

“LOS ESPACIOS PEDAGÓGICOS DEL CUIDADO”

VOL. I

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.: 978-84-692-1312-4
Depósito Legal: A-284-2009

Presentación

Van a tener entre sus manos un conjunto de muy diversas aportaciones que confluyen en el XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.

Este encuentro que reúne a centenares de profesionales enfermeros, tiene un eje que se asienta sobre “LOS ESPACIOS PEDAGÓGICOS DEL CUIDADO”.

Sea cual fuere el escenario dónde se apliquen los cuidados enfermeros, van a ser los aspectos pedagógicos del cuidar los principales aliados, para asegurar eficacia, cercanía, rigor, humanidad... y tantos otros matices encaminados a lograr la excelencia de la actividad profesional, desde una perspectiva abierta a la innovación, y a la búsqueda de respuestas adecuadas a las nuevas maneras de vivir, de enfermar y también de plantar cara a los procesos mórbidos, a los factores de riesgo.

Durante los días 1,2,3 de Abril, escribiremos unas páginas más para nuestra historia y dejarlas en este texto, será un modo de contribuir a que en el ámbito de la Salud Mental, las enfermeras/os dispongan de variados instrumentos de trabajo, de ideas, propuestas y reflexiones, para que finalmente, las personas con problemas de salud mental tengan un futuro esperanzador presidido por opciones de diferente naturaleza, orientadas al incremento de su calidad de vida.

Que sea en Valencia, tiene que ver con la satisfactoria coincidencia cronológica, ya que se cumplen 600 años del nacimiento del Hospital Pare Jofré, lo que aconteció el 24 de Febrero de 1409.

El pintor Joaquín Sorolla Bastida, en un óleo sobre lienzo, titulado “ El padre Juan Gilabert Jofré defendiendo a un loco” (que hemos reproducido en el programa de este congreso), muestra el hecho que presencié el religioso mercedario valenciano, por las calles próximas a la catedral de Valencia.

La escena refleja cómo un grupo de jóvenes maltrataba a un pobre demente, lo que le conmovió al Padre Jofré, e hizo que pidiera respeto y compasión por la víctima, dándole protección y abrigo.

Ese mismo día mientras pronunciaba su sermón en la Catedral, invitó a la sociedad valenciana a implicarse en la creación de un centro que acogiera a “folls, innocents i furiosos”, algo que poco tiempo después se convirtió en realidad con la construcción del primer hospital de tratamiento psiquiátrico de Europa, algunos historiadores afirman que del mundo.

Se dice que esa actitud de protección hacia el demente surgió en el Padre Jofré, no sólo por inspiración religiosa, sino también como consecuencia de su contacto con la cultura musulmana, pues había viajado a diversas ciudades árabes, siguiendo los objetivos de la Orden de la Merced para rescatar a cristianos que habían sido capturados y convertidos en esclavos. Allí pudo probablemente percatarse del tratamiento y respeto de que eran objeto los enfermos mentales. Las influencias de unas culturas hacia otras pueden tener sus efectos beneficiosos.

El Hospital de innocents, tuvo desde sus orígenes un carácter monográfico, se dedicó a la acogida y cuidado exclusivo de enfermos mentales en el que recibían atención médica y de enfermería a cargo de personal laico.

El Padre Jofré vivió de 1350 a 1417, reposa en el Monasterio del Puig (Valencia)

Siguiendo con las coincidencias en el tiempo, también este año, 2009, se cumple el 60 aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos, que haciendo honor a su nombre dice “ Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”... y ¿cómo no hacer referencia a los mismos en nuestro contexto actual? cuando las personas con problemas de salud mental todavía son portadoras de cierto estigma, cuando la atención a sus necesidades como seres humanos todavía carece de muchos de los recursos a los que legalmente tienen derecho, contemplados en la Constitución Española y en la Ley General de Sanidad. (1986).

En esta última, en su Capítulo III, Artículo 20 se refería a la Salud Mental en los siguientes términos:

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Sanitario General y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, define los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización, no es necesario proseguir en otros elementos que darían pie a la Reforma Psiquiátrica, para darnos cuenta de que aquí se contenía toda la filosofía, negro sobre blanco, que haría posible instaurar diferentes estrategias encaminadas a atender a las personas con enfermedad mental a partir de planteamientos holísticos, globalizadores, contemplando al ser humano como un todo unificado, complejo e irrepetible.

Además en diferentes planes de Salud Mental de las CC.AA. se puntualizaban y proponían las estrategias y objetivos a implementar para iniciar la andadura. En nuestro territorio fue el llamado Plan de Salud Mental para La Comunidad Valenciana de 1991, seguido de otros, como no puede ser de otra manera, aunque de aquel emanaron los primeros y más sustanciales cambios.

Todo esto configuraba un futuro con ciertas dosis de optimismo ya que la Reforma Psiquiátrica nacía para pasar página superando el modelo asistencial Hospitalocentrista, se cerrarían los manicomios, y comenzaría la Reforma Psiquiátrica. Lo que ocurre es que 33 años después, sentimos que dicha reforma aún es joven y necesita completarse y consolidarse.¿Definitivamente necesita cuidados!, como los seres humanos.

El último Documento, que ha visto la luz, el Plan Estratégico Nacional de 2008 sobre la salud Mental sigue apostando por la mayoría de edad de la Asistencia Psiquiátrica, y por dotarla en su último diseño, de los recursos necesarios, desde criterios de igualdad con otros ámbitos sanitarios, contemplada la especificidad de la materia, y sin complejos.

Además el Código deontológico de la Enfermería Española en su Capítulo II Sobre “ LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERA/OS, Artículo 5 dice “ Las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrontas a su dignidad personal.

En su capítulo VI sobre: LA ENFERMERÍA Y LOS DISMINUIDOS FÍSICOS, PSÍQUICOS E INCAPACITADOS. Artículo 35 dice: Como consecuencia del derecho público que tienen los disminuidos psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la sociedad a la que pertenecen, los enfermeros/as pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Siguiendo tantos principios, reglamentación y postulados que apoyan la correcta asistencia a las personas con problemas de Salud Mental, hemos de reconocer que la actividad de las enfermeras en el siglo XXI en materia de Salud Mental, constituye un reto que armoniza objetivos de hoy con todo lo que acabamos de comentar de épocas precedentes:

A saber:

- En BOE de 22 de Noviembre de 2003, Ley 44/2003 sobre ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 7 vemos: Evaluar, prestar cuidados de mantenimiento y Prevención.
- También los principios generales de las nuevas titulaciones recogidas en Real Decreto 1393/2007 de 29 de Octubre, por el que se establece la Ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, establece en su párrafo 5 para las nuevas titulaciones:
 - a) Respeto a los derechos fundamentales de igualdad entre hombres y mujeres.
 - b) Respeto y Promoción de Derechos Humanos y con accesibilidad universal.
 - c) Valores propios de una cultura de Paz y de valores democráticos
- En orden Ministerial del 3 de Julio de 2008, en el módulo de Competencias específicas de Salud mental, se recogen las que deben adquirir los estudiantes, y de las que vale la pena remarcar aquí la siguiente:

Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la Enfermería Española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería, prestar cuidados garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad, y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores (el subrayado es nuestro).

No cabe duda de que además de adecuar los cuidados a los problemas de salud específicos que padecen las personas, determinados aspectos como los de género y la multiculturalidad, así como las coordinadas socio económicas presentes en los diferentes ecosistemas humanos han de tenerse en cuenta a la hora de aplicar los cuidados enfermeros. Sólo así estaremos dando respuestas eficaces y adaptadas a los tiempos que nos toque vivir.

Por todo ello visualizamos un hilo conductor de puntos suspensivos desde Pare Jofré a los enfermeros hoy en activo, a los futuros profesionales, a los pacientes, a sus familias, a sus amigos con una definición de salud mental que dice sencillamente: Salud mental es 1,2,3.

- 1- Estar bien consigo mismo
- 2- Estar bien con los demás
- 3- Ser capaz de modificar el medio ambiente

Esta definición ha sido suscrita por personas con enfermedad mental y sus familias, también nosotros la suscribimos poniendo una mirada en el enfoque comunitario para mejorar las situaciones vitales de las personas con enfermedad mental.

Tenemos nuestra mente abierta para entender que el padecimiento mental no es más que el resultado de los conflictos, desajustes y carencias de toda índole que viven las personas, sin olvidar que la frontera entre lo “normal” y lo “patológico” es difícil de dibujar y fácil de traspasar. Por ello la sociedad en su conjunto y nosotros como profesionales hemos de actuar en consecuencia...todos podemos mañana ser...

Desde este Congreso hemos pretendido que sus diversos contenidos tengan un efecto multiplicador y que este siga dinamizando otros espacios y momentos para que su repercusión estimule la reflexión y la creatividad haciendo de los cuidados el referente más valioso de las enfermeras presididos por ese enfoque pedagógico que implica actitud de aprender y enseñar, porque cuando cuidamos enseñamos a otros, pero también aprendemos.

Con Peplau podemos afirmar que en el cuidado se instaura una relación interpersonal y terapéutica de la que el paciente y la enfermera salen reforzados porque ambos maduran y ¿qué es madurar sino aprender? y ¿qué es aprender sino madurar?

Amparo Bellver Cebria,
*Profesora de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental
Escuela Universitaria de Enfermería La fe de Valencia*

Rafael Sales Orts
*Profesor de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental
Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Valencia*

ÍNDICE Vol. I	Pag.
• LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	..... 11
• LA EDAD ADULTA	..... 15
• LAS HABILIDADES PEDAGÓGICAS EN LOS CUIDADOS	..... 19
• TRABAJO ENFERMERO DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA	..... 27
• INTERVENCIÓN EN CRISIS	..... 31
• UN PEQUEÑO RETO (UPR): HERRAMIENTA PSICOEDUCATIVA A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN	..... 37
• LA PEDAGOGIA DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL: ACTIVIDAD Y OCIO	..... 45
• EL DOLOR CRÓNICO MÚSCULO ESQUELÉTICO Y LA TERAPIA DE LA RISA	..... 55
• PROPUESTA DE UN MODELO DE CUIDADOS A INVESTIGAR, BASADO EN LAS TAXONOMÍAS NANDA, NOC Y NIC. EN ENFERMOS INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE CON LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA NANDA: “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO”	..... 57
• GRUPO DE VALORES: UN CAMBIO EN LA CONCEPCIÓN DE LO QUE REALMENTE IMPORTA	..... 65
• ¿CUIDAMOS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA NOVELES?	..... 69
• TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL CINE	..... 75
• ESTUDIO DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL SEGÚN EL MODELO DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM	..... 77
• ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	..... 83
• ESTUDIO DEL TUTOR DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	..... 87
• ESTUDIO DEL ESTIGMA DE LA ESQUIZOFRENIA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	..... 93
• LAS NUEVAS TECNOLOGIAS APLICADAS AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL PROYECTO DE CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB	..... 97
• CONOCIENDO A NUESTROS PACIENTES-CLIENTES	..... 99
• TELEMEDICINA COMO HERRAMIENTA PEDAGÓGICA PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL. EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	.... 103
• LA NEUTRALIDAD DEL PROFESOR EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA	.... 109
• HISTORIA Y FUNDAMENTOS ANATÓMICO FISILÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA	.... 113

• REFLEXIÓN SOBRE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA	.... 117
• ESTRÉS DE TRASLADO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN DE LA UNVERSIDAD DE HUELVA	.... 119
• ENFERMERÍA: INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO EN LA MEJORA DEL CUIDADO	.... 127
• HISTORIA DIGITAL EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SISMA FRENTE A DIRAYA)	.... 131
• EL USO DE SISTEMAS ESTANDARIZADOS EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS NANDA	.... 133
• INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RISPERIDONA INYECTABLE	.... 137
• NUEVOS ENTORNOS TELEMATICOS PARA PROMOCIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES SOBRE LA SALUD MENTAL	.... 139
• TÉCNICAS ORIENTALES Y EL PACIENTES PSIQUIÁTRICO	.... 141
• INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL. VEINTIDÓS AÑOS DESPUÉS	.... 145
• DÉJANOS AYUDARTE	.... 151
• EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS: UN RETO	.... 155
• TALLER DE SALUD, MEJORANDO LA HIGIENE Y EL ACICALAMIENTO	.... 157
• REGISTROS DE AGRESIONES ENTRE PACIENTES, ENFOCADOS A LA MEJORA DE LOS CUIDADOS	.... 161
• REALIZAR ACTIVIDADES AUMENTA LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRATORNO DE PERSONALIDAD EN UNA U.H.B.	.... 163
• SIN MALOS HUMOS	.... 167
• NOS GUSTA HACERLO	.... 171
• ADHERENCIA EN PACIENTES PSICÓTICOS	.... 173
• ¿SE VALORA LA FUNCIONALIDAD DE UNA CLÍNICA DE LITIO? ENCUESTA A LOS EIR DE SALUD MENTAL DE CATALUÑA	.... 179
• NECESIDADES PEDAGÓGICAS EN EL PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA DE AGUDOS	.... 183
• PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA EL FOMENTO DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL	.... 195

XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

• DICEN QUE TENGO ESQUIZOFRENIA...	.... 199
• REINGRESOS EN UNIDAD DE AGUDOS. VALORACIÓN A TÉRMINO, VS CONTINUIDAD DE CUIDADOS	.... 203
• GUÍA PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA A FAMILIARES SOBRE LOS PERMISOS DE SALIDA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA U.T.C.A. (UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA)	.... 207
• CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE PADECEN DISFAGIA EN EL CEEMC DE BETERA	.... 211
• YO, SOY YO, Y MIS CIRCUNSTANCIAS FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES	.... 215
• REVISIÓN EN EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PATOLOGÍA DUAL	.... 235
• LOS BENEFICIOS TERAPÉUTICOS DE SALIDAS EXTRAHOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL PARE JOFRÉ DE VALENCIA	.... 243
• ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL PACIENTE AGUDO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL “LA FE”	.... 247
• EL BUENOS DÍAS. UN GRUPO PSICOEDUCATIVO Y TERAPÉUTICO	.... 249
• PSICOEDUCACION AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO BIPOLAR Y A SU FAMILIA EN UNA UHB	.... 255
• EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN “MEJORAR EL SUEÑO” EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL	.... 261
• ANÁLISIS DEL PERFIL DEL PACIENTE VALORADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	.... 265
• DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL CLIMATERIO	.... 269
• CONTROL DE REINTEGROS DE DINERO Y LIBRO DE CAJA. ¿CUIDADOS DE ENFERMERÍA?	.... 273
• GRUPO AYUDA MUTUA	.... 277
• EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	.... 279
• EXPERIENCIA DE TRABAJO COOPERATIVO EN SALUD MENTAL	.... 283
• SÍNDROME DE ASPERGER. ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA	.... 287
• VARIABLES SOCIOCULTURALES Y PERCEPCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN INMIGRANTES AFRICANOS	.... 291

- LA CENICIENTA QUE NO QUERÍA COMER PERDICES O... COMO APRENDER A DECIR BASTA. EL CUENTO, UNA HERRAMIENTA PSICOEDUCATIVA DESDE EL PSICODRAMA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL 295
- ACTUALIZANDO CUIDADOS ENFERMEROS EN PSICOGERIATRÍA 303
- SALUD MENTAL VS SALUD FÍSICA. CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL DE A CORUÑA 309
- EL SILENCIO TERAPÉUTICO, UNA HERRAMIENTA MÁS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA 315
- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIÓGENES 319
- CALIDAD PERCIBIDA EN RELACIÓN CON LA FIGURA DE LA ENFERMERA REFERENTE EN UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL 323
- SALUD MENTAL Y CENTROS DE ATENCIÓN A LA MUJER. COORDINACIÓN, ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN 329
- PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES EN PROGRAMA DE INSERCIÓN: PREVALENCIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR 331
- PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL 337

LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dolores Cabrera Castro

Auxiliar de Enfermería. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Granada

El objeto del conocimiento y la práctica de la enfermería es el cuidado, es ahí, donde ésta encuentra su papel fundamental entre las disciplinas del campo de la Salud.

La pedagogía se encarga del estudio de los procesos de enseñanza y aprendizaje, sin perder de vista que enseñar no es lo mismo que aprender. Si queremos “conocer cómo aprendemos”, habrá que recurrir a una visión psicológica. En la tarea de “cuidar” a nuestros pacientes y a sus familias empleamos diferentes técnicas, como por ejemplo la de “enseñar a aprender”.

Yo os quiero contar cómo nos planteamos una experiencia de trabajo con familias y pacientes juntos, utilizando como marco de referencia las teorías de algunos autores como J. Bleger y A. Bauleo que plantean que “El aprendizaje es la modificación más o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conductas todas las manifestaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan”.

Nosotros/as los/as profesionales trabajamos con los síntomas de nuestros pacientes, pero ¿sólo tienen síntomas nuestros pacientes o también sus familias?, es más, ¿qué son los síntomas?, ¿emergentes de una disfunción?, ¿y dónde está la disfunción?, ¿está en el cuerpo?, ¿en la psique?, ¿en las relaciones de las familias? Con las posibles respuestas a todos estos interrogantes, ¿cómo plantear nuestro trabajo? Teniendo en cuenta ciertos límites, como los que expone J. Bleger, “No se puede operar más allá de las posibilidades reales del objeto, pero tampoco más allá de las posibilidades reales y momentáneas del sujeto; y las posibilidades psicológicas del sujeto son tan reales y objetivas como las del objeto.”

Y sin perder de vista los síntomas, los profesionales de la Salud Mental escuchamos y cuidamos... El síntoma habla, comunica, expresa un sentido que podríamos definir como “simbólico”. Es decir, el síntoma “reúne en sí”, recompone, sintetiza el sentido comunicativo en un contexto de comunicación y de relación en el que aparece. Por eso, ese sentido es descifrado sólo dentro del contexto, que comienza por aquel en el que el paciente participa más directa e inmediatamente, es decir su familia.

Desde una visión sistémica el síntoma tiene una función en el sistema familiar. En nuestro trabajo con niños y adolescentes no podemos perder de vista lo que nos dice Bowen “La involucración del niño en un conflicto familiar ha sido considerada también como una réplica de problemas familiares de una generación anterior” o Pitman F. que contempla a los niños como barómetro de la familia que desarrollan síntomas a medida que aumenta la tensión de las mismas.

Cuando un niño sufre fracaso escolar, fobia, etc. y su madre una crisis de ansiedad, una depresión, etc., ¿es el mismo síntoma?, ¿y qué nos está diciendo este síntoma? ¿Estamos seguros/as los/as profesionales que el síntoma del niño es de él, y el de la madre es de ella? ¿o los dos nos están remitiendo a un contexto disfuncional relacional?

Con todas estas preguntas debemos plantearnos por tanto quién debe enseñar y quién debe aprender: maestros, pedagogos, psicólogos, enfermeras, padres, niños,... Enseñar/aprender es un proceso circular que se retroalimenta.

¿Dónde se manifiesta el síntoma? Cuando se manifiesta en el cuerpo hablamos de expresión somática, cuando se manifiesta en el comportamiento hablamos de expresión conductual y cuando se manifiesta en el contexto hablamos de disfunción relacional.

Dar una respuesta a la demanda sintomática exige de los profesionales flexibilidad, considerando separadamente cada uno de estos síntomas, siendo conscientes de no perder de vista la circularidad y las recíprocas conexiones intersistémicas. Es decir, ver el modo en que esa

familia, en ese momento de su historia y de su ciclo vital, interactúa con la aparición de los síntomas de uno de sus miembros. Dice S. Minuchin, “Los problemas del niño suelen estar ligados a algún conflicto entre miembros adultos de su familia. Forman parte de una interacción triangular en la que el estrés entre adultos se desvía y se expresa a través de los problemas del niño”.

La plasticidad del síntoma se adapta, cambia, puede ser más relevante o más grave según el momento que viva la familia. Cuando se modifica una estructura o comportamiento unos y otros se pueden resentir. Cuando una familia hace una serie de cambios o ajustes en un área con respecto a sus miembros, otros pueden hacer síntomas que antes no tenían o no suponían problema alguno para ese sistema.

Enfermería tiene un amplio campo de intervención para dar respuesta a las diferentes y complejas situaciones que se nos presentan en La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hay que tener en cuenta además las condiciones propias de la organización de equipo, de la formación de sus profesionales, los espacios y las exigencias y/o resistencias de las familias. Por todo ello, incorporar la flexibilidad nos permitirá diseñar una gran variedad de estrategias en la forma de la intervención. La misma plasticidad que tienen los síntomas en un sistema, en un individuo, debemos tenerla nosotros para abordar el trabajo con nuestros pacientes y sus familias.

Yo vengo a contaros, como os anuncie al principio, una experiencia de trabajo grupal con los hijos/pacientes y su sistema familiar, novedosa para nosotras.

Desde el año 2003, veníamos observando que los chicas/os que pasaban por la actividad “Taller de relajación”, aprendían, utilizaban y valoraban bien las técnicas aprendidas. A sus padres les gustaba que viniesen y que les enseñásemos, y cuando salían de las sesiones estaban relajados y contentos. Ya en el vestíbulo, donde se reunían con sus familias, observábamos una cierta tensión, una cierta distancia, y que cada uno iba por su lado. ¿Qué pasaba entre ellos?, ¿tendrían las familias que aprender lo mismo que ellos estaban aprendiendo? ¿podrían las familias aprender a aprender igual que lo estaban haciendo los chicos? Dice Pichon-Riviere que los conflictos emocionales de un sujeto, son un emergente de su grupo familiar.

Así fue cómo decidimos trabajar con las familias. Comenzamos a definir el programa y la metodología, una tarea difícil, ya que las profesionales que íbamos a elaborarlo (Enfermera y Aux. de Enfermería) tenemos diferente formación y modelos referenciales distintos.

Optamos por un nivel de intervención, de trabajo en grupo donde los pacientes y sus familias están incluidos, compaginando otros niveles de intervención (psicoterapias individuales, tratamientos farmacológicos y familiares,...). Entendemos nuestra tarea, como la forma de crear un espacio y un momento de encuentro entre familias y pacientes. Éste es el sentido de nuestra actividad conjunta.

El encuadre

Inicialmente decidimos poner en marcha un grupo de ocho sesiones, con una frecuencia semanal, y una duración de una hora y cuarto por sesión. Cuatro de las sesiones, se hicieron separadas, por un lado las familias y por otro los pacientes. Las cuatro restantes se realizaron conjuntamente, siendo siete el máximo de familias en el grupo y la edad de los pacientes entre 12 y 14 años.

Cuando el trabajo del grupo se realiza con las familias

La tarea explícita que se propone al grupo en primer lugar, es trabajar sobre temas diversos, situaciones del ciclo vital en el que están: adolescencia, la sexualidad, las diferencias generacionales, experiencias propias de su adolescencia, las madres como cuidadoras principales, los abuelos, los hermanos, etc. Para ello, se empleó diversa bibliografía, destacando a D.W. Winnicott. y J. Vicenc. Es decir, la tarea grupal consiste en pensar sobre el ciclo vital en el que

están, y reflexionar sobre las conexiones psicológicas entre sus propias actitudes y los trastornos de sus hijos.

La primera parte de la sesión se centra en leer, comentar y pensar sobre el tema, y en el tiempo restante se realiza un trabajo grupal, cuya finalidad será establecer la relación del grupo con la tarea, mantener el encuadre, favorecer la interacción, etc.

En el transcurso de las sesiones el grupo se fue cohesionando. Los problemas de los hijos/as, con los que llegaron: “Tiene claustrofobia, no se controla, tiene miedos, queremos dormir, no quiere ir a colegio,...” pasaron a un segundo lugar, y comenzaron a hablar de otros problemas, otras preocupaciones, “otros síntomas”: diabetes, fibromialgia, jaquecas, artrosis, cómo recuperar o compartir la cama y la relación sexual con su marido, cómo ayudar a su hija embarazada, cómo cuidar de sus padres enfermos sin abandonar la tarea de madre o cuándo volverían a trabajar a esos puestos que dejaron para criar. ¿Se había desplazado el síntoma de sus hijos o eran otros síntomas?

En la concepción sistémica los sistemas vivientes son abiertos, es decir, están en continuo intercambio de energía e información.

Cuando el trabajo de grupo se realiza con los chicos/as

A través del entrenamiento en las diferentes técnicas de relajación: Método de Benson, técnicas de respiración abdominal dirigidas, visualización creativa, mandalas, etc., y su aplicación en las diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Cuando el trabajo de grupo se realiza conjuntamente con las familias y pacientes

Facilitándoles un espacio de encuentro, de diálogo, y de intercambio de experiencias y sensaciones, dándoles información sobre las diferentes técnicas de relajación, entrenamiento en sesiones prácticas para familias y pacientes de carácter conjunto, a través del reconocimiento de situaciones en las que podrían utilizar estas técnicas de relajación aprendidas. Al finalizar estas sesiones comentaban la experiencia.

Evaluación

En la última sesión conjunta las madres, hay que destacar que nunca asistió ningún padre a pesar de nuestra insistencia y la resistencia de ellas, que decían que este espacio era un descanso para ellas, para estar solas, manifestaron que la experiencia les había parecido muy interesante,

Para la mayoría era la primera vez que asistían a un grupo y para todas, la primera vez que compartían una actividad tan diferente como era “la relajación” con sus hijos. Les había permitido compartir con otras madres sus problemas y, a veces, aliviarlos, además de compartir con sus hijos una actividad y un espacio que nunca habían tenido. Manifestaron sus deseos de prolongar las sesiones. Aceptamos su petición y les ofertamos ocho sesiones más, si bien, les insistimos en lo importante que sería la asistencia de los padres. Nunca fue posible.

Algunas reflexiones

Hemos observado que algunos síntomas que presentaban sus hijos: ansiedad, impulsividad, tirar objetos, dar portazos, gritar, amenazar, pegar, etc., coincidían con los que expresaban las madres.

Algo muy importante para nosotras ha sido el hecho de proporcionar a madres e hijos un espacio relacional conjunto, en el que ninguna de las partes tenía el poder, un espacio de ilusión en el que podían tener la posibilidad de regenerar su relación. No solo les hemos enseñado las técnicas de relajación que nos habíamos propuesto sino que han aprendido a compartir un espacio de relación privilegiado que el grupo había posibilitado. Todos ellos en un ambiente relajante, tumbados cada madre con su hijo en colchonetas, con la música, los aromas, penumbra, etc.

Ha sido una experiencia positiva para las madres y sus hijos, encontrar respuestas en otras madres y dejar de sentir que están solas, que solo ellas tienen un problema. Por supuesto ha sido una experiencia enriquecedora y formadora para el equipo de tratamiento, y así lo valora también el resto del equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger José. Grupos operativos en la enseñanza. En: Temas de psicología. (Entrevista y grupos) Nueva Visión. Buenos Aires. 1.985.
- Pichon Riviere. El proceso Grupal La noción de tarea en psiquiatría. En: El proceso Grupal. Nueva Visión. Buenos Aires. 1.987.
- Bauleo A, Duro JC, Vignale R. Dispositivos grupales de Salud Mental comunitaria. En: La concepción operativa del grupo. Mariar S. A. Madrid 1.990.
- Baulero A. Psiconalisis y grupalidad: reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires. 1.997.
- Hanna Segal. Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós. S.A.Iberica Barcelona.1.982.
- Minuchin S. La recuperación de la familia. Terapia Familiar. Paidós. Buenos Aires.1.994.
- Pittman, JF, Kerpelman, JL, & Solheim, El estrés y las normas de desempeño: Un enfoque dinámico en el tiempo dedicado a los quehaceres domésticos. En: Diario del Matrimonio y la Familia, 4, 1111-21. Crisis familiares. Georgia 2001
- Winnicott D.W. El proceso de maduración del niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Laia. Barcelona. 1.975.
- Winnicott D.W. Conversando con los padres. Psicología Infantil. Paidós. España.
- Onnis Luigi. Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. Paidós. Roma.1.990.
- Bowen Murriay. De la familia al individuo. Terapia Familiar. Paidós. Roma.1.991.
- Medina José Luís. La pedagogía del Cuidado: Saberes y practicas en la formación universitaria en Enfermería. Alertes. Barcelona.1.998.

LA EDAD ADULTA

Miguel Sánchez Bujaldón

Secretario de la ANESM. Enfermero especialista en Salud Mental.

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

PSICOEDUCACIÓN EN LA EDAD ADULTA

La psicoeducación es un proceso que permite a las personas que sufren un trastorno mental, informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables, haciendo énfasis en aspectos psicológicos como motor para alcanzar las máximas cotas de autonomía.

La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mayor conocimiento tiene el paciente de su proceso-enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente al investigador americano C.M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo, que los miembros de la familia le dan a la enfermedad.¹

La Psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. En este contexto, en los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

Es una realidad que en el modelo biologicista imperante, la psicoeducación sigue considerada actualmente como una intervención terapéutica menor.

La Recomendación No. R (80) 4 del Comité de Ministros a los Estados Miembros de la U.E., respecto del Paciente como Partícipe Activo de su Propio Tratamiento, en su apartado B. (Educación e Información para la Salud), y en su párrafo segundo, dice lo siguiente:

“Debe proveerse educación e información sanitaria a la población en una forma integral, haciendo hincapié en las categorías específicas de la población, en las que se destacan los efectos beneficiosos del trabajo de grupos de apoyo y los conocimientos ganados por la experiencia de los pacientes con su propia enfermedad, que se usan para los compañeros enfermos. Debe darse la información en un lenguaje accesible, fácilmente asimilable por cada categoría de la población y adaptado a diferentes grupos etarios, evitándose el uso del miedo como factor motivante”.²

En la mayor parte de los esquemas terapéuticos vigentes se recomienda que la psicoeducación forme parte esencial del tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, debido a sus efectos positivos sobre la relación entre las personas que la padecen, sus cuidadores o cuidadoras y el equipo asistencial; y a que mejora el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la adherencia global al plan de tratamiento.

La psicoeducación puede transcurrir en discusiones de uno a uno o en grupos y son llevadas a cabo por psicólogos, médicos, enfermeras o cualquier miembro del equipo de Salud. En los grupos, se informa a varios pacientes y/o familiares sobre la enfermedad al mismo tiempo. También, los intercambios de experiencias y el apoyo mutuo, juegan un papel en el proceso de salud.

Una revisión realizada por Pekkala E, Merinder L. en 2007, muestra evidencia sobre 10

estudios revisados de ensayos controlados aleatorios pertinentes que se centraron en psicoeducación para la esquizofrenia o enfermedades mentales graves relacionadas que incluyeron individuos o grupos. Compara la eficacia de la psicoeducación sumada a la atención estándar como un medio de ayudar a las personas con enfermedad mental grave, con la de la atención estándar solamente.

Las pruebas demuestran una reducción significativa de las tasas de recaída o de reingreso hospitalario. Se puede estimar que se pueden evitar alrededor de doce recaídas, o al menos se pueden posponer, durante alrededor de un año si 100 pacientes recibieran psicoeducación. Parece haber alguna sugerencia de que la psicoeducación puede mejorar el cumplimiento con la medicación pero el grado de mejoría es aún incierto. Los resultados muestran una posibilidad de que la psicoeducación tenga un efecto positivo para el bienestar de las personas.

La escasez de estudios hizo que la comparación entre la eficacia de los diferentes formatos (programas de diez sesiones o menos, u 11 sesiones o más, sesiones individuales o grupales) fuera débil.³

La falta de adherencia terapéutica es una de las variables más importantes que inciden en las recaídas del paciente psiquiátrico y la duración de los reingresos, contribuyendo en gran medida al denominado "síndrome de puerta giratoria".

La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente del profesional, sobre la enfermedad, o respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc.

Roser Cirici cita, entre otras, como variables representativas de la falta de adherencia: La falta de información sobre la enfermedad y el tratamiento, pautas complejas de administración, Negación de la enfermedad, abuso de tóxicos y la vergüenza por el estigma social.⁴

Es por tanto 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 la 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.⁴

Por otra parte encontramos a los familiares que con el necesario y justo modelo de atención de psiquiatría comunitaria su rol cuidador ha pasado a ser de prioridad absoluta.

El modo en que la familia se enfrenta a la enfermedad y a los problemas con el enfermo va a tener una gran influencia sobre su evolución. De hecho, se han realizado numerosas investigaciones en las que se ha estudiado esta influencia (Birchwood, M., y Smith, J. 1987). Los resultados son coincidentes: un mayor número de recaídas correlaciona con pacientes que viven en un entorno familiar que mantienen actitudes negativas hacia ellos y su enfermedad. A estas familias se las denomina “de alta expresividad emocional”.⁵

Las intervenciones familiares son ahora consideradas una parte fundamental dentro del abordaje psicosocial de la esquizofrenia. La evidencia acumulada en las últimas dos décadas ha servido no solo para poner de manifiesto su eficacia en orden a reducir la tasa de recaídas en el paciente y mejorar su ajuste social, sino que también se han producido importantes avances en la delimitación de los constructos, variables y factores implicados en la respuesta familiar. En relación al proceso de intervención hoy día se conocen suficientemente cuales deben ser sus características y contenidos críticos para optimizar su eficiencia.

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamien-

to. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.

Algunos elementos importantes en la psicoeducación son:

- Transferencia de la información (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc.)
- Descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos etc.)
- Apoyo con Fármacos o tratamiento psicoterapéutico, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en salud mental y el paciente, (conformidad, adherencia).
- Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente).

Con todo lo comentado, hoy día parece suficientemente contrastado que la psicoeducación debe ser una parte integrante de cualquier paquete de tratamiento que tenga como objetivo el abordaje psicosocial de los Trastornos Metales Graves, siendo muy probable que su uso dentro de un formato comprensivo de abordaje colabore a maximizar las sinergias positivas entre las variables bio-psico-sociales implicadas en el mismo.

No es de extrañar por tanto, que estas actuaciones aparezcan reseñadas como vinculadas a nivel de evidencia “A” en un buen número de guías de práctica clínica, e incluso que, en algunas de ellas (NICE 2003) se reconozca su existencia como un punto de buena práctica clínica.⁶

Cómo impartir psicoeducación

La Oficina Regional para Europa de la OMS considera la EPS, y por ende extrapolable a la psicoeducación, una estrategia fundamental para conseguir la “Salud para todos en el año 2000”, y la define entre otras, así:

“Proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar informaciones necesarias, para un análisis crítico de los problemas de salud y responsabilizar a los individuos y los grupos, sobre su salud”

Entre sus características:

- Debe incidir en las dimensiones cognoscitiva, actitudinal y comportamental de los individuos.
- Ser continuada, planificada y evaluada
- No debe ser una única transmisión de jerga técnica
- Científica y al mismo tiempo participativa
- No realizar los abordajes desde lo punitivo (no imposición prescriptiva)

Enfermería por tanto, puede y debe asumir el rol psicoeducativo. Un espacio en el cual nos hacemos llegar a entender bien dada nuestra relación estrecha con el paciente y la consolidación de una relación terapéutica efectiva.

Para esta actividad, si tenemos en cuenta los elementos primordiales citados anteriormente, y las características que recomienda la OMS para cualquier proceso educativo en salud, se requiere inexcusablemente de una preparación y formación específica.

