultados, aunque al no ser específicos, no son totalmente sensibles a la práctica enfermera.

El Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS) (7) se trata de un cuestionario heteroadministrado, breve, sencillo y fácil de aplicar que es capaz de orientar sobre los trastornos del sueño, tipo insomnio e hipersomnía. El cuestionario fue diseñado por Bobes et al. (1998) tomando como modelo las directrices marcadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª revisión (DSM-IV) sobre los trastornos del sueño.

El cuestionario consta de tres subescalas:

- Subescala de satisfacción subjetiva del sueño.
- Subescala de insomnio: que explora varias dimensiones, como la latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna y proporciona información sobre la gravedad del mismo.
- Subescala de hipersomnío.

Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert (el primer ítem con 7 opciones de respuesta y el resto con 5). El marco de referencia temporal es el último mes. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Ante la polémica suscitada en algunos ambientes de que los indicadores de la NOC son subjetivos a la hora de su medición, a pesar de existir diferentes estudios que confirman la fiabilidad, validez y sensibilidad de los mismos para medir la efectividad de las intervenciones enfermeras (8-10), nos planteamos como objetivo en nuestro estudio:

- Determinar la existencia o no de relación entre el criterio de resultado “Sueño” (NOC 0004) y el Cuestionario de Oviedo del Sueño para medir la intervención enfermera “mejorar el sueño” (NIC 1850).

DESARROLLO

Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control, del tipo pretest-postest, en la unidad de hospitalización de salud mental del Complejo Hospitalario de Jaén, en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a los que en el momento del ingreso se les identificó el diagnóstico de enfermería “deterioro del patrón del sueño” (según taxonomía NANDA), en el registro de valoración de enfermería al ingreso. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, los que no quisieron participar en el estudio, los que presentaban deterioro cognitivo y aquellos cuya estancia fue inferior a 7 días.

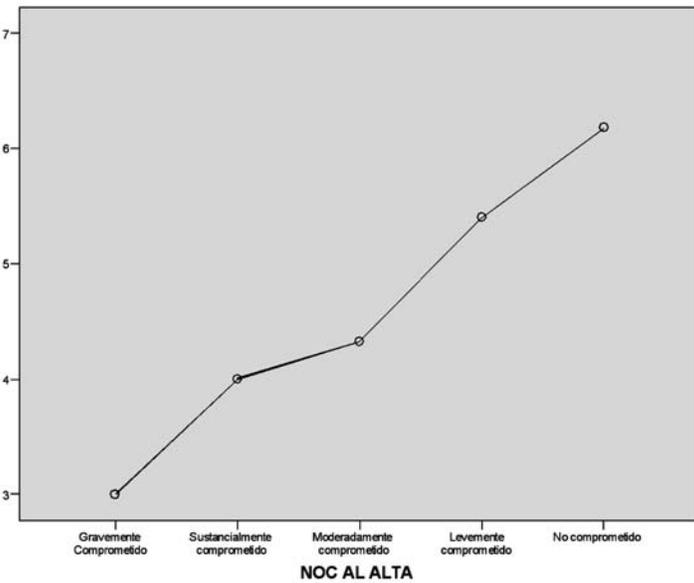
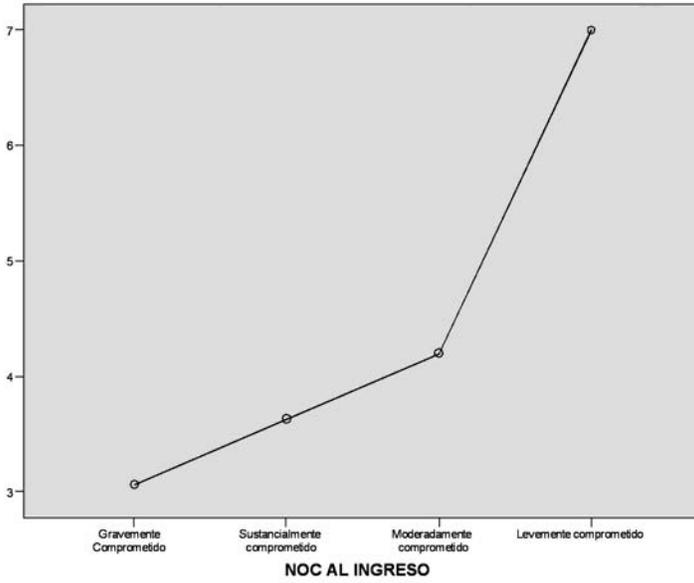
Los datos recogidos fueron: la puntuación al ingreso y al alta del criterio de resultado “sueño”, para lo que se utilizaron los indicadores y escalas definidas por la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC-3ª edición) y la puntuación también al ingreso y al alta en el Cuestionario de Oviedo del Sueño.

Para determinar si la satisfacción de los pacientes con su sueño y el nivel de insomnio manifestado (subescalas del COS) se relacionan con la apreciación que las enfermeras realizan mediante la valoración del criterio de resultado “sueño”, se ha realizado una comparación de ambas puntuaciones mediante un análisis de ANOVA de un factor y una representación gráfica de tipo lineal de la misma. En todos los casos se consideró un nivel de significación para una $p < 0,05$.

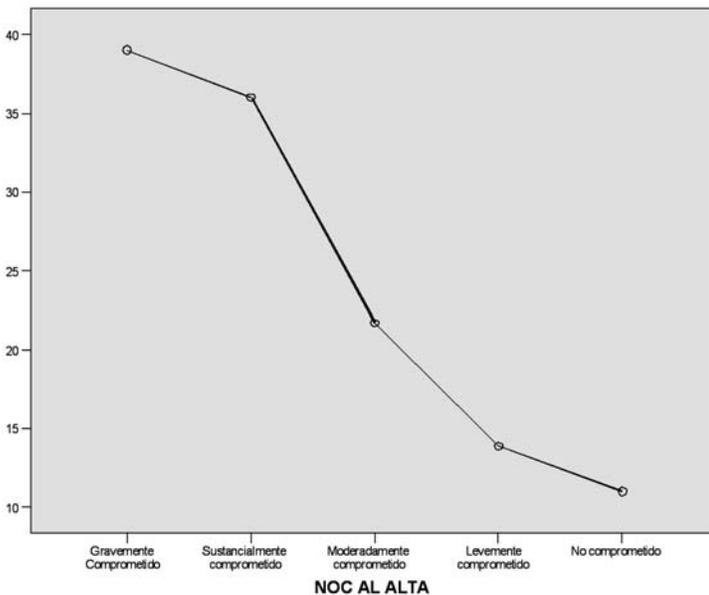
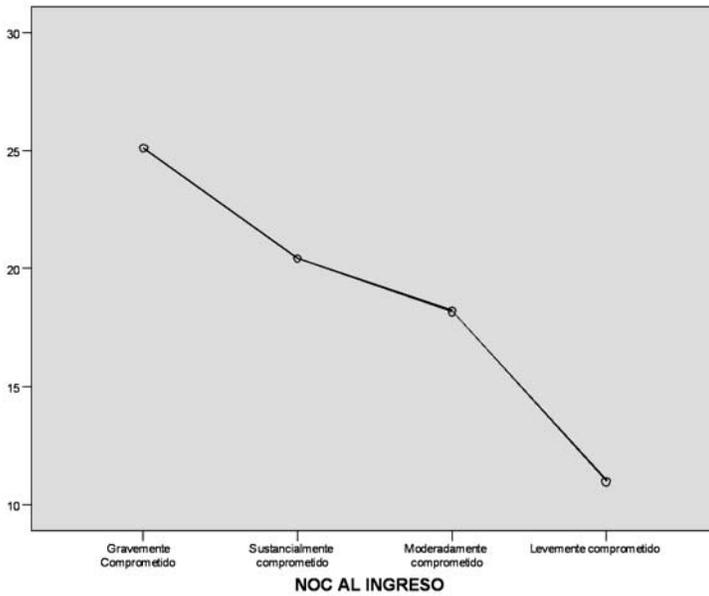
Se realizó un muestreo accidental o de conveniencias entre todos los pacientes ingresados durante los 15 meses del estudio (entre el 1 marzo de 2007 y el 31 de mayo de 2008).

Durante el periodo de estudio fueron ingresados un total de 771 pacientes, de los cuales 544 cumplían los criterios de inclusión. De ellos 253 fueron excluidos fundamentalmente por tener una estancia menor a 7 días o por negativa del paciente a participar en el estudio.

En la subescala de satisfacción con el sueño manifestada por el paciente tanto al ingreso como al alta y la valoración de las enfermeras están relacionadas y son significativas ($p < 0,05$) y como se aprecia en los gráficos dicha correlación es casi lineal.



También con la subescala de insomnio la satisfacción manifestada por el paciente y la valoración de las enfermeras están relacionadas y son significativas ($p < 0,05$).



Como se aprecia en los gráficos la correlación es casi lineal. El gráfico va en sentido inverso debido a que a menor puntuación, menor gravedad del insomnio, lo que se corresponde con menos compromiso del sueño según la valoración de las enfermeras.

CONCLUSIONES

El criterio de resultado “sueño” (NOC 0004) es válido, fiable y sensible a la práctica enfermera, siendo el indicador adecuado para valorar la eficacia de la intervención enfermera “mejorar el sueño” (NIC 1850) en pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leonor Rodríguez S. El lenguaje común enfermero y la normalización de la práctica: un camino hacia la excelencia enfermera. Excelencia Enfermera [Internet] agosto 2004. [acceso el 16 de febrero de 2009]; 0. Disponible en: http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Page/plantilla_Imprimir_Articulo_EE&numRevista=0&idArticulo=1082026113311 .
2. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm [Internet] 2004. [acceso el 16 de febrero de 2009]; 13(44-45):37-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es&nrm=iso
3. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España S.A.; 2006.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Elsevier España S.A.; 2006.
5. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier España S.A.; 2007.
6. Johnson M, Bulechek G, Butcher H et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª edición. Madrid: Elsevier España S.A.; 2007.
7. Bobes J, González MP, Vallejo J, Saiz J et al. Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): a new semistructured interview for sleep disorders. *European Neuropsychopharmacology*. 1998;8 (Supplement 2): 162-162(1).
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Reed D. Testing the nursing outcomes classification in three clinical units in a community hospital. *J Nurs Meas*. 2003 Fall;11(2):171-81.
9. Keenan G, Stocker J, Barkauskas V, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Reed D. Assessing the reliability, validity, and sensitivity of nursing outcomes classification in home care settings. *J Nurs Meas*. 2003 Fall;11(2):135-55.
10. Maas M, Johnson M, Moorhead S, Reed D, Sweeney S. Evaluation of the reliability and validity of nursing outcomes classification patient outcomes and measures. *J Nurs Meas*. 2003 Fall;11(2):97-117.

COMUNIDAD TERAPEÚTICA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Rosa M^a. Parejo Molina, M^a. Soledad Martin Valverde, M^a. Jose González Silvestre, Patricia Sánchez Andosilla, Noelia Fernández García, Beatriz Patón Jiménez.

Hospital psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Dentro del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid el Hospital R. Labora inauguró el 11 de febrero de 2008 una unidad asistencial con aforo de 16 camas para pacientes con trastornos de la personalidad, un campo que durante mucho tiempo y aún hoy día sigue siendo un cajón de sastre precisamente por la dificultad en el diagnóstico y tratamiento.

Contemplando el problema desde el plano que nos ocupa, estamos ante un paciente que carece de cuadro clínico definido y que crea una gran incomodidad en todos los ambientes, tanto sanitarios como legales. La respuesta social no es buena, pero es lógica: “el rechazo”, pues en definitiva son una fuente interminable de conflictos.

Dentro de la parcela correspondiente a lo profesionales de enfermería y dadas las características del programa y de los pacientes a los que va dirigido, la enfermería goza de una situación privilegiada para su estudio dentro del equipo, ya que la inevitable línea de contacto que se crea entre el paciente y el profesional, línea enormemente compleja, por la que navegan multitud de sentimientos y emociones, van a situar a este profesional en una posición envidiable para observar al paciente, siendo el eje de cualquier situación y siempre en primera línea de choque.

La enfermería tendrá que demostrar toda su habilidad, profundizando en su capacidad de observación y afinándola hasta donde sea posible. Penetramos en un mundo nuevo, lleno de misterios y desafíos. Tendrá que aprender a valorar aptitudes y actitudes, estados de ánimo, relaciones de los pacientes entre sí, de los pacientes con los profesionales, tener una idea muy clara de la personalidad de cada uno de ellos, estímulos, motivaciones, biografía, religión etc. En fin, tendrá que conocer a su paciente como a sí mismo y lo que es más importante todavía, tendrá que transmitir esta riquísima información al resto del equipo del modo más aséptico posible.

Todo el equipo tenemos hoy claro lo resbaladizo y peligroso de nuestro trabajo, pero también sabemos que es el deseo de avanzar la “palanca que mueve el mundo”.

MISIÓN

La Comunidad Terapéutica va a centrar su trabajo en estos pacientes afectados de TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, que precisen internamiento hospitalario, con el fin de poder hacer un tratamiento multidisciplinar, en función del conocimiento exhaustivo del paciente que nos proporcionará la propia dinámica de la unidad.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

Cuando se trabaja con el equipo para conseguir unos objetivos y tener una misión conjunta de futuro, aumenta la cohesión y el rendimiento de los diferentes miembros.

Generales:

Planificar, distribuir, coordinar, proporcionar y monitorizar los cuidados y actividades de enfermería para satisfacer las necesidades de atención a nuestros usuarios.

Asignar responsabilidades directas entre los diferentes recursos humanos de enfermería.

Ajustar la actividad de trabajo y los recursos disponibles.

Utilizar de forma constante la valoración de las actividades y marcha del proceso con el fin de ajustar en cada momento las acciones a las necesidades reales.

Específicos:

- Analizar los conceptos de personalidad y sus trastornos.
- Destacar las pautas y criterios adecuados para este tipo de trastornos.
- Organizar pautas de actuación ante los T.P.
- Realizar el registro de valoración específico de enfermería a los nuevos ingresos de la unidad.
- Elaborar y evaluar planes de cuidados individualizados para todos los usuarios.
- Identificar los diagnósticos de enfermería adecuados y elaborar el plan de intervenciones.
- Trabajar con programas consensuados con todos los miembros del equipo.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Buenos días:

Objetivos:

- Abrir un espacio de encuentro en el que los pacientes puedan conocerse entre ellos y con el equipo, mejorando así sus relaciones interpersonales.
- Habilitar una vía por la que los pacientes puedan exponer sus ideas, inquietudes y sugerencias.
- Informar de las actividades del día y de las posibles novedades.

Duración: 30 minutos diarios.

Buenas noches:

Objetivos:

- Abrir un espacio de encuentro en el que los pacientes y el personal puedan a dar conocer cómo se han sentido a lo largo del día.
- Avisos y sugerencias particulares.

Duración: 15 minutos diarios.

Grupo Comunitario:

Objetivos:

- Favorecer la participación en el funcionamiento de la unidad.
- Crear un espacio para la expresión de conformidad, disconformidad, quejas, dudas, sugerencias...
- Derivar los diferentes temas a los ámbitos para su resolución.

Duración: 2 horas semanales.

Grupo de Aceptación:

Objetivos:

- Conseguir una adecuada toma de contacto con el propio estado psíquico actual: sensaciones, emociones y pensamientos.
- Favorecer una actitud de aceptación de la propia realidad psíquica como presupuesto para un compromiso con el cambio terapéutico.
- Dotar a los pacientes del hábito de inspeccionar el propio estado emocional y cognitivo momento a momento.

Metodología:

Utilización de los ejercicios propuestos por el “Entrenamiento Autógeno” de Schultz.

Puesta en común de logros y dificultades previstas o experimentadas por cada uno durante la práctica de los ejercicios.

Dirección de la actividad hacia un cambio de actitud: del rechazo a la aceptación.

Taller de Musicoterapia:

Objetivos generales:

- Favorecer la comunicación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

Objetivos específicos:

- Desarrollar el conocimiento de uno mismo.
- Desarrollar la capacidad de autoexpresión.
- Fomentar la imaginación y creatividad.
- Adquirir destreza corporal utilizando el ritmo.

Duración: 1 hora semanal.

Metodología:

En la primera sesión se presentan todos los asistentes a la actividad.

Colocación de forma espontánea: con los pacientes conflictivos se colocará el personal entre ellos.

Explicación de la actividad: se presentan los instrumentos musicales y el sonido de los mismos.

Escuchar música de relax.

Elección de los instrumentos individualmente.

Tocar en grupo con el instrumento elegido y con música de fondo.

Música corporal: alternando sonidos con movimientos corporales.

Escuchar música elegida por los pacientes.

Música de fondo para recoger los instrumentos.

Taller de Educación para la Salud:

Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionados con el tema.

Objetivo general:

- La finalidad de la educación para la salud es promover actividades que inciten a las personas a querer estar sanas, a saber cómo permanecer sanas, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar sus salud y buscar ayuda cuando la necesiten.

Objetivos específicos:

- Desarrollar un programa de educación para la salud adecuada para una unidad de Trastornos de la Personalidad, según necesidades percibidas.
- Incrementar el conocimiento de los pacientes en tema de educación para una vida saludable.
- Enseñar a los pacientes para que expresen los problemas, dificultades y preocupaciones relacionados con su salud.

Duración: 1 hora quincenal.

Metodología:

Elaboración de un listado de problemas detectados en relación a la salud.

Exposición del tema relacionado.

Resumen por parte de los pacientes de la sesión.

Grupo de Psicoeducación:

Definición:

Es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer capacidades para mantenerse saludables haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar sus objetivos.

La psicoeducación puede ser dirigida a los usuarios, familia, etc., tanto en situaciones de salud como de enfermedad. Apunta a lograr un verdadero cambio de actitud en el proceso de salud.

Objetivos:

- Promover su compromiso con el cuidado de su salud.
- Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- Promover su protagonismo en el proceso de la salud.

Metodología:

Elaboración del listado de necesidades detectadas.

Exposición del tema.

Duración: 1 hora quincenal.

CONCLUSIONES:

Queremos resaltar después de un año de experiencia en la unidad que todo lo hecho no hubiera sido posible sin el trabajo desde el primer momento, de un Equipo perfectamente ensamblado y motivado.

Conviene señalar, por tratarse de un tipo de unidad de novísima creación, que nos ha resultado sumamente gratificante “descubrir” el enorme y bonito trabajo que se puede hacer con este tipo de pacientes, utilizando técnicas y actividades que ayudan a mantener los valores que nos hacen personas.

Bien, es verdad, que estamos hablando de un tipo de pacientes que cualquier profesional sabe lo complejo, delicados y sorprendentes que son en su conducta por lo que errores y equivocaciones son muy fáciles. Pero no sería justo dejar de señalar que cuando consigues los objetivos propuestos recibes una gran satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan de Salud Mental 2003-2008. Comunidad de Madrid
- Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad: “Recorriendo los límites”. Edita: Consejería de Sanidad y Consumo, 2005
- Bobes, J. Salud mental: Enfermería psiquiátrica. Madrid. Editorial Doyma. 1994
- Isaacs, A. Enfermería en salud mental y psiquiatría. Madrid: Editorial Interamericana 1990.
- Cook, J.S; Sontainw, K.L. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Editorial Interamericana 1998.

ANÁLISIS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS

Maite Martínez Balsalobre, Albert Cosculluela Pérez, Ermelinda Imas Silguero, Maite Muñoz Martínez, Alejandra Rubio García, Alberto Granero Lázaro.
Unidad de Hospitalización de Agudos Corporación Sanitaria Parc Taulí.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La detección precoz de situaciones que pueden dar lugar a reacción violenta desencadenada en pacientes con un Trastorno Mental Severo, permite realizar un abordaje terapéutico verbal y/o farmacológico, que evita en muchas ocasiones el aislamiento y/o inmovilización mediante la aplicación de contención mecánica (CM). Pero a veces es necesario aplicar medidas restrictivas, bien de forma preventiva o porque se desencadena agitación psicomotriz de forma brusca, sin que los profesionales hayan podido evitarlo.

La aplicación de la CM puede tener repercusiones terapéuticas, de seguridad y bienestar del paciente, por tanto su uso ha de ser siempre el último recurso, ha de durar el tiempo mínimo necesario, y se ha de garantizar el confort y seguridad del paciente mientras dure su aplicación, extremando los controles y cuidados de enfermería para prevenir riesgos potenciales.

En las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría, la CM es un procedimiento habitual, que hay que someter a un análisis sistemático, en el que hay que valorar si el motivo, tipo de contención y duración de su aplicación es correcto, a la vez que paralelamente se ha de hacer un control de calidad donde se revisa la existencia y actualización del protocolo de CM, como se realiza la aplicación, el seguimiento y el registro del procedimiento.

Los objetivos que nos establecemos en este trabajo son los siguientes:

- Analizar el perfil del paciente al que se aplica C.M.
- Correlacionar las causas de CM, días de CM, tipos de CM respecto a la patología:
- Analizar si hay diferencias significativas en relación a la aplicación de la CM.
- Analizar el proceso de aplicación de CM como control de calidad.

DESARROLLO

Material y métodos:

- Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo e interdisciplinar.
- Población: Pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT) de enero a diciembre del año 2008.
- Muestra: 115 pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de la CSPT durante el año 2008 y a los que se les ha aplicado CM.
- Variables del estudio: Sexo, fecha de nacimiento, orientación diagnóstica, fecha de ingreso, fecha de alta, estancia, causa de la CM, días de contención total, días de contención parcial.
- Instrumento: Hoja de recogida de datos.
- Tratamiento estadístico: El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS, haciendo un análisis descriptivo de cada una de las variables.

Resultados:

- El perfil de los pacientes que han requerido CM es el siguiente:

- Distribución por sexo: 58 hombres (50.43%) y 57 mujeres (49.56%).
 - Edad media: 41 ± 18 años.
 - La edad media de los hombres es de $40 \pm 15,93$ años.
 - La edad media de las mujeres es de $46 \pm 16,45$ años.
 - Nº diario de pacientes en CM: $1,28 \pm 1,05$ pacientes en CM.
 - Pacientes en CM total: 47 pacientes (41,23 %).
 - Pacientes en CM parcial (3): 109 pacientes (95,61 %).
 - Distribución por grupos diagnósticos:
 - 1.- Depresión: 11 pacientes (9.57%) de los cuales 4 son varones y 7 mujeres. Edad Media: 61 ± 16 años. Días en CM 3 ± 3 días.
 - 2.- Esquizofrenia: 36 pacientes (31.30%) de los cuales 26 son varones y 10 mujeres. Edad Media: 39 ± 13 años. Días en CM 2.69 ± 2.42 días.
 - 3.- Trastorno Bipolar: 26 pacientes (22.61%) de los cuales 8 son varones y 18 mujeres. Edad Media: 46 ± 18 años. Días en CM 3.65 ± 3.84 días.
 - 4.- Trastorno Esquizoafectivo: 9 pacientes (7.83%) de los cuales 1 es varón y 8 mujeres. Edad Media: 51 ± 18 años. Días en CM 5.22 ± 4.52 días.
 - 5.- Trastorno de Personalidad: 11 pacientes (9.57%) de los cuales 4 son varones y 7 mujeres. Edad Media: 35 ± 9 años. Días en CM 1.67 ± 0.87 días.
 - 6.- Trastorno Psicótico: 16 pacientes (13.91%) de los cuales 12 son varones y 4 mujeres. Edad Media: 35 ± 10 años. Días en CM 3.19 ± 2.93 días.
 - 7.- Deterioro Cognitivo: 3 pacientes (2.61%) de los cuales 2 son varones y 1 mujer. Edad Media: 55 ± 23 años. Días en CM 6.33 ± 5.51 días.
 - 8.- Otros (Retraso Mental, Anorexia, Intento Autolítico): 3 pacientes (2.61%) de los cuales 1 es varón y 2 mujeres. Edad Media: 47 ± 29 años. Días en CM 21.33 ± 30.99 días.
- Factores asociados a CM:
 - Heteroagresividad: 196 (42.24%).
 - Riesgo de caídas: 118 (25,43%).
 - Alteración conductual: 116 (25%).
 - Heteroagresividad y autoagresividad: 13 (2.80%).
 - Disrupción del programa terapéutico: 7 (1.51%).
 - Alteración conductual y riesgo de caídas: 4 (0.86%).
 - Riesgo autolítico: 3 (0.65%).
 - Autoagresividad: 2 (0.43%).
 - Heteroagresividad, autoagresividad y riesgo autolítico: 1 (0.22%).
 - Heteroagresividad y riesgo autolítico: 1 (0.22%).
 - Autoagresividad y disrupción del programa terapéutico: 1 (0.22%).
 - Autoagresividad y riesgo autolítico: 1 (0.22%).
 - Agitación psicomotriz: 1 (0.22%).
 - Factores asociados a CM relacionado con diagnóstico:
 - 1.- *Depresión:*
 - Riesgo autolítico: 0 pacientes.
 - Autoagresividad: 0 pacientes.
 - Heteroagresividad: 4 pacientes.
 - Alteraciones conductuales: 3 pacientes.
 - Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
 - Agitación psicomotriz: 1 paciente.
 - Riesgo de caídas: 0 pacientes.