En Andalucía por ejemplo, se ha querido aprovechar los recursos pedagógicos del cuidado de los enfermeros de salud mental. Se han formado a 237 enfermeros en psicoeducación fami-

liar básica, de ellos 160 en psicoeducación familiar avanzada, en el periodo comprendido entre 2003/07, mostrando un claro ejemplo del impulso de la psicoeducación del paciente y su familia como tratamiento psicosocial de primer orden.⁷

Un buen punto de partida metodológico y adaptable para impartir psicoeducación del paciente adulto, lo encontramos en los siguientes programas:

- Alliance Programme (programa Alianza).⁸
- PEPS (patient empowerment programme for schizophrenia).⁹
- Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford.
- 2.- Recomendación No. R (80) 4 (Consejo de Europa). Disponible en URL: http://www.gador.com.ar/iyd/libros/mps_ceuro.htm
- 3.- Pekkala ET, Merinder LB. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 4.- Roser Cirici. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(4):232-238.
- 5.- Birchwood, M., y Smith, J. 1987 'Schizophrenia and the family'. J. Orford (ed.)
- 6.- San Emeterio, M.; Aymerich, M.; Faus, G.; Illa, J.M.; Lalucat, L.; Martínez, C. et. al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2003. (texto completo en pdf en www.guifasalud.es).
- 7.- La salud mental en Andalucía. Evaluación del Plan integral de Salud Mental Andaluz (PISMA) 2003/07. Disponible en URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_GestCal_SM_2
- 8.- Alliance Programme (programa Alianza), Desarrollado por el Prof. W Wolfgang Fleischhacker y la Prof. Martina Hummer (Innsbruck, Austria). Revisado por el Dr. Miquel Bernardo (Barcelona, España), el Prof. Adj. Marcelo Cetkovich-Bakmas (Buenos Aires, Argentina) y el Prof. Adj. Tamas Tényi (Pécs, Hungría). Pfizer-Neurociencia.
- 9.- PEPS (patient empowerment programme for schizophrenia): programa de capacitación para pacientes esquizofrénicos. Josef Baeuml, Marc de Hert, Isabel Montero, Philippe Nuss, Adriano Vaz Serra, Manuel Paes de Sousa, Sophia Frangou, Susan Kirkwood. Sanofi-Synthelabo.
- 10.- Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Frances Colom i Victoriano y Eduard Vieta i Pascual. *Ars Médica*.

LAS HABILIDADES PEDAGÓGICAS EN LOS CUIDADOS

Assumpta Rigol Cuadra

Profesora titular de Enfermería en Salud Mental.

Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona

Nadie ignora todo, nadie sabe todo.

Paulo Freiere

Introducción

El lema que se propone en estas jornadas, “la pedagogía del cuidar”, responde a mi modo de ver, a una forma distinta de entender los cuidados que implica sobre todo una subversión en la manera de entender la relación enfermo-profesional, desde un modelo jerarquizado en el que los profesionales detentaban el saber y los pacientes tenían un rol pasivo y por tanto los cuidados eran dados desde los expertos a personas que se les suponían ignorantes de sus necesidades, a una visión actual que considera que los cuidados se realizan conjuntamente con los pacientes y éstos tienen muchos conocimientos a aportar.

Creo que este cambio en la forma de concebir los cuidados, viene parejo a los modelos de enseñanza-aprendizaje que se están proyectando en la educación superior, que parten de un paradigma basado en la asignación de una categoría activa a la persona que aprende y que se apoyan además en unos modelos pedagógicos diferentes, con el uso de tecnologías diversas para apoyar los aprendizajes, como las TIC (tecnologías de la información y la educación), que han trascendido los ámbitos educativos para proyectarse en los sanitarios, sirva de ejemplo, las actividades de educación que realizamos con los pacientes, con el uso de diferentes estrategias didácticas y de apoyos tecnológicos.

Los cambios que se han producido en la sociedad y en concreto en el contexto sanitario desde mediados del siglo pasado han sido vertiginosos, sobre todo en el uso de nuevas tecnologías de la información, que han facilitado la provisión de servicios a distancia y una mayor accesibilidad al sistema sanitario, tanto para el paciente como para los familiares y que afectan de manera específica a los cuidados, ejemplo de ello son las historias clínicas electrónicas, el desarrollo y clasificación de diversas categorías del cuidar, como pueden ser las taxonomías enfermeras que utilizamos (NANDA; NIC, NOC), que han permitido definir aquello que hacemos y una de las cuestiones más problemáticas, dada la cualidad del cuidar, favorecer su evaluación.

También debido al aumento de los problemas de salud mental en nuestra sociedad, se han abierto nuevos escenarios de actuación para las enfermeras de salud mental, lo que ha supuesto una ampliación del rol profesional y el desarrollo de nuevas prácticas de cuidados, en los que las habilidades pedagógicas resultan imprescindibles, como los programas de apoyo en la comunidad a los enfermos mentales graves y a sus familias, para ayudarles a aprender o reaprender a vivir y autocuidarse de manera satisfactoria, los programas preventivos desarrollados en los institutos, en los que las habilidades pedagógicas adquieren una especial relevancia dadas las características etarias de los grupos, u otros escenarios de intervención con características especiales, como la población inmigrante con una percepción cultural diferente respecto a la enfermedad y a los tratamientos, o por citar otros ejemplos, los pacientes mentales sin hogar, en que el acercamiento para cuidar precisa también de habilidades y actitudes determinadas, o la atención a las mujeres que sufren distintos tipos de violencia con importantes repercusiones para su salud mental y que requieren de una sensibilidad y habilidades

específicas para su detección y asesoramiento.

En todos estos ámbitos de salud, la pedagogía de los cuidados utiliza estrategias de enseñanza/aprendizaje para conseguir los objetivos que se propone y por tanto los modelos y metodologías que emplea no son muy distintos a las que se usan en los procesos de formación de los estudiantes universitarios, a los que me quiero referir dada la importancia que tienen en la formación de las futuras enfermeras.

Modelo teórico del proceso de enseñanza/aprendizaje. Implicaciones para la formación enfermera

Las teorías respecto a la enseñanza/aprendizaje, parten en la actualidad de un paradigma constructivista, (Piaget (1952), Vygotsky (1978), Ausubel (1963), Bruner (1960), desde este modelo el que aprende, el estudiante, (o el paciente en la situación de cuidados), es el centro del aprendizaje, que construye significados de forma contextualizada y en interacción. El papel del docente a diferencia de modelos anteriores, en el que el profesor se constituía en el centro del saber, deja de ser principalmente de transmisor de conocimientos para pasar a ejercer una función más de facilitador, guía del aprendizaje. Educar, significa por tanto, desarrollar la capacidad del estudiante de aprender como sujeto crítico, epistemológicamente curioso, a través de la enseñanza de habilidades de desarrollo grupal, de trabajos en redes, de búsquedas de información y de conocimiento, tanto desde el entorno universitario, como desde la práctica laboral e investigadora.

Esta nueva metodología desarrollada en el marco del EEES (Espacio Europeo de Educación Superior) supone que el profesor ya no es la única persona que educa, sino que en la medida que la enseñanza se produce a través del diálogo, el estudiante también educa, por lo que se le atribuye un papel activo en el proceso de adquirir conocimientos. Se trata de una educación basada en la creatividad, que ayude a la reflexión, a la acción crítica sobre la realidad y que a través del diálogo favorezca la capacidad de transformación social de los ámbitos estudiados.

Y por tanto se aprende, sobre todo a partir de la habilidad para resolver problemas, de la reflexión, pero no sólo en el espacio docente, sino que la interacción de la enseñanza/aprendizaje se ejecuta en el espacio real e inmediato de la vida cotidiana; y es aquí donde la interacción entre las enfermeras que trabajan en el ámbito asistencial y las que trabajan en la docencia (dicotomía que esperamos que desaparezca), necesita de la reflexión, del análisis y del desarrollo de estrategias conjuntas que orienten qué enseñar y cómo enseñar. Ya que habilidades para el trabajo en equipo o el respeto, sólo se pueden aprender a través del contacto con el paciente y de la observación de sus tutoras. Y es a través de la reflexión conjunta que se pueden hacer aportaciones críticas y creativas.

Desde la práctica cotidiana del trabajo con distintos tipos de pacientes, las enfermeras pueden aportar a las estudiantes, multitud de experiencias sobre aspectos pedagógicos de los cuidados, dificultades con las que se encuentran en el día a día y estrategias que utilizan para resolverlas, mientras que las enfermeras que trabajan desde el ámbito docente pueden contribuir con las metodologías de aprendizaje más adecuadas para lograr adquirir las competencias implícitas en los cuidados o los fundamentos teóricos que sirvan de base para comprender las intervenciones que se realizan y así conjuntamente orientar la investigación sobre los cuidados que ayuden a crear evidencia. La conjunción de saberes basados en situaciones reales, con la participación activa de los estudiantes, permite que entre todos aporten formas nuevas y creativas de resolver situaciones que puedan posteriormente aplicar a la práctica.

Para lograr el aprendizaje, es esencial crear entornos en los que los estudiantes perciban las tareas como relevantes y con significado y con un sentido de continuidad, que les ayude a conectar aquello que se aprende con situaciones nuevas y complejas, como son los distintos ámbitos de cuidar y requiere por tanto, la interdependencia con los pacientes y también con

otros profesionales, ya que el aprendizaje también es multidisciplinar. El aprendizaje en espacios reales, el ámbito de la práctica, ayuda a saber como resolver los conflictos que se derivan de la interacción, de los distintos posicionamientos de los miembros del equipo, a trabajar ante la adversidad y hacer posible la transformación y el cambio de las prácticas.

Enseñar a cuidar

Porque una cosa es enseñar a cuidar en tanto que concepto y otra diferente es enseñar a las estudiantes a ser cuidadoras. Enseñar lo primero, el concepto, no entraña dificultad. Tener conocimientos de lo que es cuidar, ser un buen profesional, cada vez más tiende a estar vinculado a la de ser experto, ser competente en un área determinada del saber. Podemos enseñar a nuestros estudiantes, distintas técnicas de cuidados en las que están implícitas un componente pedagógico. Si tomamos como referencia la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC), identificamos 24 intervenciones que requieren habilidades pedagógicas como “facilitar la enseñanza”, “entrenamiento de la memoria”, “potenciar la disposición del aprendizaje”, “enseñanza de grupo”, “enseñanza: proceso de enfermedad”, entre otras, sin citar todas aquellas intervenciones relacionadas con el asesoramiento o la modificación de conducta, que incluyen también aspectos pedagógicos y habilidades específicas. Nadie pone en duda la importancia de conocer y adquirir habilidades sobre distintas técnicas de intervención pedagógica, pero me gustaría hacer hincapié en que ser competente en un área, precisa de la adquisición de unos valores, de unas actitudes, sin los cuales la competencia clínica, podría convertirse en la aplicación automática de unas técnicas, de unos protocolos, que despojados del compromiso, del interés y preocupación por el otro, de la benevolencia, del respeto o de la prudencia de saber cuándo aplicar unas normas o desviarse de ellas, desvalorizaría el ejercicio de cuidar, dejándolo incompleto, no sin razón varias autoras sugieren que el cuidar, se basa en valores humanísticos y en comportamientos altruistas, que se desarrollan a través del examen de los puntos de vista personales, de las creencias, de la interacción con otras culturas y de las experiencias de crecimiento personal (Leininger & Watson, 1990; Bevis & Watson, 2000; Watson, 2002).

A pesar de que los aspectos humanistas forman parte del currículo de la enseñanza de enfermería a menudo se da más importancia a las competencias técnicas que a las actitudinales, por diversas razones, una de ellas es que “enseñar” los aspectos humanistas de los cuidados resulta más difícil, ya que en un mundo en el que prima un paradigma positivista, existen menos evidencias sobre las categorías del cuidar, actividad humana que tiene aspectos invisibles e intangibles (C. De la Cuesta, 1994). Y también porque puede tener mayor prestigio enseñar unas técnicas específicas de demostrada solidez científica que valores trascendentales, como el respeto, la compasión, la empatía, la solidaridad, entre otras, más difíciles de interiorizar si se quedan en el plano teórico o explicativo.

Pero a pesar de sus dificultades, creo que sí que se pueden enseñar y aprender las habilidades para los cuidados pedagógicos, tanto los conocimientos, como la actitud cuidadora. A través de la acción indirecta, el profesor debe proponer indicaciones educativas que sugieran acciones para que el estudiante se perfeccione como persona individual, para que aprenda no lo que debe hacer, sino lo que quiere hacer, las actitudes que quiere desarrollar, que considere valiosas como futuro profesional y como persona, y que sea el mismo quien lo descubra en “los matices que se presentan en la acción clínica, en su actuación personal (Correa, L. 2008).

Y por eso no quiero dejar de insistir en la importancia de la conjunción de la práctica y de la teoría y de la importancia dialógica de los aprendizajes que incluyen a todos los actores involucrados: las enfermeras, los pacientes, los estudiantes.

Las habilidades pedagógicas que debe poseer la enfermera de salud mental, para cuidar y enseñar cuidados, incluyen en primer lugar, transmitir a los futuros profesionales este “saber hacer”, “saber estar” y “saber ser”, a través de distintas metodologías, ninguna de ellas nuevas, como el aprendizaje por modelamiento, el autoconocimiento, el desarrollo del pensamiento

reflexivo y crítico, que conecte lo aprendido con las realidades asistenciales. Desde mi experiencia docente, una forma de contribuir a este aprendizaje, son los estudios de casos y su posterior presentación en sesiones clínicas y la discusión en el aula con las estudiantes de enfermería, que realizan las residentes de la especialidad de enfermería de salud mental, ya que se integran y potencian distintos procesos: cognitivos, de adquisición de conocimientos sobre el proceso de enfermedad, sobre estrategias metodológicas e interventivas, también de habilidades transversales, cómo hablar en público, trabajar en equipo y actitudinales, a través de la utilización del pensamiento crítico y del diálogo sobre cómo compaginar las elecciones de cuidados con las características singulares de los pacientes, convirtiéndose en un proceso en el que todos enseñan y aprenden, las docentes, los estudiantes y por supuesto los pacientes.

Marco de referencia

Pero hablar de habilidades pedagógicas en los cuidados, requiere desde mi punto de vista, partir de un marco conceptual de referencia, ya que toda pedagogía está marcada por una concepción de la persona y de la sociedad que le sirve de fundamento y de objetivo, y es lo que permite elegir el tipo de cuidados que queremos realizar y las habilidades pedagógicas precisas.

El modelo explicativo del procesos de aprendizaje, es tan sólo la herramienta que vamos a utilizar para adquirir las competencias profesionales, pero guarda una relación estrecha con el marco de referencia de la profesión, un modelo holístico, que contempla a las personas de forma global, incorporando las emociones, las cogniciones y todo su ser y por tanto el proceso pedagógico de los cuidados, las habilidades necesarias, no pueden realizarse sin incluir todas estas dimensiones (Moraes, M.C. 1997).

Requieren la adquisición de una competencia técnica, el dominio de unos conocimientos, de unas metodologías, el saber hacer, pero también de unas competencias relacionales “constituidas por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y compromiso de promover el bienestar del otro”, el saber estar, el saber ser. Esta disposición para comprometerse, para el intercambio, estaría más relacionada con las actitudes para llevar a cabo la actividad y por tanto entraría en la esfera de la afectividad, mientras que los conocimientos, las destrezas tendrían que ver con lo cognitivo.

Pero ¿es posible realizar una separación entre unas y otras? ¿Puede desvincularse lo cognitivo de lo emocional? ¿Y de los contextos relacionales donde se dan los cuidados? Evidentemente no y por varias razones.

El punto de partida para poder valorar que habilidades pedagógicas están inmersas en los cuidados, es el concepto mismo de cuidar. Podemos afirmar, que la mayoría de definiciones respecto a los cuidados, entienden que es un proceso interactivo en el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mejores niveles de bienestar, a través de un proceso terapéutico y pedagógico de cuidados, que tienen en cuenta la posición de los sujetos que aprenden y enseñan y las habilidades necesarias para llevar a cabo este proceso, que evidentemente asocian lo cognitivo, con lo relacional y con lo emocional, ya que las emociones influyen en la capacidad de acción y reflexión de las personas implicadas en el proceso pedagógico (Maturana 1995).

Supone pues un proceso intersubjetivo que pasa en un tiempo, en un contexto determinado y con una finalidad. La enfermera se convierte en consejera experta, que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados, en un proceso pedagógico, en el que las habilidades a adquirir, están interrelacionados con el contexto, los pensamientos, los sentimientos, emociones y acciones, junto con las intuiciones y afectos de las personas inmersas en el proceso de aprender “generando una dinámica que expresa la totalidad humana, el holismo”. (Moraes; Torre, 2002).

¿Qué habilidades pedagógicas intervienen en el proceso pedagógico de los cuidados?

Un aspecto esencial de la perspectiva pedagógica de los cuidados en salud mental, es que las personas realicen cambios que les ayuden a adaptarse mejor a su vida diaria, que aprendan a comprender lo que les sucede, de una forma crítica y creativa, que sirva para la reflexión y la transformación.

Las estrategias para lograr estos cambios serán terapéuticas y pedagógicas, como los grupos psicoeducativos para pacientes y familiares con trastornos mentales graves, la educación en salud sobre hábitos saludables en adolescentes. Y también la formación, asesoramiento a otros profesionales, a través de la interconsulta, que precisa de habilidades pedagógicas concretas, el asesoramiento a las enfermeras de la primaria para que puedan detectar y llevar a cabo grupos psicoeducativos sobre trastornos depresivos o de ansiedad, entre las numerosas actividades que están inmersas en un proceso de enseñanza aprendizaje, y que por tanto incluyen habilidades cognitivas, emocionales y comunicativas.

Habilidades cognitivas

La adquisición de conocimientos se realiza a través de un proceso cognitivo, de adquisición, reestructuración y cambio de las estructuras cognitivas (la atención, la percepción, la memoria) a partir de una interpretación dinámica de esos fenómenos elaborados de manera activa y determinada por el estilo de aprendizaje de cada uno, la personalidad, que integra lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual.

Los pacientes necesitan aprender sobre su enfermedad, necesitan desarrollar nuevas habilidades de relación, para trabajar, para recordar la medicación o los horarios del centro de salud mental o del autobús, necesitan aprender habilidades para afrontar mejor las situaciones de estrés y evitar recaídas. Y las enfermeras, necesitan habilidades pedagógicas para lograr que adquieran mayor conciencia de enfermedad, para que aprendan a cuidarse y sobre todo habilidades para establecer y mantener el vínculo que permita la continuidad de los cuidados.

Por tanto el proceso pedagógico de los cuidados, debe poner en marcha distintas habilidades pedagógicas, que refuercen el proceso cognitivo, facilitando al paciente integrar la información, darle un significado para él, a través de la atención, la memoria y la asociación de experiencias, de manera que pueda aplicarlo a las situaciones cotidianas.

Recurso necesario para ello, es el uso de nuevas tecnologías y el diseño de materiales, que tengan en cuenta la capacidad de los protagonistas para extraer información, la decisión de que aspectos son prioritarios, el tiempo necesario para motivar la atención y la configuración de un contexto que facilite el proceso cognitivo del aprendizaje, como que el grupo sea homogéneo, que el espacio sea confortable, que evite las distracciones, entre otros elementos.

Sin olvidar que las personas a las que queremos aportar conocimientos, tienen dificultades en unas áreas, pero son sujetos activos, que tienen actitudes, creencias y habilidades a aportar. Y por tanto la enfermera debe además desarrollar la habilidad de estar abierta a los conocimientos del paciente, de aceptar otras visiones de un mismo problema, ya que cada situación de cuidados es distinta y las experiencias son individuales.

Habilidades emocionales

Además de los aspectos cognitivos, existen otras habilidades pedagógicas a tener en cuenta en los procesos de aprendizaje, como son los aspectos emocionales, que pueden bloquear o favorecer la adquisición de conocimientos, como el miedo o la ansiedad. Los estados emocionales de la enfermera se verán reflejadas en el que supuestamente aprende, por lo que una habilidad pedagógica imprescindible, es tomar conciencia de las actitudes y del propio estado emocional, el concepto de autoconocimiento, hace alusión a esta habilidad profesional para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de

ánimo o el de los demás. (Fernandez-Berrocal, P., Ramos, N. 2002). El dominio personal es la base para poder ayudar a los pacientes. Reconocer cómo nos sentimos, sirve para posteriormente controlar las emociones, moderar nuestras reacciones, sin dejar arrastrarnos por los impulsos, aspecto imprescindible para los cuidados pedagógicos en salud mental.

Una estrategia pedagógica, que puede ayudar a ser consciente de las emociones propias, es el diario de campo que llevan a cabo algunos estudiantes en sus prácticas. Adquirir conciencia de las propias emociones en relación con las situaciones de cuidados, está unida a la capacidad para describirlas, para expresarlas con palabras y ponerles la etiqueta correcta y el diario de campo puede ayudar a identificar las emociones que están interfiriendo en el proceso de cuidados, requisito previo para poder enseñar después a los pacientes, las diferencias entre el miedo, la rabia o la ansiedad que pueden estar dificultando su adscripción al tratamiento o la conciencia de enfermedad.

Las habilidades pedagógicas que contemplen las emociones, deberían ir encaminadas a superar los problemas creados por las emociones negativas. Y en segundo lugar, en estimular las emociones positivas, como la autoestima o la empatía imprescindibles para el desarrollo pedagógico

El lado afectivo del aprendizaje no se opone al cognitivo. Cuando ambos se usan de forma conjunta, el proceso de aprendizaje se puede construir sobre una base más firme. Cada encuentro de la enfermera con los pacientes, supone un acto único irreplicable, con un significado emocional concreto, por lo que para conseguir los objetivos de aprendizaje deberemos crear ambientes emocionalmente saludables en los que se favorezca la cooperación, el bienestar, la reflexión y la acción (Moraes 2002), ya que el encuentro de la enfermera con el paciente, no olvidemos se da en un contexto de igualdad y aprendizaje mutuo.

Habilidades de comunicación

Por otro lado, el principal recurso que tiene el ser humano en la promoción de la pedagogía es el lenguaje, el cual según Maturana, multiplica las intercomunicaciones, alimenta la complejidad de las relaciones entre individuos y las complejidades de la relación social. Es el medio en el que se configura la convivencia, en el que se originan los encuentros: consigo mismo, con el otro y con el mundo. A través del lenguaje se aporta el respeto, la compasión, la empatía, habilidades actitudinales imprescindibles para que pueda darse el proceso de enseñanza/aprendizaje de los cuidados.

Las habilidades de comunicación están implícitas en todo el proceso pedagógico de los cuidados. Para enseñar a cuidar utilizamos diversas habilidades de comunicación: como dar una información, cual es el tono de voz más adecuado, que aspectos verbales destacar para mantener la atención, como preguntar sobre los problemas de salud que afectan a los pacientes y a sus familias, como animarlos para que expresen sus emociones y también actitudes como la escucha activa, el uso de los silencios adecuados o el uso terapéutico del humor. Todas ellas habilidades que necesitan de la interrelación con la realidad de la práctica para su óptimo desarrollo. La comunicación es un proceso complejo que es necesario practicar para aprenderlo y las técnicas y estrategias a utilizar para que la comunicación sea efectiva, son de todas conocidas, las teorías de la comunicación y las habilidades implícitas forman parte del currículo de enfermería.

La enseñanza de habilidades sociales a los pacientes, para que sepan expresar sus necesidades, realizar demandas, relacionarse, responder a una queja o iniciar una conversación, entre otros objetivos, es una de las intervenciones pedagógicas específicas que utilizamos en salud mental, en ellas enseñamos que tono de voz utilizar, la importancia de mirar al interlocutor, como estructurar el mensaje para que sea comprendido y muchas más estrategias que todas conocemos. Las habilidades de comunicación están implícitas en todo el proceso educativo a los pacientes y evidentemente enmarcan las relaciones que establecemos entre nosotras, con los

demás profesionales y con los estudiantes y también sabemos que en muchas ocasiones pueden ser fuente de malestar.

Soy consciente de que no he citado muchas de las habilidades pedagógicas que utilizamos, como las habilidades de mediación con los equipos, con los pacientes, con las familias, con los grupos, las habilidades interculturales para acercarnos a personas con visiones diferentes respecto a la salud y la enfermedad, habilidades de comunicación para saber divulgar aquello que hacemos, las intervenciones educativas en la rehabilitación, en los programas de seguimiento individual y muchas más habilidades educativas, pero que su enumeración y explicación desde esta mesa contradeciría el modelo de enseñanza/aprendizaje en el que me he basado y me convertiría en un mero transmisor de conocimiento y de lo que se trata es de aprender conjuntamente a través de la reflexión y del dialogo y de estar atenta a las aportaciones de este foro tan cargado de experiencia.

He querido sobre todo resaltar de las habilidades pedagógicas de los cuidados, el aspecto que me parece que es el eje vertebrador de la competencia pedagógica: que el saber no está en manos de los expertos, sino en los pacientes. Esto lo sabemos y practicamos cuando intentamos fortalecer a través de un proceso pedagógico sus capacidades adaptativas que pueden funcionar como amortiguadoras del estrés, en lugar de basarnos en los déficits consecuencia del trastorno. El estigma de la enfermedad mental, hace que muchas veces sus palabras no sean escuchadas. El empoderamiento, supone darles la voz, escuchar las aportaciones propias para resolver sus necesidades y desarrollar habilidades de negociación, para hacer factible el acto de cuidar.

Las habilidades pedagógicas de los cuidados implican una nueva perspectiva pedagógica, la habilidad y la sensibilidad de entender que nos dice el otro, que dice el paciente. Presupone un punto de partida previo de creer que a pesar de la enfermedad tiene cosas que decir, conocimientos a aportar y requiere sobre todo la habilidad de la enfermera de aprender, lo cual solo es posible a través del supuesto “yo se, el sabe”, que conlleva actitudes, valores, respuestas emocionales que implican respeto, aceptación, preocupación por el otro y que dan importancia a la relación, al afecto, a la franqueza y al compromiso con la persona. Y este cambio de modelo creo que es una oportunidad para enseñar y aprender conjuntamente las profesionales y las estudiantes ese saber hacer y ese saber estar, que favorezcan el desarrollo de habilidades pedagógicas basadas en el holismo de la profesión.

TRABAJO ENFERMERO DE ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Pilar San Felix Mico, M^a. Isabel Mira Laguarda, M^a. Paz Herrero Herrero, Concepción Zabala Oyarzun, Natividad Francés Tecles, Begoña Frades García.
Unidad de Media Estancia. Hospital Pare Jofré. Valencia.

Dirigido:

El hospital está concebido para la atención a personas con enfermedades crónicas, tanto del Área Médica Integral como del Área de Salud Mental.

El Área de Salud Mental, en concreto, está dirigida a personas con enfermedad mental grave de curso crónico y necesidades de rehabilitación psicosocial con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Los pacientes presentan características similares:

- Alta dependencia.
- Dificultad para integrarse en la comunidad.
- Pérdida de autonomía.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas en las relaciones sociales y una importante sobrecarga familiar.

Por todos estos motivos la metodología de trabajo se basa en un enfoque:

- Biopsicosocial: aspectos físicos, psíquicos y sociales del individuo.
- Integral: promoción, prevención y rehabilitación de la enfermedad.
- Individualizado: plan de cuidados ajustado a cada persona.
- Continuo: prestando atención en cualquier momento.
- Descentralizado: las decisiones se trasladan a todo el equipo.
- Permanente: garantizando la continuidad de los cuidados al alta.

Objetivos:

Objetivo General:

- Reinsertar e integrar al paciente en su medio socio-familiar, en el menor tiempo posible y con el mejor nivel de funcionamiento.

Objetivos Iniciales:

- Estabilizar psicopatológicamente.
- Recuperar hábitos de higiene y autocuidados.
- Mejorar el manejo de la automedicación.
- Ajustar la conducta.

Objetivos Secundarios:

Tras alcanzar los objetivos iniciales se pasaría a conseguir otros más complejos, que se lograrían a través de una relación de confianza con el personal sanitario ya que de otro modo sólo conseguiríamos cubrir las necesidades más elementales.

Recursos:

Dos unidades de hospitalización con 25 habitaciones individuales cada una.

Hospital de día que presta atención a 20 pacientes diarios de lunes a viernes y con un horario de 10:00 a 17:00 horas.

Equipo multidisciplinar:

Formado por: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería.

Los miembros del equipo intercambian información de manera continua para ello se realiza: una reunión diaria del equipo básico, otra semanal PAI, sesiones clínicas, consultas en el mismo equipo e interconsultas con otras especialidades.

La adecuada comunicación entre el equipo es fundamental para proporcionar cuidados de calidad, asegurar el bienestar de la persona y mantener su estado de salud en las mejores condiciones posibles.

El personal de enfermería tiene un papel relevante en el equipo debido a la continuidad en los cuidados y la cantidad de información que obtiene tanto del paciente como de la familia, lo que exige una buena comunicación (tanto verbal como escrita).

Rol enfermero:

Funciones propias:

- Cuidados técnicos: psíquicos y físicos.
- Educador: educación sanitaria paciente-familia-sociedad y formación de otros profesionales.
- Como agente de cambio socializador: se anima a los pacientes a participar en diversas relaciones sociales.
- Investigadora: imprescindible para mejorar la calidad y el conocimiento.

Funciones de colaboración y delegadas: participando con uno o varios miembros del equipo.

Qué enseñamos:

- Que es la enfermedad mental: a mayor conocimiento sobre su enfermedad mejor manejo, tanto del paciente como de las familias e incluso de la sociedad.
- Tratamiento farmacológico: para qué sirve, efectos secundarios, dosis, cómo se administra, horario, adherencia.
- Manejo de conductas disruptivas: dotar de estrategias alternativas a la agresividad y otras respuestas inadecuadas.
- Potenciar autonomía: evitar la dependencia y aumentar la competencia social.
- Rehabilitación de déficits: mejorar las capacidades para poder desenvolverse adecuadamente.
- Incorporación progresiva al entorno: primero realizan salidas con supervisión, paulatinamente con compañeros y en última estancia solos.
- Preparación del entorno familiar y comunitario al alta: se facilitan permisos de día con familia y progresivamente de fin de semana hasta el alta; en el caso de precisar recursos residenciales alternativos se realiza de forma paulatina desde el propio centro.

Programas de rehabilitación:

- Psicoeducación: enfermedad mental, síntomas, tratamiento, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento.
- Rehabilitación cognitiva: se trabaja atención, memoria, concentración, razonamiento lógico, orientación, planificación.
- Hábitos saludables: Alimentación, tabaquismo, higiene buco dental, educación sexual, deporte.
- Habilidades sociales: comunicación eficaz, asertividad, empatía, refuerzo, role-playing o ensayo conductual.

- Habilidades de autocontrol y manejo de estrés: relajación (respiratoria y muscular), técnicas de resolución de problemas, prevenir ansiedad.
- Psicomotricidad: lectoescritura, expresión corporal (teatro), ejercicios para mejorar la armonía del movimiento, percepción corporal, expresividad facial, postura, coordinación motora.
- Actividades de la vida diaria:
 - Básicas: higiene, aspecto físico, vestido, cuidado de la habitación (armario, hacer la cama y ordenar).
 - Instrumentales: desplazamientos, manejo del dinero, gestiones, habilidades domésticas.
- Ocio y tiempo libre: ayudar a distribuir y ocupar el tiempo libre, cine, juegos de mesa, deporte, explorar aficiones, deportes de equipo.
- Utilización de recursos comunitarios: centros sanitarios, bibliotecas, polideportivos municipales, museos, transporte público.
- Intervención con familias: dotar de herramientas para mejorar la alta expresividad emocional, falta de comprensión de la enfermedad, dificultad en la comunicación y falta de efectividad para afrontar los problemas de convivencia.
- Reinserción laboral: orientación vocacional, habilidades en la búsqueda de empleo, cursos y formación laboral, búsqueda activa de empleo.

Gama de actuaciones:

- Atención individual: mediante el plan de atención integral, se deciden los programas a seguir según las necesidades individuales de cada paciente.
- Atención grupal: los grupos de trabajo se diseñan en función del estado clínico del paciente y el grado de discapacidad que presente, diferenciándose tres niveles:
 - Nivel I: dirigido a pacientes con un deterioro importante y graves dificultades en el manejo de su vida diaria
 - Nivel II: orientado a pacientes con discreto deterioro, en los que se trabaja más la autonomía.
 - Nivel III: Incluye a pacientes con dificultades específicas en algún área de funcionamiento.
- Atención familiar: el objetivo principal es implicar a las familias en la rehabilitación para ello prestamos: información, asesoramiento y apoyo para mejorar el manejo de la enfermedad facilitando la convivencia en la familia.

Metodología:

Mediante el plan de atención integral que consta de las siguientes fases:

- Presentación: se realiza a la semana del ingreso, tras la valoración del paciente por parte de los diferentes componentes del equipo, estableciéndose los objetivos y programas de rehabilitación más adecuados.

Es imprescindible que exista un contrato terapéutico donde se acuerda, qué pretende obtenerse, cómo, quién hace qué, en que tiempo se espera conseguir y fija la responsabilidad de ambas partes.

- Evaluación: son mensuales, se revisan los objetivos a seguir, su evolución, introduciendo modificaciones si precisa.
- Evaluación al alta: se valoran si se han alcanzado los objetivos propuestos, en esta valoración participa el paciente dando su opinión y rellenando una encuesta de satisfacción, este análisis nos permite detectar posibles errores para mejorar en actuaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA:

- Carmen López Almazán, Atención a personas con enfermedades crónicas. Valencia: Generalitat. Consellería de Sanitat. EVES, 2008.
- Gloria Novel Martí, M^a teresa Lluch Canut, M^a Dolores Miguel López de Vergara, Enfermería Psicosocial y Salud Mental, Master de enfermería. Masson, 2004.
- Julio Bobes García, Manuel Bousuño García, Pilar Saiz Martínez, M Paz González García-Portilla, Enfermería psiquiátrica I, Fundamentos de enfermería, Doyma 1998.
- Francisco Mejías-Lizancos, M^a Dolores Serrano Parra, Enfermería en psiquiatría y salud mental, DAE 2008.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ana M^a. Santos Herrero

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción

La “Intervención en crisis” hace referencia a la situación que se presenta como consecuencia de un estrés vital grave, cuando se sobrepasan los recursos psicológicos del individuo, produciendo una sensación de desamparo y motivando la búsqueda de ayuda (1) .

En el campo concreto de la salud mental las urgencias psiquiátricas constituyen entre un 1% y un 10%, con una media del 5% de las urgencias totales atendidas en servicios de urgencias de grandes hospitales, y un elevado porcentaje de casos, del 20 al 35%, requieren ingreso hospitalario (1). La mayoría de los estudios señalan que el ingreso se produce en la cuarta parte de las urgencias psiquiátricas (2).

Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos afectivos y de ansiedad, seguidos de la esquizofrenia y los derivados del consumo de alcohol. En los últimos tiempos se han incorporado, ampliando el espectro clásico de la urgencia psiquiátrica, problemas derivados de sustancias psicoactivas, situaciones de abuso físico o sexual, diversas formas de conducta violentas y problemas derivados del aislamiento, edad y en relación con patologías contemporáneas (3). La característica común es la exigencia de un tratamiento inmediato, ya que pueden encontrarse en peligro la familia, elementos sociales e incluso el propio individuo.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHPB) es el escenario donde atendemos a las personas con problemas de salud mental cuando éstos adquieren un momento álgido y se disparan todas las alarmas poniéndose en marcha los circuitos para proceder a la hospitalización en la fase aguda de la enfermedad.