2.- *Esquizofrenia:*

- Riesgo autolítico: 1 paciente.
- Autoagresividad: 2 pacientes.
- Heteroagresividad: 32 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 13 pacientes.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 1 paciente.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 2 pacientes.

3.- *Trastorno Bipolar:*

- Riesgo autolítico: 0 pacientes.
- Autoagresividad: 4 pacientes.
- Heteroagresividad: 16 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 13 pacientes.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 1 paciente.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 9 pacientes.

4.- *Trastorno Esquizoafectivo:*

- Riesgo autolítico: 0 pacientes.
- Autoagresividad: 1 paciente.
- Heteroagresividad: 5 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 3 pacientes.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 4 pacientes.

5.- *Trastorno de Personalidad:*

- Riesgo autolítico: 2 pacientes.
- Autoagresividad: 3 pacientes.
- Heteroagresividad: 8 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 3 pacientes.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 0 pacientes.

6.- *Trastorno Psicótico:*

- Riesgo autolítico: 0 pacientes.
- Autoagresividad: 3 pacientes.
- Heteroagresividad: 15 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 5 pacientes.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 1 paciente.

7.- *Deterioro Cognitivo:*

- Riesgo autolítico: 0 pacientes.
- Autoagresividad: 1 paciente.
- Heteroagresividad: 0 pacientes.
- Alteraciones conductuales: 2 pacientes.

- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 2 pacientes.

8.- *Otros (Retraso Mental, Anorexia, Intento Autolítico):*

- Riesgo autolítico: 1 paciente.
- Autoagresividad: 2 pacientes.
- Heteroagresividad: 1 paciente.
- Alteraciones conductuales: 1 paciente.
- Conductas disruptivas del programa terapéutico: 0 pacientes.
- Agitación psicomotriz: 0 pacientes.
- Riesgo de caídas: 2 pacientes.

CONCLUSIONES

- No se observan diferencias significativas en relación al sexo.
- No se observan diferencias significativas en relación a la edad, aunque el grupo de las mujeres tiene una media de edad ligeramente superior.
- La aplicación de la CM es mayor en los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, seguido de los diagnosticados de Trastorno Bipolar y Trastorno Psicótico.
- Las tres principales causas de la aplicación de CM en la UHPA de la CSPT son: Heteroagresividad, el riesgo de caídas y la alteración conductual.
- El diagnóstico determina diferencias en el orden de los factores desencadenantes de CM.
- Los datos obtenidos en este análisis constituyen una herramienta útil para valorar que la aplicación de la CM se está realizando siguiendo unos criterios idóneos, que la duración de la CM aunque en algunos casos puede parecer elevada, es justificada, porque tiene un carácter intermitente y se suele aplicar para prevenir las caídas o favorecer el descanso nocturno en pacientes con hiperactividad motriz, como son los pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar en fase maniaca.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtics i les persones demenciades. Comitè Bioètica de Catalunya. Març 2.002
- 2.- Sáiz J. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamientos. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Masson.
- 3.- Martínez S, Parets, P. Contención mecánica. Rev Metas de Enfermería 2002; 47(5): 18-20.
- 4.- Bellido M, Colell E. Sujeción física en psicogeriatría. Rev ROL Enf 2001; 24(2): 97-102.
- 5.- Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo diagnóstico de los estados de agitación. Medicine 1999; 7 (109): 5099-5101.
- 6.- Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de agitación. Medicine 1999; 7 (109): 5106-5108.
- 7.- Daffern M, Howells K. Psychiatric impatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. Aggression and Violent Behaviour 2002; 7: 477-497.
- 8.- Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. Journal of Affective Disorders 1999; 55: 89-98.
- 9.- Fernández A, González F, Rodríguez B. Urgencias psiquiátricas. Medicine 1999; 7 (122): 5729-5737.
- 10.- Kaltiala R, Korkeila J, Tuohimäki C, et al. Coercion and restrictions in psychiatric impatient treatment. Eur psychiatry 2000; 15: 213-219.
- 11.- Kaltiala R, Korkeila J, Tuohimäki C, et al. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric impatient care. International Journal of Law and Psychiatry, 2003; 26: 139-149.
- 12.- Lemmer B. A review of violence and personal injury cases in psychiatric and mental health nursing to identify a practical framework for risk assessment. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2000; 7 (1): 43-51.

- 13.- Morrison EF, Carney C. An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003; 17: 146-155.
- 14.- Murphy MC. The agitated psychotic patient: Guidelines to ensure staff and patient safety. *Journal of the American Nurses Association*, 2002; 8 (4): 2-8.
- 15.- Robinson L, Littrell SH, Littrell K. Managing aggression in schizophrenia. *Journal of the American Nurses Association*, 1999; 5: 9-16.
- 16.- Secker J, Benson A, Balfe E, et al. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2003; 11 (2): 172-183.

ADOPCIONES CON “TARA”: EXPOSICIÓN DE UN CASO

Ana Isabel Abia Llera, M^a. del Pilar Sánchez Castillo, M^a. Nieves Vaquero López, Marta González Granado, Sara Ledesma Núñez, Marta Polo Sepúlveda
Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Leganés (Madrid).
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Hospital Psiquiátrico Doctor R. Lafora. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas definen la adopción como: “el hecho voluntario y legal de tomar y tratar al hijo de otros padres, como hijo propio” (1). En los últimos años hemos asistido en nuestro país a una verdadera explosión en la demanda de adopciones internacionales (2). España es un país con baja tasa de natalidad, donde la mejoría del nivel socioeconómico general y la educación sobre control de la natalidad en los sectores más desprotegidos han hecho disminuir considerablemente la oferta de niños autóctonos en adopción; por ello, la creciente demanda debe mirar hacia países en vías de desarrollo.

La familia de adopción suele ser la constituida por cónyuges que, tras una historia de intentos de fecundación frustrada, se inclinan por la posibilidad de adoptar un niño (45%), o familias con hijos propios y capacidad para asumir la crianza de un nuevo hijo adoptado (20%), e incluso parejas procedentes de matrimonios separados, con hijos con sus anteriores parejas y que deciden tener un hijo adoptado en común (35%) (3).

Los principales países de procedencia de los niños que se adoptan en España se encuentran en el continente asiático (China, India y Tailandia), en el este de Europa (Rumanía, Rusia y Ucrania) y en Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala y Nicaragua) (3).

La complejidad de una adopción transnacional no radica sólo en el cruce cultural, sino que contempla un número considerable de dificultades resultado de los problemas previos a la adopción, que surgen en torno a la adaptación a la familia y sus costumbres y al nuevo entorno social, y, finalmente, los que surgen en la evolución, conforme el niño crece. Muchos niños adoptados desarrollan problemas emocionales y de comportamiento. La adolescencia es, en sí, una etapa de lucha en la búsqueda de la propia identidad; esta situación es más conflictiva en los niños adoptados de otros países o culturas. (3)

Se sabe que los niños adoptados tienen más factores de riesgo para padecer problemas de salud que los nacidos en familias estructuradas (4). Dentro de la patología neuropsicológica que suelen presentar los niños adoptados se encuentran problemas tales como patología del desarrollo psicomotor, alteraciones del habla y del lenguaje, trastornos de la conducta –como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)–, trastornos de la comunicación –como el autismo– y alteraciones psicológicas reactivas a la particular situación de estos niños y su adaptación (3).

Dentro de los factores que influyen en la presencia de patología en el niño adoptado, cabe destacar, entre otros:

- Edad del niño en el momento de la adopción: en niños mayores, en los que las posibles condiciones adversas a las que estuvieron expuestos en su país de origen se perpetuaron, la capacidad de recuperación de las secuelas es más baja que en niños más pequeños.
- Factores de riesgos sociales en el país de origen: constituyen un ingrediente más para desajustar el ambiente en el que crecen los niños. Muchas veces, la delincuencia y la drogadicción están detrás del abandono en orfanatos, así como la prostitución, los malos tratos en familias rotas que pierden la custodia de sus hijos, e incluso la existencia de enfermedades psiquiátricas en los padres biológicos (3).

Además, otros factores que pueden contribuir en que la adopción no sea exitosa serían (5):

- Niño envuelto en previas adopciones infructuosas.
- Antecedentes de problemas emocionales o de conducta.
- Bajo nivel socioeconómico de la familia adoptiva sin subsidio.
- Familia adoptiva con muchos niños.
- Preparación inadecuada de la familia adoptiva para un niño en riesgo.
- Que mantengan contacto con la familia biológica.
- Tiempo prolongado en casas de acogida.

Las conductas que mayoritariamente plantean dificultad en la vida familiar son las relacionadas con las dificultades de atención y el exceso de actividad, por un lado, y las dificultades para el autocontrol y para aceptar el control externo por otro (agresividad, dificultad para aceptar los límites y las normas, etc.). Aunque estas conductas son esperables en niños que han vivido una institucionalización temprana y/o historias de maltrato, abuso o negligencia, son conductas difíciles de manejar por los padres. Una cuestión que puede dificultar la tarea de educar es atribuir la conducta del menor a causas que están fuera del alcance de la familia, tal como el atribuir las causas a la genética. Por otro lado, las atribuciones intencionales (“el niño grita para demostrarme que no me quiere, o para ponerme nervioso...”) predisponen a la familia a reaccionar negativamente hacia la conducta del menor y limitan el deseo de vinculación (6).

La edad que más dificultades implica para la adopción es la segunda infancia y la adolescencia; la segunda infancia es un período de aprendizaje y construcción del mundo en que se produce una evaluación significativa de la concepción de la adopción, lo que significa haber sido recogido en una familia y también haber sido abandonado. Durante la adolescencia se produce una crisis de identidad, la búsqueda de sí mismo, muy difícil para el adoptado, en la que echa en falta su parecido físico, pregunta cómo son sus padres biológicos, su cultura y contempla la posibilidad de buscarlos. Los pasos del hijo adoptivo hacia la individualización de los padres adoptivos es amenazante para ambas partes debido a la falta de vínculos biológicos que los unan (5).

A continuación, procedemos a la exposición de un caso clínico que ilustra algunos de los problemas anteriormente mencionados acerca de una adopción internacional. Se trata de una adolescente que ingresa en la Unidad de Adolescentes Psiquiátrica del Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid.

DESARROLLO

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 15 años de edad, de origen colombiano, adoptada en España desde los 7 años. No posee enfermedades importantes a destacar y niega consumo de tóxicos. Convive con sus padres adoptivos, no separados (madre de 53 y padre de 56 años). Está escolarizada, es estudiante de 3º de la ESO.

La paciente ingresa procedente de Urgencias. Había sido dada de alta hacía tres días por episodio depresivo, ideas de muerte, bajo ánimo e intento autolítico por sobreingesta medicamentosa y posible trastorno límite de la personalidad, y con tratamiento farmacológico con sertralina 100 mg y lorazepam 1 mg. Nuevamente, el diagnóstico en este ingreso es el de posible trastorno límite de la personalidad.

Tras ese alta pasó un buen fin de semana y el lunes, después de las clases de baile que tiene por la tarde, no llegó a casa a la hora indicada. Se presentó 2 horas más tarde sin querer dar a sus padres ninguna explicación (“vengo de hablar con una persona”, “no os voy a decir quien es porque me haría daño a mí”). Ante la insistencia de los padres, la paciente comienza a mostrarse agresiva, con ideación de hacerse daño (cortarse con unas tijeras y tirarse por la ventana) y se muestra muy alterada. Los padres precisaron ayuda policial y del SUMMA para su traslado al hospital.

Antecedentes personales

Nacida en Colombia. Hasta los 7 años vivió en casas de acogida, en las cuales, según cuenta la paciente, sufrió maltrato físico y abusos sexuales. Con 7 años fue adoptada por sus actuales padres adoptivos, los cuales estuvieron más de diez años haciéndose pruebas para poder adoptar. Por la edad que tenían les correspondía adoptar una niña mayor.

Sus padres adoptivos, cuando fueron a recoger a la paciente, estuvieron con ella en Colombia 25 días, en los que la describen como una niña solitaria, (“pasaba horas encerrada en su habitación hablando sola, desnudando a sus muñecas”) y no saben por qué lo hacía.

Actualmente los padres la describen como una niña caprichosa, rebelde, con mucho carácter, problemática y con actitudes de celos hacia sus otros familiares desde que la adoptaron. Su rendimiento académico fue aceptable hasta el año anterior que precisó acudir a una academia. Sus amigas son de clase y de un pueblo de Ávila.

Últimamente habla y pregunta a cerca de sus orígenes: “sus verdaderos padres están muertos y por eso se quiere morir” y encara a sus padres adoptivos que ellos no son sus verdaderos padres.

Evolución durante el ingreso

La paciente, durante el actual ingreso, se muestra abordable, colaboradora, tranquila, sonriente, tono voz suave, discurso coherente y ordenado. Relata cómo antes de ser adoptada tenía una infancia muy mala y que no había hablado de esto con nadie antes. Manifiesta baja autoestima: “no sirvo para nada, me quiero quitar de en medio, no voy a ser feliz”.

Verbaliza recuerdos de la infancia de abusos físicos y sexuales con poca emotividad asociada. Estos pensamientos, según ella, son los causantes de su actitud manifestando que la provocan “mucho odio y rabia y siendo incapaz de llevar una vida normal”.

Durante los primeros días del ingreso se muestra tímida, observadora con el grupo y el entorno, correcta y educada. Toma correctamente la medicación. Recibe la visita de sus padres con los que habla poco.

Cada día que pasa se va relacionando más con sus compañeros y se muestra perfectamente integrada, llegando incluso a adoptar el papel de líder con ellos. Realiza un buen contacto con el personal, aunque en alguna ocasión hay que llamarla la atención por comportamientos inadecuados. En compañía de algún paciente problemático ingresado la paciente se potencia demasiado siendo necesario marcarle límites en algunas ocasiones. Así, copia conductas de alguna compañera de la unidad, como ciertos gestos de trastorno de conducta alimentaria. Con el paso de los días se la observa demasiado adaptada a la planta, muy contenta, llegando incluso a pre-ocuparle el día del alta.

Los padres justifican su rebeldía por los supuestos problemas que ha tenido la paciente en la infancia. La madre cuenta que la paciente, hace un par de años, le hizo alusión de sus abusos sufridos en la infancia, pero no indagó más ya que se asustó y no tenía muy claro qué responder.

Los padres demandan una explicación a la problemática conducta de su hija través de un estudio completo. El padre piensa que el problema puede ser genético y se siente engañado por el proceso de la adopción. Cree que la explicación puede estar en los orígenes de la niña y que no les dieron ninguna información al respecto. De este modo, el padre siente decepcionado porque “no es la niña que esperaba”. Plantea que “si por algo no puede estar con nosotros no pasa nada si la tiene que acoger la Comunidad de Madrid”.

Los padres se muestran sorprendidos de la actitud de su hija; creen que puede estar haciendo llamadas de atención para poder manipularles, incluso dudan de las narraciones que hace la paciente de su pasado. Ponen en duda el funcionamiento de la Unidad de Adolescentes y verbalizan en alguna ocasión que el personal no está pendiente de su hija. Los padres quieren que “se obligue de forma imperativa a comer a la niña y que la prohibamos relacionarse con chicos”.

Durante las visitas de los padres a la paciente, éstos, sobre todo el padre, se muestra frío y distante con ella. No obstante, se observa un rechazo por ambas partes. El padre verbaliza en varias ocasiones sentirse engañado con la adopción y no sentir ninguna alegría con su hija “ya que todo son problemas”. Manifiesta al personal de la planta haber realizado “una adopción con tara” y la impresión de que “nos han dado gato por liebre”.

Cuidados de enfermería.

Una vez realizada la valoración inicial de enfermería, se evidencia que la paciente es autónoma para la alimentación y la movilización. Se pautan cuidados de enfermería para favorecer la alimentación y el descanso nocturno y supervisar la higiene personal. Se determina el control de su conducta (impulsos, gestos autolesivos), nivel de conciencia y toma de constantes físicas (temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca), así como vigilancia de su seguridad mediante cámaras en habitación. Se realiza enseñanza sobre su enfermedad, información a los familiares, potenciación de la relación familiar, de su interacción con iguales y de su participación en clases de terapia ocupacional y en actividades programadas de la unidad.

CONCLUSIONES

Este caso clínico ha contribuido enormemente a aumentar nuestra formación, como Enfermeras Residentes de Salud Mental, a cerca de los posibles problemas de salud mental asociados a las adopciones, como en este caso, internacionales.

Las principales conclusiones que extraemos, a la luz de la revisión bibliográfica realizada y del estudio del caso clínico, y que creemos que han de estar presentes en los cuidados de enfermería que proporcionemos a las familias adoptivas, son las siguientes:

- Muchos niños que son dados en adopción han sufrido traumas por eventos en sus familias de origen, en los hogares de menores, o por múltiples cambios de un hogar a otro.
- Si bien a la mayoría de los padres creen que con el cuidado del menor éste podrá recuperarse, por lo general esto no resulta suficiente. Es importante que los padres adoptivos cuenten con información adecuada de posibles dificultades que el niño pueda venir arrastrando, así como con la formación que les permita afrontar de manera adecuada los problemas potenciales.
- Algunos padres sienten que no reciben información adecuada de la historia del niño y de la severidad de sus problemas de conducta. El niño "no era lo que nosotros esperábamos". Se sienten "fracasados" a causa de que su cuidado no cambia al niño.
- El impacto de las diferencias biológicas y socioculturales entre la familia de origen y la adoptiva puede ser importante.
- Las familias adoptivas tienden a atribuir la conducta de los niños a un factor disposicional (“por que es adoptado”) más que a factores situacionales importantes (como la dinámica familiar).
- Puede haber una tendencia de los padres a desligarse de la propia responsabilidad por la conducta de los hijos, con el fin de mantener una autoimagen positiva (“si me permitieron adoptar, debo ser buen padre, por lo tanto es un problema del niño”).
- Algunas recomendaciones para los padres, citadas por diversos autores, que habría que tener en cuenta a la hora de trabajar con familias que presentan esta problemática son las siguientes:
 - Tolerancia a la propia ambivalencia y/o a sentimientos negativos fuertes.
 - Negarse a ser rechazado por el niño y retardar las gratificaciones de las necesidades parentales.
 - Habilidad para encontrar felicidad en pequeños incrementos de mejoría.
 - Flexibilidad y apropiación del rol parental.

- Visión sistémica de su familia.
- Cualidades intrusivas y de control.
- Humor y autocuidado.
- Sistema familiar abierto versus cerrado.
- La nueva familia debe adaptarse mutuamente. Cuando más sanos sean los sistemas de familia (niños y familia adoptiva), cuando más recursos personales, familiares y comunitarios tengan, más fácil será la mutua adaptación. Si uno es muy vulnerable, el otro debe ser flexible y sano para compensarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosas M, Rayo I, Angulo P. Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2000; 9(1): 145-159.
2. Moliner M, Gil JM. Estudios sobre la adaptación de los menores en la adopción internacional. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2002; 55(4): 603-623.
3. Hernández Muela S, Mulas F, Téllez M, Roselló B. Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista de Neurología* 2003; 36 (Supl 1): S108-S117.
4. Aranzabal M et al. La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del País Vasco y Navarra (1997-2004). *Pediatría de Atención Primaria*. 2007; 9(35):427-447.
5. Sáez Z. Urgencias en psiquiatría infantil y adolescente.: apuntes para el nivel primario de atención. *Medisur: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [revista electrónica]*. 2003 [consultado 01/02/2009]; 1(1): 45-56. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/10>
6. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. *Guía consensuada de pediatría en adopción*. Madrid; 2008.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UHB DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS, Alcalá de Henares (Madrid)

Montserrat García Sastre, Sara García Cánovas, Begoña Alonso Carrascosa, Rubén Mera Pérez, Elsa María Álvarez Gallar, Laura Morales Solana
UHB Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras de Salud Mental que prestan servicio en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Príncipe de Asturias, sensibilizadas ante la necesidad de diseñar un Protocolo de Cuidados consensuado que recoja la filosofía de Cuidados y sintetice el desempeño profesional habitual, deciden elaborar una propuesta de Protocolo de Enfermería para su aprobación en la institución sanitaria e implementación práctica en la Unidad.

Parece conveniente justificar el diseño de un protocolo general de Cuidados puesto que los protocolos de enfermería definen las respuestas de una persona o grupo a una situación (unidad de cuidados) en los que queda explícita la responsabilidad y actuación de la profesión enfermera.

Además, teniendo presente que se presta asistencia especializada en la Unidad de Hospitalización a personas con trastornos mentales dentro de un encuadre de Medio Terapéutico, se requiere la presencia del protocolo como instrumento y norma de calidad de proceso. Son propósitos y justificaciones del protocolo que éste sirva de herramienta para:

- Describir el servicio de Cuidados ofrecido por la profesión de Enfermería.
- Guiar a los profesionales en la práctica asistencial.
- Fomentar líneas de actuación consensuadas.
- Proporcionar una mayor Calidad en los cuidados.
- Adecuar la dotación de recursos en función de las necesidades.
- Facilitar la incorporación de nuevos profesionales en la Unidad, promoviendo su adaptación y la adquisición de competencias profesionales en los Cuidados de Salud Mental.

Por último destacar la importancia de la incorporación del Protocolo de Cuidados en las actividades docentes y de investigación que con carácter multidisciplinar se desarrollan en la Unidad de Hospitalización.

DESARROLLO

Atendiendo a procedimientos metodológicos, para la elaboración del Protocolo de Cuidados de la Unidad de Hospitalización Breve un grupo de profesionales de la Unidad se organizan como grupo de trabajo, coordinándose en la búsqueda bibliográfica, en la síntesis de información y organización de conceptos así como en la reflexión de aquellos aspectos implícitos al desarrollo profesional cotidiano que consideran de especial relevancia.

El resultado de las diferentes actividades desarrolladas se conforma en el documento que se presenta a continuación, complementándose con aportaciones y conclusiones finales representativas para los Cuidados de Enfermería de Salud Mental.

Situación y contexto de la UHB. Ámbito de actuación

El Hospital Universitario Príncipe de Asturias es el Centro de referencia de la Atención Especializada del Área III de la Comunidad de Madrid, formada por dos grandes municipios urbanos (Álcalá de Henares y Torrejón de Ardoz) además de dos zonas rurales (Norte y Sur)(1).

Se encuentra situado en el Campus de la Universidad de Alcalá, prestando servicios a la población madrileña desde el año 1987.

Según la memoria desarrollada por la institución en el año 2007 y disponible en la intranet, la población aproximada a la que el Hospital Príncipe de Asturias presta atención especializada asciende prácticamente a un total de medio millón de personas.

Es preciso tener presente que existe un considerable volumen de población flotante, no censada, proveniente de movimientos secundarios a la actividad de la Universidad de Alcalá, las Fuerzas Armadas, Instituciones Penitenciarias y otros procesos migratorios....

Debido a la proximidad geográfica, se atiende además a personas procedentes de áreas de Salud limítrofes de la Comunidad de Madrid como son el Área I y V (Ajalvir, Fresno de Torote, Loeches, Nuevo Baztán y Pozuelo del Rey) y residentes en la provincia de Guadalajara.

Este Hospital Público del Servicio Madrileño de Salud presta atención especializada como Hospital General de Agudos, en estrecha coordinación con Atención Primaria del Área III de Salud (1).

Tiene carácter docente y universitario para la formación en Ciencias de la Salud ofreciéndose formación profesional, pregrado y postgrado universitario en diversas titulaciones y disciplinas (incluyendo la formación especializada oficial en Ciencias de la Salud por la vía de residencia: MIR, PIR, EIR, FIR...).

Como misión y valores destacar con respecto a la atención ofrecida por el Hospital Príncipe de Asturias, que como institución vela por el propósito de proporcionar una atención sanitaria de máxima Calidad, adaptada a las necesidades de Salud de la población a la que da cobertura, fomentando la atención integral a la persona/familia y comunidad en base a un trato humanitario, proporcionando a su vez seguridad y bienestar (2).

Con respecto a la Unidad de Hospitalización Breve para enfermos mentales fue inaugurada en el año 1998, disponiendo de quince vacantes ampliándose a dieciocho en Febrero 2007. Según el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2003-2008), las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos para el tratamiento intensivo y continuado en régimen de hospitalización completa de pacientes con episodios agudos de trastornos psiquiátricos, que no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos comunitarios.

Su característica diferencial de otros dispositivos de Atención Psiquiátrica y de Salud Mental reside en la capacidad de cuidados de enfermería continuados durante todo el tiempo de estancia (3).

Integrándose la Unidad de Hospitalización Breve dentro del Hospital General se cumple con los principios fundamentales de la Reforma Psiquiátrica, posibilitando la atención a las personas con patología mental dentro del Modelo Comunitario tal y como recoge la Estrategia Nacional para la Salud Mental de nuestro país (4).