En las UHPB, las personas con problemas de salud mental son atendidas por un equipo interdisciplinar. Como profesionales de enfermería, nuestros referentes imprescindibles para aplicar los cuidados en la fase aguda, van a estar presididos por el entorno legal vigente, por el código ético y deontológico enfermero sintónico con los derechos humanos.

Desarrollo

En el marco conceptual de los cuidados cotidianos enfermeros debemos de tener claros conceptos como salud, sociedad, persona y enfermería.

Intentando hacer una síntesis de diversas definiciones de salud A. Bellver y P. Carrascosa (1998), definen la salud como “el modo de vivir autónomo, solidario y satisfactorio, abierto por tanto a las expectativas cada vez más armónicas para el propio ser humano y para su relación con los demás y con el entorno” (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como “conjunto de capacidades por parte del individuo de establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir constructivamente a ello, de obtener satisfacción armoniosa y equilibrada de sus necesidades instintivas, de desarrollar su personalidad en la plena realización de sus potencialidades” .

La sociedad, el medio en el que la persona se desenvuelve cotidianamente, comprende todo aquello que le rodea. La sociedad es la reguladora, receptora y a la vez demandante de los servicios de salud, que tiene unas necesidades y unos condicionamientos comunes, que se modulan dependiendo de múltiples factores: políticos, económicos, geográficos y culturales, estableciéndose una relación entre las personas que forman una determinada sociedad y su entorno, lo que determina su grado de bienestar y por extensión su salud, o la situación contraria salpica-

da de carencias o dificultades, todo lo cual ha de ser tenido en cuenta por los profesionales (4).

Muchas y diversas son las definiciones de persona, como profesionales de enfermería nos remitimos a definiciones realizadas por enfermeras contemporáneas. Hildegard Peplau, describe a la persona como un hombre. El hombre es un organismo que vive en equilibrio inestable (5). Callista Roy define ser humano como: “La persona es un ser vivo, complejo, adaptativo, con procesos internos (el subsistema cognitivo y el regulador) que actúan para mantener la adaptación en los cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoconcepto, rol e interdependencia”. Joyce Travelbee nos dice: “El ser humano es un individuo único, un ser irreplicable en el mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o vaya a existir jamás”. Entendemos a la persona desde una dimensión integral y globalizadora, como un todo unificado y complejo en el que interactúan los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales y que tiende a la satisfacción de unas necesidades, desde las básicas o de supervivencia hasta la más cualificada que es la autorrealización (4).

Los profesionales de enfermería ayudan a las personas a superar dificultades, desajustes, conflictos; ayudan a lograr el confort, el bienestar, la seguridad y los mayores niveles de autonomía de la persona que cuida. El profesional de enfermería que atiende a personas con problemas de salud mental, entra en un proceso de relación profesional, interpersonal y terapéutico a través del cual a de proporcionar una atención integral al ser humano (4). Con el estudio de los modelos enfermeros las investigadoras y las teóricas definen la enfermería como un servicio de relación de ayuda, donde se contempla la persona desde una perspectiva total, e influida permanentemente por su entorno, ensañándole cuando no sabe, supliéndola cuando no puede y ayudándola cuando falta motivación (6).

Nuestra reflexión, desde la experiencia en la atención a personas con problemas de salud mental, es que estos problemas acontecen como resultado de los conflictos, desajustes y carencias que viven los seres humanos. En tales circunstancias, y por factores de muy diversa naturaleza, alguien puede perder el confort consigo mismo, lo que puede llevarle a la pérdida del equilibrio emocional con oposición de conductas inadecuadas causantes de sufrimiento para sí y/o para los demás.

Ante este entramado complejo de diversas manifestaciones relacionadas con la fase aguda de la enfermedad mental, es cuando hay que aplicar el proceso de cuidados enfermería, instaurar cuidados de enfermería estandarizados, ajustados a protocolo, y plasmarlos en lenguaje enfermero, dejando constancia escrita de los mismos. Protocolos como el de: acogida al paciente en la UHPB, información para familiares y pacientes hospitalizados en una UHPB, protocolo de acompañamiento y contención o protocolo de enfermería para la persona tratada con terapia electroconvulsiva (TEC), entre otros. Utilizar y desarrollar herramientas que favorezcan la implementación práctica del cuerpo teórico enfermero, debe ser una tarea constante en la profesión si queremos ofrecer un producto enfermero de calidad (7).

Los cuidados de enfermería prestados en una UHPPB han de ir orientados a la siguiente finalidad u objetivo general: realizar intervención para disminuir la conflictividad y/o gravedad del momento, lo que permitirá realizar escalonadamente sucesivas intervenciones para las horas inmediatas y los días siguientes, una vez que la inseguridad, el miedo y la situación crítica de la persona con problema de salud mental va remitiendo.

Todo ello lo llevaremos a la práctica en la UHPB individualizando los cuidados. En una mano el protocolo y en la otra la cabeza. Realizando una valoración de acuerdo con las características de la persona y de su enfermedad concreta, de la situación y de los problemas actuales. Valoraremos tanto aspectos psicosociales que inciden en la hospitalización, como estrategias de afrontamiento que posee la persona así como recursos y redes de apoyo (8). Formularemos diagnósticos de enfermería de acuerdo con las características de cada persona, problema y situación. Estableceremos los objetivos de cuidados de acuerdo con los diagnósticos de enfermería que varían en cada situación. Básicamente el profesional de enfermería

deberá ayudar a la persona en su proceso de adaptación a la nueva situación promoviendo el autocuidado e independencia.

Las intervenciones del profesional de enfermería, principalmente, serán de asesoramiento y apoyo. Enfermería informará acerca de su enfermedad con sinceridad y realismo pero, también, con los aspectos esperanzadores que poco a poco se abren paso para la enfermedad mental; informará también, sobre el funcionamiento y organización de la UHPB; proporcionará información de recursos que posibiliten la continuidad de la cobertura asistencial, dado que el sistema sanitario contempla - aunque todavía tiene que crecer- la dimensión rehabilitadora y de reinserción socio-laboral. El profesional de enfermería implicará progresivamente a la persona con problema mental, fomentando la participación activa en aquellas actividades de autocuidado que precisa poseer para asegurar la satisfacción de sus necesidades y lograr su independencia; fomentará la adhesión al tratamiento, intentando que se “acostumbren” al mismo, que adquieran vivencias en positivo con respecto a él, que admitan sus efectos poco satisfactorios como mal menor, como un “paraguas” protector. Enfermería reforzará positivamente los comportamientos que conducen a una mejoría de las habilidades de autocuidado y facilitará la expresión de pensamientos y sentimientos, desvelando temores infundados y falsas concepciones, tanto de la situación real como potencial.

Aunque en las UHPB el protagonista es la persona con problema de salud mental en fase aguda, no nos olvidaremos de la familia. La familia es el núcleo y medio por el cual se aumentan o disminuyen todos los conflictos emocionales de la persona. Los familiares pueden ser grandes aliados, o por el contrario, presentar obstáculos tanto en la evolución como en el tratamiento. Es necesario actuar sobre los responsables familiares para mejorar su nivel de implicación en los cuidados de su familiar y que esto repercuta positivamente en el proceso de recuperación de la persona (9).

En salud mental la relación enfermera-persona con problema mental es fundamental para el cuidado emocional de la persona a la que presta cuidados así como de la familia. Se ha de instaurar la relación interpersonal que produce mutuo enriquecimiento y motivación personal, tanto en la persona con problemas de salud mental como en el profesional de enfermería. Peplau establece relaciones teóricas entre enfermera-paciente, el paciente y el conocimiento de sus sentimientos, y la enfermera y la conciencia de sus sentimientos. Peplau presenta al profesional de enfermería como una fuerza educativa madura que utiliza el método de aprendizaje mediante experiencias tanto para el paciente como para el profesional de enfermería ética (10). La relación terapéutica puede ser conceptualizada como “una relación de ayuda, que resulta de una serie de interacciones entre el profesional de enfermería y la persona receptora de cuidados durante un determinado período de tiempo, en el que el profesional de enfermería focaliza su actuación en las necesidades y problemas de la persona receptora de cuidados, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades propias de la profesión” (11).

Finalmente centramos nuestra mirada en V. Henderson para valorar la dimensión pedagógica de los cuidados. V. Henderson nos da la clave cuando dice: “la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible” (5). Por tanto, la ayudamos a que adquiera fuerza, voluntad o conocimiento o, fuerza y voluntad o, fuerza y conocimiento o, fuerza, voluntad y conocimiento, para que sea capaz de realizar por sí misma conductas saludables, para que alcance el mayor grado de autonomía posible atendiendo a su individualidad. Las personas que padecen un problema de salud mental precisan: conocimientos acerca de su enfermedad, para aceptarla y poder afrontarla, voluntad para cumplimentar el tratamiento psicofarmacológico prescrito y, fuerza para realizar actividades y tareas que potencien su autoestima y autonomía.

Conclusiones

En las UHPB se realiza la “Intervención en crisis” de las personas que padecen problemas de salud mental cuando los recursos personales, familiares y sociales son insuficientes. El abordaje terapéutico se realiza desde la concepción de un equipo interdisciplinar donde el profesional de enfermería desempeña un papel importante. La aplicación de los cuidados de enfermería van a estar presididos por el entorno legal vigente, por el código ético y deontológico enfermero.

Los cuidados de enfermería prestados en una UHPPB están orientados a intervenir y disminuir la gravedad del momento, básicamente, el profesional de enfermería deberá ayudar a la persona en su proceso de adaptación a la nueva situación promoviendo el autocuidado e independencia.

El profesional de enfermería aplicará el proceso de cuidados enfermería de forma individualizada de acuerdo con las características de la persona, de su problema de salud mental concreto y de su situación actual. Durante la intervención en crisis se establecerá una relación interpersonal que produzca mutuo enriquecimiento y motivación personal, tanto en la persona con problemas de salud mental como en el profesional de enfermería relación terapéutica como herramienta básica de trabajo.

Desde una visión pedagógica de los cuidados y basándonos en V. Henderson las personas que padecen un problema de salud mental precisan: conocimientos acerca de su enfermedad para aceptarla y poder afrontarla, voluntad para cumplimentar el tratamiento psicofarmacológico prescrito y, fuerza para realizar actividades y tareas que potencien su autoestima y autonomía.

A pesar de que en las UHPB la atención de enfermería se centra en la persona con problema mental en una fase aguda, en nuestros cuidados no olvidaremos el papel de la familia y fomentaremos su implicación en los mismos.

Para una continuidad de los cuidados pensamos que el Sistema sanitario debe garantizar una red de recursos bien coordinados por el equipo responsable del área sanitaria, no repetitivos, equitativos, accesibles a toda la población. Unos recursos en los que el trabajo en equipo y la concepción integral de la persona sea su guía. Unos recursos donde se contemple: la promoción de la salud mental, la prevención de los factores de riesgo, la asistencia adecuada en los diferentes puntos de la red sanitaria cuando el problema de salud mental aparece o se produce una recaída y la reinserción rehabilitación socio-laboral.

A la sociedad en su conjunto le pedimos que contemple los problemas de salud mental sin prejuicios, que tome conciencia de la fragilidad de la frontera existente entre la salud mental y los problemas de salud mental a los que todos somos vulnerables en mayor o menor medida y, que desaparezca el estigma que sufren las personas con problemas mentales y sus familias.

La pedagogía nos aporta el instrumento más valioso para convivir con la enfermedad mental desde la naturalidad, el menor sufrimiento y la mayor eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáiz Martínez A, Paredes Ojanguren M^a B. Urgencias psiquiátricas, crisis y conductas autolíticas. En: Bobes J, Bousuño M, González M^oP. Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Síntesis, 2002.
2. Bulbena A, Martín Santos R. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatologías y a la psiquiatría. Barcelona: Masson, 2002.
3. García Bernardo E, González Galán M^oJ. Urgencias psiquiátricas. En: Megías Lizancos F, Serrano Parra M^oD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2000.
4. Bellver Cebriá, A. Carrascosa Sánchez, M^o P. Aunar esfuerzos: Una aproximación a los cuidados enfermeros en salud mental. Revista de la Escuela Universitaria de Enfermería “La Fe”. 1998 I 63-72
5. Marriner A. Virginia Henderson. Definición de la enfermería clínica. En: Marriner A, Raile M. Modelos

- y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2003.
6. Megías Lizancos F, Serrano Parra M^oD. Concepto de Salud Mental. El rol de la enfermera. En: Megías Lizancos F, Serrano Parra M^oD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2000.
 7. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Planes de cuidados. Madrid: Médica Panamericana, 2005.
 8. Lluch M^oT, Novel G, Royo MD. La enfermedad y la hospitalización. En: Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Máster de enfermería. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson, 2000.
 9. Clari Hidalgo E. Protocolo de información para familiares y pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental. En: Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Planes de cuidados. Madrid: Médica Panamericana, 2005.
 10. Howk C. Hildegard E. Peplau. Enfermería psicodinámica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2003.
 11. Novel G. La relación enfermera-paciente. En: Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Máster de enfermería. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson, 2000.

UN PEQUEÑO RETO (UPR): HERRAMIENTA PSICOEDUCATIVA A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN

Amaia Ortiz de Zarate San Agustín*; Isabel Alonso Durana*; Aitziber Ubis González*; Carmen Blanco Núñez*; María Vaquerizo Galvan*; M^a. Jesús Olarte San Juan**

* *Enfermera especialista de Salud Mental. Unidad de Psicosis Refractaria Hospital Psiquiátrico de Alava*

** *Auxiliar de Enfermería de Salud Mental. Unidad de Psicosis Refractaria Hospital Psiquiátrico de Alava*

INTRODUCCIÓN

Uno de los derechos de los pacientes y usuarios de los diferentes servicios de salud es “El derecho a recibir la información que precisa sobre su estado de salud, así como las implicaciones en el mismo de cualquier intervención o tratamiento al que debe ser sometido”. Además, también tienen derecho a que esta explicación sea clara y fácil de entender.

Las personas que presentan un trastorno mental severo de larga evolución pueden beneficiarse de una educación encaminada a proporcionar la información necesaria para adquirir un mejor conocimiento de la enfermedad que permita mejorar la relación entre los pacientes y sus familias, así como una mayor implicación en el tratamiento terapéutico.

En el proceso de rehabilitación del trastorno mental severo se realizan una serie de intervenciones de probada eficacia entre las que podemos destacar:

- Rehabilitación neuropsicológica
- Psicoeducación
- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Educación para la Salud
- Control de Impulsos

De entre estas intervenciones terapéuticas, destacaremos la Psicoeducación, porque se puede considerar como un entrenamiento en la autogestión de la enfermedad, donde el objetivo fundamental es: incrementar el conocimiento y la conciencia-insight de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento terapéutico. El incremento de este conocimiento hace que sean capaces de afrontar la enfermedad, mejorando así, el pronóstico de la misma.

Efectividad de las intervenciones psicoeducativas:

Son varios los ensayos clínicos que demuestran la efectividad de las intervenciones psicoeducativas sobre:

1. Riesgo de recaídas

La psicoeducación es un método de provisión de información de alta calidad que según los datos de diferentes ensayos clínicos muestran un aumento en el cumplimiento del tratamiento y una diferencia significativa en el número de recaídas y readmisiones a los 18 meses.

2. Adherencia al tratamiento

Aunque no resulta del todo concluyente parece desprenderse de estos estudios que existe una mejoría en el cumplimiento del tratamiento.

3. Funcionamiento socio/familiar

En pacientes sobre cuyas familias se han realizado intervenciones de corte psicoeducativo se ha encontrado cierta mejoría que se puede atribuir más bien a un cambio en la percepción del miembro familiar enfermo y a una respuesta más positiva hacia su conducta que a un aumento de su funcionamiento tanto en independencia como en actividad social.

4. Carga familiar

Los resultados obtenidos por estos ensayos clínicos no parecen claros en cuanto a la mejora de los niveles de estrés y carga experimentados por la familia.

Mecanismos de acción de los grupos psicoeducativos:

Proporcionando una buena información y dando unas instrucciones al paciente para el afrontamiento y el manejo de la enfermedad, se reduce el sentimiento de culpa, la ansiedad y la confusión, por lo que, se disminuye también la tensión y el estrés. Los consejos específicos dados sobre la detección de signos de alarma, pautas para prevención de recaídas etc, influyen directamente sobre la eficacia del tratamiento y tienen, por tanto, un efecto positivo sobre el curso de la enfermedad.

La psicoeducación puede reducir el sentimiento de culpa de los pacientes, sobre todo cuando se trabaja en grupo, ya que los miembros del mismo se pueden dar cuenta de que otras personas tienen problemas similares y cuando aprenden juntos la manera de enfrentarse a la enfermedad, se puede llegar a liberar una gran carga emocional. Si el paciente es capaz de comprender y controlar, al menos en parte, su enfermedad puede disminuir el estigma y desarrollar de esta forma un sentimiento de aceptación social dentro del propio grupo.

Cuando los miembros de los grupos psicoeducativos reciben información a cerca de:

- 1.- la enfermedad
- 2.- los cambios de comportamiento asociados
- 3.- las posibilidades de tratamiento

Se produce una reducción de la carga emocional.

En algunos casos se produce una reestructuración indirecta ya que algunos miembros del grupo reconocen la existencia de problemas en otros siendo capaces de encontrar soluciones para ellos mejor que en su propio caso y viceversa. Hay personas que aplican para si soluciones concretas a las que llegó todo el grupo.

La información aportada en los grupos, lo que se aprende con los ejemplos y los consejos específicos transmitidos, sirven para mejorar la comunicación entre los pacientes, facilitando de esta forma el dialogo para resolver los problemas.

Algunos principios didácticos para la psicoeducación:

Los requisitos previos para realizar un grupo psicoeducativo son:

- El conocimiento básico del trabajo en grupo con pacientes psiquiátricos.
- Cierta capacidad didáctica.

Es preciso buscar siempre el equilibrio entre proseguir o zanjar un tema en una determinada sesión, permitir o no el dialogo sobre temas que surgen de manera espontánea.

Los elementos básicos de las sesiones de grupo son la información y la liberación emocional junto al apoyo de los participantes.

Los principios del tratamiento no son sencillos de entender por lo que el principio didáctico de repetir de manera regular las cosas se ha manifestado útil en la enseñanza, por lo tanto es recomendable su utilización en el marco de los grupos psicoeducativos.

La presentación de la información debe ser equilibrada evitando desbordar a los participantes con informaciones, “lo bueno si breve dos veces bueno”

Mejorar los resultados:

Hasta ahora hemos entendido la psicoeducación como una tarea más, pero últimamente, la calidad de esta tarea, o el bien hacer, se ha equiparado a la calidad de los resultados y la eficiencia de los mismos.

En la actualidad no nos debemos limitar a hacer lo conocido sino que deberíamos, además, aplicar capacidades que nos ayuden a crear mecanismos que nos ayuden a lograr resultados nuevos y excelentes, y esto requiere una aportación singular de cada persona con un grado de compromiso que vincule los intereses particulares con los diferentes espacios de relación interpersonal que encuentre en el equipo.

¿Podemos utilizar la innovación para mejorar tareas como la psicoeducación?

Hay tres aspectos importantes que identifican a las personas innovadoras: anticipación, valor y perseverancia.

- Anticipación: es preciso tener un conocimiento del terreno en el que nos movemos para evolucionar e innovar. Ser capaces de discriminar entre tendencias reales y hechos fortuitos. Como dice Gary Hamel “hemos de ser capaces de ver el roble en la bellota”.

Hay que hallar nuevas respuestas, nuevas formas de resolver complicaciones antiguas relacionando conceptos, conocimientos y ámbitos que hasta ahora consideramos independientes.

- Valor: las innovaciones suelen requerir, que además de nosotros, otras personas también cambien y en general todos somos resistentes al cambio. Nos sentimos más cómodos y relajados en entornos habituales o en situaciones rutinarias. A menudo preferimos resistir y quedarnos como estamos.

Por todo ello, quienes proponen los cambios suelen tener pocos adeptos al principio, teniendo que echar mano del valor y la perseverancia para convencerlos.

- Perseverancia: innovar significa explorar nuevos caminos, pero es raro que, a la primera, encontremos el adecuado. Por ello también se necesita perseverancia para probar una y otra vez hasta dar con el adecuado.

Innovación y psicoeducación: un hecho real

En mayor o menor medida todos somos capaces de innovar. A todos nos gusta hacer propuestas que sean apreciadas tanto por la organización (Hospital) como por los clientes (pacientes/ usuarios).

Nuestra experiencia en el terreno de la psicoeducación nos ha llevado, en cierto modo, por este camino, siempre pensamos que la eficacia de los grupos psicoeducativos constituye un nuevo proyecto en el que tenemos que desarrollar una serie de acciones para la consecución de los objetivos que nos marcamos para cada paciente.

Siempre que se ha presentado la oportunidad hemos intentado, con bastante dosis de imaginación, implantar herramientas prácticas que nos ayudasen a hacer los grupos más atractivos para los pacientes y con ello facilitar el aprendizaje sobre los diferentes trastornos mentales además de:

- Favorecer la adherencia al tratamiento.
- Proporcionar herramientas para el manejo de su enfermedad.
- Fomentar modos de afrontamiento eficaces.

- Ayudar a desarrollar estrategias alternativas.
- Proporciona a la familia una base teórica y práctica para la comprensión y afrontamiento de las consecuencias de la enfermedad y permite colaborar con el equipo terapéutico.
- Facilitación desde la familia de: estrategias de autocuidado, y protección del estigma social.
- Reducir la tensión familiar.

En el año 2007 un miembro del equipo planteó una idea que nos pareció “genial” para mejorar la implicación de los pacientes en los grupos psicoeducativos y reforzar el aprendizaje de los conceptos que en ellos se trabajan. Esto, junto con la autonomía que el equipo tiene para abordar proyectos y el interés por mejorar nos dispuso para el trabajo en una propuesta nueva.

Resumen de trabajo:

Creación de un juego de mesa (UPR: Un Pequeño Reto), similar al Trivial, donde al igual que en él, el avance está determinado por la habilidad del jugador-paciente para contestar preguntas sobre conocimientos de su enfermedad.

Contiene 500 preguntas-ejercicios y otras 100 más de comodín en formato de tarjetas coloreadas con un tamaño de 12 x 6 centímetros, cuyas respuestas han sido consensuadas en los diferentes grupos de trabajo que se llevan a cabo en la Unidad (existen 21 grupos de trabajo que trabajan en Rehabilitación Cognitiva), y que hacen referencia a ejercicios para la memoria, atención, percepción, lenguaje, aprendizaje y pensamiento.

Objetivos generales:

Los objetivos generales se han establecido teniendo en cuenta que se trata de pacientes con trastornos mentales graves de duración prolongada, y que al menos llevan 2 años en tratamiento, y que además conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social, que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

En base a ello hemos establecido 3 grandes objetivos Generales:

- 1º. Optimizar y proporcionar nuevas herramientas a las actividades terapéuticas rehabilitadoras que vienen siendo desempeñadas en la Unidad de Hospitalización y en el Hospital de Día, y favorecer la reinserción comunitaria en estos trastornos mentales graves, especialmente en la esquizofrenia.
- 2º. Aumentar el grado de conocimiento de la enfermedad mental en las personas afectadas fundamentalmente de esquizofrenia u otro trastorno mental severo.
- 3º. Adquirir habilidades sociales relacionadas con el manejo y autocuidado de su enfermedad en este grupo de población.

Objetivos específicos:

Estos pacientes suelen presentar déficit en alguna o en varias de las áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social:

- Autocuidados
- Autonomía
- Autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Ocio y Tiempo Libre
- Funcionamiento Cognitivo, como las dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño de los roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, etc.), originan un evidente riesgo de desventaja social y marginación.

El juego como estrategia de aprendizaje

Hay diversas investigaciones científicas que reafirman la relación existente entre el juego y el aprendizaje, basándose principalmente en los cambios que se pueden observar en las conductas de los participantes, pasado un determinado periodo de tiempo.

Un juego bien orientado es una fuente importante de grandes provechos, es una forma diferente de facilitar el aprendizaje significativo y de reforzar los conocimientos adquiridos, a la vez que permite a los participantes convertirse en protagonistas de su propio aprendizaje.

Estas afirmaciones nos llevan a pensar y a creer que el juego puede ser utilizado como una estrategia más de apoyo a las diferentes intervenciones terapéuticas en la rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo.

Es por ello que, con el firme propósito de reforzar el proceso de Rehabilitación Psicosocial en estos pacientes, y para ayudar a conseguir los tres objetivos generales mencionados con anterioridad, nos hemos marcado los siguientes objetivos específicos:

1. Reforzar la adquisición de nuevos conocimientos trabajados en grupos psicoeducativos y de habilidades sociales.
2. Ayudar en la rehabilitación cognitiva.
3. Aprender a resolver problemas o dificultades y buscar alternativas.
4. Estimular la comunicación y socialización.
5. Desarrollar la lógica y el sentido común.
6. Fomentar la confianza.
7. Reforzar las normas básicas de convivencia.
8. Fomentar el respeto a las demás personas.
9. Estimular la aceptación de jerarquías y el trabajo en equipo.
10. Fomentar la diversión en grupo.

El Diseño, Creación e Implementación se ha realizado en las siguientes fases o etapas:

- 1ª Fase: Reuniones multidisciplinares del equipo terapéutico que desempeña actividades de rehabilitación (Subtipo “Psicoeducación”) en la Unidad de Psicosis Refractaria del Hospital Psiquiátrico de Álava (UPR), y delimitación de las Áreas de Conocimiento y Habilidades Sociales en relación con la enfermedad mental más deficitarias detectadas en las actividades habituales de psicoeducación con pacientes con esquizofrenia u otro trastorno mental grave ya sea en régimen de ingreso o en proceso de reinserción comunitaria, habiendo utilizado la herramienta de resolución de problemas conocida como “Brain Storming”.
- 2ª Fase: Creación de un grupo mas pequeño de composición transversal y formado por profesionales de distintas disciplinas y generación de un Juego de preguntas y respuestas en formato test siguiendo el modelo de juego de “Trivial Pursuit” y atendiendo a las lagunas de conocimiento detectadas en las reuniones multidisciplinares.
- 3ª Fase: Evaluación del sistema de preguntas y respuestas por los distintos profesionales que forman el equipo atendiendo a los objetivos detectados en la primera fase, y se procedió a adaptar la redacción, contenido y estilo de las preguntas, en base a la capacidad de comprensión y conocimientos previos del paciente medio, y a la corrección y exactitud de las respuestas.

4ª Fase: Maquetación provisional del juego de preguntas y respuestas.

5ª Fase: Evaluación del Juego con un grupo de pacientes en régimen de ingreso y en situación de reinserción comunitaria.

6ª Fase: Maquetación definitiva del juego.

7ª Fase: Incorporación a las actividades rutinarias de Rehabilitación Psiquiátrica (Modalidad Psicoeducación) de las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias y Comunitarias del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Resultado: juego UPR

Su contenido hace referencia a conceptos que consideramos importantes para que los pacientes y las familias conozcan sus procesos y con ello sean capaces, si no de controlar totalmente su enfermedad, si al menos de pedir ayuda antes de la descompensación, conocer el tratamiento y las consecuencias de su abandono y adquirir habilidades sociales que mejoren su reinserción social.

Las preguntas y respuestas de las que consta el Juego UPR: Un Pequeño reto, han sido cotejadas bibliográficamente con relación a los diferentes temas que se trabajan en los distintos grupos psicoeducativos: Psicoeducación en Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Patología Dual, Habilidades Sociales, Medicación y Síntomas y Educación para la salud, así como en los ejercicios que puedan estimular las capacidades cognitivas.

Lógicamente como todo juego tiene unas Instrucciones, y en este caso las que hemos establecido son las siguientes:

Jugadores:

De 2 a 5 jugadores. Pueden participar más jugadores formando equipos, hasta un máximo de cinco equipos.

Elementos:

- Tablero
- Fichas y dados
- Tarjetas de preguntas
- Tarjetas comodín
- Reloj de arena de 1 minuto
- Cinco puzzles

Reglas del Juego:

El tablero consiste en una rueda compuesta de casillas en cinco colores cada uno de los cuales corresponde a un tema:

- Azul: Educación para la Salud
- Verde: Psicoeducación (Esquizofrenia y Trastorno Bipolar)
- Rosa: Habilidades Sociales
- Naranja: Patología Dual
- Amarillo: Medicación y Síntomas

El juego es dirigido por una persona profesional del equipo terapéutico que no participa en el mismo.

El jugador que saque el número más alto con el dado comienza a jugar.

Los jugadores comienzan en la casilla de salida, lanzan los dados en orden y mueven sus fichas en la dirección que elijan, tantas casillas como indique el dado. Tras mover la ficha, la persona que dirige el juego coge una tarjeta del mazo “preguntas” y hace al jugador que ha

movido la ficha una pregunta que se corresponde con el color de la casilla en la que se encuentre.

En este momento el jugador puede elegir entre dos opciones:

Responder la pregunta o si no está seguro de saber la respuesta correcta, elegir una tarjeta comodín –esta contiene pruebas para estimular las funciones cognitivas (adivinanzas, series de palabras o números, pruebas matemáticas, de lógica, etc.)–.

Si el jugador responde correctamente puede tirar de nuevo el dado, pero si falla, pasa el turno al siguiente jugador. En cada turno, sólo hay una opción de usar las tarjetas comodín.

En caso de que el jugador caiga en una de las casillas especiales que están identificadas con letras (ES, PE, HS, PD y MS)* y responde correctamente a la pregunta formulada, obtiene una pieza del puzzle correspondiente al mismo color de la casilla acertada. Si el jugador responde de forma incorrecta, el turno pasa al siguiente jugador. En estas casillas especiales no hay opción de usar la tarjeta comodín.

Las casillas con dados dibujados, dan opción a tirar de nuevo, sin tener que responder a ninguna pregunta.

Una vez que el jugador/equipo reúne todas las piezas de su puzzle, debe llegar a la casilla de meta para conseguir ganar el juego.

Conclusiones:

El juego Un Pequeño Reto ofrece una actividad lúdica, divertida, a la vez que educativa y creativa para los participantes, y una estrategia útil de trabajo para los propios profesionales sanitarios ya que con este juego los participantes adquirieron nuevos conocimientos, capacidades, actitudes y consolidan a su vez los ya adquiridos previamente.

La utilización del Juego UPR: Un Pequeño Reto ha ayudado a demostrar que es imprescindible que las intervenciones terapéuticas desarrolladas dentro de un programa de Rehabilitación Psicosocial tengan en cuenta el objetivo principal: mejorar la calidad de vida de estas personas, ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social.

Este objetivo, que en numerosas ocasiones es difícil de conseguir, ha sido posible porque los profesionales sanitarios que trabajamos en la rehabilitación psicosocial hemos sido creativos e innovadores a la hora de establecer las diferentes estrategias de intervención.

El juego Un Pequeño Reto ofrece una actividad lúdica, divertida, a la vez que educativa y creativa para los participantes, y una estrategia útil de trabajo para los propios profesionales sanitarios ya que con este juego los participantes adquirieron nuevos conocimientos, capacidades, actitudes y consolidan a su vez los ya adquiridos previamente.

El Juego, ha sido bien orientado hacia las necesidades reales de los pacientes, lo que está permitiendo a los participantes convertirse en protagonistas de su propio aprendizaje, y además está resultando una forma diferente de facilitar el aprendizaje y de reforzar los conocimientos adquiridos, ya que con este juego los participantes adquirieron nuevos conocimientos, capacidades, actitudes y consolidan a su vez los ya adquiridos previamente, tal y como se recoge en el criterio 3 que hace referencia a las personas en el Modelo de la EFQM.

Ha quedado demostrado mediante resultados positivos constatables a través de la medición de las 50 preguntas y de la creación de indicadores de satisfacción, que una actividad lúdica como es un juego, ha sido una estrategia que ha resultado válida y útil dentro de la Rehabilitación Psicosocial como apoyo a las diferentes intervenciones terapéuticas, siendo el deseo de todo el equipo asistencial mantenerlo.

LA PEDAGOGÍA DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL: ACTIVIDAD Y OCIO

Pablo Alonso Villar

Equipo de Continuidad de Cuidados. Hospital Nicolás Peña, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

La evolución de las ideas en psiquiatría ha corrido pareja al pensamiento filosófico de cada época, sufriendo continuos avances y retrocesos, de tal forma que podemos afirmar que la historia de la psiquiatría discurre paralela a la historia de la Humanidad y que la atención a las personas aquejadas por trastornos mentales, ha reflejado siempre los valores sociales dominantes y la percepción social de enfermedad mental de ese momento, ya que en cada época se ha tratado de distinto modo a los enfermos mentales. (1)

En los orígenes, se le dio una explicación mágico-religiosa a la enfermedad (tanto mental como orgánica) que era debida a fuerzas externas sobrenaturales ajenas a la voluntad del hombre, considerándolos intermediarios entre los dioses y los muertos, fuerzas que chamanes, brujos y curanderos trataban de manejar mediante talismanes, fetiches, cánticos y rituales. Era el comienzo embrionario del concepto de relación entre enfermo y terapeuta.

En la Alta edad media la enfermedad mental es considerada como causa de posesión diabólica y debido al gran poder de la iglesia en este momento las exortizaciones son frecuentes por lo que desgraciadamente, la tortura, el martirio y la hoguera fueron el tratamiento a este tipo de enfermos hasta que en la Baja Edad Media se les pasó a recluir en grandes instituciones como los lazaretos y los nosocomios, predecesores de los manicomios.

Con la llegada del Renacimiento la enfermedad mental se considera una enfermedad somática atribuida a la utilización deficiente de la razón, pasando el enfermo de ser competencia de los clérigos a serlo de los médicos. Esta visión vitalista duró poco ya que el Absolutismo significó un nuevo retroceso al considerar que el origen de la enfermedad mental estaba en la naturaleza salvaje e irracional del Ser Humano, pasándose a exhibirse a los locos en jaulas como finalidad ilustrativa y ejemplarizante para el pueblo. Se crearon correccionales y reformatorios para limpiar la sociedad de vagabundos, criminales, prostitutas y locos, encerrándolos en estas instituciones para proteger a los ciudadanos, donde los pacientes psiquiátricos estuvieron literalmente encadenados y custodiados por carceleros.