Marco Conceptual de los Cuidados de Enfermería

Teniendo presente el carácter profesional y disciplinar de la Enfermería, la utilización de un modelo según Zamorano (2005) supone un cambio en relación a la Calidad de los Cuidados (5).

Rescatando las Conclusiones enunciadas por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental en los encuentros de Cáceres (2005) y Salamanca (2008), independientemente del modelo de Enfermería seleccionado para la práctica, la Relación Terapéutica se consolida como pilar fundamental, siendo imprescindible además el uso del método científico a través del Proceso Enfermero y el fomento de líneas de Investigación en los Cuidados de Salud Mental.

Dentro del ámbito de los Cuidados Enfermeros en Salud Mental se considera que, aunque los modelos enfermeros indudablemente facilitan las prácticas terapéuticas, no es imprescindible

ble depender exclusivamente de un modelo enfermero específico puesto que es preciso atender la complejidad de las necesidades humanas que se derivan de los trastornos mentales (6).

El Equipo de Enfermería de la UHB del Hospital Príncipe de Asturias se fundamenta en el conocimiento desarrollado por teóricas de reconocido prestigio en el ámbito de los Cuidados, destacando: Hildergard Peplau, Madeleine Leininger, Virginia Henderson, Dorothea Orem, Florence Nightingale...

De igual modo que Herrera et al (2003), se considera que el modelo de H. Peplau es el que mejor ayuda a desempeñar el rol profesional en toda su amplitud, pues permite comprender diversos aspectos de la relación enfermera-paciente y ofrece directrices para la intervención(8).

A pesar del tiempo transcurrido, la publicación en el año 1952, por parte de mencionada autora, de "Relaciones Interpersonales en Enfermería" creó un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los Cuidados de Enfermería en Salud Mental con aplicación actual incuestionable.

Como aportaciones relevantes se destaca la definición que H. Peplau otorga a la profesión de Enfermería entendiéndola como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la Salud de los individuos en el seno de las comunidades, además de constituirse como un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria (9).

Afortunadamente se ha abandonado el modelo tradicional de Cuidados fundamentado en funciones de contención, custodia, direccionismo en las instituciones y aplicación de tratamientos biológicos a un modelo autónomo, respetuoso, humanista e integral que potencia la promoción y la prevención de la Salud Mental, el abordaje individual, familiar y grupal, diversifica actividades y usa métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y calidad de vida, asumiendo el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de la profesión... Según palabras de Pacheco (2001): "en el quehacer enfermero lo importante no es el uso de la jeringa, sino el uso de la palabra como herramienta terapéutica" (10).

La profesión enfermera desempeña un rol fundamental en el Sistema Nacional de Salud. Su atención cercana y comprometida con el paciente, su familia y la Comunidad la convierten en elemento clave para la mejora de la calidad asistencial (11).

El Medio Terapéutico en la UHB

Según Maree "entender y comprender el concepto de Medio Terapéutico es fundamental para la una asistencia de Enfermería eficaz" (12). Abrams (1969) introdujo la idea de entorno terapéutico en la práctica de los cuidados y abordaje de la patología mental.

Leeman (1983) entiende el Medio Terapéutico como un entorno dinámico y de seguridad en el que se trabaja con el paciente, proporcionando un "espacio de seguridad", una atmósfera no punitiva donde se prodigan Cuidados y se promueve que las personas se estabilicen psicopatológicamente mediante tratamientos terapéuticos intensivos (12).

El Medio Terapéutico tiene como propósito dotar a los pacientes de un entorno estable y coherente desde el punto de vista social, que facilite el desarrollo y la aplicación de un plan de tratamiento individualizado (12). Otros objetivos son:

- Crear un entorno favorable, que impulse y facilite el cambio terapéutico, a partir de una estructura, la organización de espacios y tiempos, del equipo de profesionales, intervenciones terapéuticas y encuentros sociales.
- Satisfacer necesidades de protección, seguridad y contención, en un clima de respeto donde se haga especial incidencia en el trato humanitario, integral e individualizado pero con la difícil tarea de considerar simultáneamente las necesidades individuales y las gru-

pales, buscando un deseable equilibrio con fines terapéuticos. El concepto de Medio Terapéutico ha de apreciarse en conjunto, más allá de la atención individualizada centrada en un enfermo específico.

- Fundamentar la asistencia en intervenciones congruentes y auténticas, potenciando interacciones sociales de los pacientes con sus compañeros y el equipo multidisciplinar de profesionales.

La filosofía de Cuidados de la UHB ha de fundamentarse en rescatar los aspectos saludables de las personas, a partir de los cuales éstas puedan desarrollar capacidades que les permitan afrontar las dificultades asociadas al proceso de enfermedad.

Además, es crucial fomentar la Autonomía y Autorresponsabilidad del paciente (entendiéndose como agente activo) frente a su propio proceso de Salud, integrando, normalizando y destigmatizando la enfermedad mental.

Igualmente puede ser necesario definir límites para las conductas maladaptativas o preocupantes y enseñar habilidades psicosociales, tales como la orientación y conciencia de la realidad, la aserción o capacidad de autoexpresión eficaz (entrenamiento en asertividad) además de la ocupación del tiempo en actividades productivas (individuales o colectivas) y recreativas (12).

Con respecto al profesional de Enfermería Peplau expone que la herramienta terapéutica básica es el Uso Terapéutico de Uno Mismo (9). Mereness (1980) describe el “uso terapéutico de uno mismo como profesional” como:

- La aceptación de cada enfermo como un ser humano importante y diferente a los demás,
- La aceptación que toda conducta humana tiene un significado y es respuesta a una necesidad,
- La comunicación al paciente de la sensación de ser aceptado.

Según palabras de Megías y Serrano (2000) “la enfermera es el profesional que más tiempo dedica a la atención directa a los pacientes,...., pudiendo influir decisivamente en lo que significa para el paciente su estancia clínica y la integración en su medio, trabajando los aspectos positivos de ambas situaciones... podrá lograr lo que clásicamente se denominó un ambiente terapéutico que propicie relaciones positivas entre los implicados”. En definitiva, el Cuidado va dirigido al bienestar, tal y como la persona lo define y la enfermera acompaña a ésta en sus experiencias de Salud siguiendo su ritmo y camino (13).

En otro orden de aspectos, Gunderson (1978) describe como componentes específicos del Medio Terapéutico la contención, el apoyo, la estructura, la implicación y la validación (12).

Entendiendo la contención como aquellas intervenciones que proporcionan bienestar físico y psicológico, aportan seguridad y facilitan la confianza en los otros, estableciéndose límites correctamente definidos y habiendo sido comunicados.

El apoyo se constituye como la ayuda ofrecida al paciente con objeto de mejorar su autoestima y aumentar su bienestar dentro de un clima de empatía, mostrándose accesible y disponible; fomentando la implicación familiar y la sociabilización, orientando en la realidad y trabajando mediante psicoeducación aspectos relacionados con el proceso de enfermedad y la adherencia al tratamiento.

La validación comporta reconocer la propia individualidad de la persona, su aceptación incondicional (raza, religión, nivel educacional, profesión, personalidad, orientación sexual...), promoviendo el desarrollo de una identidad consolidada y prestando atención individualizada.

Por último, la estructura se relaciona con aspectos propios del entorno tales como la organización del tiempo, los espacios y las personas. El establecimiento de horarios y actividades que aporten coherencia y el uso de contratos terapéuticos, sin obviar la importancia de clarificar límites y las consecuencias implícitas ante conductas maladaptativas.

A continuación, se describen detalladamente tres aspectos que se reconocen como representativos y fundamentales en relación con el Medio Terapéutico:

- La estructura o ambiente físico,
- Los aspectos interaccionales,
- Las actividades tanto asistenciales como no asistenciales a desarrollar.

Estructura o Ambiente Físico

Las Unidades de Psiquiatría han de disponer de espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna acordes a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos (14).

La Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Príncipe de Asturias es una Unidad de atención a enfermos mentales semiabierta, en la cual a pesar de su estructura arquitectónica cerrada, la filosofía de Cuidados potencia sobremanera que la persona reanude lo antes posible el contacto y la reincorporación a su entorno habitual, fomentando las visitas y permisos.

Se encuentra situada en la cuarta planta del Hospital, cuenta con catorce habitaciones, seis de ellas de uso exclusivamente individual y las restantes con posibilidad de ser compartidas primando la intimidad de los usuarios, la accesibilidad libre y el espacio vital suficiente. Cada habitación cuenta con baño individual con ducha y elementos de confort y descanso (cama, mesita, sillón).

La gestión de camas y ubicación de pacientes la programa y realiza el personal de Enfermería en colaboración con el Servicio de Admisión, atendiendo a:

- El cuadro psicopatológico.
- La idoneidad o no de compartir espacios más íntimos y convivir en el ámbito hospitalario.
- La dotación de recursos y la necesidad de proximidad al control de Enfermería.

Dentro de la estructura física se dispone de dos salas para uso colectivo con fines polivalentes. Una de ellas es utilizada como comedor terapéutico donde además se desarrolla el grupo de psicoterapia y las actividades de terapia ocupacional. La otra sala se encuentra autorizada y habilitada (con sistema de renovación de aire) para el consumo de tabaco, siendo el único emplazamiento del Hospital donde está permitido fumar acorde con la legislación vigente (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo).

Ambas salas posibilitan el encuentro y la interacción social además de ofrecer un espacio compartido para la realización de tareas de ocupación del tiempo libre (lectura, pintura, escritura, televisión, jugar al ping-pong y otros juegos de mesa...). Disponer de reproductores de música y video, música variada y películas de imagen podría ser favorable.

Parece conveniente personalizar la Unidad, de este modo las paredes de las salas son utilizadas para distribuir y disfrutar de aquellas creaciones artísticas elaboradas por los pacientes confiriendo identidad grupal, proporcionando distracción y normalizando el entorno. Voluntariamente cada mes, uno o varios pacientes, elaboran un calendario, en formato cartulina, que ofrece información de amplio valor en cuanto a la orientación temporal. Las estaciones del año, las fechas y fiestas señaladas son motivos a utilizar en la decoración y renovación de las salas.

Debido a que no se encuentra permitido el uso de teléfono móvil en el interior de la UHB y con objeto de que la persona ingresada pueda cubrir sus necesidades de interacción y relación con familiares y/o personas más significativas, se dispone también de un pequeño emplazamiento con cabina telefónica y asiento. La cabina funciona mediante tarjeta, la cual es proporcionada por los familiares siendo deseable que dentro del Hospital pudiera también adquirirse.

Se garantiza de este modo el derecho a la comunicación y la equidad con respecto a otros pacientes ingresados en el resto de áreas del hospital que disponen de línea telefónica en sus habitaciones.

Es preciso trabajar aquellos aspectos que garanticen la idoneidad de uso de esta instalación, velando porque el paciente disponga de privacidad suficiente, valorando y limitando su utilización en aquellos casos en los cuales existan conductas desadaptativas asociadas. A nivel tecnológico la posibilidad de uso de números gratuitos habría de restringirse.

Otras instalaciones complementan la estructura física de la unidad tales como el Control y Estar de Enfermería, el Cuarto de Medicación, el Almacén y Lencería, la Biblioteca, los Despachos de los Facultativos y la Supervisora de la Unidad. La incorporación de un despacho para uso de las enfermeras de sala con objeto de llevar a cabo interacciones con el paciente en un entorno adaptado, confortable y otras tareas que requieren la concentración del profesional, es un aspecto que favorecería inequívocamente la Calidad de los Cuidados.

A pesar de que la Unidad no dispone de zonas verdes adyacentes de acceso inmediato, se utilizan las zonas de alrededor de la institución sanitaria dentro del enclave del Campus Universitario donde se cuida sobremedida el Medio Ambiente. Los espacios del Campus son amplios con posibilidad para la actividad, el ocio, el descanso al aire libre y la contemplación de la naturaleza en grupo supervisado y autorizadas las salidas.

Las condiciones atmosféricas y ambientales de la Unidad: temperatura, humedad, luminosidad y presencia de ruidos influyen significativamente en el proceso terapéutico, por tanto son susceptibles de controlar.