La caída del Absolutismo y emergencia de la Ilustración da paso a la introducción de una corriente Humanista que supone la puesta en libertad de los pacientes psiquiátricos encarcelados hacia instituciones más "adecuadas" que al cerrarse los lugares que regentaba la Iglesia, dieron lugar al desarrollo de grandes instituciones custodiales estatales y privadas llamadas casas de locos o manicomios. (2,3,4)

En la primera mitad del siglo XX se tapa y oculta el estigma social a través de estos centros manicomiales, usándose en algunos casos como lugar de reclusión para indeseables sociales y ocasionalmente, para opositores políticos. Los ciudadanos marginados recluidos aquí y dejados de la mano de Dios, no tienen derechos, están a disposición del psiquiatra y de su voluntad, puesto que la del paciente está anulada. En este momento la responsabilidad de la asistencia psiquiátrica recae en las diputaciones, al ser estas las encargadas de prestar beneficencia y contar con hospitales psiquiátricos para el ingreso y tratamiento de los pacientes, siendo, en este momento los tratamientos sumamente agresivos hasta la segunda mitad del siglo XX en que aparece la clorpromacina, dejando atrás viejas prácticas como las inyecciones de trementina, los choques insulfínicos y el propio electroshock. (5)

Este cambio de paradigma en la atención de la Salud Mental no sólo se debe al desarrollo de la psicofarmacología si no también al movimiento de los Derechos Humanos que llegó a ser un fenómeno verdaderamente internacional bajo el patrocinio de la recién creada Organización de las Naciones Unidas y el avance de la democracia en el mundo entero, aunque no con igual rapidez en todas partes (1).

Estos progresos técnicos y sociopolíticos facilitaron un cambio de enfoque hacia las grandes instituciones custodiales represivas y regresivas donde se evidenciaban casos de maltrato a los pacientes; también el aislamiento geográfico de estas instituciones y de su personal, la insuficiencia de procedimientos de supervisión y control de la calidad y las condiciones de vida en hospitales psiquiátricos de todo el mundo que dejaban mucho que desear ya que generaban violaciones de los Derechos Humanos y cronicidad; fueron circunstancias que hicieron surgir diversos movimientos reivindicativos que pretendían crear conciencia sobre el entendimiento de la enfermedad mental como otra manifestación más del deterioro de la salud del sujeto, cuyo representante más beligerante e impactante pueda ser la Antipsiquiatría, corriente que conducirá a la Reforma Psiquiátrica solicitando la desaparición de los manicomios, desacreditando su labor terapéutica y asignándoles una parte de culpa en el empeoramiento y cronicidad de la enfermedad, propugnando el tratamiento del enfermo mental en su contexto: LA COMUNIDAD.

Profesionalmente se toman iniciativas que llevan a visitar familiares, establecer programas de integración familiar y recorrer pueblos creando conciencia y compromiso colectivo entre las “fuerzas vivas”, concretándose en un nuevo modelo de organización de la Atención Psiquiátrica basado en la delimitación de zonas geográficas llamadas “sectores” variando el tamaño del sector entre 25.000 y 30.000 habitantes. Este concepto de sectorización se desarrolló en Francia desde la década de los 60 y resultó ser el modelo dominante de atención y organización, aplicándose extensamente en casi todos los países de la Europa occidental. De este modo se sectoriza el territorio, se crean consultas en los pueblos y se organizan equipos multidisciplinarios con psiquiatras, enfermeras, auxiliares psiquiátricos y trabajadores sociales, lo que permite el acercamiento para trabajar con la familia y el entorno a través de visitas domiciliarias periódicas que permiten conseguir que los pacientes ingresados puedan reintegrarse a su núcleo familiar y social.(1,5)

En todo este contexto de Reforma Psiquiátrica, la Ley General de Sanidad, que en su artículo 20 hace especial referencia a la Salud Mental, obliga a que “la atención a los problemas de salud mental de la población se realice en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Este momento histórico generó la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos graves y crónicos y su paso de los hospitales psiquiátricos a la comunidad (6)

Estos pacientes presentan dos características principales: por un lado sus características psicopatológicas que requieren atención y seguimiento continuo y por otro lado las dificultades en el funcionamiento psicosocial que presentan y que les dificulta su integración en la comunidad, ya que muchos de estos pacientes llevan años en la institución y se han habituado a la vida de ingresado, presentado serios problemas de adaptación en un medio externo y extraño a la vez, incluyendo el propio medio familiar del que, en muchos casos, ha estado ausente durante muchos años. Todo esto hace necesario que se desarrollen planes específicos de actuación, basados en sistemas de reinserción social, la utilización de programas de autocuidados, manejo del dinero, habilidades sociales y relacionales que les permitan desenvolverse en un medio a menudo hostil para el paciente (aún en el siglo XXI estigmatizado por la sociedad). Para ello se crean pisos y casas tuteladas que facilitan la convivencia y la independencia bajo la supervisión y seguimiento de los Equipos de Continuidad de Cuidados o de Tratamiento Asertivo-Comunitarios. (5,6)

En resumen, el último medio siglo ha visto evolucionar la asistencia hacia un paradigma de atención comunitaria, basándose en dos principios fundamentales: el respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales y el empleo de programas modernizados y adaptados al tipo de las nuevas necesidades. Todo ello se traduce en un proceso de desinstitucionalización, apoyado por profesionales sanitarios, usuarios, familias, asociaciones y otros grupos progresistas de la comunidad con el atractivo de capacitar a todos ellos para que hagan de la Salud Mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales. (1)

LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que en general, se caracterizan por tener una larga duración y ser procesos que tienden a la cronicidad. Su incidencia se estima en un 25% de la población general; ello supone un enorme desgaste para familias, sistema sanitario y la propia sociedad. Además los pacientes que sufren trastornos mentales perciben procesos de marginación y estigmatización y en este sentido, podríamos decir que la sociedad ha hecho un cambio cuantitativo y cualitativo; cuantitativo porque cada vez es mayor,afortunadamente, la aceptación de los problemas mentales por la sociedad y cualitativamente porque se es tolerante con las personas que sufren trastornos afectivos o cuadros ansioso-depresivos pero se sigue viendo con miedo a los pacientes con trastornos mentales graves y deseando su vuelta a los manicomios, de donde nunca debieron salir...

En cualquier caso y por las razones que hemos analizado antes, el enfoque comunitario de los pacientes con trastornos mentales graves (TMG) es hoy por hoy imparable e indiscutible, aunque con mayor o menor desarrollo en los distintos Servicios de Salud y ello pone de manifiesto la necesidad de crear recursos intermedios entre la hospitalización y las unidades de salud mental ambulatorias para este tipo de pacientes cuyas características paso a exponer:

Entenderíamos por trastornos mentales graves (TMG) o trastornos mentales severos (TMS) un grupo de formas clínicas (casi todas de esfera psicótica) de duración prolongada que conllevan un alto grado de discapacidad y disfunción social cuya definición más consensuada tal vez sea la del Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU (NIMH) que incluye 3 dimensiones: (7)

1. Diagnóstico: incluiría a los trastornos psicóticos, con excepción de los trastornos orgánicos y cuadros psicóticos en mayores de 65 años, abarcando los siguientes códigos CIE 10 (8): F20 Esquizofrenia, F 21: tr. Esquizoafectivo, F 22: tr. ideas delirantes persistentes, F 24: tr ideas delirantes inducidas; F25: tr esquizoafectivo; F28: otros tr psicóticos no orgánicos, F29: psicosis no orgánica sin especificación; F30: Tr del humor (afectivos); F31: tr Bipolar, F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. y F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. La inclusión de los trastornos de personalidad es objeto de controversia, aunque tiende a aceptar que se podrían calificar como TMG, ya que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida.
2. Duración de la enfermedad y necesidad de tratamiento: en general se entiende que se trata de procesos crónicos y por lo tanto siempre superiores a dos años.
3. Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento familiar, social y laboral, además de presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo y ocio y tiempo libre.

Además existen una serie de características comunes a las personas con TMG que son la base de los planes de cuidados de los programas de atención comunitaria:

- Mayor vulnerabilidad al stress, que generará dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.

- Dificultades para la interacción social con pérdida de las redes sociales de apoyo que, pueden llegar a limitarse sólo a la familia y generar situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de cuidadores y servicios socio-sanitarios.
- Dificultad para el acceso al mundo laboral, que favorece la dependencia económica y supone un obstáculo para la plena integración social.(7)

PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO COMUNITARIO

Como vimos antes la década de los 80 del pasado siglo significó la transición de un modelo de atención institucional hacia un modelo de atención comunitario, pero el aumento de las tasas de ingresos y recaídas pronto puso de manifiesto que la atención en la comunidad era menos efectiva de lo que se había supuesto (9,10,11) si no se contaba con planes o programas específicos para el seguimiento de este tipo de pacientes cuyas características particulares son las que acabamos de analizar. De ahí que se empezaran a diseñar intervenciones que consistían en acompañar a la persona en su entorno o medio de vida proponiéndole una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario y sortear las barreras (internas y/o externas) que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social, asignando para ello un profesional o un equipo de profesionales que ayudarán al paciente con TMG a utilizar los recursos sanitarios, sociales y comunitarios. (12,13)

Siguiendo a Mueser, los programas de Atención Comunitaria se pueden dividir en 6 tipos (si bien los 3 primeros los podríamos considerar como subdivisiones de un solo modelo. El Case Management) (14)

1. MODELOS DE SERVICIOS (CASE MANAGEMENT)

a. BROKER CASE MANAGEMENT (Modelo de Agente de Servicios)

Este fue el primer modelo de seguimiento comunitario que se articuló. Surgió como un intento de dar respuesta a la necesidad que se percibió de asegurar que los pacientes podían acceder a los recursos y tratamientos adecuados, y de fomentar la continuidad y eficiencia de estos cuidados cuando los pacientes eran dados de alta del hospital. Las primeras descripciones de lo que hoy llamaríamos un coordinador de cuidados o case manager responden a este modelo en el que este papel lo desempeña un profesional, con frecuencia no-clínico, que es responsable de la coordinación de los cuidados pero no de la provisión directa de cuidados. Estos agentes tienen como papel principal evaluar las necesidades de los pacientes, planificar la intervención, derivar a los pacientes a los servicios adecuados y coordinar a los distintos recursos implicados en el cuidado de un mismo paciente. el encuentro entre el case management y el paciente ocurriría a petición del paciente pero sin demasiada frecuencia y sin que se establezca un vínculo afectivo entre ambos.

b. CLINICAL CASE MANAGEMENT (Modelo de Case Management Clínico)

Responde a la evidencia, encontrada en el intento de articular programas sobre el modelo anterior, de que era necesaria la formación y experiencia clínica para poder generar una relación terapéutica con los pacientes, y que con frecuencia los coordinadores de cuidados tenían que intervenir directamente y proporcionar algunos cuidados. Desde este modelo se enfatiza la relación entre el paciente y el coordinador de cuidados y se requiere que éstos tengan formación clínica en psicoterapia y psicoeducación. Se diferencian del modelo de agencia de servicios en que: 1) los contactos son iniciados por ambos, 2) el coordinador de cuidados es activo en el seguimiento y enganche del paciente; 3) en los lazos entre ambos se fomenta la reciprocidad frente a la unidireccionalidad de las atenciones; 4) las funciones de los contactos se centran en la adherencia a los tratamientos; 5) existe un vínculo afectivo entre ambos; y 6) los contactos son regulares aunque la frecuencia no sea muy intensa.

c. **INTENSIVE CASE MANAGEMENT (Modelo d Case Management Intensivo)**

Este modelo surge para dar respuesta a las necesidades más complejas de pacientes para los que el case management clínico no es suficiente. Además de las tareas y funciones recogidas por el modelo de agencia de servicios y por el modelo de case management clínico, el case management intensivo añade otras características: 1) una ratio paciente-profesional pequeña; 2) una actitud asertiva en la fase de enganche y mantenimiento de los pacientes en el programa con el fin de evitar abandonos; 3) énfasis en la intervención en la comunidad frente al despacho; y 4) la focalización en el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria.

2. MODELO DE COMPETENCIAS (STRENGTHS MODEL)

Se desarrolló como respuesta al énfasis excesivo que desde algunos modelos de case management se hacía en los déficits y discapacidades de los pacientes frente a sus competencias y habilidades. Así, este modelo tiene una visión de los pacientes con enfermedad mental severa y crónica como personas que además de déficits tienen competencias a partir de las cuáles pueden seguir aprendiendo, creciendo y cambiando. Añadió además la visión de la comunidad y del entorno cercano del paciente como fuente natural de apoyo en vez de cómo un obstáculo a su integración. Otras características incluyen: 1) la visión de la relación entre el coordinador de cuidados y el paciente como algo fundamental; 2) el énfasis en prestar los cuidados en la comunidad; y 3) el respeto a la autodeterminación de los pacientes como guía de la intervención.

3. MODELO REHABILITADOR

Al igual que el modelo de competencias, este modelo se centra en prestar servicios y cuidados basándose en los deseos y metas que tienen los pacientes, en vez de partir de las necesidades o metas que el sistema de salud mental define. Se distingue de otros modelos por poner especial énfasis en el entrenamiento en habilidades instrumentales y sociales necesarias para la vida autónoma en la comunidad.

4. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (ASERTIVE COMMUNITY TREATMENT)

Este modelo fue creado en los años 70 por Stein y Test en un hospital público del condado de Main en Wisconsin, el Mendota State Hospital of Madison, como alternativa a tratamientos que a nivel hospitalario eran efectivos y dejaban de serlo tras la reincorporación del paciente a su vida diaria, lo que conllevaba generalmente una nueva hospitalización. (15)

Diversos estudios han analizado la eficacia de los distintos modelos, determinando que los modelos de Case Management ayudan a mantener el contacto con los pacientes, pero incrementan los ingresos hospitalarios, sin embargo, en comparación con estos, el Tratamiento Asertivo Comunitario se muestra como el modelo más efectivo para la gestión de la atención en sujetos con trastornos mentales severos dentro de la comunidad. (16) Ningún modelo ha influido tanto en el actual sistema de prestaciones de cuidados en Salud Mental Comunitaria como el TAC. No sólo es el modelo más ampliamente estudiado y validado para suministrar cuidados a este grupo de personas, si no que ha demostrado ser la alternativa más eficaz y efectiva de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a pacientes con TMG, consiguiendo además disminuir significativamente los costes sanitarios al reducir el número de ingresos. (9,10,11,17)

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

- La atención a los pacientes se lleva a cabo a través de un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, personal enfermero, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- La inclusión del paciente en el programa de tratamiento no tiene una duración determinada, dependiendo ésta de la evolución y de la consecución de los objetivos del plan de cuidados.
- Enfoque asertivo, implicándonos activamente en el “enganche” y trabajando continuamente el vínculo terapéutico, implicando al paciente y responsabilizándole de su tratamiento, pero dispuestos a salir en su busca cuando exista riesgo de abandono o incumplimiento.
- Tratamiento individualizado diseñando un plan de cuidados que se ajuste a las necesidades y características de cada paciente.
- La disponibilidad del Equipo es de 24h al día los 365 días del año.
- La responsabilidad de los resultados conseguidos con el paciente recae sobre todo el equipo.
- Las intervenciones con el paciente se realizan principalmente en la comunidad, reservando el trabajo de despacho para la planificación y coordinación del equipo.
- La frecuencia de los contactos suele ser alta y el ratio recomendado paciente-profesional bajo, estimándose como ideal 10:1.
- Énfasis en garantizar el correcto cumplimiento terapéutico y solucionar problemas de la vida diaria. (12, 13, 16, 18)

OBJETIVOS GENERALES DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

1. Garantizar las necesidades básicas del individuo: manutención, vivienda, ocupación, asistencia sanitaria...
2. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria como higiene personal, cuidado del hogar, realizar la compra, cocinar, tener una ocupación, relacionarse...
3. Seguimiento y control del tratamiento médico (tanto oral como depot) así como detección precoz de abandono y/o descompensaciones.
4. Procurar inicialmente el “enganche” con el equipo y posteriormente trabajar el vínculo terapéutico
5. Apoyo, información y educación a los miembros de la familia y del entorno del paciente que están implicados en su cuidado.
6. Tratar de conseguir conciencia de enfermedad lo que producirá mayor garantía de cumplimiento terapéutico y reducirá el número de rehospitalizaciones.
7. Tratar de conseguir aportar al paciente el mayor grado de autonomía posible en el manejo de su vida y de su enfermedad. (12, 13, 16, 18)

DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los primeros ensayos para implantar este tipo de programas comunitarios a nivel estatal se sitúan en el año 91 en el antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, donde pocos meses después y también en el área de Madrid se desarrollan programas similares en dos unidades de Salud Mental. Posteriormente se van desarrollando programas similares por todo el territorio nacional (Málaga, año 96), pero hay que destacar especialmente el equipo de TAC de Avilés que comenzó a funcionar en 1999, popularizando el Modelo Avilés que posteriormente se extiende a otras áreas del Principado (Oviedo 2002) y del resto de la geografía española: Albacete (2002), Ferrol (2005), Tenerife (2006) (6,9,13,17)

En Galicia los programas comunitarios se inician en Vigo a principio de la década de los 90. con la creación de 3 viviendas protegidas (2 urbanas y 1 rural) entre 1987 y 1990 dependientes del Hospital Psiquiátrico Rebullón, creado en 1975 donde ya desde su inicio se trabajó con la filosofía asistencial de sectorización. El 21 de julio de 1991 con la creación de una nueva vivienda tutelada se dota este recurso de personal específico con 1 auxiliar psiquiátrico. A finales de 1993 se crea otro piso protegido más y se incrementa el personal a 2 auxiliares psiquiátricos bajo el concepto de Salud Mental Comunitaria (CSM). En abril de 1994 tras la apertura de la 6ª vivienda se aumenta el personal a 4 auxiliares psiquiátricos y se les dota de 2 vehículos formando la llamada Unidad de Hospitalización Alternativa (UHA) que posteriormente pasó a denominarse Equipo Extra Hospitalario (EEH), como muchos compañeros aún siguen denominándolo, ya que no es hasta diciembre del 2004 en el que tras la incorporación de la 1ª enfermera pasa a denominarse Equipo de Continuidad de Cuidados (ECC) a propuesta del Servizo de Saúde Mental de la Consellería de Sanidade cuando se empiezan a desarrollar los programas de Trastorno Mental Severo, a crearse nuevos equipos y a hacerlos multidisciplinarios; De este modo, en febrero de 2007 se incorpora un Trabajador Social, el 19 de marzo de 2007 se suma un enfermero especialista en Salud Mental y a finales de 2007 se cuenta con un psiquiatra, por lo que en la actualidad es el dispositivo más dotado (8 profesionales) y que a la vez sigue a más pacientes y cubre el área sanitaria más amplia con casi medio millón de Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS).

Los Equipos de Lugo y A Coruña comienzan su funcionamiento en enero de 2002, ambos con una enfermera y una auxiliar de enfermería a las que se unen, en el caso de Lugo, un psiquiatra y un terapeuta ocupacional en marzo y junio de 2006 respectivamente. En el 2004 se abren 2 equipos más: Santiago, en febrero con una enfermera y una auxiliar ambas especialistas en Salud Mental; y en Ferrol, en noviembre, con una enfermera especialista, y una auxiliar de enfermería a las que en agosto de 2005 se les une un psiquiatra, y posteriormente un trabajador social. (6, 19) El equipo de Orense comienza a funcionar en febrero de 2005 con una enfermera y una auxiliar de enfermería, y en 2008 se crean los equipos de las áreas sanitarias de Monforte y Pontevedra y en 2009 el de Verín, por lo que en la actualidad podemos decir que los Equipos de Continuidad de Cuidados forman un pilar importantísimo en la red de Salud Mental de Galicia dentro de un enfoque de atención comunitaria en el que se basa el actual modelo de atención para la Salud Mental.

OBJETIVOS DEL TALLER

1. Conocer los orígenes de los programas de tratamiento comunitario en Salud Mental.
2. Trabajar desde un enfoque desinstitucionalizador con situaciones y herramientas cotidianas para el paciente y el profesional.
3. Conseguir entender el punto de vista del paciente conociendo su día a día.
4. Desarrollar habilidades en la elaboración de planes de cuidados.
5. Practicar el lenguaje enfermero y profundizar en el uso y manejo de las Taxonomías NANDA, NIC, NOC.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

A lo largo de las dos jornadas de las que consta este taller se desarrollarán habilidades en la elaboración de un Plan de Cuidados para un paciente con la finalidad de fomentar su integración social profundizando específicamente en actividades ocupacionales y relacionales desde una perspectiva asertivo-comunitaria.

El taller se compone de dos partes:

- Una exposición teórica audiovisual donde se conocerán los orígenes de la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos que dieron paso al desarrollo de los

Programas de Tratamiento Comunitario. Tras ello, se podrá conocer cual es el punto de vista del paciente psiquiátrico al escuchar entrevistas a pacientes de este tipo de programas, explicar con sus propias palabras qué entienden ellos que son los programas y los equipos de tratamiento comunitario que les tratan y cuales son sus peticiones concretas en este sentido.

- Una parte práctica en la que los asistentes podrán elaborar un Plan Individualizado de Tratamiento tras la exposición de un caso clínico de una paciente que a través de unas cartas a su Equipo de Continuidad de Cuidados realiza una serie de quejas y plantea una serie de peticiones concretas que habrá que solucionar en el taller . Para ello se realizará una valoración por Patrones Funcionales de Salud que incluirán Diagnósticos Nanda en un formulario suministrado a cada asistente.

A su vez, estos diagnósticos se relacionarán con resultados NOC e intervenciones NIC en unos listados preparados a tal fin para completar el Plan de Cuidados.

Se trabajará con una metodología grupal y se elaborarán las conclusiones buscando el consenso de los grupos de trabajo para lo cual se designarán portavoces en cada uno de ellos que transmitirán sus conclusiones al resto de los grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carballal Balsa M.C. en <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1led.pdf>
2. Rigol Cuadra A, Ugalde Upalateguy M. Historia de las ideas en psiquiatría. Master de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2001.
3. Aparicio V. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. Aran: Editorial Ela; 1997.
4. Colección Saúde Mental nº 0. Serie Reforma Psiquiátrica. Documentación Básica; SERGAS, 1990
5. Porras A. Situación de Partida en la Asistencia Psiquiátrica y la Evolución de los Cuidados de Enfermería en Salud Mental hasta el Presente. Simposium de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (ANESM). Toledo, 2009
6. Vila Pillado L.; Area Cariacedo, R.; Ferro Iglesias, V; González Domínguez-Vigueira, L; Justo Alonso, A.; Suarez Sueiro,MJ.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, ML.;Trastorno Mental Sevro. TOG (A Coruña) (revista Internet). 2007; (5): (52p). Disponible en : <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf>
7. Arias P, Camps C, Cifre A,Cacharro F, Fernandez J, Gisbert C, et al. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo . Situación actual y recomendaciones. Cuaderno técnico nº 6 AEN. Madrid 2002.
8. <http://www.psicoadactiva.com/cie10/cie1.htm>
9. Martínez Jambrina J.J: El Tratamiento Asertivo Comunitario: orígenes diseminación y variabilidad. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2006; 6 (2).
10. Marshall M, Lookwood A. Tratamiento Asertivo en la Comunidad para Personas con Desórdenes Mentales Severos (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, 2006; nº 1 Oxford: Update LTD. Disponible en : <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chischester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Marshall M,Gray 1, Lookwood A,Green R. La Gestión de los casos en personas con Trastornos Mentales Graves. (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, 2006; nº 1 Oxford: Update LTD. Disponible en : <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chischester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Hernández Monsalve M. Los Programas de Seguimiento Intensivo en la Comunidad: una alternativa a la hospitalización y ¿algo más? F Rivas, Editor. La Psicosis en la Comunidad. AEN ESTUDIOS 2000.
13. Alonso Suárez M, Brabo Ortiz M, Fernández Liria A. Origen y Seguimiento de los Programas de Seguimiento y Cuidados para Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Crónicos en la Comunidad. Revista de la AEN 2004; 92: 3457-83.
14. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Modelsof Community Care for Severe Mental Illness: a review of research on Case Management. Schizophrenia Bulletin 1998; 24 (1): 37-74.

15. Novak M, Topolski J. Assertive Community Treatment: The Wisconsin Model, Missouri Institute of Mental Health, Issue Brief.
16. Ziguras S, Stuart G. A Meta-Analysis of the effectiveness of Mental Health Case Management over 20 years. *Psychiatric services* 2000. 51:1410-1421p.
17. Duran Rivas I, Núñez Pérez I, Granda Mariño S. C. El Equipo de Continuidad de Cuidados de Ferrol. *Revista Siso Saúde; sección originales y revisiones* . Otoño 2006; nº 43, p 18-35. en <http://www.apfem.com/noticias%20de%20interes/FEAP/feap-Publicaciones%2018%20-%202.pdf>
18. Mc Grez JH, Bond GR. Critical Ingredients of Assertive Community Treatment: judgements of the expert. *Journal of Health Administration* 1995; 22:113-125.
19. Propostas para o desenvolvemento da Atención Psiquiátrica en Galicia. Xunta de Galicia. Colección Saúde mental. en: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1517>

EL DOLOR CRÓNICO MÚSCULO ESQUELÉTICO Y LA TERAPIA DE LA RISA

María B. de la Fuente Mochales y M^a. Eugenia González Cascante
Institut Catala de la Salut. Cap Ii Numancia

El dolor crónico músculo esquelético es uno de los más prevalentes, afectando a la salud física y emocional de quién lo padece, alterando su estilo de vida y la de su entorno, además del impacto socioeconómico que produce.

En la Unidad de Educación Terapéutica y Readaptación Funcional, (E.R.F.) para patología del aparato locomotor, hemos diseñado unos cursos de

Risoterapia y Relajación específicos y adaptados para algunos de nuestros pacientes con dolor crónico músculo esquelético para mejorar su estado emocional y poder proporcionarles un abordaje integral de su enfermedad.

El objetivo de este estudio es:

Valorar la efectividad de la introducción de talleres de Risoterapia y Relajación en nuestros programas de E.R.F., y comprobar si su aplicación nos ayuda a disminuir el dolor, mejorar la movilidad y reducir el estado emocional alterado (ansiedad - depresión) del paciente.

Diseño del estudio:

Este es un estudio descriptivo de los pacientes incluidos en los programas de Risoterapia y Relajación que se realizaron en nuestra unidad desde Abril del 2007, hasta Noviembre del 2008; durante ese periodo de tiempo, se realizaron cinco cursos. Cada curso esta formado por ocho talleres de hora y media de duración, con un intervalo semanal. En total se practicaron 40 talleres.

Criterios de inclusión: los grupos se formaron por 12-15 pacientes por curso que presentaban patología mecánica o degenerativa de raquis, síndrome emocional alterado y/o Fibromialgia.

Participaron 68 pacientes, mujeres, con un promedio de edad de 64 años (rango 25 -74 años).

Como material de soporte, nos ayudamos con globos, pitos, pelotas colchonetas y mucha música.

Desarrollo del programa:

Estos talleres se dividen en tres fases o tiempos:

- La 1ª fase, la dedicamos a la Risoterapia, durante este tiempo básicamente se combinan juegos, música, danza e imaginación para conseguir desarrollar nuestra coordinación motriz y nuestra expresión corporal y emocional, tratando de conectar con nuestro niño interior.
- La 2ª fase la dedicamos a la Relajación y la visualización creativa, les enseñamos a relajarse a través de diferentes métodos (Jacobson-Schultz etc.).
- La 3ª fase la dedicamos a la verbalización de todos y cada uno de los participantes, en la cual creamos un espacio para poder expresar y compartir nuestra experiencia emocional sobre el taller realizado.

Para poder evaluar los resultados, nos ayudamos con tres escalas o instrumentos de medición:

- Escala Analógica Visual (EVA) para que el paciente pueda evaluar su dolor.
- Escala de Ronald Morris, para valorar el grado de incapacidad funcional del paciente, relacionado con el dolor de espalda.
- Escala Hospitalaria Ansiedad Depresión (HAD) para valorar el estado emocional del paciente relacionado con la ansiedad y la depresión

Estos cuestionarios se cumplimentaron al inicio y al final del curso.

Resultados:

Tras la aplicación del programa de Risoterapia y Relajación, según la valoración obtenida a través de los instrumentos de medición, se observó una mejoría del dolor con grado superior a 5 en la escala EVA, en un 67 % los pacientes.

Mejoraron la incapacidad funcional un 40 % de los pacientes que presentaban una incapacidad moderada, que pasó a ser una incapacidad leve.

Al inicio de los cursos encontramos que de los 68 pacientes que participaron en este estudio el 41% de ellos presentaban un síndrome depresivo y el 73% un síndrome ansioso.

Al finalizar los cursos, observamos una disminución de la depresión en un 53% de los pacientes que inicialmente la presentaban, y mejoraron un 48 % de los pacientes que inicialmente presentaban ansiedad.

Conclusiones:

Hemos comprobado que el humor y el movimiento combinado con la relajación nos han proporcionado una herramienta muy útil y divertida para lograr disminuir el dolor crónico músculo esquelético, activar la movilidad, además de optimizar la salud emocional y conseguir que el paciente descubra nuevas expectativas para el autocontrol de su patología.

PROPUESTA DE UN MODELO DE CUIDADOS A INVESTIGAR, BASADO EN LAS TAXONOMÍAS NANDA, NOC Y NIC. EN ENFERMOS INGRESADOS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE CON LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA NANDA: “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO”

Santiago Pérez García y Julia Martínez Cuesta

U.H.B. Psiquiatría. Hospital Univ. “12 de Octubre”. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los procesos asistenciales realizados en los servicios sanitarios son la combinación de las acciones terapéuticas y cuidadoras realizadas por diferentes profesionales. Entre estos profesionales se encuentra la Enfermera que, con su cuerpo de conocimientos propio, proporciona el cuidado a la persona que en interacción continua con el entorno vive experiencias de salud.

Los sistemas sanitarios han sufrido un importante proceso de transformación y desarrollo, hoy en día en términos de gestión sanitaria se habla de GDRs, procesos, guías para la práctica clínica, estandarización de cuidados, etc.

En la gestión por procesos se deben definir sus responsables y exigir al propietario del proceso o del subproceso la responsabilidad de gestionarlo. La enfermera, y en concreto la enfermera hospitalaria es responsable en parte del proceso clínico por el que el paciente ha ingresado para recuperar la salud.

Las organizaciones son más efectivas cuando todas sus actividades interrelacionadas se gestionan de manera sistemática y a partir de información fiable. Es necesario que la Enfermera controle su propia información y defina su actividad en términos de resultados obtenidos, midiendo de sus actuaciones y resultados.

Los sistemas de información se están implantando muy rápidamente y es preciso incluir datos asistenciales del cuidado enfermero. Es preciso desarrollar una documentación normalizada de la práctica clínica con sistemas de clasificación que tengan un lenguaje común y codificado (taxonomías)

Entre los dispositivos sanitarios en Salud Mental están las Unidades de Hospitalización Breve en hospitales generales. La finalidad de estas unidades no es la de curar, sino el restablecer mínimamente el equilibrio de la persona y devolverla a su entorno para que sea capaz de funcionar básicamente y ser seguido por el Centro de Salud Mental del distrito.

La Unidad de Hospitalización Breve del hospital universitario “12 de Octubre” es el dispositivo de referencia para el ingreso de las personas de los distritos de Usera, Villaverde y Aranjuez, correspondiente al Área sanitaria nº 11, con una población de referencia se aproxima al medio millón.

El proceso de atención de Enfermería en Salud Mental se entiende como un proceso de resolución de los problemas de la persona, que en nuestro caso, está ingresada en una unidad de hospitalización de psiquiatría. Dicho proceso se basa: diagnosticar los problemas de salud que resuelve de forma independiente, establecer unos resultados esperados y determinar las acciones a realizar para conseguir dichos resultados.

Los cuadros psicóticos son los casos que más han ingresado en el pasado año en la unidad, el 60 % de los ingresos son por esta causa. La Etiqueta Diagnóstica NANDA que presenta una mayor prevalencia entre los enfermos ingresados en la unidad es: “Trastorno de los procesos de pensamiento”. Es por lo que hemos elegido dicho diagnóstico para desarrollar el modelo de cuidados.

La Enfermera en Salud Mental debe controlar su propia información, así como medir sus actuaciones y resultados obtenidos. Es preciso trabajar con una normalización de la práctica asistencial. Un lenguaje estandarizado favorece la normalización de la actividad, evitando la variabilidad terminológica existente. A demás de que un lenguaje común homogeneiza las acciones, facilita el hacer visible el trabajo realizado, garantiza la calidad comparativa, refuerza la identidad profesional y le concede un mayor estatus, además de proporcionar las bases para la evidencia y la investigación.

De forma progresiva se está consolidando la estandarización de los datos de Enfermería con las clasificaciones diagnósticas NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), Criterios de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) e Intervenciones de Enfermería NIC (Nursing Interventions Classification)

La razón de utilizar las clasificaciones enfermeras NANDA, NOC y NIC se fundamenta en que la clasificación de diagnósticos de Enfermería NANDA es la de mayor reconocimiento en organismos mundiales y a su progresiva implantación a nivel internacional y nacional. A ello hay que añadir que las clasificaciones NOC y NIC son complementarias a la clasificación NANDA, lo que facilita la estandarización del modelo presentado.

La revisión bibliográfica realizada no aporta artículos relevantes sobre la estandarización del cuidado para la etiqueta diagnóstica “Trastorno de los procesos de pensamiento” ni el grado de utilización de las taxonomías de diagnósticos enfermeros NANDA, criterios de resultados NOC e intervenciones de Enfermería para dicho diagnóstico NANDA.

Se ha encontrado un estudio descriptivo que afirma la eficacia de un documento de enfermería que interrelaciona las tres taxonomías en una unidad de hospitalización de Medicina Interna, lo que hace pensar la posibilidad de que dichas taxonomías sean validas en otros procesos enfermeros, como es el caso de los enfermos psiquiátricos.

NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) se relanzó en el año 2002 como NANDA International para reflejar el creciente interés mundial por el campo del desarrollo de terminología de enfermería. NANDA International ha desarrollado en colaboración con el Nursing Classification Centre de la Universidad de Iowa, una taxonomía y una estructura de clase de la práctica de enfermería. Este sistema permite que los diagnósticos de NANDA International se sitúen en un marco organizativo que acoge intervenciones y resultados de la Nursing Interventions Classification (NIC) y de la Nursing Outcomes Classification (NOC), lo que da como resultado un sistema de lenguaje global, capaz de documentar los cuidados de enfermería de forma normalizada.

La justificación de elaborar el presente modelo de cuidados para su posterior validación práctica se fundamenta en:

- La etiqueta diagnóstica con mayor prevalencia en nuestra unidad es el trastorno de los procesos de pensamiento, fundamentalmente por los trastornos psiquiátricos que más ingresan en ella, los cuadros psicóticos
- En el actual entorno sanitario se están implantando nuevos sistemas de gestión y de información de la actividad clínica. La Enfermera en Salud Mental tiene la necesidad de definir y clarificar el alcance de su aportación en la mejora de la salud de sus pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Breve. A la vez que tiene que medir sus actuaciones y resultados obtenidos
- Para ello se necesita la normalización de su actividad, entendiendo por normalización, la elaboración de documentos técnicos que recogen las especificaciones de un proceso.
- En la normalización y estandarización de los cuidados al paciente con trastornos de los procesos de pensamiento es necesario la utilización de un lenguaje común en el campo de la Enfermería.

- Con el fin de aplicar el modelo de cuidados a la práctica clínica, se hace necesario realizar estudios que confirmen los criterios de resultados NOC establecidos y las intervenciones enfermeras NIC planteadas en modelos teóricos.

OBJETIVO

Con este trabajo pretendemos proponer un modelo de cuidados para las personas ingresadas en Unidades de Hospitalización Breve psiquiátricas y diagnosticadas con la etiqueta NANDA “trastorno de los procesos de pensamiento”. En dicho modelo se establecen:

- 1.- Las necesidades alteradas a identificar, según el modelo de 14 necesidades de Virginia Henderson
- 2.- Los indicadores que evalúen los criterios de resultados esperados (NOC) establecidos
- 3.- Las intervenciones enfermeras (NIC) con sus actividades más relevantes para resolver el problema de salud

El modelo sería la base para una posterior investigación que valide la estandarización para la práctica clínica.

MODELO CUIDADOS PARA LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA NANDA “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO”

Para la estandarización del modelo de cuidados a la persona con trastornos de los procesos de pensamiento, se utilizaron como herramienta las taxonomías: Diagnósticos NANDA Internacional Taxonomía II (2005-2006), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, proyecto de resultados Iowa 3ª Edición (2005) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4ª Edición (2005). Para la valoración se ha utilizado el modelo de necesidades de Virginia Henderson, debido a que es el modelo implantado en nuestro centro.

A. VALORACIÓN DE NECESIDADES

En la valoración de los enfermos hemos adoptado el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, ya que es el modelo de valoración implantado en nuestro hospital. Pudiendo verse alteradas 11 de las 14 necesidades en al menos el 70% de los enfermos diagnosticados con “Trastorno de los procesos de pensamiento”:

2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminar productos de desecho del organismo,
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Seleccionar la vestimenta adecuada.
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otras personas.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

B. CRITERIOS DE RESULTADOS ESPERADOS, TAXONOMÍA NOC

En los enfermos ingresados con trastorno de los procesos de pensamiento, lo que se espera conseguir al alta hospitalaria es:

1. AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO. Que se define como: Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos de pensamiento y pensamiento.

Los indicadores e índices a medir son:

- a. Reconoce que tiene ideas delirantes con un índice mínimo de 4 , es decir frecuentemente demostrado
- b. No responde a las ideas delirantes con un índice de 5, es decir siempre demostrado
- c. Describe el contenido de las ideas delirantes con un índice de 5, siempre demostrado.
- d. Refiere disminución de las ideas delirantes con un índice mínimo de 4, frecuentemente demostrado.
- e. Expone un contenido de pensamiento apropiado con un índice mínimo de 4, frecuentemente demostrado.
- f. Expone capacidad para adoptar ideas de los demás, con un índice de 5, siempre demostrado

2. **ORIENTACIÓN COGNITIVA**, Que se define como Capacidad para identificar persona, lugares y tiempos con exactitud

Los indicadores e índices a medir son:

- a. Se autoidentifica con un índice de 5, es decir no comprometido
- b. Identifica el lugar donde esta con un índice de 5, no comprometido.

Dado que estamos hablando de una Unidad de Hospitalización Breve, no se espera conseguir la recuperación total, sino mejorar su estado para que en el medio ambulatorio se mantenga la mejoría definitiva

C. INTERVENCIONES ENFERMERAS TAXONOMÍA NIC

Para conseguir los Resultados Esperados anteriormente mencionados, y así mejorar los trastornos de pensamiento, la Enfermera en Salud Mental de la unidad de Hospitalización, realiza diferentes estrategias. Las Intervenciones, codificadas en la taxonomía NIC, que proponemos en nuestro modelo son:

MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS: Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real

Las actividades más relevantes que se realizarán en una Unidad de Hospitalización breve son:

- Establecer relación confianza
- Dar al paciente oportunidad de discutir ideas con el cuidador
- Evitar discutir sobre las creencias falsas
- Evitar reforzar las ideas ilusorias
- Centrar la discusión en los sentimientos subyacentes, en vez de sobre el contenido ("parece sentir miedo")
- Mantener ambiente seguro
- Animar a que cuente las ideas ilusorias
- Establecer actividades psicoeducativas que requieran atención
- Comprobar capacidad autocuidados
- Mantener la rutina diaria coherente
- Vigilar estado psíquico
- Comprobar que las ideas ilusorias no resultan dañinas o de riesgo para el mismo o terceras personas
- Tranquilizar al paciente
- Disponer seguridad y comodidad para el paciente y los demás si es incapaz de controlar su conducta

- Ayudar al paciente a evitar o eliminar factores estresantes que faciliten las ideas ilusorias
- Administrar medicación

MANEJO DEL DELIRIO: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo.

Las actividades más relevantes que se realizarán en una Unidad de Hospitalización breve son:

- Identificar los factores etiológicos que causan delirio.
- Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.
- Monitorizar el estado neurológico sobre una base progresiva.
- Proporcionar consideración positiva incondicional.
- Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente.
- Proporcionar una seguridad optimista pero al mismo tiempo que sea realista.
- Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.
- Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra/confunde al paciente.
- Administrar medicamentos si fueran necesarios para la ansiedad o agitación.
- Fomentar las visitas de seres queridos, si procede.
- Reconocer y aceptar las interpretaciones de la realidad por parte del paciente
- Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.
- Responder al tono del tema/ sentimiento, en lugar de al contenido de la idea delirante.
- Retirar los estímulos, cuando sea posible, que creen una percepción equivocada en un paciente particular
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Disponer un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
- Disponer limitación física, si es necesario.
- Evitar frustrar al paciente con preguntas de orientación que no puede responder.
- Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario.
- Acercarse al paciente lentamente y de frente.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Reorientar al paciente hacia el cuidador mediante contacto visual.
- Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.
- Preparar al paciente para los cambios de rutina y de ambiente habituales que se avecinan antes de que se produzcan
- Proporcionar información nueva de forma lenta y en pequeñas dosis, con frecuentes períodos de descanso.
- Centrar las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente.

ORIENTACIÓN A LA REALIDAD: Fomento de la consistencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente

Las actividades más relevantes que se realizarán en una Unidad de Hospitalización breve son

- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.

- Permitir el acceso a objetos familiares, cuando sea posible.
- Vestir al paciente con prendas personales.
- Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.
- Limitar las visitas y la duración de las mismas si el paciente experimenta sobrestimulación y aumento de la desorientación por causa de ellas.
- Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódicos, radio e informativos verbales), cuando corresponda.
- Acercarse al paciente lentamente y de frente.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.
- Hablar al paciente de una manera suave y distintiva, a un volumen adecuado.
- Repetir las manifestaciones verbales, si es necesario.
- Utilizar gestos/ objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la manifestación verbal.
- Evitar las demandas de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Limitar la necesidad de toma de decisiones si con ello se frustra/ confunde al paciente.
- Dar órdenes de una en una.
- Involucrar al paciente en actividades concretas «aquí y ahora» (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Implicar al paciente en ambiente/clase grupal de orientación de la realidad, cuando sea adecuado y se disponga de ello.

PRECAUCIONES CONTRA FUGAS: Minimizar el riesgo de abandono sin autorización del sitio de tratamiento cuando su partida represente una amenaza para su seguridad u otras personas.

Las actividades más relevantes que se realizarán en una Unidad de Hospitalización breve son

- Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial
- Clarificar el estado legal del paciente
- Comunicar riesgo a los demás cuidadores
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir ansiedad
- Limitar al paciente a un ambiente físicamente seguro
- Disponer medidas de seguridad para limitar la movilidad, si es necesario
- Disponer una adecuada supervisión
- Proporcionar al paciente una banda de identificación
- Animar al paciente a que busque ayuda de los cuidadores cuando experimente sentimientos conflictivos (ansiedad, ira, miedo) que puedan ocasionar fugas.
- Proporcionar seguridad y comodidad
- Discutir con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio de tratamiento
- Discutir con el paciente, cuando sea posible, las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.
- Identificar, cuando sea posible, cualquier variable susceptible de ser modificada para que el paciente se sienta más cómodo quedándose en el sitio de tratamiento.
- Animar al paciente, cuando corresponda, a que se sienta comprometido a continuar con el tratamiento (contrato)

CONCLUSIÓN

Pensamos que el modelo teórico presentado con las taxonomías NANDA, NOC Y NIC es útil para la normalización de la práctica asistencial. La utilización de un lenguaje común: homogeneiza las acciones, facilita el hacer visible el trabajo enfermero realizado, garantiza la calidad comparativa, refuerza la identidad profesional y concede un mayor estatus.

Por otro lado, este modelo puede proporcionar las bases para la evidencia y la investigación en la estandarización del cuidado. Para ello se precisa validar su eficacia en la práctica asistencial, realizando estudios que evidencien su eficacia.

Para ello proponemos un estudio que confirme o rechace la hipótesis:

El modelo cuidados estandarizado con las taxonomías NOC y NIC para la etiqueta diagnóstica NANDA: trastorno de los procesos de pensamiento en personas ingresadas en unidades de hospitalización breve de psiquiatría, es aplicable en la práctica asistencial en al menos al 70%

Los objetivos a estudio:

1. Determinar el porcentaje de enfermos que presentan Necesidades alteradas, Criterios de resultados NOC e Intervenciones enfermería NIC, propuestos en el modelo
2. Medir la proporción en que aparecen: Criterios de resultados NOC, Indicadores de los NOC establecidos e Intervenciones NIC del modelo.
3. Calcular los índices de los indicadores de cada uno de los criterios de resultados NOC
4. Medir la asociación entre el diagnóstico NANDA los criterios de resultados NOC y las Intervenciones NIC

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. Hacia la Excelencia de los Cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico. 2007; Available at: <http://www.aentde.com/modules.php?name=Sections&op=viewarticle&artid=3>. Accessed 5/12, 2007.
- Barros Albarrán MD. Plan de cuidados estandarizado para pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de psiquiatría: utilización de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. *Doc Enferm* 2007;25:16-25.
- Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Editorial médica panamericana. 2007
- Fornés Vives J y Carballal Balsa M^a C. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial médica panamericana. 2001
- García Palacios, R.; Tejuca Marengo, M.; Tejuca Marengo, A.; Carmona Valiente, MC.; Salces Sáez, E.; Fuentes Cebada, L. Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2002 ; 18 : 69-72
- Gómez de Segura Navarro, C., Esain Larrambe A, Tina Majuelo P, Guembe Ibáñez I, Fernández Perea L, Narvaiza Solís MJ. Interrelación entre NANDA, NOC y NIC: estudio piloto, valoración de un documento de enfermería. *Rev ROL Enf* 2006;29(7-8):501-506.
- González Linares RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Rev Calid Asist* 1999;14:273-278.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2^a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4th ed. Madrid: Elsevier España S.A.; 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GDR. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones 2005
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3rd ed. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2005.
- Mora Martínez JR. Guía metodológica para la Gestión Clínica por Procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2003.

- NANDA Internacional. NANDA Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Harcourt Brace-Elsevier; 2005.
- Oud N, A. Proceeding of the tird European Conference of the Association of Commom European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. 2001st ed. Berlin: Ed. Verlag Hans Huber; 2001.
- Pérez García S, Bosque Ruíz E, Martín Trapero C, Mendoza Edroso A. El Proceso de las tres "C" en la gestión de cuidados en Estomaterapia. In: Sociedad Española de Estomaterapia., editor. IV Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Madrid: Sociedad Española de Estomaterapia; 2000. p. 53-61.
- Rigor Cuadra A. y Ugalde Apalategui, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier Masson 2001
- Román Cereto, M. ; Campos Rico, A. ; Viñas Heras, C. ; Palop, R. ; Zamudio Sánchez, A.; Domingo García, R.; et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enferm Clínica 2005; 15(3) : 163-166
- Tejedor Garcia,MªJ y Etxabe Marcell Mª P. ; Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Glosa; 2007

GRUPO DE VALORES: UN CAMBIO EN LA CONCEPCIÓN DE LO QUE REALMENTE IMPORTA

Gema Rodríguez Gutiérrez, María Valdor Arriarán, Isabel Portilla Calva, Catalina Pérez Palomares, María José Boo Puente, Rosana Revuelta Arroyo
Hospital de Sierrallana.Torrelavega. (Cantabria)

Concibo que la mayor parte de las miserias humanas han acontecido debido a falsas estimaciones que se han hecho sobre el valor de las cosas
Benjamin Franklin

INTRODUCCIÓN

Definimos “valor” como una cualidad que hace que las cosas, las acciones y los acontecimientos sean estimados en sentido positivo o negativo.

Los valores humanos son bienes universales que pertenecen a nuestra naturaleza y que, en cierto sentido, nos humanizan, porque mejoran nuestra condición de personas y nos perfeccionan.

En Salud Mental, las terapias deben estar inspiradas en un sistema de valores mínimos aceptables por todos y que emanan del conocimiento y la riqueza de la convivencia y la diversidad. La reflexión sobre los valores humanos puede ayudar a los pacientes con una patología mental a adaptarse al medio social en el que viven y a aceptarse en función de su propia valía.

La sociedad actual impone a los individuos que en ella conviven una escala de valores, de la que difícilmente pueden desprenderse. El dinero, el poder, la juventud, la posición social o el culto al cuerpo condicionan la forma en la que los individuos se relacionan entre sí y consigo mismos.

Los pacientes psiquiátricos son socialmente rechazados por no adecuarse a los cánones marcados por la sociedad. Ello provoca disminución de su autoestima, lo cual agrava aún más su aislamiento social. El personal que trabaja diariamente con ellos, se ve impotente para favorecer su reinserción social en una sociedad que margina a cuantos no se adaptan de algún modo a las exigencias imperantes. Son enfermos, aislados, diferentes e inadaptados.

Además de esto, la conducta de muchos de los pacientes psiquiátricos se rige por valores tales como me gusta/no me gusta, me apetece/no me apetece, me lo paso bien/no me lo paso bien. No existe en ellos una gradación en los valores que les pueda servir para determinar sus decisiones y orientar así su conducta.

La idea de la creación de un grupo de valores surge precisamente a partir de dichas reflexiones.

¿Por qué elementos positivos que estos pacientes poseen no son debidamente valorados, aunque no sean “productivos” para la sociedad en la que están insertos? ¿Qué puede hacer el equipo terapéutico para favorecer la toma de decisiones y mejorar su autoestima?

El personal de enfermería, en colaboración con todo el equipo, decidió poner en marcha un proyecto en el que se incidiese precisamente en aquellos valores “desvalorizados” como eran la esperanza en el futuro, la amistad, la constancia, el respeto al otro... y que pensamos podrían ayudar a nuestros pacientes a aumentar su grado de autoaceptación y su confianza, y a mejorar la adaptación a su medio social.

OBJETIVOS DEL GRUPO

Favorecer la reflexión sobre los diferentes valores en los pacientes ingresados en el hospital de día psiquiátrico del hospital Sierrallana (Cantabria).

Mejorar la autoestima de los pacientes al ayudarles a ver en sí mismos elementos positivos, valores... que la sociedad en la que viven no tiene en cuenta.

Animar a los pacientes a salir de sí mismos, de sus conflictos y de sus dificultades particulares para abrirse a ideas, conceptos y situaciones nuevas, ampliando horizontes.

Estimular la formación de una escala de valores particular para cada participante del grupo que le pueda servir para la toma de decisiones, la resolución de conflictos y para orientar su conducta futura.

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes que han participado en el grupo de valores.

DESARROLLO

El grupo de valores es un grupo abierto, en el que participan todos los pacientes que acuden al hospital de día psiquiátrico del hospital Sierrallana.

Las dinámicas están dirigidas por dos enfermeras y por una auxiliar, con una media de 10 pacientes en cada sesión.

Antes de poner en marcha las dinámicas, el grupo debe distinguir dos momentos del proceso;

1. El primer paso para vivir los valores es tomar conciencia de ellos. Vivir en valores es mucho más que cumplir una serie de normas. Es un estilo de vida. Las normas establecen pautas de comportamiento necesarias para entendernos pero no hablan de la amabilidad, del respeto al otro, de la cordialidad... Por eso, lo primero es ser conscientes de que los valores son vitales.
2. Cuando los pacientes son capaces de reconocer los diferentes valores y la importancia que estos tienen para sus vidas, es necesario reflexionar sobre cuáles son fundamentales para cada uno, cuáles les ayudan en su toma de decisiones y cuáles les hacen ser mejores. Este nivel implica un proceso de reflexión interna en el que se distinguirán los valores que ya se poseen y los que se deben buscar y estimular.

Hay valores que deben considerarse básicos y obligatoriamente tenidos en cuenta y estimulados por el terapeuta. Valores como el respeto, la propia dignidad, la igualdad o la tolerancia son imprescindibles para la reinserción social del paciente y el buen funcionamiento del grupo. Sin ellos, no es posible la esperanza de adaptación a la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

A estos valores, considerados mínimos y básicos, cada terapeuta podrá añadir aquellos que considere necesarios para dar respuesta a los problemas que la realidad de los pacientes presenta. O quizás dedicar más esfuerzos a aquellos que sean necesarios para hacer frente a problemas específicos que se hayan detectado y priorizado.

Una vez clarificado esto, el tiempo en el que se desarrolla el grupo se divide en cuatro partes.

En una primera parte, el terapeuta trata de explicar el valor que se va a compartir. Lo puede hacer de varias maneras:

A través de una dinámica que refleje de forma simbólica el valor. En ella participa todo el grupo.

Mediante la explicación detallada del valor.

Utilizando un cuento, una fábula, un artículo... que haga referencia al tema que se va a tratar.

Mediante el psicodrama.

En la segunda parte se utilizan preguntas o afirmaciones que los pacientes deben contestar, defender o rebatir sobre el valor elegido. El terapeuta debe fomentar la participación y enfrentarse al grupo a situaciones concretas que requieran un posicionamiento por parte de sus miembros.

En ocasiones, se extienden sobre la mesa fotografías o frases y los participantes deberán elegir tres o cuatro con las que se sientan identificados y que se relacionen con el valor elegido. Por ejemplo, si el tema a tratar es la autoestima, el participante puede elegir algunas fotografías que expresen aquellos valores de su vida que él considera que posee.

La tercera parte es conclusiva. Se ponen en común las emociones y sentimientos que han aflorado durante el desarrollo de la reunión. Los miembros tienen la posibilidad de compartir situaciones concretas en las que hayan vivido experiencias relacionadas con el valor elegido.

Finalmente, se elige un gesto simbólico, que implique contacto físico entre los miembros del grupo, para despedir la dinámica.

Se planifican sesiones semanales de hora y media a dos horas durante unos seis meses.

Las dinámicas se agrupan en cuatro bloques, que se irán poniendo en marcha sucesivamente:

1- Un primer grupo de sesiones, las primeras, están dedicadas a la presentación de los miembros que van a conformar el grupo. Se puede utilizar la fotopalabra (elección de fotografías que pueden servir de base para explicar a los demás los rasgos que definen a cada uno).

Otra forma es colocar una silla en medio del grupo en la cual se sienta el o los pacientes que lo deseen, mientras los demás componentes le harán preguntas para conocer cómo es esa persona, con qué adjetivos se definiría, cuáles son sus mayores defectos, etc.

2- En un segundo bloque, se debaten valores que pueden ser considerados abstractos.

Entre ellos se encuentran:

- La esperanza.
- El respeto a sí mismo y al otro.
- Cultivar el agradecimiento.
- El valor del perdón.
- La libertad: ¿Dónde termina mi propia libertad?
- La confianza; cuando dudamos de nosotros mismos.
- Qué es la felicidad...

Se estimula a los pacientes para que cuenten experiencias concretas de sus vidas en las que han vivido el valor que se está compartiendo, o por el contrario, momentos en los que han sentido que ese valor no ha estado presente.

3- A medida que el grupo va perdiendo el miedo a comunicarse, se pasa un tercer grupo de valores más concretos, que pueden exigir un mayor nivel de compromiso en el compartir.

Entre ellos están:

- El cuerpo.
- El tiempo, el futuro y qué voy a hacer con él.
- El trabajo.
- El aspecto personal.
- El dinero y cómo administrarlo...

4- Finalmente, en las últimas sesiones, y si en el grupo existe un conjunto de personas estables en el tiempo, se tratan temas referidos a los valores existentes en las relaciones que se han establecido entre los miembros del grupo, y entre estos y el terapeuta.

Se habla entonces de los distintos roles desempeñados por los diferentes miembros del grupo, del grado de confianza alcanzado o del efecto terapéutico que tiene el compartir para sanar algunas de las secuelas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Han participado en el grupo de valores treinta y nueve pacientes ingresados en el hospital de día psiquiátrico a lo largo del año 2008.

En una encuesta de satisfacción realizada a todos los pacientes al alta, el grupo de valores fue puntuado con una nota media de 8,71 sobre 10.

Desde el hospital de día psiquiátrico pensamos que la promoción de los valores humanos puede ayudar a los pacientes psiquiátricos a mejorar la valoración que de sí mismos hacen y a adaptarse al medio social al que deberán volver tras el alta de hospital de día.

La vida que no se examina no merece la pena vivirla
(Sócrates)

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester Marcheño, R, Llopis Blasco, J.A. “Valores y actitudes ante la educación”. Ed; Tirant lo Blanch. 2001
- Carreras, L y otros. “Cómo educar en valores. Materiales, textos, recursos, técnicas”. 14 edición. Ed; Narcea. Madrid. 2006.
- De la Fuente Arias, J. “Educación para la construcción personal”. Ed. Desclée De Brouwer. Colección Aprender a Ser. Bilbao, 1999.
- Gimeno-Bayón, Ana; “Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad” Ed: Desclée de Brouwer. S.A. Bilbao 1997
- Goleman, D; “Inteligencia emocional” Ed; Kairós. Barcelona 1996
- Gonzalez Lucini, F. “Temas transversales y educación en valores”(6ª ed) Ed; Grupo Anaya S.A
- Gonzalez Lucini, F. “Hablamos de igualdad” Ed; Edelvives. Madrid 2004.
- Tierno, Bernabé ; “Valores humanos”. Editorial: taller de editores. Madrid 1992.
- Tierno, Bernabé “Guía para educar en valores humanos”. Editorial: Taller de editores Madrid. 1996
- Usar -Pietro, Arturo. “Valores humanos; biografías y evocaciones”. Ed: EDIME Madrid 1964.
- Williams, Thomas; “Construyendo sobre roca firme”. Ediciones B, S.A

¿CUIDAMOS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA NOVELES?

Mar Lleixà Fortuño, Mercè Gisbert Cervera, Luis Marqués Molías, Núria Albacar Riobóo, Carme Ferré Grau

Departamento de Enfermería de la URV Campus Terres de l'Ebre.

Departamento de Pedagogía de la URV.

Departamento de Enfermería de la URV Campus Catalunya.

1- INTRODUCCIÓN

Por inserción laboral se entiende el paso de la universidad al mercado laboral, es decir, el espacio que hay entre la obtención del título que legitima como profesional y el desarrollo del rol de las actividades profesionales.¹

Los profesionales debutantes son personas que pasan por un momento muy importante de su vida, “la inserción laboral”, a la que se deben adaptar y que generalmente se acompaña de una carga añadida de estrés importante. El paso de la universidad a la empresa muchas veces es estresante por sí solo; el hecho de adaptarse a un entorno desconocido o insuficientemente conocido, trabajar en equipo, organización, demandas de los usuarios, inseguridades, falta de práctica, miedo a: no conseguir las expectativas y a errores... en fin, un conjunto de aspectos que todos por experiencia propia conocemos.

El inicio de toda actividad profesional desarrolla un alto nivel de estrés, en el caso específico de enfermería al ser una profesión ligada a la relación de ayuda y de contacto directo con los usuarios, familia y comunidad, y por rol destacado que desarrolla dentro del sistema nacional de salud, el grado de estrés todavía es mayor. Algunas de las causas fundamentales de este son: entorno laboral desconocido y la percepción de una inadecuada capacitación profesional para afrontar con seguridad la práctica clínica.^{2,3,4,5}

Desde el inicio de la actividad profesional se debe favorecer el autocuidado como premisa básica para poder ofrecer unos cuidados óptimos. Se debe aprender, como colectivo, a cuidarse y que los gestores de las instituciones sanitarias lo tengan en cuenta diseñando políticas sanitarias que faciliten la adaptación al mundo laboral.

En términos de transición parece que existe evidencia internacional que los tres primeros meses de ejercicio profesional son críticos y determinantes para adquirir unas habilidades correctas de gestión clínica.^{6,7}

Hay una serie de factores que pueden favorecer la inserción laboral de los profesionales de enfermería, algunos de éstos son: programas de orientación formal, programas de acogida, congruencia con asignación de trabajo y/o responsabilidades, programas de tutorización formal por parte de expertos... Estos programas ofrecidos por las instituciones sanitarias proporcionan, por un lado, soporte psicosocial (asesoramiento, aceptación...), modelado y soporte o instrucción clínica, para favorecer el aumento de la autoconfianza, la satisfacción con el trabajo realizado, estimulando el interés por la práctica clínica y la calidad de los cuidados ofrecidos.^{3,4,6,7,8,9,10,11}

De éstos destaca sobre todo la eficacia del soporte psicosocial en el acompañamiento a los profesionales noveles para incorporarse al mundo laboral.

2- DESARROLLO

2.1 Objetivo:

El objetivo general del trabajo presentado es analizar la vivencia de los profesionales de enfermería noveles durante la inserción laboral.

Los objetivos específicos son:

- Analizar las condiciones laborales de los profesionales de enfermería noveles.
- Analizar la evolución del grado de estrés percibido durante los tres primeros meses de inserción.
- Valorar el soporte institucional existente.

2.2 Metodología:

Estudio descriptivo y exploratorio basado en el estudio de campo, la metodología usada es cualitativa, se diseñan y efectúan entrevistas semiestructuradas de seguimiento al mes y a los tres meses de la inserción laboral.

La población objeto de estudio fueron 12 profesionales de enfermería noveles incorporados durante el verano 2007 en el hospital de Tortosa Verge de la Cinta, algunos de ellos formaron parte de un programa de tutorización presencial de los primeros días de ejercicio profesional existente en dicho hospital y desarrollado por el Institut Català de la Salut (ICS) desde el año 2006, el programa COMVAT©.¹²

2.3 Resultados:

El 75% ⁽⁹⁾ eran mujeres y el resto hombres, las edades van desde los 20 años hasta los 25, con una media de 22'16 años.

El 50% ⁽⁶⁾ de los entrevistados tenían unidad asignada y el resto tienen un contacto de polivalente, es decir trabajan en diferentes unidades, aunque durante el primer mes un 33'3% (4) manifiestan que siempre han estado en la misma unidad y tienen un turno establecido y si han ido a una unidad diferente han sido ocasional. Un 8'3% ⁽¹⁾ tiene un contacto de polivalente entre tres plantas y el 8'3% ⁽¹⁾ restante manifiesta que cada día está en un sitio y en un turno diferente. Sobre eso, estas dos personas manifiestan que se les cambia el turno bastante a menudo, hecho que dificulta la planificación y conciliación de su actividad profesional y personal.

Respecto al tipo de contacto: un 83'3% ⁽¹⁰⁾ tienen un contacto temporal de 3 meses de duración, un 8'3% ⁽¹⁾ de 2'5 meses y el 8'3% ⁽¹⁾ restante de 2 meses con posibilidad de ampliación.

Sobre el turno de trabajo asignado: un 8,3% ⁽¹⁾ trabaja turno fijo de mañana, un 41,7% ⁽⁵⁾ turno fijo de tardes, otro 8,3% ⁽¹⁾ tiene un turno rodado (mañanas, tardes y noches) y el 41,7% ⁽⁵⁾ trabaja en diferentes turnos.

Todas las personas entrevistadas consideran muy importante poder tener una persona de referencia (tutor institucional) en el momento de la incorporación al mundo laboral. Incluso, todos ellos manifiestan que debería de ser para todos, también remarcan que consideran que es imprescindible en el caso de desconocimiento de la unidad asignada (no haber realizado prácticas previas) y también para aquellos profesionales con contrato de polivalente, aspecto que dificulta la adaptación de forma importante.

El 42% de los nuevos profesionales (5) han estado incluidos en el programa piloto COMVAT© 2007; por tanto, dispusieron de un tutor institucional durante los primeros días de actividad profesional, y la valoración de todos ellos es muy positiva y consideran que el hecho de haber estado incluidos les ha ayudado mucho a adaptarse al mundo profesional, les ha proporcionado mucha seguridad. Cabe destacar que ninguno de ellos encuentra aspectos negativos al programa.

El 100% de los entrevistados no tutorizados comentan que han recibido el soporte, ayuda necesaria de manera informal de los compañeros de la unidad, todos ellos agradecen el soporte, la colaboración y la acogida recibida.

Se decidió evaluar el grado de estrés percibido al inicio de la experiencia profesional y a los tres meses, mediante una escala donde el 0 era la puntuación mínima y 5 la máxima, los

resultados obtenidos indican que durante los primeros días de ejercicio profesional dos de los profesionales noveles afirmaban tener un grado de estrés máximo: 5, mientras que la puntuación mínima obtenida fue de 2, con una media igual a 3'1. En la tabla 1 se especifica el grado de estrés percibido al inicio de la experiencia profesional y a los tres meses de forma individual, de esta manera podemos observar cómo ha evolucionado el nivel de estrés percibido en cada uno de los profesionales entrevistados:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inicio	3	3	2	4	4	4	4	5	3	4	5	4
3 meses	4'5	4	4	5	2	2	3	3	2	2	4	2

Tabla 1: Comparativa de la media de estrés percibido inicial y a los tres meses

Podemos observar que los cuatro primeros profesionales, que representan el 33,3% tienen una evolución ascendente del nivel de estrés, estos han pasado de una media inicial igual a 3 a una final de 4,4 y como posibles causas comentan:

- Una de ellas ha pasado a ser polivalente: inseguridad, cambio de contexto, falta de conocimientos.
- Otra ha cambiado la última semana de unidad.
- La llegada de septiembre ha supuesto reiniciar el ritmo de la actividad quirúrgica refrenada por el verano y una sobrecarga de trabajo “en verano fuimos más personal y tuvimos menos actividad”.
- Mayor conciencia de responsabilidad.

Tabla 2: Posibles causas de estrés ascendente.

El 66,7% restante⁽⁸⁾ han pasado de una media inicial de 4,1 a una final igual a 2,5, aunque su nivel de estrés ha disminuido continúan señalando como posibles causas:

- Cambios de servicio continuos: no hay tiempo para conocer ni a los pacientes ni a las unidades.
- Inseguridad, falta de conocimientos, de experiencia...
- Alto grado de responsabilidad.
- Volumen de usuarios para atender (urgencias).
- Atender nuevas situaciones.
- Pensar en posibles errores.

Tabla 3: Posibles causa de estrés.

El 100% de las personas entrevistadas tienen intención de continuar su formación, un 66'6%⁽⁸⁾ lo tenía previsto para el curso académico 2007-2008.

El 100% valora la experiencia de inserción al mundo laboral como positiva y como experiencias más positivas, señalan:

- La ayuda de los compañeros (trabajo en equipo) (8).
- La gratificación/relación por parte de los pacientes (4).
- Valoración como profesional: uno mismo y los demás (3).

Tabla 4: Experiencias positivas de la inserción profesional.

Como negativas:

- El tipo de contrato: polivalente (3).
- Poco tiempo para atender bien a los pacientes (2).
- Elevado estrés al principio (2).
- Falta de planificación a medio plazo (2).
- Afrontar situaciones difíciles donde no sabes como actuar: situación de urgencia (2).

Tabla 5: Experiencias negativas de la inserción profesional.

3 -CONCLUSIONES

Una vez analizado el contenido de las entrevistas efectuadas al mes y a los tres meses de trabajo profesional se extraen las conclusiones siguientes:

- El proceso de inserción laboral es vivido, en general, como una experiencia muy estresante, con inseguridades y miedos por parte de los profesionales de enfermería noveles.
- Es importante que estos profesionales noveles estén ubicados en unidades concretas durante los primeros meses para favorecer la adquisición de seguridad.
- El hecho de haber realizado prácticas en las unidades asignadas favorece en todos los casos la inserción laboral, se debe reforzar este aspecto durante los estudios de grado y tenerlo en cuenta en el momento de la contratación.
- El entorno profesional, al contratar, no discrimina al enfermero novel del experto, ni tampoco tiene en cuenta las competencias para las cuales está capacitado. Se debe abrir una reflexión en este campo, adecuando los lugares de trabajo por competencias.
- Además de definir y evaluar las competencias, es necesario redefinir los lugares de trabajo y el grado de responsabilidad según los niveles de experiencia.
- Se evidencia la necesidad de institucionalizar y generalizar, un programa de tutorización que facilite la inserción laboral y que ayude a que la experiencia sea vivida de una forma positiva, disminuyendo el grado de estrés y favoreciendo la seguridad de los cuidados.
- El programa piloto de tutorización existente COM_VAT© ha tenido muy buena aceptación por parte de los implicados y ha demostrado ayudar a aumentar el nivel de competencias y el grado de seguridad percibida de las nuevas personas tituladas.

Toda la información recogida pone en evidencia la elevada carga de estrés y las inseguridades que aparecen en la mayoría de los profesionales debutantes. Es necesario e importante que existan programas formales e institucionales de tutoría para favorecer la inserción laboral de los profesionales noveles y para cuidar a los profesionales noveles que en definitiva son el futuro de la profesión.

Entre todos podemos favorecer que los jóvenes enfermeros tengan una transición exitosa de la universidad en el mundo profesional, con la instauración y consolidación institucional de los programas de tutorización, y ayudar a aumentar la calidad de la atención a los usuarios que, en definitiva, son la razón de ser de la profesión de enfermería.

Se debe continuar investigando sobre cuestiones y problemas que afectan directamente a la profesión, intentando dar respuesta a las necesidades detectadas, contribuyendo y ayudando a la evolución de la profesión de enfermería.

4- BIBLIOGRAFÍA

- 1- Esteve Reig J. Demanda universitària i manca d'infermeres a Catalunya. [Monografia a Internet]. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; 2008. [Consultado: 13 abril de 2008] Disponible a: <<http://ca.codigi.cat/upload/noticia/noticia-doc-69-1-manca-infermeres.pdf>>
- 2- Ferrer Caro F. Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rev Rol de Enferm.* 2001; 24 (3): 177-180.
- 3- Smith LS, McAllister LE, Snype Carwford C. Mentoring benefits and issues for public health nurses. *Public Health Nurs.* 2001; 18(2): 101-7.
- 4- Mangone N, King J, Croft T, Church J. Group debriefing: an approach to psychosocial support for new graduate registered nurses and trainee enrolled nurses. *Contemp Nurse* 2005; 20: 248-57.
- 5- Fernández Collado, E. Valoración diferida del modelo de formación integral basado en competencias para Diplomados en Enfermería en la Universidad Europea de Madrid. Tesis Doctoral. Alicante: Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2005.
- 6- Annand F. The mentor commitment. *Insigh.*1997; 22 (2): 41-5.
- 7- Greenwood J. Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Educ Today.* 2000; 20 (1): 17-23.
- 8- Ebright PR, Urden L, Patterson E, Chalko B. Themes Surrounding novice nurse nearmiss and adverse-event situations. *J Nurs Adm.* 2004; 34(11):531-8.
- 9- McCloughen A, O'Brien, L. Development of a mentorship programme for new graduate nurses in mental health. *Int J Ment Health Nurs.* 2005; 14: 276-84.
- 10- Forman C. The orientation of nurses in New Work settings. Geneva: International Council of Nurses; 2006.
- 11- Donner G J, Wheeler MM. A guide to coaching and mentoring in nursing. Trends and issues in nursing ; 21.Geneva: ICN, International Council of Nurses, cop.; 2007.
- 12- Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Instrument d'avaluació COM_VAT©: Avaluació dels professionals per a la incorporació a la pràctica clínica: d'aprenent a principiant. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Document no publicat; 2007.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL CINE

Antonio Pablo Ramal Marquez, Maria Romeu Labayen

CSMA Horta - Guinardó 1. Barcelona

Nos encontramos ante la creciente demanda de atención de personas con trastorno límite de la personalidad en nuestra red de salud mental. Enfermería forma parte de los equipos multidisciplinares de la red comunitaria y nos vemos con la necesidad de dar respuesta a esta demanda. Para dar una asistencia de calidad tenemos que formarnos para poder atender a estos pacientes que tienen un trastorno con características muy diferenciadas de los Trastornos Mentales Severos.