Por último mencionar la importancia de cuidar los elementos de seguridad y los objetos de utilización dentro de la Unidad, con el propósito de reducir al máximo las posibilidades de riesgo vital y otros riesgos. Para ello:

- Los espejos de la unidad y las mamparas de los baños son de metracrilato.
- Las ventanas, bloqueadas con doble cierre y cristal blindado de ocho milímetros, tienen como propósito evitar su rotura y el riesgo de defenestración. Las persianas son exteriores con manivela que se custodia en el control de Enfermería.
- Las duchas se configuran con alcachofas fijas al techo evitando así el cableado.
- Los timbres de los cabeceros de la cama tienen una longitud corta (25 cms) para evitar usos inapropiados.
- No se utiliza cubertería convencional, sino de plástico, de igual modo que vasos y otros utensilios necesarios.
- Se limita y controla el uso de cerillas y encendedores, cuchillas de afeitar y otros elementos potencialmente peligrosos (cordones, cinturones...) por parte del personal de Enfermería.
- Se realiza control de pertenencias evitando que las habitaciones acumulen objetos potencialmente lesivos (incluidos enseres para el aseo). Por este motivo, los pacientes cuentan con una taquilla donde guardar su ropa y otras pertenencias, además de un cajetín dentro de una estantería en el Control de Enfermería para aquellos utensilios de uso más frecuente (aseo, tabaco). Ambos emplazamientos se encuentran correctamente identificados con el nombre del paciente.
- Se dispone de un sistema de ventilación, de abastecimiento de agua fría-caliente y de calefacción-aire acondicionado gestionado por el Servicio de Mantenimiento.
- Existe un sistema de detección de incendios controlado por el personal de Seguridad del edificio en toda la estructura física de la unidad, además de herramientas básicas para la intervención precoz en caso de incendios (extintores) y un protocolo de evacuación.
- Se lleva a cabo procedimiento de limpieza de las instalaciones con periodicidad suficiente como para mantenerlas aptas para su uso y evitar la transmisión de enfermedades.
- La eliminación de residuos se realiza atendiendo a las recomendaciones de la institución sanitaria.

- Se informa a los familiares y al resto de personas que acceden a la unidad de la importancia de no entregar a los pacientes objetos sin supervisión previa y sin la aprobación de su conveniencia de uso por parte del personal de Enfermería.
- Con carácter general, no se recomienda el acceso a la Unidad de menores de quince años ni las visitas de personas que han estado con anterioridad ingresadas en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Príncipe de Asturias. Recomendar a aquellas personas en circunstancias de Salud especiales (embarazadas, discapacidades físicas-psíquicas, nivel de ansiedad elevado...) que valoren el acceso a la Unidad ante posibles riesgos.
- Como normas básicas de seguridad los objetos cortantes-punzantes han de encontrarse y utilizarse bajo supervisión, se controlarán los utensilios y sustancias que se utilicen para la limpieza del edificio, los medicamentos se guardarán bajo llave y se limita el acceso a ciertas dependencias donde se encuentra almacenado material sanitario o similar o existe riesgo.
- En cuanto a los objetos de valor (dinero, documentación, tarjetas bancarias, joyas, móvil, reproductores de mp3, mp4 o similares) el paciente y sus familiares decidirán en la medida que la situación lo permita el uso responsable de los mismos. Todo aquello que no sea necesario durante la estancia es recomendable se lo lleven al domicilio los familiares. Con respecto al dinero se autorizan pequeñas cantidades para uso cotidiano no superando preferiblemente los veinte euros. Los reproductores de música y sus respectivos cargadores se identificarán con una pegatina del paciente mientras se localicen en la estantería o procedan a ser recargados con electricidad dentro del control de Enfermería. Para el resto de objetos de valor se utilizará el servicio de Custodia de Objetos que gestiona el personal de Seguridad, recuperándose nuevamente las pertenencias cuando el paciente recibe el Alta Hospitalaria o en casos excepcionales siempre que se encuentre debidamente justificado. El personal de la Unidad no se hace responsable del uso indebido de pertenencias de valor siempre y cuando se haya informado tanto a pacientes y familiares de estos aspectos.
- Para la supervisión de los pacientes la Unidad cuenta con cuatro video-cámaras situadas estratégicamente en los espacios de uso común: salas polivalentes y pasillo. Los espacios muertos de visibilidad se contrarrestan con la presencia de espejos. La imagen captada por estas videocámaras se recepciona en dos proyectores situados en el Control de Enfermería. Exclusivamente una habitación dispone de posibilidad de uso de cámara para utilización excepcional, sólo y siempre y cuando el estado del enfermo así lo requiera para garantizar su seguridad y bienestar. Los profesionales de la UHB han de respetar la intimidad de los pacientes en sus diferentes habitaciones puesto que se entiende la intimidad como un derecho básico de la persona.
- En las dos puertas de acceso se cuenta con sistema de videocámara y portero automático. En cualquier caso, siempre se abrirá con llave y se acompañará a pacientes y familiares desde la puerta. Es importante atender al posible riesgo de fuga.
- Dentro de la institución sanitaria se garantiza la confidencialidad de los datos en los límites que establece la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Aspectos Interaccionales

Partiendo de la máxima de que los procesos comunicativos dentro del Medio Terapéutico son inevitables puesto que según las teorías de la Comunicación es imposible no comunicar: Interaccionar, intercambiar entre personas y/o grupos dentro de la UHB se configura como un elemento significativo.

Siguiendo un orden lógico, merece especial relevancia describir los aspectos implícitos a los primeros contactos de la persona y sus familiares en la Unidad. Son diversos los aspectos

psicológicos inherentes al ingreso que actúan como factores generadores de estrés, véanse los cambios que implica la hospitalización en el propio estilo de vida, la separación del entorno habitual y diversas pérdidas entre las cuales destacar las de tipo afectivo y la incorporación a un medio extraño, en ocasiones vivenciado como “hóstil” que genera diferentes emociones tales como ansiedad, ira, frustración, miedo, irritabilidad, inquietud, sensación de despersonalización, dolor, soledad, aislamiento... que se unen a las emociones previas asociadas al proceso psicopatológico, por tanto el ingreso incrementa en la mayoría de los pacientes el malestar emocional.

Dependiendo del tipo de ingreso (voluntario o involuntario), las circunstancias que propiciaron el mismo, el grado de conciencia de enfermedad y el estado de Salud, el paciente se muestra más o menos colaborador, más o menos resignado ante el Ingreso. En ocasiones, y más frecuentes de lo deseable, el ingreso en la UHB suele ser dificultoso requiriendo abordajes complejos e incrementándose los tiempos de las intervenciones considerablemente.

Valorando esta situación singular puesto que no es lo común en el resto de especialidades hospitalarias, es imprescindible que dentro del Medio Terapéutico se cuide sobremanera el primer encuentro: la Acogida del paciente y familiares, presentándose los profesionales, realizando la entrevista psiquiátrica y acompañándole en todo momento hasta su acomodación completa y segura en la Unidad. Se mostrará la habitación asignada y los recursos a su disposición.

Posteriormente, se intercambiará información sobre el funcionamiento de la Unidad (horarios, actividades, rutinas, medidas de seguridad, recomendaciones, información clínica...) tanto de forma verbal como por escrito, con el paciente y con sus familiares. Clarificando aquellos aspectos que queden insuficientemente comprendidos o generen interrogantes.

De igual modo se procederá a la revisión y custodia de objetos personales, al soporte y apoyo emocional correspondiente y se facilitará la despedida del paciente con sus familiares en todos los casos que no sea contraproducente.

Para concluir con este proceso, se proporcionará al paciente un pijama, toallas y un set de aseo básico para que pueda ponerse lo suficientemente cómodo y se le ofrecerá algún tentempié o bandeja de comida según horario para satisfacer su necesidad de alimentación.

Llegado a este punto, se mostrará a la persona el resto de emplazamientos de la Unidad para que la persona pueda adaptarse y orientarse dentro del nuevo entorno y pueda tener contacto con el resto de pacientes ingresados. En ocasiones es recomendable presentar a algunos de ellos con el fin de potenciar la sociabilización. Las relaciones con los otros pacientes influyen inequívocamente en el proceso de Salud particular de cada uno de ellos, a priori considerándose favorables salvo excepciones puntuales.

Generalmente, sobre todo en los primeros momentos de ingreso, predomina la tendencia al aislamiento y el retraimiento, la permanencia en la habitación en soledad además de cierto grado de evitación de contacto social. En estos casos, la persona suele verse inmersa en sus propias dificultades y síntomas de malestar con dificultad y abulia para compartir con los demás.

Sin lugar a dudas, existen casos en los cuales la tendencia es totalmente opuesta, incluso llegando al punto de ser personas intrusivas, no respetando la distancia íntima, entrometiéndose en aspectos biográficos y emocionales del resto de pacientes con suma facilidad.

Como en cualquier grupo emergen diferentes roles entre los miembros que lo componen, ejerciéndose incluso funciones de liderazgo por una o varias personas. Las relaciones pueden fluir espontáneamente de forma favorable de igual modo que puede evidenciarse distanciamientos llamativos entre diferentes pacientes o desencadenarse conflictos de relación, algunos de ellos incluso pueden concluir con conductas de heteroagresividad.

Por tanto, la dinámica relacional del grupo dentro del Medio Terapéutico varía en consonancia con los cambios acontecidos en las personas (estado de Salud, ingresos, altas, incidentes críticos) como en sus diferentes estados mentales, patrones de relación y otras circunstancias.

El planteamiento ideal dentro del Medio Terapéutico determina un grado aceptable de respeto entre sus miembros, tolerancia, colaboración y cooperación en las tareas compartidas, soporte emocional, participación activa y cohesión grupal ante la necesidad de ayuda y cambio saludable.

Las experiencias relacionales que se desarrollan en el Medio Terapéutico suelen ser reproducciones del patrón de relaciones propio del paciente en su vida cotidiana, por tanto recogen datos reveladores del proceso de Salud-Enfermedad, mostrando las dificultades o habilidades sociales propias de la persona y su estilo habitual de comunicación: agresivo-assertivo-pasivo.

Los profesionales velarán por un clima favorable y terapéutico que propicie la sociabilización y la gestión del apoyo social dentro de la Unidad de Hospitalización, previniendo incidentes y gestionando los conflictos que puedan surgir teniendo presente que las interacciones entre pacientes son beneficiosas siempre que se garanticen los mínimos de convivencia, no siendo recomendable la actitud paternalista por parte de los profesionales.

Durante el ingreso, siguiendo con la interacción grupal, se configuran diversas actividades planificadas que bajo la supervisión y guía de profesionales contribuyen a fomentar la sociabilización y el desarrollo de intervenciones terapéuticas específicas, los denominados grupos. Según Bion (1960) "El grupo posibilita el surgimiento de características del sujeto que sólo se manifiestan cuando éste se encuentra en grupo". De Lunes a Viernes, en la UHB se desarrolla el Grupo de Buenos Días y el Grupo Terapéutico, ambos con un encuadre específico.

El Grupo de Buenos Días (previo al Desayuno) se configura como un grupo abierto, tipo asamblea, con una duración aproximada de treinta minutos. Se encuentra dirigido por los profesionales de Enfermería y la monitora de Terapia Ocupacional y se trabajan aspectos de la convivencia hospitalaria y la actividad cotidiana, dificultades de adaptación, relación entre pacientes y profesionales, normas de funcionamiento de la Unidad. Facilitando en todo momento la expresión de emociones y sentimientos, sugerencias y quejas.

El Grupo Psicoterapéutico comienza a las once y media, teniendo una duración estimada de entre cuarenta y cinco minutos y una hora. Un psiquiatra lleva a cabo las funciones de coordinador actuando como psicoterapeuta, el resto de los profesionales ejercen como observadores y de apoyo al desarrollo de la actividad grupal. Los objetivos terapéuticos que se plantean son (15):

- Favorecer la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Posibilitar la expresión de sentimientos y emociones.
- Facilitar la expresión y aclaración de conflictos derivados del ingreso.
- Fomentar la participación de los pacientes en el proceso terapéutico.
- Aliviar la ansiedad relacionada con el hospital.
- Mejorar la conciencia de enfermedad.

Además el grupo lleva implícito ciertos factores considerados terapéuticos y descritos por Yalom (1975): Proporcionar información, conducta imitativa, cohesión, desarrollo de técnicas de sociabilización, recapitulación colectiva del grupo familiar primario, universalización, altruismo, instilar esperanza, aprendizaje individual, catarsis, guía y otros factores existenciales.

La asistencia a los grupos es obligatoria para todas las personas hospitalizadas. Sólo pueden excusarse aquellos que por dificultades asociadas a su proceso psicopatológico no permitan el desarrollo efectivo del grupo o el grupo interfiera de forma contraproducente para su evolución favorable. No obstante, paralelamente a la mejoría clínica se fomenta la participación y el afrontamiento de los grupos.

Los profesionales de Enfermería consideramos que incluir un grupo de psicoeducación dirigido a pacientes y familiares interesados permitiría afrontar la experiencia de la enfermedad, contribuyendo a mejorar la conciencia de enfermedad, el conocimiento de la patología y los tratamientos así sirva de soporte emocional durante el ingreso.