El cine refleja y nos proporciona mucha información sobre la conducta humana. A través de las películas podemos observar, detectar, informarnos y aprender sobre conductas adaptativas en algunos casos y desadaptativas en otros pero que siempre son un reflejo de la realidad.

En este caso hemos querido utilizar el cine como herramienta para el aprendizaje sobre las personas con trastorno límite de la personalidad. Nuestra comunicación aprovecha los recursos del cine para tener conocimientos sobre este trastorno y así poder reflexionar y dirigir nuestras intervenciones. Aparece la sintomatología propia de la persona afectada por el trastorno límite de la personalidad, la dificultad de las familias para afrontar sus conductas disruptivas y la prevalencia de suicidio en este trastorno (así como las tentativas autolíticas y su reiteración). Para ello hemos escogido fragmentos de tres películas en las que aparecen los síntomas diana del trastorno que nos ayudara a comprender mejor las necesidades de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Gunderson, J.G., Gratz, K.L., Neuhaus EC., Smith, G.W., Niveles de asistencia en el tratamiento en Tratado de los trastornos de la personalidad., En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, eds. Barcelona, Elsevier Masson, 2007, pp 239-256.
- Stuart, G.W; Laraia, M.T. Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica (8ª ed) Elsevier Mosby 2006
- Osborne, L.L., McComish, J.F., "Working with Borderline Personality Disorder: Nursing interventions using Dialectical Behavioral Therapy". Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2006, 44 (6).
- NANDA International, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006 , 2005, Elsevier España.
- Paul T. Masson AND Raudi Kreger, 1998. Dejar de andar sobre cáscaras de huevo, Ed. Pléyade, 2004.
- McCloskey JC., Bulechek GM., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (Nursing Intervention Classification (NIC)), 3ª edición, Elsevier España.
- Johnson M., Maas M., Moorhead S., Clasificación de resultados de Enfermería (CRE) (Nursing Outcomes Classification (NOC)), 2003, 2ª edición, Elsevier España.
- Beatriz de Souza, "Care of the person with Borderline personality disorder in the community", December, 1997, New Zeland.
- Christine Ademec, D.J.Jaffre, 1996. How to live with a Mentally ill person, Jonh Willy and sons.

ESTUDIO DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL SEGÚN EL MODELO DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM

Juan Francisco Roldán Merino; Manoli Menarguez Alcaina; Teresa Lluch Canut; Anna Ramio Jofre; Alexandrina Foix Sanjuán; María Dolores Royo Arán.

Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios, Adscrita a la Universidad de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a ayudar al usuario a mantener sus necesidades básicas de la vida diaria, manutención de la higiene física y mental, y tratar las alteraciones de la salud en cualquier dimensión bio-psico-social.

Todas estas funciones abordan de forma integral el concepto de autocuidados que es el objetivo final del trabajo del Enfermero, conseguir que el usuario sea capaz de valerse por sí mismo.

No existe un cuestionario para evaluar los autocuidados y que se base en un Modelo de Enfermería que haya sido diseñado por enfermeras.

Dorothea Orem en su "Teoría General del Déficit de Autocuidado" define Autocuidado como "las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud". Según este modelo de cuidados, el objetivo de la Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Este modelo nos parece el más adecuado para trabajar con enfermos mentales.

Existen tres tipos de autocuidados definidos en la teoría de Orem:

1. Los derivados de las necesidades fundamentales del ser humano: oxigenación, alimentación, hidratación, actividad y reposo, etc.
2. Los derivados de las necesidades específicas que se derivan de determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez,...
3. Los derivados de las desviaciones del estado de salud: en caso de enfermedad que haga preciso realizar determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Pensamos que el diseño de un Cuestionario para evaluar los autocuidados basado en el Modelo de Dorothea Orem puede resultar muy útil para la práctica asistencial diaria.

OBJETIVOS

General:

Validar un instrumento de valoración de enfermería basado en los requisitos de autocuidado según el modelo de enfermería de Dorothea Orem.

Específicos:

1. Estudiar la fiabilidad del cuestionario del modelo de enfermería de Dorothea Orem, mediante el análisis de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach y la repetibilidad mediante la concordancia interobservador.

2. Estudiar la validez del Cuestionario basado en el modelo de enfermería de Dorothea Orem, mediante la evaluación de la validez de constructo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal de fiabilidad y validez.

Lugar de Estudio: El estudio se ha realizado en los centros de salud mental (CSM) de Gavà, Cornellà, Esplugues, Castelldefels, Ciutat Vella, Garraf, Cerdanyola, el Prat y Badalona que atienden en total a una población adulta de 1.390.152 habitantes.

Población objetivo: Todos los Sujetos de ambos sexos, con diagnóstico de esquizofrenia en contacto con el CSM.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia según clasificación DMS-IV
- Edad entre 18 y 64 años.
- Como mínimo un contacto con el CSM en el último año.

Criterios de exclusión:

- Presencia de crisis de la enfermedad en el momento de la valoración.
- Usuarios que presenten comorbilidad con retraso mental de cualquier tipo, cuadros orgánicos tipo demencias y / o abuso de alcohol u otras drogas.

Población de estudio:

Ha sido una muestra de la población objetivo a partir de un muestreo consecutivo que abarco diferentes estadios de gravedad, según escala de funcionamiento global (GAF).

Cálculo del tamaño muestral:

El cálculo del tamaño de la muestra se ha basado en el objetivo del análisis de la fiabilidad. Para un coeficiente alfa esperado de 0,7, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% la muestra necesaria estimada ha sido de 325 pacientes.

METODOLOGÍA DE LA RECOGIDA DE DATOS

En una primera fase se revisó y adaptó el cuestionario al modelo conceptual de Dorothea Orem, mediante el consenso del equipo investigador y de un grupo de profesionales expertos. Posteriormente con la última versión del cuestionario se realizó una prueba piloto a un grupo pequeño de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con el objetivo de valorar el nivel de comprensión del cuestionario y la factibilidad de su administración.

En una segunda fase se realizó propiamente el estudio transversal de fiabilidad y validez. Para este estudio se reclutaron de forma consecutiva a todos los pacientes que acudían a los centros de salud mental durante los años 2007 y 2008, que cumplieran con los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño total de la muestra. A los usuarios seleccionados se les informó del estudio y se les solicitó el consentimiento para administrarles el cuestionario de valoración de los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem y el cuestionario Life Skills Profile (LSP). Estos cuestionarios se pasaron en la misma visita y cada uno de ellos por un observador diferente. Se les citó a otra nueva visita a los 15 días para volver a administrarles el cuestionario de valoración de los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem, por un observador diferente al primero.

Fuentes de información:

1. El Instrumento de Valoración de Autocuidado mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma mediante el abordaje de los requisitos propuestos en la teoría de Orem. Es una escala tipo likert compuesta por 35 preguntas o ítems, valorados de 1 a 5 cada ítem. La puntuación total del Instrumento de Valoración de los Requisitos de Autocuidado es la suma de todas las puntuaciones de los ítems.

Una puntuación alta en cada requisito o para el total del Instrumento de Valoración de los Requisitos de Autocuidado indicaría un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del paciente, lo que justificaría la necesidad de una intervención de enfermería específica.

Por el contrario, una puntuación baja indicaría un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

2. La escala LSP (Life Skills Profile) Adaptada al castellano : mide el perfil de habilidades de la vida cotidiana mediante 5 subescalas: 1 Autocuidado (conductas de autocuidado propiamente dichas). 2 Comportamiento social interpersonal (conductas conflictivas o no en el ámbito interpersonal). 3 Comunicación - contacto social (nivel de participación y relación social del sujeto con su entorno). 4 Comportamiento social no personal (conductas personales realizadas sin existir relación con otras personas). 5 Autonomía (conductas que implican un cierto nivel de autonomía). La escala LSP está compuesta por 39 preguntas o ítems, valorados de 1 a 4 cada ítem. La puntuación total del LSP es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indica un nivel de funcionamiento alto o una baja incapacidad.

Análisis estadístico:

Se ha realizado un análisis de la consistencia interna de las diferentes escalas del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Sus valores están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna.

Se ha realizado también un análisis de la repetibilidad mediante la concordancia interobservador, mediante el coeficiente de correlación intraclase, donde sus valores también están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que el valor ha de ser superior o igual a 0,7 para considerar una buena concordancia.

Se ha analizado la validez de constructo mediante diferentes métodos:

1. Análisis de la validez discriminante mediante la comparación de medias de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50).

Para este análisis se ha utilizado la prueba de la t de Student.

2. Análisis de la validez convergente mediante el análisis de correlación de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem y la escala LSP adaptada al castellano.

Para este análisis se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se realizó una prueba piloto para valorar la factibilidad y/o viabilidad del cuestionario. Para ello cada enfermera entrevistadora (2 enfermeras) ha realizado 10 entrevistas, evaluando el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario (entre 20 a 30 minutos), la claridad y comprensión de las preguntas así como la facilidad de la puntuación.

Para el estudio de fiabilidad y validez se han incluido 341 pacientes, a los que se les ha realizado la primera entrevista con el cuestionario de Orem y la entrevista con el cuestionario LSP. De éstos sólo a 328 pacientes se les ha realizado las dos entrevistas con el cuestionario de Orem.

El coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach para el total de la escala ha sido de 0,87, superior a 0,70, que es el valor mínimo que se considera que ha de tener un instrumento para tener buena consistencia interna. También se han calculado los diferentes valores del alfa de Cronbach excluyendo cada ítem o pregunta del cuestionario. No se ha observado que la exclusión de ninguna pregunta mejore la consistencia interna del cuestionario de forma relevante.

Se ha calculado el coeficiente de correlación intraclase (CCI) de la escala total y para cada uno de los requisitos de autocuidado según modelo de Orem. El CCI total ha sido de 0,90 y para todos los requisitos de autocuidado también han sido superiores a 0,70. Para este análisis se han incluido los 328 pacientes que tenían las dos entrevistas realizadas.

El análisis de la validez discriminante se ha obtenido mediante la comparación de medias de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50). En este análisis se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$) en el sentido de que la media de puntuación del cuestionario de Orem es superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 (diferencia de medias igual a 9,73; IC del 95% (4,67 - 14,79).

Se ha realizado el análisis de la validez convergente mediante el análisis de correlación de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem y la escala LSP adaptada al castellano.

La correlación obtenida según el coeficiente de Pearson entre las puntuaciones totales de las dos escalas ha sido de -0,520 ($p<0,01$).

CONCLUSIONES

El instrumento de valoración de Autocuidados según Orem es un instrumento válido y fiable para evaluar los autocuidados de los pacientes con esquizofrenia.

El análisis de consistencia interna ha demostrado una alta homogeneidad entre todos los ítems del cuestionario y el test-retest ha demostrado una elevada concordancia.

Este cuestionario ha mostrado también evidencias de validez discriminante y una buena correlación con la escala LSP.

AGRADECIMIENTOS

- Financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación en Red de Salud Mental, “CIBERSAM”.

- Financiado por el Instituto de Salud Carlos III, FIS PI051587.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Burges V, Fernandez A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Spanish adaptation and validation of the brief form of the Life Skills Profile-20: an instrument to assess daily living skills in real clinical settings. *Actas Esp.Psiquiatr.* 2007 Mar-Apr;35(2):79-88.
- (2) Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *J.Community Health Nurs.* 2005 Fall;22(3):169-178.

- (3) Clark CC. Wellness self-care by healthy older adults. *Image.J.Nurs.Sch.* 1998;30 (4):351-355.
- (4) Denyes MJ, Orem DE, Bekel G, SozWiss. Self-care: a foundational science. *Nurs.Sci.Q.* 2001 Jan;14(1):48-54.
- (5) Duran Escribano M. Nursing diagnoses. An instrument for administering care. *Rev.Enferm.* 1993 Oct;16(182):32-39.
- (6) Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int.J.Nurs.Stud.* 1993 Aug;30 (4):331-342.
- (7) Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int.J.Nurs.Stud.* 1993 Aug;30 (4):331-342.
- (8) Feelisch M, Fernandez BO, Bryan NS, Garcia-Saura MF, Bauer S, Whitlock DR, et al. Tissue processing of nitrite in hypoxia: An intricate interplay of nitric oxide-generating and -scavenging systems. *J.Biol.Chem.* 2008 Oct 3.
- (9) Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nurs.Res.* 1991 Jan-Feb;40 (1):47-50.
- (10) Halfens RJ, van Alphen A, Hasman A, Philipsen H. The effect of item observability, clarity and wording on patient/nurse ratings when using the ASA scale. *Scand.J.Caring Sci.* 1999;13 (3):159-164.
- (11) Holzemer WL. Linking primary health care and self-care through case management. *Int.Nurs.Rev.* 1992 May-Jun;39 (3):83-89.
- (12) Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000 Sep-Oct;29 (5):319-330.
- (13) Lorensen M, Holter IM, Evers GC, Isenberg MA, van Achterberg T. Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in Norway. *Int.J.Nurs.Stud.* 1993 Feb;30 (1):15-23.
- (14) Lupiani Giménez M, Marín JM, Gala FJ. Presentación de un instrumento de recogida de datos y de su método de análisis, para valorar las necesidades de cuidado según D. Orem. 1994;142-143:75-79.
- (15) McCaleb A, Edgil A. Self-concept and self-care practices of healthy adolescents. *J.Pediatr.Nurs.* 1994 Aug;9 (4):233-238.
- (16) Moore JB, Pichler VH. Measurement of Orem's basic conditioning factors: a review of published research. *Nurs.Sci.Q.* 2000 Apr;13 (2):137-142.
- (17) Muñoz Mendoza C, Cabrero García J, Richart Martínez M, Orts Cortés M, Cabañero Martínez M. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica* 2005;15 (2):76-87.
- (18) Muñoz París M, Pérez Galdeano A, Pérez Ruiz I. Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. *Enfermería Clínica* 2002;12 (3):127-132.
- (19) Smolen DM, Topp R. Self-care agency and quality of life among adults diagnosed with inflammatory bowel disease. *Qual.Life Res.* 2001;10 (4):379-387.
- (20) Soderhamn O, Evers G, Hamrin E. A Swedish version of the appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale. *Scand.J.Caring Sci.* 1996;10 (1):3-9.
- (21) Taylor SG, Geden E, Isaramalai S, Wongvatuny S. Orem's self-care deficit nursing theory: its philosophical foundation and the state of the science. *Nurs.Sci.Q.* 2000 Apr;13 (2):104-110.
- (22) Taylor SG, Geden E, Isaramalai S, Wongvatuny S. Orem's self-care deficit nursing theory: its philosophical foundation and the state of the science. *Nurs.Sci.Q.* 2000 Apr;13 (2):104-110.
- (23) Taylor SG, Pickens JM, Geden EA. Interactional styles of nurse practitioners and physicians regarding patient decision making. *Nurs.Res.* 1989 Jan-Feb;38 (1):50-55.
- (24) Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nurs.Sci.Q.* 2001 Jan;14 (1):39-47.
- (25) Van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; comparing reliability aspects. *Scand.J.Caring Sci.* 1991;5 (2):101-108.
- (26) Walsh M, Judd M. Long term immobility and self care: the Orem nursing approach. *Nurs.Stand.* 1989 Jul 8;3 (41):34-36.
- (27) Ward-Griffin C, Bramwell L. The congruence of elderly client and nurse perceptions of the clients' self-care agency. *J.Adv.Nurs.* 1990 Sep;15 (9):1070-1077.
- (28) West P, Isenberg M. Instrument development: the Mental Health-Related Self-Care Agency Scale. *Arch.Psychiatr.Nurs.* 1997 Jun;11 (3):126-132.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Joaquín Tomas Sábado

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la única causa de muerte prematura que los avances científicos no han conseguido hacer descender. Más bien al contrario, las tasas más altas de conducta suicida se encuentran en los países más industrializados y aquellos donde se han alcanzado las cotas más altas de bienestar y cobertura social.

Casi diez personas se suicidan cada día en España y otras muchas lo intentan sin llegar a conseguirlo. Según el Instituto Nacional de Estadística, durante el año 2006, un total de 3234 personas, 2504 hombres y 730 mujeres se suicidaron en nuestro país. Naturalmente, aquí se contemplan únicamente los casos oficialmente comprobados, aunque todo hace suponer que estas cifras están infravaloradas y son muchas más las personas que ponen fin a su vida voluntariamente, sin que esta circunstancia, por una u otra causa, quede reflejada en el informe sobre la muerte. Tal vez por el tradicional rechazo a este tipo de conducta y las connotaciones especiales que supone para las familias, existe la tendencia a calificar como accidentales aquellas muertes que suceden en situaciones dudosas, sin profundizar en el análisis de los detalles [1].

Los estudios realizados han puesto en evidencia la elevada incidencia de conducta suicida en los profesionales de salud. La escasez de personal, el exceso de trabajo, las largas listas de espera y el estrés provocado por el trabajo con enfermos próximos a la muerte, así como la relativa facilidad para acceder a determinadas drogas, son considerados los principales causantes del elevado grado de suicidio de estos profesionales. Sea cual sea la causa, lo cierto es que, según los datos estadísticos aportados por estudios en diferentes países, las enfermeras están cuatro veces más expuestas al suicidio que las mujeres que trabajan fuera del ámbito de la salud, mientras que la probabilidad de suicidio entre los médicos es dos veces superior al de otros profesionales [2].

Centrándonos en los profesionales de enfermería las investigaciones realizadas en diferentes países concluyen que existe un riesgo elevado de suicidio en la profesión enfermera, especialmente en mujeres, aunque existe poca información sobre las causas específicas [3, 4]. Así, en el estudio realizado en Dinamarca por Agerbo et al. [5], se concluye que médicos y enfermeras son los profesionales que presentan la tasa más alta de suicidio. También Hem et al. [6], en un trabajo similar realizado en Noruega con personas que se habían suicidado entre 1960-2000, encuentran que los profesionales de la salud son los más afectados por el suicidio. Asimismo, en la investigación de Peipins et al. [7], que analiza las causas de muerte de 50.000 enfermeras norteamericanas, el suicidio aparece como una de las causas más importantes de muerte. Resultados similares, poniendo todos ellos de relieve la elevada incidencia de suicidio entre las enfermeras, han sido obtenidos por Gunnarsdóttir y Rafnsson [8] en Islandia, King et al. [9] en Canadá, Stefansson y Wicks [10] en Suecia, Heim [11] en Suiza y Katz [12] en Estados Unidos.

La consideración del suicidio como causa de muerte prematura en enfermeras queda también claramente reflejada en el Nurses' Health Study II, tal vez el más importante estudio prospectivo realizado en Estados Unidos con una cohorte de 102.400 enfermeras de 22 a 44 años. Durante un período de seguimiento de 12 años (1989-2001), en el que murieron 710 participantes, 61 de las muertes (8,6%) fueron como consecuencia de suicidio, constituyendo la causa más común de las muertes debidas a causas externas, superando los 55 fallecimientos provocados por enfermedades cardiovasculares [13].

El objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento de los factores asociados al suicidio y al riesgo suicida en enfermería, mediante el estudio de las relaciones entre ansiedad, depresión y riesgo suicida en una muestra de profesionales del ámbito hospitalario.

MÉTODO

Estudio observacional, transversal, correlacional. Participaron 117 profesionales de enfermería que trabajaban en un hospital del área metropolitana de Barcelona. Los sujetos, 96 mujeres y 21 hombres, tenían una edad media de 33.38 (DT = 9, 37) con un rango de 20 a 59 años.

Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de datos sobre sexo y edad, los siguientes instrumentos:

- Escala de Riesgo Suicida (RS) de Plutchik [14] en su versión española [15]. La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí/no) que incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 0 y 15. Los autores de la versión española proponen un punto de corte de 6 puntos, de manera que una puntuación igual o superior a 6 indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor sea la puntuación mayor es el riesgo.
- Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Kuwait University Anxiety Scale = KUAS) [16], en su adaptación española [17]. La KUAS contiene 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, de 1: Raramente, hasta 4: Siempre, con un rango de posibles puntuaciones totales entre 20 y 80, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad. En su forma española, la KUAS presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, una fiabilidad test-retest a cuatro semanas de 0,88 y una correlación con el STAI-T de 0,73.
- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale = SDS) [18] en su versión española [19]. La SDS es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Los ítems puntúan en sentido positivo, de uno para “raramente o nunca” a cuatro para “casi todo el tiempo o siempre” en los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19; y en sentido negativo, de cuatro para “raramente o nunca” a uno para “casi todo el tiempo o siempre” en los ítems 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20.

Todos los sujetos respondieron al cuestionario de forma individual, siendo previamente advertidos que la participación era voluntaria y garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos. Los resultados fueron tabulados y analizados estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, calculándose índices descriptivos, prueba t de Student y coeficientes de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se obtuvieron puntuaciones medias de 2, 84 para la RS, 35,67 para la KUAS y 40,55 para la SDS. Las correlaciones entre la medida de riesgo suicida y el resto de las escalas fueron altas, positivas y significativas ($p < 0,001$), de 0,709 entre la RS y la KUAS y de 0,624 entre la RS y la SDS.

Se calculó también la correlación entre la edad y las puntuaciones de RS, resultando un coeficiente de correlación de Pearson de $r = 0,251$ ($p < 0,01$).

Un total de 19 sujetos (16,2%) obtuvieron puntuaciones en la escala RS iguales o superiores a seis, indicativo de riesgo suicida. Estos profesionales con riesgo suicida presentan también puntuaciones significativamente elevadas ($p < 0,001$) en las escalas de ansiedad y depresión, en comparación con los sujetos sin riesgo suicida

CONCLUSIONES

En general, los datos confirman la hipótesis de que los profesionales con riesgo suicida presentan un elevado grado de ansiedad y depresión, configurando un perfil de predisposición al desajuste psicológico capaz de conducir a la ideación suicida y confirmando las conclusiones de otros estudios, en el sentido de que el trastorno mental es el principal predictor de la conducta suicida [20-22].

Aunque son evidentes las dificultades metodológicas y prácticas que presenta la prevención del suicidio, en el caso de enfermería son bien conocidas las condiciones de trabajo y presiones a las que están sometidos estos profesionales. Las enfermeras trabajan en un ambiente caracterizado por un elevado grado de tensión y en constante contacto con el sufrimiento, la invalidez y la muerte ajena, largos turnos de trabajo en condiciones difíciles y, en ocasiones, con resultados desalentadores [2].

Los esfuerzos deben dirigirse a la búsqueda de soluciones. Aspectos como la gestión eficaz de los recursos humanos, paliar la escasez de personal, mejorar el clima laboral e introducir protocolos de acogida, pueden constituir un buen punto de partida. También debería considerarse seriamente el facilitar la elaboración de estrategias de afrontamiento eficaces ante las situaciones de sufrimiento y muerte, así como ante los sentimientos personales de fracaso y frustración y ante la gestión de situaciones conflictivas con los que frecuentemente ha de enfrentarse la enfermera y que, en ocasiones, pueden desencadenar verdaderos conflictos emocionales. Probablemente la formación en dichas estrategias y habilidades debería iniciarse ya en el periodo de formación de los futuros profesionales, pues los estudiantes han de enfrentarse ya desde sus primeras prácticas hospitalarias a situaciones ante las que con frecuencia se sienten desbordados emocionalmente.

En este sentido, las intervenciones dirigidas a facilitar la elaboración de estrategias de afrontamiento, en profesionales y estudiantes de enfermería, deberían considerar de forma prioritaria los aspectos personales y emocionales, con una especial atención a la propia salud mental del individuo.

REFERENCIAS

- [1] Tomás-Sábado J. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Metas de Enfermería*. En prensa.
- [2] News BBC. Suicide risk' for doctors and nurses. [cited 2007 December]; Available from: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/944503.stm>
- [3] Hawton K, Simkin S, Rue J, Haw C, Barbour F, Clements A, et al. Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychol Med*. 2002;32:239-50.
- [4] Hawton K, Vislisel L. Suicide in nurses. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29:86-95.
- [5] Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Bo Mortensen P, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37:1131-40.
- [6] Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med*. 2005;35:873-80.
- [7] Peipins LA, Burnett C, Alterman T, Lulich N. Mortality patterns among female nurses: a 27-state study, 1984 through 1990. *Am J Public Health*. 1997;87:1539-43.
- [8] Gunnarsdóttir H, Rafnsson V. Mortality among Icelandic nurses. *Scand J Work Environ Health*. 1995;21:24-9.

- [9] King AS, Threlfall WJ, Band PR, Gallagher RP. Mortality among female registered nurses and school teachers in British Columbia. *Am J Ind Med.* 1994;26:125-32.
- [10] Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1991;26:259-64.
- [11] Heim E. Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom.* 1991;55:90-9.
- [12] Katz RM. Causes of death among registered nurses. *J Occup Med.* 1983;25:760-2.
- [13] Van Dam RM, Willett WC, Manson JE, Hu FB. The relationship between overweight in adolescence and premature death in women. *Ann Intern Med.* 2006;145:91-7.
- [14] Plutchik R, Van Praag H, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry.* 1989;30:296-302.
- [15] Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr).* 1998;61:143-52.
- [16] Abdel-Khalek AM. The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychol Rep.* 2000;87:478-92.
- [17] Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric parameters of the Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (S-KUAS). *Eur J Psychol Assess.* 2004;20:349-57.
- [18] Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1965(12):63-70.
- [19] Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn 1984.
- [20] Ruiz-Pérez I, Olry A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit.* 2006;20:25-31.
- [21] Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1249-57.
- [22] Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, et al. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res.* 2007;41:255-64.

ESTUDIO DEL TUTOR DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Joaquín Canovas Conesa; M^a. Rosa González López; Concha Rivera Rocamora.
Departamento de Enfermería. Campus de Espinardo. Espinardo. Murcia

INTRODUCCIÓN

Para definir al tutor, la propuesta que se realizó en el R.D. 183/2008, es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado. Basándonos que seguimos defendiendo que el tutor es el profesional en servicio activo que, estando acreditado como tal, tiene la misión de planificar y elaborar activamente el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del alumno a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo.

La actual figura del tutor de prácticas en Enfermería está envuelta en una inmensa y dura polémica, que arrastramos desde hace años, todavía sin resolver. En el proceso de formación de pre-grado, intervienen diferentes profesionales, cuyo objetivo final, es conseguir que el egresado aprenda a utilizar todos los recursos, para el logro de un desarrollo profesional enfermero de máxima calidad. El docente, perteneciendo a la escuela, con mas carga y formación teórica imparte los conocimientos teóricos, mientras el profesional asistencial, que depende de la institución clínica, enseña y fomenta que el alumno pueda desarrollar los conocimientos y habilidades practicas en el contexto real.

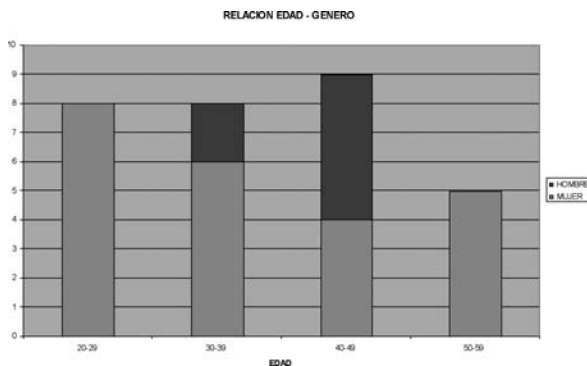
Esta relación de equilibrio entre la teoría y la práctica es el éxito del proceso de enseñanza-aprendizaje en el currículo de enfermería.

Pero no resulta tan fácil llevar a la práctica, y cada uno de los recursos asistenciales que nos ofertan. Los convenios son instrumentos fríos e impersonales que no recogen el sentir ni humano, ni profesional de esta figura, el Tutor, que consideramos imprescindible para la formación de nuestros alumnos.

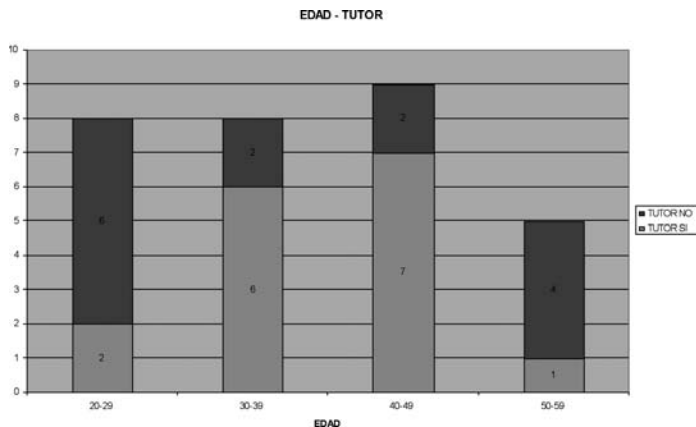
DESARROLLO

Nuestro objetivo es conocer el perfil del Tutor Docente que actualmente trabaja con nuestros alumnos, en los recursos de la Red de salud mental de la Región de Murcia. Para detectar, además de su formación, su motivación, los recursos que tiene o precisa para su permanente formación, y quién piensa él que debe ofertarle dicha preparación.

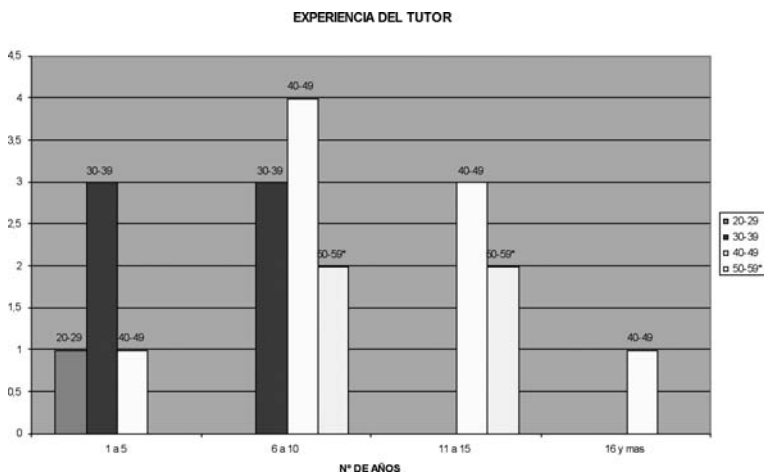
Estudio descriptivo. Muestra constituida por 30 personas enfermeras/os que trabajan actualmente en las unidades de hospitalización de corta estancia (23 mujeres y 7 hombres), con una media de edad de 37,5 años. Instrumento: cuestionario ad hoc.



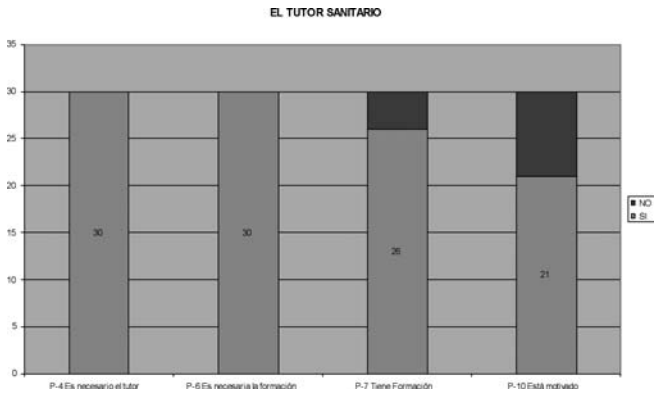
La Edad, hemos establecido 4 horquillas: entre 20-29 la frecuencia es de 8 enfermeras, entre 30-39 la frecuencia es de 8 enfermeras sube a 9 en la de 40-49 y desciende bruscamente en la de 50-59 a 5. Si lo relacionamos con el género nos encontramos que 2 hombres están en la horquilla de 30-39 y los 5 restantes en la de 40-49.



A la pregunta de si es tutor sanitario en la actualidad, hay 16 que sí son tutores y 14 que no son tutores, si los relacionamos con la edad, tenemos que en la horquilla de 20-29 hay 2 que sí y 6 que no, en la horquilla de 30-39 hay 6 que sí son tutores y 2 que no, en la horquilla de 40-49 hay 7 que sí y 2 que no son tutores, y en la horquilla de 50-59 hay 1 que sí es tutor y 4 que no son en la actualidad pero que han sido con anterioridad.



A la pregunta de los años de experiencia que tiene como tutor nos encontramos que la horquilla de 30-39 y la de 40-49 son los que mas años de experiencia tienen, ya que los de 50-59 también tienen experiencia pero han dejado de ser tutores, cosa que después veremos.



A la pregunta 4 ¿Cree necesaria la figura del tutor sanitario?, la respuesta ha sido unánime, todos ha contestado que sí.

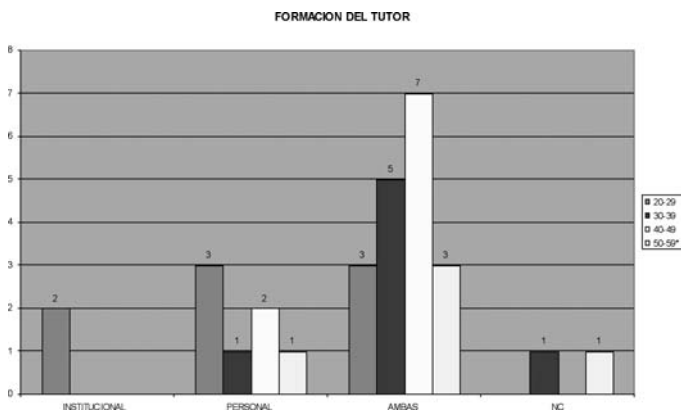
A la pregunta 6 ¿Cree necesaria la formación continua para llevar a cabo la función tutorial? Todos han contestado que sí.

A la pregunta 7 ¿Tiene formación para llevar a cabo la función tutorial? 26 han contestado que sí y 4 que no.

A la pregunta 10 ¿Está usted motivado para ser tutor sanitario? 21 han contestado que sí y 9 que no. Si lo relacionamos con la edad tenemos que la horquilla de 50-59 tiene 5 respuestas negativas y las otras 4 se las reparten las horquillas de 40-49 y la de 30-39.

A la pregunta 5 ¿Para qué cree que es válida o necesaria la figura del tutor sanitario? Las respuestas han sido las siguientes:

- Ser punto de referencia para el alumno
- Favorecer y transmitir experiencia
- Fomenta las tareas de formación especializada e investigación
- Seguimiento y puesta en práctica de los conocimientos teóricos.
- Referencia entre la teoría de la Escuela y la práctica real del Hospital.
- Mantener la continuidad de la formación.
- Ayudar a los alumnos a mejorar su formación.(3)
- Guiar al alumno.
- Para la correcta formación e integración del futuro profesional.(2)
- Para el seguimiento adecuado de la evolución de las practicas del alumno.(4)



A la pregunta ¿Cómo ha adquirido la formación para ser tutor?, la respuesta mayoritaria ha sido que han adquirido la formación de manera institucionalmente mediante formación continuada y personalmente mediante asistencia a congresos, jornadas, seminarios y cursos fuera del sistema sanitario.

A la pregunta 9 ¿Cómo incentiva su centro de trabajo la función tutorial?, las respuestas han sido:

- No sabe.(4)
- De ninguna manera.(23)
- Con algún curso de formación continuada.(1)
- No contestan.(2)

A la pregunta 11 ¿Cómo cree usted que se debería impulsar la Función Tutorial e incentivar la figura del Tutor Sanitario en las Ciencias de la Salud?, las respuestas han sido:

- Remuneración económica y reconocimiento profesional.(16)
- No sabe
- En días libres.(4)
- Ofreciendo cursos de formación continuada, para formar mejor al alumno.(2)
- Invitación a Congresos y Jornadas
- Acreditación oficial.(2)
- Reconocimiento en la carrera profesional(2)

CONCLUSIONES

- 1.- El 80% de los tutores demandan por su labor realizada con los alumnos remuneración económica y reconocimiento profesional. Que se le libere de carga de trabajo para poder ejercer mejor la función tutorial.
- 2.- Todos los encuestados consideran imprescindible y necesaria la función del tutor para el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- 3.- Nos preocupaba la formación del tutor, el 60% están bien formados porque han utilizado tanto la vía que le ofrece la institución, como su compromiso personal de formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Libro Blanco de la Enfermería Española.Madrid:Consejo General de Enfermería de España. 1999
- 2.- Quintanilla Martínez M. Practicas Clínicas En : Historia de un cambio : un currículo integrado con el aprendizaje basado en problemas. Barcelona : Escuela Universitaria de Enfermería Vall d'Hebron, 2006 p.135

CUESTIONARIO PARA EL ANALISIS DE FUNCIONES DEL TUTOR SANITARIO DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

- a. Genero: Hombre Mujer
- b. Edad:
- c. Centro de Trabajo : Unidad de Hospitalización CSM
- d. Puesto de trabajo:

2. Actualmente ¿es tutor sanitario?

- a. Si
- b. No

3. ¿Cuántos años tiene de experiencia como tutor?

- a. N° de años:

4. ¿Cree necesaria la figura del tutor sanitario?

- a. Si
- b. No

5. ¿Para qué cree que es válida o necesaria la figura del tutor sanitario?

6. ¿Cree que es necesaria la formación continua para llevar a cabo la función tutorial?

- a. Si
- b. No

7. ¿Tiene formación para llevar a cabo la función tutorial?

- a. Si
- b. No

8. ¿Cómo ha adquirido la formación para ser tutor?

- a. Institucionalmente (formación continua)
- b. Personalmente (asistencia a congresos, jornadas, seminarios, cursos fuera del sistema sanitario, autodidacta..)
- c. Ambas
- d. Otras (Especifíquelas)

9. ¿Cómo incentiva su centro de trabajo la Función Tutorial?

10. ¿Está usted motivado para ser tutor sanitario?

- a. Si
- b. No

11. ¿Cómo cree usted que se debería impulsar la Función Tutorial e incentivar la figura del Tutor Sanitario en las Ciencias de la Salud?

ESTUDIO DEL ESTIGMA DE LA ESQUIZOFRENIA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Laura González González; Elisabet Prat Reixach; Montse Morales Prades; María Carmen Artero Morales; Albert Alonso Ortega; Juan Francisco Roldán Merino
Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Se ha comentado y escrito mucho acerca de la enfermedad de la esquizofrenia pero la verdad, es que es la gran desconocida de la salud mental.

Una de las mejores maneras de minimizar la estigmatización y reducir la discriminación que acompaña a la esquizofrenia consiste; en aclarar los conceptos erróneos sobre la enfermedad.

La esquizofrenia¹ es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. La estigmatización es uno de los principales problemas para conseguir el éxito del tratamiento, controlar la enfermedad o poder alcanzar la reintegración de las personas que padecen esta enfermedad en nuestra sociedad.

La palabra estigma² proviene del griego y significa “atravesar, hacer un agujero” aplicada a alguien para distinguir su condición social inferior o criminal, por ejemplo, un esclavo o un traidor. Es un fenómeno que se produce cuando una persona posee de forma real, o a los ojos de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto. En estos momentos, esta palabra es empleada básicamente para mostrar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas así etiquetadas. El principal combustible del estigma es la desinformación, su mayor daño la desventaja social que es sin duda el mayor precio que se paga por la estigmatización de la esquizofrenia.

Es en el campo de la psiquiatría que el concepto de estigma sigue siendo importante para describir la persistencia casi universal de conceptos, actitudes y discriminación social imputados a las personas que sufren de trastornos mentales. La falta de comprensión de las enfermedades mentales y a la publicidad sensacionalista frente los episodios de violencia protagonizados por enfermos mentales hacen aumentar el estigma.

Por otro lado, el prejuicio³ es la actitud que adquirimos negativa o positiva frente a algo o alguien, sin pensar si existe alguna razón que justifique este comportamiento.

La discriminación⁴ se define como “un tratamiento no favorable basado en el prejuicio respecto a la raza, la edad, o el sexo”. Involucra una respuesta, o reacción. Es un comportamiento generalmente resultante del preconceito, puede ser de exclusión, evasión, hostilidad y agresión. La discriminación que existe en relación a la esquizofrenia se muestra de diferentes maneras: falta de recursos económicos y asistenciales, modificación o falta de leyes, resistencia a dar trabajo a personas con esquizofrenia o impedimentos varios para que una persona con una enfermedad mental entre a formar parte de un grupo o categoría social.

Lo más prioritario en este momento es disminuir la discriminación consiguiendo así, disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

El objetivo principal debe ser permitir a las personas con esquizofrenia el acceso a tratamiento de calidad, la inclusión social, la recuperación de la ciudadanía y el derecho a una vida digna. (Características del Programa Open the doors).

OBJETIVOS

- Conocer el nivel de estigma de los estudiantes de enfermería en relación a la esquizofrenia.
- Conocer las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal

Lugar de Estudio: Escuela Universitaria de Enfermería de San Joan de Déu, adscrita a la Universidad de Barcelona.

Población objetivo: Todos los alumnos que cursan enfermería en la escuela Universitaria de enfermería de Sant Joan de Déu.

Población de estudio: Alumnos que están cursando primero y segundo de la diplomatura de Enfermería.

Fuentes de información: Se ha diseñado un cuestionario específico a partir de la opinión de expertos y de la información obtenida del cuestionario de Cohen y Struening (1963), validada por A. Ozamiz en 1980 llamada “Opiniones sobre la enfermedad mental”. El cuestionario definitivo pretende valorar el grado de estigma en relación a la esquizofrenia. Es una escala tipo likert compuesta por 30 preguntas, valorados de 1 a 4. Siendo 1 “Muy de acuerdo” y 4 “muy en desacuerdo”.

La puntuación total del cuestionario es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta (120) indicaría ausencia total de estigma y una puntuación baja (30) presencia total de estigma.

Cada pregunta también se recodificó nuevamente en otra variable distinta con dos categorías: 1 “Presencia de estigma” y 2 “Ausencia de estigma” dándole valor 1 a las respuestas “muy de acuerdo o de acuerdo” y valor 2 a las respuestas “Muy en desacuerdo o desacuerdo”.

Recogida de datos:

Para la cumplimentación de los cuestionarios se planifico a lo largo del curso un día para la pasación de los mismos.

A los alumnos que esos días asistieron a clase se les explico en que consistía el estudio y se les solicito su consentimiento para participar en el mismo.

Posteriormente cumplimentaron el cuestionario y lo depositaron en un sobre para garantizar su confidencialidad.

Análisis de datos:

Se ha realizado primero un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio.

Posteriormente un análisis univariado utilizando el test de Chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba de U de Mann-Whitney o el análisis de la varianza para las variables cuantitativas

Resultados:

Han contestado 204 alumnos con una edad media de 22 años (DE de 6,2 años), siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 46 años. La mayoría (83,3%) han sido mujeres. Un 89,2% proceden de bachillerato y FP respecto licenciaturas u otras diplomaturas. Destacan los solteros (94,1%) frente a un grupo muy reducido de casados y separados. El 60,8% ha manifestado que no conoce a nadie que padezca esquizofrenia, el 96,1% refiere no haber padecido o haber estado diagnosticado de alguna enfermedad mental, y tan solo el 28,1% tiene algún familiar diagnosticado de enfermedad mental. Tan solo el 12,8% de los entrevistados reconoce haber sido influenciado por las noticias en prensa, televisión o radio. Ante la pregunta de si conocen el significado de la esquizofrenia, el 82,3%% creen que sí, pero cuando se les pregunta sobre si es una enfermedad como otra cualquiera, se observa que contestan positivamente el 53,5%, el 3% creen que los enfermos esquizofrenicos son víctimas de brujería, chamanes o espiritistas, el 39,1%están convencidos de que es un problema de doble personalidad , el 29,6% adjudican como mas propensos a sufrirla a los hombres y el 85,2% que es de por vida. El 94,6%

están en contra de que un enfermo del corazón necesite mejor atención o cuidados que una persona con esquizofrenia, el 30,3% creen que tiene curación y el 85,7% afirman que existe tratamiento. El 11,8% creen que este tipo de pacientes proceden de familias desestructuradas, que el 5,4% son fruto de una madre o padre sobreprotector, el 16,7% creen que tanto la persona que sufre esquizofrenia como su familia son responsables de la enfermedad y el 23,6% de los encuestados creen que es resultado de un trauma infantil. El 16,7% refieren que el estrés es un factor desencadenante de la enfermedad, el 16,7% tienen la idea que estos enfermos son personas débiles, pero el 97,1% no hacen distinción ante el nivel cultural del enfermo esquizofrénico. Un 18,7% defienden que deben ingresar necesariamente en alguna institución, y tan sólo el 3,4% cree que este tipo de ingreso en una institución mental es síntoma de fracaso en la vida, eso sí, el 71,3% reclaman más medidas de seguridad en los hospitales de salud mental ante un 9,4% que niega tener desprecio o rechazo hacia los esquizofrénicos. El 43,3% valoran a los esquizofrénicos incapaces ante la toma de decisiones sobre su vida misma, coincidiendo con la idea que tiene el 53% sobre la idea de que una persona con esquizofrenia puede cuidarse de sí misma. Llama la atención de que un 78,8% valoran que este tipo de enfermos son aptos para trabajar y que el 60,1% si fueran empresarios darían trabajo sin problemas a una persona con esquizofrenia. El 8,4% de los entrevistados les denegaría el derecho a voto, el 34,7% de los estudiantes piensan que los esquizofrénicos se dejan llevar por sus emociones sin pensar con antelación, el 44,3% están convencidos de que son imprevisibles y agresivos, mientras que un 68,5% aceptan la idea que los esquizofrénicos puedan formar una familia (pareja e hijos), pero el 64,4% no estarían dispuestos a mantener ninguna relación sentimental con una persona esquizofrénica. El 99,5% no están de acuerdo en que todo aquel suicida sea esquizofrénico.

En el análisis univariado no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni con la edad, sexo, formación previa ni con el estado civil.

Respecto al turno se han encontrado diferencias casi significativas en el ($p=0,06$) sentido de que los alumnos del turno de mañana presentaban más estigma que los de la tarde.

Se han encontrado diferencias significativas en relación a si conocían previamente a alguna persona con esquizofrenia ($p<0,42$), en el sentido de que los que conocen a alguna persona presentan menor estigma que los que no conocen a nadie.

Sin embargo no hay diferencias cuando refieren tener algún familiar diagnosticado de alguna enfermedad mental.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados que se han obtenido en las encuestas respecto al estigma sobre la esquizofrenia hemos apreciado que una de las principales causas es la falta de información o información desvirtualizada.

De esta manera observamos que los alumnos de primer y segundo curso de enfermería tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen negativa respecto a la esquizofrenia.

Sería necesario hacer campañas a través de los diferentes medios de comunicación en los diferentes ámbitos de actuación (educacional, social, político,...).

BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación Internacional de las Enfermedades, capítulo: Trastornos mentales y del Comportamiento.
 2. Psicología Social 3ª Edición Morales, Moya, Gaviria. Cuadrado, Madrid 2007.
 3. Díaz. E. Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos. Altamar; 2006
 4. Guimón J. Los prejuicios contra la psiquiatría. Core academia: Cantabria, 2001.
 5. Vallejo Rubiola J. Psiquiatría para no expertos. Barcelona. Ars Medica; 2006
- Fuller Torrey. E. Superar la esquizofrenia. Seny; 2002.

7. González De Chavez. M. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Mayoría;1999.
8. Diaz. E. Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos. Altamar; 2006.
9. Ventosa Esquinaldo F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España - siglos XV al XX-. Diaz de Santos.Madrid, 2000.
10. Guimón J. Los prejuicios contra la psiquiatría. Core academia. Cantabria, 2001.
11. Psicología Social 3ª Edición Morales, Moya, Gaviria. Cuadrado, Madrid 2007.

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL PROYECTO DE CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB

Miguel Ruiz Vicente, Mercedes Tregon Parrilla, Ana María Gil Palmero, Masita Lozano Zamora, Luz García Jonquera, Victoria Jiménez Arnaiz.
Hospital Pare Jofre, Usm Salud Mental, Sant Llatzer, Valencia

INTRODUCCIÓN

En este siglo XXI, la tecnología a dado un salto espectacular, teléfonos con vídeo llamada, ordenadores cada vez más pequeños, comunicación wifi, Internet móvil y en nuestras casas..., pero a pesar de todo los pacientes con enfermedades mentales siguen estando aislados en este mundo de la comunicación.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Por ello un grupo de profesionales de la UME de Salud Mental del Hospital Pare Jofré, decidimos realizar un proyecto que consistía en el diseño y mantenimiento de una página Web, una Web en la que todos, profesionales, personas con enfermedad mental y familias, pudieran comunicarse, creando un gran foro alrededor de la Salud Mental.

DESARROLLO

Las personas escribirían sus ideas, sus ilusiones, sus no ilusiones, sus sentimientos, sus no sentimientos, para dejarlo plasmado en la página Web y que otras personas con enfermedad mental y/o profesionales pudieran acceder a los mismos.

También los profesionales podrían comunicarse con otros profesionales o con personas con enfermedad mental. Estarían a su disposición, diferentes tipos de protocolos, cuidados y talleres.

Existiría otro apartado en donde los pacientes enviarían sus dibujos o los podría realizar on line.

La página principal estaría llena de consejos, talleres de rehabilitación, etc., escalas de valoración (que cualquier paciente podría rellenar y enviar).

La privacidad primaria en toda la Web, ya que cada persona registrada accedería a su página Web con un login y un password único y sólo si él lo desea podría colocar sus escritos, dibujos, etc., en una página Web de libre acceso dentro de la página principal.

El modelo de Web sería intuitiva de fácil uso, pensando en el tipo de visitantes que se espera, para poder interactuar con el mínimo conocimiento de informática y de uso del ratón

Ya que la Web pretende ser un espacio lúdico-terapéutico-informativo queríamos que el título de la página fuera pegadizo, que fuera fácil de recordar y tras muchas propuestas decidimos llamarla así:

SENOSVALAPINZA .COM

Un nombre fresco, alegre y festivo, define el tipo de Web que tenemos delante y a quien va dirigida.

La estructura de la página Web sería la siguiente:

- Portada o página de inicio:

- Botones rápidos para el acceso a las diferentes páginas Web:

1.- Nosotros: página dedicada a todos los profesionales de salud mental que estén interesados en aportar sus conocimientos y sus ideas a ésta la página de todos.

2.- Vosotros: página dedicada a todas las personas que padezcan una enfermedad mental y sus familiares, para que tengan su página para compartir con todos los demás. Se entrará con un Login y un Password, para que nadie pueda manipular su página.

3.- Ellos: página dedicada a informaciones sobre salud mental.

4.- Talleres: página en la que habrán diferentes ejercicios para descargar de los diferentes programas de rehabilitación, para personas con enfermedad mental.

5.- Consejos: página dedicada a diferentes consejos que otros tantos profesionales plasmaran para las personas con enfermedad mental, higiene, alimentación, hipertensión, diabetes, etc.

6.- Escalas: página con diferentes escalas para medir diferentes aspectos de la enfermedad mental, que las personas con enfermedad mental rellenarían a voluntad y remitirían a los mantenedores de la Web para su estudio.

- Nuestros links preferidos: diferentes enlaces a páginas Web de interés.

- Correo electrónico: para enviar comentarios y/o sugerencias.

- Foro de profesionales.

- Foro de personas con enfermedad mental.

- Foro de familiares de personas con enfermedad mental

CONCLUSIÓN

El proyecto de realización de la página Web, podría mejorar el estado de aislamiento que las personas con enfermedad mental grave padecen. Ser un foro de profesionales y personas con enfermedad mental así como para sus familias, para que puedan contar sus experiencias y vivir la enfermedad mental utilizando las últimas tecnologías. Si quieres empezar a disfrutar contactate con SENOSVALAPINZA.COM

CONOCIENDO A NUESTROS PACIENTES-CLIENTES

Miguel Ruiz Vicente, Vicente Civera Llavata, Blanca Porta Serrador, María Isabel Arias Montañana, Nuria López Aliaga y Beatriz Ruiz Collados.

Hospital Pare Jofre, Usm Salud Mental, Sant Llatzer, Valencia

INTRODUCCIÓN

La UME de Salud Mental del Hospital Pare Jofré abrió sus puertas el 20/10/2005 pero fue inaugurado oficialmente el 12/12/2005, nace como centro de referencia de la provincia de Valencia, un centro de Atención a Crónicos de Media y Larga Estancia en el que se atiende a pacientes-clientes mayores frágiles de alto riesgo, con descompensación de sus enfermedades crónicas o que tras un episodio agudo necesitan convalecencia, a adultos o ancianos con enfermedad terminal que precisan de cuidados paliativos y a pacientes-clientes con enfermedad mental crónica severa con necesidades de rehabilitación, siendo una nueva forma de atención a los mismos.

La UME de Salud Mental durante sus tres años de andadura ha atendido a un total de 404 pacientes.

Nuestra unidad consta de dos salas de hospitalización, con un total de 50 habitaciones individuales (las cuales se componen de: cama, mesita, sofá, mesa de lectura y silla, así como armario y WC adaptado 100%).

Disponemos además de tres Salas Polivalentes, para realizar las distintas actividades y talleres de rehabilitación y una sala de Psicomotricidad, así como una lavandería para los pacientes.

El Equipo Multidisciplinar, que atiende a los pacientes-clientes, está compuesto por diferentes profesionales que sin el trabajo conjunto sería muy difícil la atención de los usuarios de la unidad. Está compuesto por los siguientes profesionales:

- PSIQUIATRAS
- PSICOLOGOS/AS
- TERAPEUTAS OCUPACIONALES
- TRABAJADOR/A SOCIAL
- AUXILIARES DE ENFERMERIA
- CELADORES/AS
- ENFERMERAS/OS

No podemos olvidar mencionar al equipo de Seguridad que vela por nuestra seguridad y la de nuestros pacientes-clientes.

Las actividades que realizamos en la UME de Salud Mental se componen de diferentes tipos de programas de rehabilitación, entre ellos:

- AVD
- Psicoeducación
- Rehabilitación Cognitiva
- Afrontamiento del Estrés
- Relajación
- Hábitos Saludables
- Psicomotricidad y Actividades deportivas
- Rehabilitación Laboral
- Intervención Grupo Familias

DESARROLLO

El estudio nace de la necesidad de conocer el perfil de nuestros pacientes-clientes tras tres años de andadura. ¿A quién estamos cuidando?, ¿qué enfermedades mentales son más comunes en quien cuidamos? ¿Dónde han nacido? ¿Donde viven? etc., ayudándonos a conocer un poco más con quién convivimos y cuidamos día a día.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra fue de 87 pacientes-clientes dentro del periodo que comprende desde el 01/05/2008 al 09/02/2009.

Datos:

Se recogieron los items correspondientes a edad, sexo, lugar de residencia, lugar de nacimiento, tratamiento administrado, años de evolución de la patología y estado civil de las historias clínicas así como los datos de ingreso del departamento de admisión del Hospital.

Al conjunto de datos obtenidos se le aplicó formulas matemáticas y estadísticas para la obtención de los resultados que aquí os presentamos.

Exposición de los resultados:

Lo primero que podemos observar a la vista de los resultados (hombres 70,11% y mujeres 29,89%), es que la mayoría de nuestros pacientes-clientes son de sexo masculino un 40,22% más de hombres que de mujeres.

Con clara diferencia con el resto, la mayoría son solteros por la razones que todos podemos imaginar: Solteros 85%, Casados 6%, Viudos 1%, Separados 5% y Divorciados 3%.

Los tramos de edad más destacados son: en primer lugar los comprendidos entre 36 y 40 años con el 18,39% del total, muy cerca el tramo de 26 a 30 años con el 17,24% y en tercer lugar los tramos de 31 a 35 años y de 41 a 45 años, ambos con el 16,09%.

Cuando observamos el siguiente gráfico vemos que varios tramos de años de evolución de la enfermedad mental son muy parecidos. Aunque en su mayoría cuidamos a pacientes-clientes con una evolución entre 11 y 15 años ,existe muy poca diferencia con respecto a otros tramos, es decir que la mayoría de los pacientes que hemos cuidado tienen una evolución de su enfermedad mental entre 2 y 20 años, el 74,71%, un reto en el cuidado.

La USM de Salud Mental atiende a todos los pacientes que se encuentren en la provincia de Valencia, en la muestra a estudio, la mayoría, un 75% de pacientes-clientes, han nacido en la provincia, también observamos que el 14% son pacientes españoles nacidos fuera de la provincia de valencia y un dato curioso, los pacientes no españoles nacidos fuera de la provincia de Valencia asciende al 11%, muy cercano a los anteriores. Esto nos tiene que hacer reflexionar a la hora de cuantificar recursos ya que la población inmigrante en España ha aumentado y con ello las enfermedades mentales graves. Diferentes culturas, diferente idiomas que hacen que el cuidado de estos pacientes complique aun más el día a día de todos los profesionales.

Dentro de los pacientes-clientes de la muestra que eran españoles nacidos fuera de la provincia de Valencia los resultados obtenidos fueron: el 34% eran nacidos en la Comunidad Valenciana, el 25% de la Comunidad de Castilla-La Mancha, el 17% de la Comunidad Andaluza y con el 8% respectivamente, Aragón, Cataluña y La Rioja.

Por otra parte los pacientes-clientes que no eran españoles y por consiguiente nacidos fuera de la provincia de Valencia, los resultados quedaron como sigue:

El 30% eran de Bulgaria, el 20% de Ecuador y con un 10% respectivamente, Inglaterra, Argelia, Chile, Marruecos y Colombia.

Y por último al revisar la patología de nuestros pacientes-clientes observamos que la mayoría de los mismos padecían Esquizofrenia en todas sus formas, un 87%, el resto de enfermedades mentales graves que fue del 13%. Dentro de la Esquizofrenia, la Paranoide con un 56% es la que supera con creces cualquier tipo de enfermedad mental grave.

CONCLUSIÓN

Ahora podemos decir que conocemos un poco más a los pacientes-clientes con enfermedad mental grave que cuidamos, el paciente-cliente tipo de la USM del Hospital Pare Jofré sería: varón, español nacido en la provincia de Valencia, soltero, entre 36 y 40 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide.

Una muestra amplia nos ha dado unos resultados que podrían ser extrapolables a cualquier periodo de tiempo del que llevamos en funcionamiento y esto sobre todo nos sirve para seguir conociendo a nuestros pacientes-clientes.

TELEMEDICINA COMO HERRAMIENTA PEDAGÓGICA PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL. EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

Isabel de la Salud Flores Mateos, Isabel M^a. Domínguez Pérez, Concepción Benítez Vega, Andrés Franco Zambrano, Ana M^a. García Nogalez, Fabiola Burdallo Heras
*Unidad de Trastornos Alimentarios. Equipo Salud Mental II “Valdepasillas”.
Equipo de Salud Mental I “Ciudad Jardín”.
Equipo Salud Mental II “Valdepasillas”.
Residencia hospitalaria Perpetuo Socorro.
Equipo de Salud Mental Infante- Juvenil. Residencia hospitalaria Perpetuo Socorro.
SES. Badajoz.*

INTRODUCCIÓN

El intercambio de información en materia de salud forma parte de las actividades cotidianas entre profesionales sanitarios desde muy antiguo. En las últimas décadas, el rápido desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación ha abierto innumerables posibilidades en este intercambio y comienza a hacer posibles nuevas formas de asistencia, incluso realizadas a distancia entre el profesional sanitario y el paciente.

La formación “a distancia” utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación y permitiendo un contacto casi presencial entre dos puntos, es lo que definiría el concepto de telemedicina como herramienta pedagógica.

DESARROLLO

La introducción de las nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria y el avance de las telecomunicaciones han impulsado la rápida repercusión de la telemedicina en los distintos sistemas de salud. Las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) han abierto innumerables posibilidades en el intercambio de información en materia de salud y comienzan a hacer posibles nuevas formas de asistencia, incluso las realizadas a distancia entre el profesional sanitario y el paciente.

Según el grupo consultivo internacional reunido por la OMS en Ginebra en 1997, la telemedicina es el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y de evaluación con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven.

Algunos autores, como Wootton, enfatizan el papel de la telemedicina como parte de un amplio proceso asistencial, más que como una tecnología aislada.

La telemedicina tiene tres dimensiones: telecomunicaciones, ciencias de la informática y servicios de salud; y engloba conceptos como telemonitorización, telepresencia y teleconsulta, así como la recolección, procesamiento, transmisión, análisis, almacenamiento y visualización de datos sanitarios relevantes, telepresencia remota y otras en desarrollo.

Aplicaciones de la telemedicina:

- Teleconsulta definida como asistencia médica y de enfermería a distancia. Existen dos modalidades:
- Teleconsulta en directo (on line)

- Teleconsulta en diferido
- Teleformación.
- Teleasistencia en Residencia de Asistidos
- Teleasistencia domiciliaria. Proyecto DOMUSALEX

Actividades realizadas en Teleformación:

- Formación continua derivada de las teleconsultas
- Sesiones docentes para facultativos
- Sesiones docentes para enfermería
- Sesiones docentes para trabajadoras sociales

Diversos estudios de valoración del papel de la telemedicina, acerca de su efectividad y eficiencia, hacen referencia a la necesidad de cubrir las largas distancias que unen distintos centros asistenciales, otros por la imperiosa necesidad de reducir costes, otros por el intento de conseguir la igualdad de acceso a los servicios sanitarios.

El impulso de una poderosa red de tecnologías de la información y comunicación hará posible que Extremadura (una región de 41.634 Km² con 1.071.000 Habitantes y una densidad de población de sólo 25,7 hab/Km²), desarrolle su proyecto sanitario en todo su potencial.

Los Países Bajos podrían servir como ejemplo para visualizar como la principal dificultad para una equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios en Extremadura es la gran dispersión geográfica:

	Países Bajos.	Extremadura.
Superficie	41.526 Km ²	41.634 Km ²
Población:	16.067.754 Hab	1.071.000 Hab
Densidad de población:	337 hab/Km ²	25,7 hab/Km ²

Por lo que la telemedicina, es un método esencial en una Comunidad Autónoma como Extremadura en lo que a la dispersión geográfica se refiere.

La telemedicina nace en Extremadura a través de un proyecto piloto en el año 2002 realizado entre el Centro de Salud de Olivenza y el antiguo Hospital Provincial de Badajoz. En la actualidad cuenta con 14 hospitales equipados con estaciones de telemedicina, 30 Centros de Salud repartidos por toda la Comunidad, 2 Residencias de Asistidos y 2 Centros Penitenciarios. A lo largo de este periodo se han realizado 27.000 teleconsultas y 310 sesiones de teleformación.

Toda la actividad de telemedicina va dirigida a mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario, evitar desplazamientos innecesarios tanto de usuarios como de profesionales, mejorar la comunicación entre niveles asistenciales, favorecer la formación, y aumentar la calidad asistencial.

Las estaciones de Telemedicina en el Área de Salud de Badajoz son:

- Estaciones emisoras:
 - Hospital Regional Universitario Infanta Cristina
 - Hospital Perpetuo Socorro

- Estaciones receptoras:

Centro de Salud	Población	Distancia en Km a Hospital
Olivenza	16.177	24
Montijo	24.716	32
Jerez de los Caballeros	11.626	74
San Vicente de Alcántara	5.658	67
Alburquerque	10.112	46
Santa Marta de los Barros	10.671	45
Villanueva del Fresno	3.854	63
Centro Penitenciario	830	7
Total población	83.644	

El 66% de la población rural del Área de Salud de Badajoz cuenta a fecha de hoy con telemedicina, beneficiarios directos de la formación especializada del personal por la que es atendida.

Las enfermeras debemos satisfacer las demandas de salud de los individuos y cubrir sus necesidades. Los cuidados de enfermería son pues el eje de nuestra atención, debiendo ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada. Es por ello que hoy día existe la necesidad de integrar las Tecnologías de la Información y la Comunicación como instrumento de trabajo, por lo que debemos aprovechar al máximo todas sus ventajas para poder garantizar a la población unos cuidados de mayor calidad.

La enfermería ha sido y es una “pieza clave” en la implantación y desarrollo de la telemedicina en Extremadura, fuimos los que apostamos por esto y los que hemos trabajado desde el primer día. Todos los responsables tanto hospitalarios como de AP son enfermeros; esto es importante ya que es motivo de orgullo para los enfermeros extremeños y para nuestra profesión en general, entendiéndolo como una oportunidad de mejora y como un nuevo sistema organizativo de la profesión.

Recursos materiales y humanos en teleformación

Recursos materiales:

- Estaciones de Telemedicina en ambos puntos.
- Programa específico (Teleeducation vitelnet)
- Cañón y pantalla (opcional)

Recursos humanos:

- Responsable hospitalario
- Responsable docencia en A.P.
- Docentes (implicados o no en teleconsultas)

Contenidos formativos.

- Temas de interés para A.P.
- Temas relacionados con patologías de mayor frecuentación.
- Temas de interés para A.E.(nuevas técnicas, protocolos...)

Objetivos de enfermería a través de la formación en Telemedicina.

- Mejorar la Calidad Asistencial
- Fomenta la EQUIDAD. Formación en las áreas más aisladas
- Favorece UNIVERSALIDAD del acceso a la formación sanitaria.
 - Diferentes oportunidades de formación entre profesionales de Centros urbanos y rurales.
 - Aislamiento de zonas rurales alejadas.

- No igual oportunidad de formación en los dos niveles asistenciales.
- Proporciona APOYO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO a todos los profesionales.
- Educación para la Salud
- Aumenta el conocimiento sanitario de toda la población.
- Fomenta el autocuidado independientemente de la zona en la que vivan.
- Fomentar la formación continua de los profesionales de A. Primaria y Especializada.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de “forma multidireccional”
- Evitar desplazamientos innecesarios y costosos para el sistema sanitario.

Beneficios para la enfermería de la Teleformación:

- Favorece la difusión de la información y la comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud.
- Ayuda a continuar la formación a lo largo de la vida, desaparecen las coordenadas espacio-tiempo.
- Evitar desplazamientos y gastos innecesarios, rentabilizando el horario laboral y manteniendo la formación continuada.
- Aumento nivel conocimientos de profesionales.
- Aumento satisfacción de profesionales
- Formación de profesionales en A.P sin coste añadido
- Formación de profesionales en A.P sin pérdidas laborales

Inconvenientes de la formación a través de Telemedicina:

- Dependencia tecnológica.
- No reconocimiento en cartera de servicios, aunque hay que decir, que este aspecto está en vías de contemplarse en nuestro Área de Salud.

Teleformación enfermería de Salud Mental.

En el último trimestre del año 2007 los enfermeros de Salud mental pasamos a formar parte del personal docente del “II Curso de actualización de conocimientos para enfermeras de Atención Primaria a través de telemedicina en el Área de Salud de Badajoz”, ya que se amplía la oferta formativa tras el éxito obtenido en la edición anterior, incorporando formación enfermera especializada en Salud Mental, en temas de interés por las enfermeras de Atención Primaria, siendo los más demandados:

- Manejo del paciente con enfermedad mental en situación de crisis en A.P.
- Enuresis nocturna.
- Prevención del niño tirano

Repartidas en 21 sesiones docentes de las 286 sesiones de las impartidas en dicho curso (acreditado por la Escuela de Ciencias de la Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta Extremadura).

2008-2009 “II Curso de actualización de conocimientos para enfermeras de Atención Primaria a través de telemedicina en el Área de Salud de Badajoz” (286 sesiones de formación)

METODOLOGÍA

Se diseñó un curso destinado a mejorar los conocimientos de enfermería de Atención Primaria en los Centros de Salud del área de Badajoz que disponen de estación de telemedicina.

Los contenidos del curso se seleccionaron en relación a los temas que mayor interés han suscitado entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Los contenidos didácticos pasan a estar disponibles para todos los profesionales en la página web de la Biblioteca del Complejo Hospitalario Infanta Cristina.

La realización de un cuestionario de conocimientos previos y otro de conocimientos adquiridos tras la sesión formativa, garantiza la correcta evaluación del mismo.

Programación

- Formación a distancia dirigida a las enfermeros /as de Atención Primaria del área de Salud de Badajoz.
- Personal docente: enfermeras /os de los distintos recursos Especializados y Atención Primaria del área de Salud de Badajoz.
- El Curso está acreditado por la Escuela de Ciencias de la Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta Extremadura.
- Total sesiones docentes: 286 sesiones.
- Calendario bianual.
- La franja horaria destinada a formación enfermería dentro de jornada laboral de 13,30 a 14,30 horas

Contenidos de las Sesiones formativas:

- EpS a madres con hijos recién nacidos AP “Zona Centro”
- Manejo Paciente traqueotomizado. ORL
- Prevención Infección Hospitalaria HIC
- Cuidados del paciente ostomizado. Cirugía General
- Funcionamiento infusor insulina. Enf. Endocrinol.
- Técnicas invasivas en dolor crónico. U.Dolor
- Prevención del niño tirano. E. Salud Mental Infanto- juvenil
- Administración de medicamentos Farmacéutica
- Educación para la Salud en A.P. Dirección General
- Cuidados de heridas. Cura húmeda. AP “Ciudad Jardín”
- Entrevista clínica en enfermería. AP
- Cuidados de enfermería en Cirugía Cardíaca C. C Vasculat HIC
- Manejo del paciente con enfermedad mental en situación de crisis en A. P Equipo Salud Mental
- Taller EpS en autocuidado y relajación AP “La Paz”
- Enuresis nocturna. Equipo Salud mental

CONCLUSIONES

La enfermería ha sido y es una “pieza clave” en la implantación y desarrollo de la telemedicina en Extremadura. Entendiéndolo como una oportunidad de mejora y como un nuevo sistema organizativo de la profesión.