Al finalizar la estancia hospitalaria, el paciente ha de tener la oportunidad de poder cerrar consecuentemente la etapa vivenciada, despidiéndose tanto de los profesionales como del resto de pacientes y pronunciándose en torno a su grado de satisfacción con respecto a la atención recibida en el ámbito hospitalario mediante la cumplimentación de un Cuestionario de Satisfacción.

Con respecto a las relaciones e influencias de los profesionales en el grupo de pacientes es importante conocer que estos han de actuar como agentes facilitadores, destacando la importancia de mostrarse cordiales, disponibles, accesibles y congruentes en sus intervenciones. La variabilidad y complementariedad de los profesionales contribuye a establecer relaciones que proporcionan diferentes experiencias de cambio.

Dentro de la Relación Terapéutica es importante atender a planteamientos actitudinales del profesional puesto que correlacionan directamente con la eficacia de la misma. Actitudes favorables se asientan en la tolerancia, el respeto, la flexibilidad, la capacidad de introspección y autoconocimiento, la madurez afectiva y emocional, la reacción positiva ante situaciones de conflicto o emergentes, la motivación y predisposición para el trabajo en equipo y la valoración del contexto comunitario (13).

Son características implícitas a la Relación Terapéutica establecer una relación de confianza basada en la escucha activa, el respeto y no enjuiciamiento, la empatía, la distancia adecuada enfocándose la relación profesionalizada hacia la perspectiva de la Salud, ayudando al paciente a comprender su propio proceso y solventar sus problemas. Es preciso no desestimar tanto los fenómenos de transferencia como de contratransferencia.

El Equipo Multidisciplinar que toma como objetivo la mejoría y el bienestar del paciente y su familia supone un elemento clave dentro del Medio Terapéutico, dentro de la UHB los profesionales que lo componen son: Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, Psiquiatras, Monitor/a de Terapia Ocupacional y Celador/a. Contando con el apoyo de psicólogos clínicos y trabajadores sociales vinculados con la institución sanitaria.

Los Cuidados de Salud Mental adquieren identidad plena en el seno del Trabajo en Equipo (11). Cada miembro debe afrontar y asumir la responsabilidad que significa saberse agente terapéutico y desempeñar el uso terapéutico de uno mismo como profesional de forma auténtica y congruente con los objetivos planteados dentro del plan de tratamiento.

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias son funciones de los profesionales que componen el Equipo Multidisciplinar: Asistencia, Docencia, Gestión e Investigación.

La toma de decisiones ha de realizarse con cierta autonomía y descentralización por cada uno de los miembros atendiendo a las competencias profesionales. Las decisiones se revisarán en tanto y cuanto se considere pertinente.

Dentro del Trabajo en Equipo es especialmente relevante facilitar las relaciones entre las diferentes profesiones, un clima agradable, perseguir fines coherentes que contribuyan a mejorar la calidad asistencial, respetar el trabajo, organizarlo consecuentemente optimizando esfuerzos...El clima favorecerá la confrontación de situaciones y problemas que impidan o bloqueen el desarrollo adecuado del Trabajo en Equipo, flexibilizándose las líneas jerárquicas y propiciando un ambiente y funcionamiento democrático (11).

La participación activa de cada uno de los miembros supone un valor añadido, siendo deseable que los profesionales se muestren voluntariosos, disponibles y abiertos ante las intervenciones y planteamientos del Equipo. Las reuniones periódicas han de estar presentes de forma frecuente para sostener y aprender verdaderamente a trabajar en Equipo.

La dotación de efectivos ha de ajustarse a las necesidades de Cuidados de los pacientes ingresados, posibilitando el abordaje individual y grupal y teniendo presente que las intervenciones propias del Medio Terapéutico exigen actuaciones continuadas y especializadas que incrementan la complejidad de los Cuidados y la carga asistencial. Teniendo presente la capacidad actual de la Unidad, con respecto a la gestión de recursos de Enfermería, es imprescindible

dible la presencia de dos enfermeras, dos auxiliares y un celador por turno para el desarrollo de las diferentes actividades, la administración de Cuidados y la intervención en crisis.

Procedimientos, Normativas y Actividades de Enfermería

Disponer de procedimientos, normativas y una planificación estructurada de actividades de Enfermería permite implantar pautas de actuación consensuadas dentro de la UHB para su utilización por parte de los diferentes profesionales del Equipo Terapéutico y posibilita a los pacientes que dentro de un encuadre coherente y estructurado reorganicen sus autocuidados y actividades de la vida diaria además de evolucionar favorablemente en su proceso de Salud.

Los principales procedimientos que se utilizan en la UHB son:

- Procedimiento para la sujeción mecánica del paciente agitado.
- Procedimiento para el cuidado de pacientes con sujeción mecánica terapéutica.
- Procedimiento en el cuidado del paciente que presente retención urinaria.
- Procedimiento para el cuidado al paciente en tratamiento con terapia electro convulsiva (pre y post).
- Procedimiento de actuación en la acogida del paciente.
- Procedimiento para evitar el riesgo de caídas.
- Procedimiento para evitar el riesgo de broncoaspiración.
- Procedimiento para combatir el estreñimiento.
- Procedimiento de Custodia de Objetos.

En cuanto a la Normativa vigente en la Unidad destacar:

- Normativa general de ingreso.
- Normativa de información a familiares y visitas.
- Normativa de registro de habitaciones.
- Normativa de custodia de objetos.
- Normativa de funcionamiento del Grupo de Buenos Días.
- Normativa de permisos de fin de semana.
- Normativa en salidas de los pacientes fuera de la unidad.
- Normativa en salidas de los pacientes fuera del centro.
- Normativa de localización urgente de profesionales.
- Normativa de mantenimiento y limpieza de la sujeción mecánica.
- Normativa de revisión y mantenimiento del carro de parada.

Las actividades dentro de la UHB se clasifican en Actividades Asistenciales y No Asistenciales.

Las actividades asistenciales se enfocan a los Autocuidados Básicos y los Cuidados de Enfermería, Psicoterapia, Psicofarmacología, Psicoeducación y otras actividades de educación para la Salud, Técnicas de Desactivación e Intervención en Crisis, Actividades de Terapia Ocupacional, Intervención social, Contención, Seguridad y Soporte, formación y Documentación sanitaria-Historia Clínica.

Durante las 24 horas del día, los profesionales de Enfermería proporcionan de forma continuada contención, seguridad y soporte emocional además de satisfacer todas aquellas demandas y necesidades identificadas de los enfermos hospitalizados.

Los ingresos hospitalarios preferiblemente se planificarán y organizarán en función de la carga asistencial y la disponibilidad de los profesionales de Enfermería, teniendo presente que implican diferentes gestiones y es imprescindible promover, tal y como se ha comentado con anterioridad, una Acogida adecuada tanto a pacientes como a sus familiares.

Los permisos de salida, y regresos, fuera del horario convencional (17-19h), se intentarán organizar de forma que no alteren significativamente el desarrollo de las actividades cotidianas de la Unidad, puesto que comportan actividades y tareas específicas y la dotación de profesionales para atender las demandas secundarias al Medio Terapéutico es escasa.

Se evitarán en la medida de lo posible y salvo circunstancias excepcionales, ingresos y permisos de salida durante los solapes de jornada y cambios de turno puesto que es momento crítico dada la importancia de transmisión de información entre los miembros del equipo de Enfermería.

Las actividades de tipo no asistencial que se llevan a cabo en la Unidad son las reuniones de Equipo, las de Seguimiento y Coordinación asistencial, la participación en comisiones, en Sesiones clínicas, actividades formativas, docentes e investigadoras.

La UHB del Hospital Príncipe de Asturias se encuentra acreditada como Unidad Docente Multidisciplinar para la formación de médicos especialistas en Psiquiatría, Psicólogos Clínicos y Enfermeras Especialistas en Salud Mental según el sistema de residencia vigente y regulado en nuestro país.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS EN LA UNIDAD TURNO DE MAÑANA

- Reunión del equipo asistencial. 8 h
- Preparación, revisión y comprobación de medicación. Controles analíticos y ponderales, glucemias capilares, valoración y apoyo a pacientes dependientes. Facilitar puntualidad-asistencia a Grupo de Buenos Días y Desayuno. 8.30-9 h
- Grupo de Buenos Días. 8.30-9 h
- Asistencia a Sesión Clínica General (3^{er} miércoles mes), Coordinación con Centro de Salud Mental (martes).
- Desayuno: Supervisión y Apoyo en Comedor Terapéutico. Administración de la medicación/comprobación de la toma. Toma de constantes vitales. 9-9.30 h
- Solicitud de dietas terapéuticas, registro de constantes, revisar tratamientos farmacológicos. Aseo de pacientes. 9.30-11 h
- Fomento de la Ocupación del Tiempo Libre: Actividades de Terapia Ocupacional. 10.30-11.30 h
- Desayuno del personal. 11-11.30 h
- Terapia de grupo. 11.30-12.30 h
- Análisis de la terapia de grupo. 12.30-12.45 h
- Revisión/preparación de la medicación de la comida. 12.45-13 h
- Comida: Supervisión y Apoyo en Comedor Terapéutico. Administración de la medicación/comprobación toma. Firmar hoja de control de medicación dispensada. 13-13.45 h
- Facilitar y promover las salidas de pacientes autorizados, 13.45h-14 h
- Organización de la documentación complementaria: Puesta en orden de las analíticas solicitadas, registrar en hoja de control de prueba. Control de firma de los permisos de salida de dentro y fuera de la unidad, así como de los permisos de fin de semana. Indicación de visitas de los pacientes. Indicación de límite de conducta. Y cumplimentar registros de evolución. 13.45-15 h
- Reunión Equipo Terapéutico, de Enfermería o Sesiones Clínicas (jueves). 14.30-15 h
- Grupo de pinzamiento, personal de enfermería del turno de tarde. 15 h

TURNO DE TARDE

- Cambio de turno. 15 h
- Revisión de las habitaciones de los pacientes. Preparación de la unidosis (24 h). Posibles reclamaciones de la unidosis a farmacia. Comprobación de la solicitud de dietas.

- Notificaciones de altas para comunicárselo al servicio de limpieza y de ingresos para comunicárselo al servicio de admisión. 15.30-16.45 h
- Observación actitudes y conductas pacientes. Merienda: Supervisión y apoyo Comedor Terapéutico. 16.45-17 h
- Apertura de la puerta exterior de la unidad, según normativa, Control de entrada de visitas. Control y comprobación, según normativa, de las salidas de dentro y fuera del centro de los pacientes y prestar especial atención a que los permisos estén firmados por psiquiatra, familia y paciente. 17-19 h
- Soporte emocional y psicoeducación familiar. 18.50 - 19.10 h.
- Toma de contantes vitales, registro y análisis. Variaciones del estado afectivo, expresión de sentimientos, preferencias y animadversiones, problemas surgidos de los encuentros con las familias. 19-20h
- Cena: Supervisión y apoyo Comedor Terapéutico. Administración medicamentosa. Vigilancia de la toma de ésta. Observación de actitudes. 20-20.30 h
- Firma de la medicación administrada. Actividades libres con los pacientes, fomento sociabilización y ocupación tiempo libre. 20.30-21 h
- Registro del evolutivo de enfermería. 21-21.45 h
- Cambio de turno. 22 h

TURNO DE NOCHE

- Cambio de turno. 22-22.30 h
- Revisión de las habitaciones. Revisión de la medicación. 22.30-23 h
- Administración de tratamiento, vigilancia y control de la toma del mismo. Observación de conductas. Recena. 23-24 h
- Revisión de registro de las solicitudes de analíticas, preparación de los tubos. solicitud de dietas. Cumplimentación registros enfermeros. 24-1 h
- Control de iniciación al sueño, medidas de Higiene del Sueño: solucionar problemas de insomnio. Anotar posibles incidencias. 1-2 h
- Se hacen rondas de vigilancia con la frecuencia requerida en cada caso (al menos cada hora). Así como la atención a las posibles demandas de los enfermos. 2-7 h
- Extracción de muestras de analíticas. Registros de evolutivos de enfermería. Revisión de medicación y material del carro de parada y emergencias(el día 1 de cada mes). 7-8 h
- Cambio de turno. Reunión de Equipo Terapéutico. 8 h

Sistematización de los Cuidados

El proceso de Enfermería es una metodología creada por los profesionales de Enfermería para mejorar la calidad de atención prestada a la sociedad. Como metodología de trabajo ha experimentado cambios desde sus primeros planteamientos. Modificaciones que persiguen mejorar la Calidad de los Cuidados vinculando al paciente como agente activo participativo en los diferentes niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de su proceso de Salud.

Existe además una ganancia profesional implícita a la utilización sistemática del Proceso Enfermero traducida en un incremento de la estructuración de los Cuidados y la unificación de criterios entre profesionales de Enfermería, posibilitando el crecimiento y desarrollo de la disciplina.

Durante la utilización del proceso enfermero, en la fase de valoración, la entrevista psiquiátrica inicial, con reevaluaciones periódicas si el ingreso se prolonga en el tiempo, permite la recogida sistemática de datos e información clínica imprescindible y de representativo valor para la configuración del Plan de Cuidados.

Según la Guía de Cuidados Enfermeros de la Red de Salud Mental de Aragón (2003) en base a la necesidad de tener un registro riguroso adaptado a la filosofía enfermera y al método científico, se apuesta por utilizar el modelo de registro de enfermería basado en las aportaciones de Margory Gordon al adecuarse a la especificidad de los pacientes con trastornos mentales (16).

Por tanto, el Registro Unificado de Valoración que propone Gordon según palabras de Rafael Sales (2000), con las cuales el Equipo de Enfermería de la UHB del Hospital Príncipe de Asturias se muestra en concordancia, “respetar la esencia de lo que proponen la mayoría de los modelos conceptuales respecto de la consideración del cliente/paciente y la actuación de la enfermera, por lo que afirma, que podríamos considerar una estructura de valoración unificada, a partir de la cual, obtendríamos información que sería posible analizar y sintetizar atendiendo al modelo conceptual elegido, diagnosticar y hacer una propuesta de plan de cuidados que responda al objetivo establecido por dicho modelo” (17) .

Según Peplau, “El proceso de Enfermería será terapéutico y educativo cuando la enfermera y el paciente lleguen a conocerse y respetarse, como personas iguales y a la vez diferentes, como personas que participan en la solución de problemas” (9).

Por tanto, entre la enfermera y el paciente la interrelación requiere:

- Establecer objetivos, tareas y tiempos,
- Proporcionar ayuda para que el paciente identifique sus problemas de Salud, exprese sentimientos y emociones y aprenda mecanismos de afrontamiento adaptativos.
- Ofrecer alternativas útiles adaptadas a sus propios planteamientos y circunstancias siempre en la vertiente saludable.
- Clarificar roles y expectativas.

El Plan de Cuidados maximiza el efecto terapéutico del entorno. Los Planes de Cuidados Estandarizados que se encuentran elaborados en la Unidad son:

- PAE de enfermería en pacientes que presentan ideación delirante.
- PAE de enfermería en pacientes con esquizofrenia.
- PAE de enfermería en pacientes con presencia de alteraciones sensorio-perceptivas.
- PAE de enfermería en pacientes con conductas maniformes.

Con objeto de optimizar la utilización del Proceso Enfermero es imprescindible que éste quede correctamente documentado mediante la incorporación y utilización de un Sistema de Información de Cuidados informatizado que de respuesta al derecho del usuario a que quede constancia de su proceso reconocido por la Ley General de Sanidad, a aspectos ético-legales, a la coordinación-comunicación entre profesionales y gestión de la continuidad de cuidados.

Dentro de la documentación clínica disponible en la Unidad se encuentra:

- Registro de Valoración de valoración por patrones funcionales de M.Gordon al ingreso.
- Registro de cuidados de sujeción mecánica.
- Consentimiento informado de permiso de salida fuera del Hospital.
- Consentimiento informado de permiso de salida de la unidad.
- Documento de ayuda para la cumplimentación del tratamiento en permisos de fin de semana.
- Registro de custodia de objetos.
- Registro de Actividades en pacientes con TCA.
- Informe de Enfermería al Alta Hospitalaria.

Por último destacar que, la planificación del Alta Hospitalaria ha de tenerse presente desde que el paciente ingresa en la Unidad de Hospitalización puesto que disminuye la ansiedad tanto del paciente como de su familia. Además, desde el inicio del plan de tratamiento, todas las intervenciones de Cuidados han de reflexionarse y traducirse científicamente mediante la utilización del Proceso Enfermero, propiciando que el paciente se reincorpore a ser posible a su entorno, en la mayor brevedad y en las mejores circunstancias.

Conviene recordar las aportaciones de Carpenito quien entiende la Planificación al Alta como “un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos Cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la Salud dentro del centro y la comunidad en general”. En otro orden, Kozier (1999) explica que la Planificación al Alta se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la Salud (18).

Al Alta Hospitalaria el paciente recibirá por parte del personal de Enfermería un Informe de Enfermería donde se describa el plan de cuidados del paciente durante su hospitalización, se aporten recomendaciones para su recuperación posterior y posibilite la continuidad de cuidados de igual modo que la coordinación con otros dispositivos.

Coordinación Asistencial

La atención integral, la Continuidad de Cuidados, la consistencia en las actuaciones y el funcionamiento eficiente del sistema sanitario exige una adecuada organización de servicios y la coordinación de los dispositivos de la red dentro del modelo comunitario de atención a la Salud Mental (4,19).

En la UHB y en base al funcionamiento en red de los Servicios de atención a la Salud Mental del área III, se lleva a cabo coordinación asistencial con los diferentes dispositivos:

- Servicio de atención a la urgencia en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- Inter-consulta y enlace de Psiquiatría en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- Centro de salud mental (CSM) de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz.
- Hospital de día.
- Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz.
- Centro de rehabilitación laboral (CRL) de Torrejón de Ardoz.
- Centro de día de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz.
- Equipo de apoyo social-comunitario de Alcalá de Henares.
- Miniresidencia de Alcalá de Henares.
- Pisos protegidos/tutelados.
- Centro de atención integral a las drogas (CAID) de Alcalá de Henares y de Torrejón de Ardoz.

CONCLUSIONES

- La relación Terapéutica se consolida como pilar fundamental en los Cuidados de Enfermería de la UHB siendo la herramienta terapéutica básica, el Uso Terapéutico de uno Mismo como profesional.
- La utilización del Proceso Enfermero y las aportaciones de los modelos y teorías desarrollados por teóricas de reconocido prestigio tales como Peplau, Leininger, Henderson, Orem, Nightingale... enriquecen la Calidad de los Cuidados y facilitan las intervenciones terapéuticas.
- La filosofía de Cuidados de la UHB potencia los aspectos saludables de las personas con enfermedad mental como recursos a partir de los cuales desarrollar capacidades que permitan afrontar las dificultades asociadas al proceso de enfermedad.

- La comprensión del concepto de Medio Terapéutico es imprescindible para administrar Cuidados en Salud Mental eficaces.
- El Medio Terapéutico se constituye como un entorno dinámico en el que se trabaja con el paciente, proporcionando un “espacio de seguridad” donde se prodigan Cuidados y se fomenta que las personas puedan estabilizarse psicopatológicamente mediante tratamientos intensivos.
- Son componentes significativos del Medio Terapéutico la contención, el apoyo, la estructura, la implicación, la validación, los aspectos interaccionales y las actividades (asistenciales y no asistenciales).
- Las Unidades de Psiquiatría han de disponer de espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna acordes a las necesidades particulares de los pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, relación, ocupación y participación (14) .
- El primer contacto de la persona y familiares con la Unidad merece ser cuidado sobremedida, es por tanto imprescindible realizar el procedimiento de acogida, la entrevista psiquiátrica y la acomodación del paciente para favorecer su adaptación.
- Las relaciones con los otros pacientes y con los miembros del Equipo Interdisciplinar influyen inequívocamente en el proceso de Salud particular de cada uno de los pacientes ingresados en la UHB, considerándose básico el respeto, la tolerancia, la cooperación y el soporte emocional.
- Las experiencias relacionales que se desarrollan en el Medio Terapéutico suelen ser reproducciones del patrón de relaciones propio del paciente en su vida cotidiana.
- Los Cuidados de Salud Mental adquieren identidad plena en el seno del Trabajo en Equipo. Las reuniones periódicas entre profesionales han de estar presentes de forma frecuente para sostener y aprender verdaderamente a trabajar en Equipo.
- Disponer de procedimientos, normativas y una planificación estructurada de actividades de Enfermería permite implantar pautas de actuación consensuadas dentro de la UHB a los diferentes profesionales del Equipo Terapéutico y posibilita a los pacientes que dentro de un encuadre coherente y estructurado reorganicen sus autocuidados y actividades de la vida diaria además de evolucionar favorablemente en su proceso de Salud.
- En el Medio Terapéutico todas las intervenciones de Cuidados han de reflexionarse y traducirse científicamente mediante la utilización del Proceso Enfermero, teniendo presente que el paciente se reincorpore a ser posible a su entorno, en la mayor brevedad y en las mejores circunstancias.
- El Medio Terapéutico posibilita la concepción holística de los Cuidados de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hospital Príncipe de Asturias. Información General del Hospital. [on line] disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalPrincipeAsturias/Page/HPPE_home&c=Page&site=HospitalPrincipeAsturias
- (2) Memoria Hospital Príncipe de Asturias año 2007. Disponible en: Intranet Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).
- (3) Consejería de Sanidad Servicio Madrileño de Salud. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008).
- (4) Gómez Beneyto, M (coordinador). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- (5) Zamorano M. La continuidad de los cuidados enfermeros en atención primaria para pacientes TMS. C.A.S.M. Benito Menni. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús [on line]2006 Oct-Nov Disponible en http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/03_185_indice.htm
- (6) Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Conclusiones XXII Congreso “Elementos Terapéuticos de los Cuidados de Enfermería de Salud Mental; Cáceres 2005 Abr. [on line] Disponible en: http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_congresos_conclusionescaceres

- (7) Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Conclusiones XXV Congreso "25 Años Cuidando contigo, un recorrido en los Cuidados de Salud Mental". Salamanca 2008 Mar. [on line] Disponible en: http://www.anesm.net/anesm/contents/html.php?archivo=_congresos_conclusionessalamanca
 - (8) Herrera A, Betolaza E, Murua F, Martínez H, Jiménez JM. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Doyma 2003 Abr 1; 5(2): 58-74. [on line] Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/carpeta.listado>
 - (9) Peplau H. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Salvat Editores 1990. Versión española, obra inglesa International Relations in Nursing.
 - (10) Pacheco G. La enfermería en salud mental: proyectos de futuro en el Sistema Nacional de Salud. Conferencia de Clausura de las II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental. Jaén 2001 21 de mayo de 2001.
 - (11) García M, González P, Alonso B, Morales L, Álvarez EM, Redondo E. Aprendiendo a trabajar en Equipo: La asignatura del día a día en los Cuidados de Salud Mental. XXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Salamanca 2008 Mar: 1559-1579.
 - (12) Stuart, G. Enfermería Psiquiátrica. Principios y Práctica. Madrid: Elsevier, 2006.
 - (13) Megías F, Serrano MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: DAE, 2000.
 - (14) Baker A, Llewelyn R, Sivadon P. Servicios Psiquiátricos y Arquitectura. Cuadernos de Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1963. [on line] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_1_spa.pdf
 - (15) De Felipe V, Pedroviejo A, Olivares D, Lassaletta A. Estudio de la Psicoterapia en una Unidad de Hospitalización Breve de Guadalajara. 2000.
 - (16) Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza 2003. [on line] Disponible en http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/MENTAL/PUBLICACIONES_SALUD_MENTAL
 - (17) Sales R. Hospitalización Psiquiátrica Domiciliaria. En: Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 Feb-Mar. Conferencia 57-CI-D: [27 pantallas]. Disponible en http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57_ci_d.htm.
 - (18) García B. Alta de Enfermería. [on line] disponible en: www.imagina.org/archivos/LM_alta_enfermeria.pdf
 - (19) Asociación Madrileña de Salud Mental. La atención a la Salud Mental en Madrid, hoy. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, vol. XIX, n.º 70, pp. 337-349.
- I.- De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 106-112
- II.- Correa, L. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores Acta Bioethica 2008; 14(1), págs: 11-18
- III.- Moraes, M. C. O paradigma educacional emergente. 8a ed. Campinas, SP: Papirus, 1997
- IV.- Maturana, H. Emociones y lenguaje en educación y política. Santiago: Dolmen, 1995.
- V.- Moraes, M.C. Educação a distância, formação e desenvolvimento: contribuições das universidades brasileiras. Intellectus - Revista Acadêmica Digital das Faculdades Unopec. Sumaré-SP, ano 02, nº 03, ago./dez. 2002.
- VI.- Fernandez-Berrocal, P., Ramos, N. (2002). Corazones Inteligentes. Barcelona, Kairós.
- VII.- Moraes, M. C..Considerações Pedagógicas do Paradigma Emergente. PUC SP, Janeiro.2003.