La telemedicina al servicio de la enfermería y los cuidados enfermeros, dentro de la Comunidad Extremeña, supone un gran avance dentro de nuestra profesión. El acercamiento de las enfermeras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria nos lleva a un claro aumento de la calidad asistencial prestada a los usuarios, así como mayores oportunidades de formación de las enfermeras de ambos niveles.

Gracias a las Teleformación tenemos la oportunidad de trabajar más estrechamente entre dos niveles asistenciales hasta ahora alejados tanto por las políticas sanitarias como por la orografía a la que los extremeños nos vemos sometidos.

Tras esta primera experiencia desde Salud Mental, se nos presenta un largo camino por delante, que nos llevará en un futuro a prestar una mejor asistencia a los usuarios susceptibles de nuestros cuidados, evitando desplazamientos a sus hospitales de referencia, disminuyendo del número de ingresos hospitalarios, previniendo recaídas, mejorando la adherencia al tratamiento desde su entorno, etc.

En definitiva, aunque el camino que hemos empezado será largo y sin duda con dificultades, los beneficios para el futuro de la enfermería compensarán el esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

- García Nogales, A. M. Peláez Vega, C. Introducción a la Telemedicina. Ros Multimedia S. L Badajoz. 2005.
- García Nogales, A. M. Telemedicina. Memoria 2007, Área de Salud de Badajoz. Consejería de Sanidad y dependencia. Servicio Extremeño de Salud. 2008.
- García Nogales, A. M. Telemedicina y cuidados de enfermería. X Congreso Extremeño de Enfermería; Plasencia 26-28 Noviembre 2008.
- García Nogales, A.M. La Telemedicina como innovación en el campo de la docencia. X Congreso Extremeño de Enfermería; Plasencia 26-28 Noviembre 2008.
- Benot López, S., Briones Pérez de la Blanca, E. Telemedicina. Aplicaciones en Urgencias. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Informe de evaluación: Sevilla diciembre 1999. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) en el marco del "Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Subsecretaría de Sanidad y Consumo) y el Instituto de Salud Carlos III para la evaluación y estudio de Técnicas y Procedimientos en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud", Proyecto de Investigación STPY 1202/99.
- García Nogales, A.M., Telemedicina y cuidados de enfermería. Responsable de Telemedicina del Área de Salud de Badajoz.

LA NEUTRALIDAD DEL PROFESOR EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

M^a. Dolores Royo Arán; M^a. Dolores Miguel Ruiz; Juan Francisco Roldán Merino
Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios. Adscrita a la Universidad de Barcelona. Esplugues. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La neutralidad del profesor en la impartición de sus enseñanzas ha sido considerada por muchos como un contrasentido, una pretensión ilusoria.

Según Jaume Trilla¹ su pregunta al respecto es la siguiente, ¿Cómo puede alguien estar persuadido de que ya se ha solventado convenientemente, en la teoría y en la práctica, el problema de que hasta que punto es lícito, legítimo o conveniente que el profesor intente transmitir a los alumnos sus propias opciones, creencias o convicciones de carácter ideológico? Así mismo cabe incluir en este planteamiento las preferencias o afinidades de los profesores de Salud Mental con respecto a enfoques científicos, valores morales, formas de praxis en los cuidados enfermeros.

Nosotros, como docentes de la Escuela Universitaria de Sant Joan de Déu de Barcelona, nos interesa especialmente ahondar en esta cuestión, comprendiendo que nuestra materia plantea una diversidad de enfoques, una pluralidad en el abordaje científico y en la descripción de los fenómenos.

Nuestra experiencia previa como alumnos de la disciplina de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, así como en aprendizaje en Psicología, nos ha llevado a encontrarnos con profesores que se definían abiertamente respecto a sus ideas científicas, otros que se mantenían neutrales invitándonos a nosotros a que halláramos nuestras propias afinidades y conclusiones.

OBJETIVOS

- 1.- Analizar el beneficio de desarrollar enfoques de neutralidad o no respecto a la metodología docente de los profesores.
- 2.- Reflexionar acerca de la importancia de que la tarea docente conlleve una conciencia argumentativa a favor o en contra del ejercicio de dicha neutralidad, en especial para desarrollar formación en los cuidados de Enfermería.

METODOLOGÍA

Reflexión y profundización en fuentes documentales sobre:

- 1.- *Conceptos de neutralidad y respuestas comprometidas de los docentes respecto a enfoques científicos y prácticos.*
- 2.- *La libertad de cátedra de los docentes y los argumentos a favor y en contra de desarrollar estilos educativos neutrales.*

- 1.- *Conceptos de neutralidad y respuestas comprometidas de los docentes respecto a enfoques científicos y prácticos.*

Neutral es aquella instancia que, ante un conjunto de opciones existentes respecto a un objeto determinado, no apoya a una (o a unas) de ellas por encima de las demás. No da la razón a ninguna de las razones como única óptima o bien mantiene puntos de vista eclécticos con respecto a la descripción de fenómenos.

¹ Trilla, J.El profesor y los valores controvertidos.Neutralidad y beligerancia en la educación. Barcelona. Ed. Paidós, 1992; pag.11

Compromiso con respecto a un solo enfoque es aquella instancia que, ante un conjunto de opciones existentes respecto de un objeto determinado, apoya a una (o unas) de ellas por encima de las demás. Es por lo tanto lo contrario a neutral. Es cercano a adoctrinar, defender una posición determinada.

A modo de precisión quisiéramos añadir lo siguiente:

- Neutralidad no es necesariamente igual a inactividad, inhibición, no intervención, abstinencia.
- Compromiso con un enfoque no es necesariamente igual a manipulación, dogmatismo.
- Neutralidad y compromiso no han de ser entendidas como procedimientos excluyentes en la actuación educativa global. Este modelo o enfoque tendrá en cuenta el contexto, los alumnos. La enseñanza de Enfermería Psiquiátrica no puede apelar a la objetividad.

2.- La libertad de cátedra de los docentes y los argumentos a favor y en contra de desarrollar estilos educativos neutrales.

Argumentos en contra de la neutralidad:

- a) La neutralidad ideológica es imposible ya que la propia neutralidad es ideología.
- b) Neutralidad y educación son términos contradictorios entre sí, puesto que la educación supone siempre una transmisión de unos valores y una forma especial de comprender los fenómenos.
- c) Imposibilidad psicológica. Por más que lo pretenda, el profesor transmite unas preferencias con respecto a sus ideas y maneras de comprensión.
- d) Imposibilidad Institucional. El profesor transmite aquello predominante en el enfoque desarrollado en el Proyecto Educativo de Centro. Es decir, comúnmente hacemos nuestros aquellos valores, enfoques desarrollados en nuestras Instituciones. Y esto marca estilos comunicativos y formas de hacer en la dirección trabajada desde el equipo de profesores al que pertenecemos. No hay educación neutral ya que los propios métodos educativos tampoco lo son.
- e) El profesor neutral renuncia a uno de los atributos esenciales de su función: la de erigirse en “experto” en los temas que trata en clase.
- f) El profesor neutral priva a sus alumnos del modelo de una persona de experiencia que sabe defender lo aprendido.

Argumentos en contra de respuestas comprometidas con una idea científica y práctica:

- a) Hay que evitar toda finalidad educativa de carácter heterónomo.
- b) La orientación del profesor hacia una forma especial de entender su asignatura y por tanto los contenidos de la misma es ineficaz ya que los valores, ideas que realmente se aprenden no son los que se verbalizan sino los que efectivamente se viven.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia como docentes nos invita a comprender la necesidad de una toma de conciencia seria respecto a la importancia de cómo nuestra forma de comportarnos incide en los alumnos. De tal manera que nuestras intervenciones requieren prudencia, conocimiento, conciencia del lugar que ocupamos en relación al educando.

Las cualidades que se han de desarrollar para la formación en psiquiatría requieren de escenarios y contextos de aprendizaje reflexivo y científico y también ético. Comprendemos muy bien el significado de transversalidad que tiene dicha materia. Esto es, que la educación esté orientada a la asunción de competencias que movilicen acciones de convivencia en la heterogeneidad, referente básico hacia el pluralismo. Para ello es imprescindible el desarrollo de una ética de la formación que incluyan respeto, solidaridad, justicia y que favorezcan espacios para la reflexión y el diálogo. Así hablamos de aprendizaje ético en situación práctica. ¿Cómo nos

organizamos cuando aprendemos? De manera participativa orientada a la construcción conjunta de un proyecto. Según me organice en mi aprendizaje adquiriré unas formas de comprensión, no sólo contenidos, maneras de estar también. La formación en nuestra disciplina Enfermera ha de permitir: apreciar valores, denunciar contravalores y construir jerarquía particular de valores. Así mismo, construir nuestras propias ideas e ideales del sentido científico y práctico que tiene nuestra profesión.

La Escuela de Enfermería de San Juan de Dios, pone en marcha en abril de 2008, una línea de investigación en el marco de la educación en valores, conductas y actitudes. Una de las finalidades de dicha comisión crear un espacio para la reflexión y el estudio de cómo gestionar la mejor forma de educar a nuestros alumnos.

Entendemos por valores, no una forma reductiva o un elemento colateral sino como una dimensión de una educación completa.

En psicología tradicional, (Schwartz, S.H. 1999) los valores se definen como un conjunto de retos deseables y no circunstanciales, que pueden variar su importancia de una persona a otra y que configuran su proyecto de vida como un conjunto de principios particulares. Según Rokeach (1973), todos los valores contienen ciertos elementos cognoscitivos y tienen un carácter selectivo o direccional-conductual y que implican ciertos componentes afectivos. Los valores son motivadores porque son herramientas conceptuales que las personas utilizan para mejorar y mantener la autoestima. Según Poletti (1983:76), los valores son un conjunto de reglas de conducta, de leyes enjuiciadas conforme a un ideal, por una persona o colectividad. Representan una forma de vivir. Sabemos que la profesión enfermera es una profesión social y por tanto dentro de su objetivo de saber estar y saber ser, los valores puede representar un hecho diferenciador de otras profesiones, en su compromiso social. La finalidad de un proyecto educativo debe ser sin duda que la persona se identifique, se conozca, se comprometa y ayude en la transformación social.

Ante el sufrir se requieren destrezas y valores escogidos para acompañar en esa situación. Así pues, a la pregunta sobre cuál es la actitud humana frente al sufrimiento ajeno, cada ser humano ha de responder en conciencia. Nosotros, como profesores tenemos muy en cuenta la necesidad de elaborar estrategias para el debate, la reflexión, la crítica, crear la competencia para desarrollar una conciencia idónea.

Culturalmente nuestros alumnos vienen con un aprendizaje en valores que le han transmitido la familia, el entorno, la sociedad en general. Evidentemente hoy en día podemos aproximarnos a reflexiones para la crítica del como se están transmitiendo éstos.

Nuestras aportaciones como docentes velan para un desarrollo hacia la excelencia profesional. El riesgo es que podamos considerar por terminada una labor que no podemos dar nada por acabado. Todo ello nos ha de servir de estímulo para proseguir.

En definitiva creemos que las adhesiones a determinados estilos de trabajo que eligen nuestros alumnos habrán de poder desarrollarse a través del entrenamiento, con interlocutores válidos que incluirá a todos, alumnos y docentes y se habrá de velar por ello. Apoyo mutuo, tener presente la colaboración con el otro, enseñar estilos de vida participativos, sentido del esfuerzo, el significado de los límites. Son las bases que nosotros consideramos esenciales para crear escenarios para la educación.

BIBLIOGRAFÍA

- Cardús, S. El desconcert de l'educació. Barcelona. Ed. La campana. 2000
- Carreras, LL; Eijo, P.; Gomez Mª T. ; Guich, R; Mir, V.; Ojeda, F.; Planaas T.;
- Castiñeira A. Ens fan o ens fem? La transmissió de valors, avui. Barcelona. Ed. ECSA. 2004
- Martínez, M. ; Hoyos, G. La formación en valores en sociedades democráticas. Barcelona. Ed. Octaedro. 2006.
- Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work.

- Applied Psychology: An International Review, 48, 23-47.
- Schwartz, S.H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. En Zanna, M. (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 25, Academic Press, New York.
- Bernat, Ramona, et al. (2003) *El tutor d'infermeria Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.*
- García Férrez, J. y Alarcós F.J. 10 palabras clave en humanizar la salud. Pamplona: Ed. Verbo Divino. 2002
- Poletti, Rosette (1983) “De la nécessité de reparler des valeurs professionnelles” pp.76-97. *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières.* Paris:
- Centre Chrétien des professions de Santé. Romeo, Sergio (2004) “ Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados” *Index Enfermería*, XIII(44-45): pp.32-36.
- Roquer, Maria-Angels (1997) *Identidades y conflicto de valores*, Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Rokeach, Milton (1982) *The Nature of human values and value systems*, Published Doctoral Dissertation. *Wardleer als tekeuvan een gese cularisserde samenleving? Een Hermeneustische Stuie.* K.V. Leuven. Faculty of Theology, 2 vol. LVI- 557.
- Rousseau, Nicole (1997) “De la vocation à la Discipline” *Nurse L'Infirmiere Canadienne* (may): pp:39-44.
- Torralba i Roselló, F. *Cent valors per viure. La persona i la seva acció en el mon.* Lleida: Pagès Editors, S. L.: 2001
- Villapalos, Gustavo, López Quintás, Alfonso (1999) *El libro de los valores*, Barcelona: Planeta, 7ª edición.
- Vives Relats, Carme et al. (2005) “ Visibilidad e imagen de la enfermera en el 11-M” pp. 22-27, en *Las enfermeras ante la nueva realidad social y educacional*, XXVI
- *Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente.* A Coruña: Asociación de Enfermería Docente.
- Savater, F. *El valor de educar.* Barcelona: Ed. Ariel. 1998 (9ª Ed.).
- Serrats, Mª G. *Como educar em valores. Materiales, textos, recursos y técnicas.* Madrid. Ed. Narcea. 1995.
- Trilla, J. *El profesor y los valores controvertidos. Neutralidad y beligerancia en la educación.* Barcelona. Ed. Paidós. 1992.
- Vila- Abadal, J. *Valors vells, nous valors.* Barcelona. Ed. Proa. 1998

HISTORIA Y FUNDAMENTOS ANATÓMICO FISILÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA

Lucía M^ª. León Pérez, Raquel Rodríguez. Albarrán, M^ª. del Rocío Aparicio Mata, Juan Pablo de la Iglesia Cano, Carlos Calvo Martos. Antonia Gabalda Martínez

Unidad H. Dr: Rodríguez. Lafora

H.U. Gregorio Marañón

H.U. La Princesa

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida, vamos acumulando sonidos en nuestra mente, que luego afloran en cuanto los volvemos a escuchar, estos sonidos nos hacen revivir tiempos pasados y con ello movilizamos las emociones más internas.

Hallazgos arqueológicos muestran un registro continuo de las actividades musicales en todos los asentamientos humanos, que se remonta por lo menos 5.000 años. Así, la música parece corresponder a una adaptación evolutiva.

A lo largo de la evolución del hombre, la música, se ha utilizado para múltiples cosas, podemos dividirlo en tres etapas:

- primera es la etapa mágico-religiosa.
- la segunda es la etapa pre-científica
- la tercera es la etapa científica.

Etapa mágico-religiosa:

En esta etapa podemos destacar que ya 1500 A.C. existen papiros egipcios donde hacen referencia a la música con relación a la fertilidad de las mujeres.

En la Biblia se hace mención de cómo el rey Saúl era tratado por David con música.

Una de las funciones más importantes en esta etapa fue que era utilizado como medio de comunicación y como herramienta curativa, usada por brujos y curanderos. (1,2)

Etapa pre-científica:

En esta etapa se le da un uso a la música en el que se elimina la función religiosa y se usa la función curativa, dándole un uso preventivo y curativo, así como para movilizar estados de ánimo, se usaba por el ejército en la batalla, por las naciones, en sus himnos, para unir y dar un carácter de pertenencia a las personas...

Platón comienza a dar un uso a la música, en la enfermedad mental, para tratar los terrores y las fobias, así como siglos después Ficinio la recomienda para el tratamiento de la melancolía y ya en el siglo XVIII - XIX se le atribuyen efectos tanto calmantes, como armonizantes y estimulantes. (1,2)

Etapa Científica:

Emile Jacques Dalcroze, precursor de la musicoterapia, sostenía que el ser humano es susceptible de ser educado conforma al impulso de la música.

En distintos países se crean escuelas de musicoterapia y se usa como herramienta de trabajo para aumentar la confianza y la autoestima, mejorando la relación entre paciente y terapeuta, es tal la importancia que adquiere, la musicoterapia, que ha dado lugar a una profesión ampliamente reconocida.(1,2)

Psicólogos del desarrollo han demostrado fehacientemente que antes de la edad de un año, los bebés muestran una notable sensibilidad a la música. Éstas son habilidades de percepción

similar, en muchos aspectos, a las mostradas por los adultos. Los seres humanos parecen nacer con predisposiciones para el procesamiento de la música.

Estas habilidades musicales se desarrollan de forma espontánea, por simple exposición a la música, y de ahí que unido a la memoria, podamos trabajar con los ancianos con enfermedades mentales, estos ancianos tienen dificultades para relacionarse, expresar sus emociones, concentrarse y por los tratamientos que toman también presentan problemas psicomotrices alteración en la marcha, equilibrio e importantes temblores.

A criterio de la Federación Mundial de Musicoterapia (FMM), la musicoterapia es: “el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonidos, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar o promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”. (6,7)

Fundamentación anatómico - fisiología de la musicoterapia:

Los sonidos y con ello englobamos la música como: vibraciones con diferentes frecuencias, captadas y codificadas por el oído y transformadas en señales eléctricas conducidas a través del nervio auditivo hacia el sistema nervioso central. La información llega a la corteza auditiva localizada en la cara lateral de la corteza cerebral (lóbulo temporal). En esta área se recibe y analiza el estímulo auditivo, es decir, aquí oímos. Estas áreas se comunican con las secundarias, que permiten integrar grupos de estímulos acústicos presentados de manera simultánea y también de series consecutivas de sonidos de diferente tono y estructuras acústicas rítmicas. (3,8). Las señales eléctricas son, así, retransformadas en la corteza para dar una experiencia subjetiva de la música. Otras áreas, llamadas de asociación, tienen un papel importante en la integración, interpretación y almacenamiento de la información que reciben de los sistemas sensoriales, dentro de estas áreas de información al escuchar una música que permanece que hemos escuchado en algún momento de nuestra vida, ésta nos puede evocar a un lugar, una persona, un olor, una situación y dependiendo que vivencias tuviera en ese momento, la emoción que movilizaremos serán, de angustia, de alegría, de miedo, de ternura...

La región más anterior de la corteza cerebral (prefrontal) está en íntima comunicación con casi todas las zonas principales de la corteza cerebral y ejerce un papel decisivo en la formación de intenciones y programas, así como en la regulación y verificación de las formas más complejas de la conducta humana(3,5). Dentro de sus funciones es mantener la atención en un estímulo, e inhibir otros que no son relevantes en ese momento. Las áreas frontales permiten mantener la atención hacia la música y, junto con el sistema límbico, responder emocionalmente a ella.

Existen otras áreas sensoriales, aparte de la auditiva, como es el tacto, a través del cual se perciben las vibraciones, que llega a todos los órganos.

También existe la teoría de los hemisferios (4) y las emociones, el cerebro se divide en dos hemisferios, izquierdo y derecho, y cada uno procesa una información, esto también depende de si la persona es zurda o diestra, ya que esto nos marcará que hemisferio es el que hace cada función:

- El hemisferio izquierdo, en personas diestras, procesa información lingüística, matemática y lógica, y el hemisferio derecho, procesa información emocional, musical y espacial.

- Según otras investigaciones se ha puesto de manifiesto que, más que el contenido de la información, lo fundamental es la estrategia utilizada en la percepción, el procesamiento y la expresión de ésta. Así, el hemisferio izquierdo lleva a cabo un análisis lógico, secuencial, detallado y parcial de la información, mientras que el hemisferio derecho utiliza estrategias de tipo global y sintético.

Centrándonos más en lo concerniente a la música podemos decir que algunas investigaciones nos cuentan que:

- Estudios en personas normales han demostrado que el hemisferio derecho predomina en la percepción y expresión del timbre, los tonos, los acordes, la intensidad y la melodía musicales, así como de sonidos ambientales no verbales.
- Se han descubierto diferencias en la especialización hemisférica de la música entre músicos y no músicos, entre hombres y mujeres, entre zurdos y diestros, dependiendo de los requisitos y la complejidad de la tarea a realizar.
- Las lesiones del hemisferio derecho interfiere en el sentido del tiempo y la habilidad para percibir, reconocer o recordar tonos, volumen, timbre y melodía, así como con el cantar y el sentir placer al escuchar la música. El estudio de pacientes con daño en diferentes zonas y hemisferios del cerebro revela que la habilidad para detectar cambios en el tono depende de la región anterior del hemisferio derecho, mientras que para reconocer errores de ritmo y fraseo en piezas musicales familiares se requiere la actividad de los dos hemisferios. Por otra parte, la porción central del hemisferio izquierdo trabaja aspectos secuenciales del estímulo auditivo en general (4).

Por lo que en conclusión, estudios en personas con daño cerebral en cualquiera de los hemisferios revelaron que la percepción de la música emerge de la interrelación y la actividad de ambos lados del cerebro.

Al escuchar música se activan diversos centros repartidos por el cerebro incluidos centros que están involucrados en otro tipo de cognición. Sin embargo, nuestra respuesta a la música es extraordinariamente adaptable, bastan pocas horas de entrenamiento para modificarla.

Cambios que produce la música a nivel fisiológico:

Se producen una activación a nivel del sistema nervioso central, que se puede medir con el electroencefalograma, así como se modifica el frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presión sanguínea y otras funciones.

CONCLUSIONES

Como se ha podido ver con anterioridad, la música es una herramienta muy valiosa para trabajar con el paciente psiquiátrico, así como con otras patologías, pudiendo modificar desde el estado de ánimo, a su frecuencia respiratoria, cardiaca. Se ha aplicado en unidades de paliativos como música de ambiente a un volumen bajo, para que aun siendo casi imperceptible reduce la ansiedad tanto del paciente como de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benenson Rolando, La nueva Musicoterapia. Ed. Lumen. Pág. 77 a 80 y de 93 a 102.
2. Tillman, J. B., La música como medicina del alma. Ed. Paidós. Capítulo V. Pág. 241 a 291.
3. Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. Pain, Volume 112, Issue 1-2, Pages 197-203 J. Voss, M. Good, B. Yates, M. Baun, A. Thompson, M. Hertzog
4. Making non-fluent aphasics speak: sing along! Ame'lie Racette,1 Ce'line Bard2 and Isabelle Peretz1 doi:10.1093/brain/awl250 Brain (2006), 129, 2571-2584
5. Functional sex differences in human primary auditory cortex Liesbet Ruytjens & Janniko R.

- Georgiadis & Gert Holstege & Hero P. Wit & Frans W. J. Albers & Antoon T. M. Willemsen Eur J Nucl Med Mol Imaging (2007) 34:2073-2081//DOI 10.1007/s00259-007-0517-z
6. Bruscia, K. (1997). Definiendo Musicoterapia. Salamanca: Amarú.
 7. Apuntes de cátedra: Zimbardo, Ariel - Análisis de las definiciones de la Musicoterapia
 8. N. Németh Microcirugía de la música: las ideas y la filosofía paralelas a la microcirugía. (2007,27 (3) 155-7

REFLEXIÓN SOBRE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA

Carolina Miguel García, Carolina Arjona Rovira, Ainhoa Serrano Zurbitu, Shaila Herrero Díaz, María Laura Ocaña Notario, Isabel Navarri Ramos

*Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Maternoinfantil.
Escuela Universitaria de Enfermería. Campus de Bellvitge-Pavelló de Govern,
L'Hospitalet de Llobregat*

INTRODUCCIÓN

La Formación en la Especialidad de Enfermería de Salud Mental debe ser considerada como una parte fundamental en el desarrollo de ésta, sus programas formativos deben ajustarse a las necesidades del residente y dotarle al final de la etapa formativa de unas competencias para su desarrollo como profesional de la Salud Mental.

Si realizamos una revisión histórica obtenemos fechas significativas:

- 1987 RD de las Especialidades
- 1997 puesta en marcha de La Especialidad de Enfermería de Salud Mental
- 1999 se inicia en Catalunya (el Profesorado de la Unidad de Enfermería de Salud Mental lidera la puesta en marcha)

Recordaremos también como se obtiene acceso a cursar la Especialidad:

- Acceso a una plaza en formación como enfermera interna residente de salud mental mediante un examen a nivel estatal más una media del baremo académico y la experiencia profesional.

Y las características básicas de este periodo formativo:

- Formación
 - 1 año natural en régimen de residencia en Unidades Docentes
 - Rotaciones asistenciales por dispositivos (unidad de agudos, CSMA, Hospital de día, Centro de día, CSMIJ...)
 - Proyecto de Investigación
 - Formación troncal
 - (Formación específica) algunas unidades docentes mantienen convenios con la Universidad para garantizar una formación añadida a sus residentes.
- Las unidades docentes en Catalunya que tienen concertado convenio con la universidad de Barcelona son:
 - Benito menni, Complex asistencial en Salut Mental/ Escuela de Enfermería UB
 - CSUB Bellvitge/ Escuela de Enfermería UB
 - Serveis Asistencials Emili Mira/ Escuela de Enfermería UB
 - Corporació Sanitària Clínic/ Escuela de Enfermería UB
 - Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental/ Escuela de Enfermería UB

Sus Enfermeras/os internas/os residentes se benefician de:

- Recibir clases quincenales en la escuela de enfermería de la Universidad de Barcelona
- Acceder a los beneficios de ésta: carnet de la biblioteca, curso de búsqueda en bases de datos, posibilidad de lugar de reunión...
- Dirección y tutorización del Proyecto de Investigación desde el profesorado titular de la Universidad

- Realizar una experiencia docente con alumnos de 2º de enfermería en la asignatura de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental del 4º cuatrimestre de la Diplomatura.
- Asumir competencias transversales y específicas
- Una acercamiento al espacio EES (el residente se convierte en el centro del aprendizaje)
- Un desarrollo del aprendizaje reflexivo
- La Elaboración y tutorización de sesiones clínicas utilizando la Taxonomía NANDA y aplicando NOC y NIC...
- La Implantación continua de nuevas metodologías docentes (Portafolios, Diario de campo, ABP)
- Ayuda en la divulgación científica de los trabajos de las EIRs

Desarrollo:

Comparando la etapa formativa desde la visión como EIR a la visión de tutora asistencial se reflejan las mismas necesidades. Viendo el no reconocimiento de esta formación específica y la posible pérdida de ésta en futuras promociones se quería enfatizar su importancia en la formación del residente.

OBJETIVOS

- General:
 - Que el/la enfermer@ intern@ residente (EIR) se beneficie al recibir una formación específica.
- Específicos:
 - Que el/la EIR aumente su grado de conocimiento en Taxonomía enfermera
 - Que el/la EIR encuentre beneficios en la tutorización del Proyecto de Investigación

Para valorar si estos objetivos se cumplían pensamos realizar una encuesta a los EIRs 2008/2009 que reciben Formación específica en la Universidad de Barcelona, para evaluar si creían adecuada su inclusión en su programa formativo.

- Encuesta a las residentes de enfermería de Salud Mental 2008-2009
- F:\Encuesta.doc

RESULTADOS/CONCLUSIONES

Se aprecian resultados claramente satisfactorios respecto a la inclusión de la formación específica en la Especialidad de Enfermería de Salud Mental todo y con eso teniendo en cuenta que exinten actividades que en otras promociones se realizaron y en esta no, aun y así valoran la formación como positiva.

Dentro de la encuesta aparece una pregunta abierta: ¿ Que le añadirías a la formación como enfermer@ Especialista en Salud Mental? Y sus respuestas se engloban en:

- Más tiempo
- Más formación específica
 - Intervenciones de Enfermería, aplicaciones prácticas.
 - Metodología de Investigación

Esto nos lleva a reflexionar sobre cuál será el futuro de la formación específica, si esto repercutirá en la formación del residente y si las universidades obtendrán un reconocimiento.

ESTRÉS DE TRASLADO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN DE LA UNVERSIDAD DE HUELVA

Rafaela Camacho Bejarano, Eva Cayetano Matamoros, Francisca M^a. García Padilla, Margarita Rodríguez Pérez
Departamento de Enfermería. Campus de El Carmen. Universidad de Huelva
Francisca M^a. García Padilla
San Juan del Puerto, Huelva

INTRODUCCIÓN

El gran aumento de la población universitaria en los últimos años demuestra que el acceso a una carrera universitaria se ha convertido en la actualidad, en una prioridad para la mayoría de los jóvenes, y no tan jóvenes. En ocasiones, el acceso a estos estudios implica la necesidad de trasladarse a otra localidad diferente a la de origen, lo que supone un gran cambio en la vida de los estudiantes, que puede llegar a ser una gran fuente de estrés. En el caso del alumnado de la diplomatura de Enfermería, esta posible fuente de estrés se sumaría a la ya estudiada en otras investigaciones (Alves et al.,2007; Fernández et al.,2005) causada por la sobrecarga de esta enseñanza, y sobre todo por el impacto de su formación práctica (Antolín et al, 2007; Zupiria et al, 2006,2003; López et al, 2005; Benhunam et al, 2005). En concreto este trabajo está centrado en diagnóstico enfermero de la NANDA, Síndrome de Estrés de Traslado, valorándose su presencia en estudiantes de Enfermería. Investigaciones sobre esta temática en este alumnado o en el de otras titulaciones no han sido localizados en la amplia búsqueda bibliográfica realizada en diversas bases de datos: IME, CUIDATGE, CUIDEN Y ENFISPO. La NANDA define este síndrome como las "Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro", caracterizado por un traslado temporal o permanente, voluntario o involuntario, aumento de los síntomas o enfermedades físicas, dependencia, inseguridad, ansiedad, trastorno del sueño, preocupación, miedo... y relacionado con factores como: aislamiento de los familiares o amigos, falta de soporte adecuado del sistema o grupo, deterioro del estado de salud...

Los objetivos de este estudio son:

- Conocer la prevalencia del síndrome de estrés de traslado en el alumnado de Enfermería de nuevo ingreso en la Universidad de Huelva.
- Describir las manifestaciones más prevalentes de este síndrome en nuestra población de estudio.
- Relacionar este síndrome con variables sociodemográficas, de apoyo familiar y social, características de personalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de Prevalencia en el alumnado de nueva incorporación en la Escuela Universitaria (EUE) de Huelva al inicio del curso académico 2008/2009. La población de estudio la constituyeron todo el alumnado de primer curso de la diplomatura de Enfermería de la Universidad de Huelva (131 estudiantes).

Se recogió información relativa a la Autopercepción de salud y a variables sociodemográficas: edad, sexo, estudios previos, lugar de procedencia, tipo de residencia durante el curso, actividad laboral. La variable principal de estudio se ha medido valorando una dimensión relativa a las condiciones del traslado y la presencia de indicadores relacionados con el Estrés en

las tres últimas semanas previas a la encuestación (desde que comenzaron los estudios universitarios), puntuadas según aparece en la Tabla 1 y agrupadas en las siguientes 9 dimensiones:

- Cambios en el patrón del sueño.
- Cambios en el patrón de alimentación.
- Cambios en el patrón intestinal.
- Otras Manifestaciones relacionadas con el problema de estudio:
 - Dimensión Fisiológica
 - Dimensión Emocional
 - Dimensión Actitudinal
 - Dimensión Conductual
- Desapetencia para salir a actividades de recreo.

Indicadores	Pregunta	Respuestas	Puntuación			
TRASLADO		SI	1			MÍNIMO = 3 MÁXIMO = 4
		No	0			
TIPO TRASLADO DE		VOLUNTARIO	0			
		INVOLUNTARIO	1			
ACEPTACIÓN DE TRASLADO	CONTENTO/A	SI	0			
		NO	1			
PREOCCUPACIÓN TRASLADO		SI	1			
		NO	0			
	Cambio patrón sueño	De 1 a 5 cambios	De 1 a 5 puntos		MÍNIMO = 3	
		No cambios	reserñivamente			
Cambios alimentación		De 1 a 4 cambios	De 1 a 4 puntos		MÍNIMO = 2	
		No cambios	reserñivamente			
		Estreñimiento	1			
Cambios patrón intestinal		Diarrea	1		MÍNIMO = 2	
		No	0			
MANIFESTACIONES ASOCIADAS AL PROBLEMA DE ESTUDIO	Dimensión FISIOLÓGICA		Siempre	A veces	Nunca	MÍNIMO = 6 MÁXIMO = 10
		Agitación	2	1	0	
		Palpitaciones	2	1	0	
		Sudoración excesiva	2	1	0	
		Sequedad Bucal	2	1	0	
		Dificultad para Respirar	2	1	0	
		Tristeza	2	1	0	
		Soledad	2	1	0	
		Lloro con	2	1	0	
		Temor/Miedo	2	1	0	
	Dimensión EMOCIONAL	Preocupación	2	1		MÍNIMO = 6 MÁXIMO = 10
		Inseguridad	2	1	0	
		Dependencia	2	1	0	
		Baja autoestima	2	1	0	
	Dimensión ACTITUDINAL	Pesimismo	2	1	0	MÍNIMO = 6 MÁXIMO = 10
		Frustración	2	1	0	
		Fumo bebo en	2	1	0	
	Dimensión CONDUCTUAL	Como	2	1	0	MÍNIMO = 4 MÁXIMO = 4
		Como poco	2	1	0	
	CONCENTRACIÓN	Dificultad Concentración	2	1	0	MÍNIMO = 1
Te apetece menos salir	SI	1			MÍNIMO = 0 MÁXIMO = 0	
	No	0				
VALORES MÍNIMO Y MÁXIMO PARA LA CONSIDERACIÓN DE ESTRÉS EN ALUMNADO NC TRASLADADO= 28 Y 48						

TABLA 1. Valoración del Estrés de Traslado.

La puntuación mínima y máxima para la consideración del problema en el alumnado que se ha trasladado de domicilio para estudiar en la Universidad es de 31 y 52 puntos respectivamente. La inexistencia de instrumentos de valoración ha motivado la decisión de utilizar esta escala de valoración, a pesar de estar pendiente de validación, Hemos considerado que podía ser la forma más precisa de medir nuestro problema de estudio, según la bibliografía consultada y las características definitorias de los diagnósticos NANDA

En el alumnado trasladado además se han estudiado variables relativas al Apoyo Familiar recibido durante esta situación de cambio para el estudiante, y manifestaciones del Desarrollo Personal que pueden dificultar el afrontamiento de la nueva situación (Tabla 2)

		SI		NO	
		Frec absoluta	Frec. Relativa	Frec. Absoluta	Frec. Relati
APOYO SOCIAL	Relación adecuada con compañeros/as del nuevo domicilio	69	100%		
	Creación de nuevo círculo de amistades en la Universidad	68	98,6%	1	1,4%
	Existencia de familiares y/o amigos en el lugar de estudios	23	33,3%	46	66,7%
	Percepción del apoyo recibido	68	98,6%	1	1,4%
	Existencia de amistades con las que recrearse	64	92,8%	5	7,2%
	Contactos frecuentes con la familia y/o amistades	66	95,7%	3	4,3%
	Frecuencia de	1vez/semana	1 vez/15 días	1 vez/mes	Más de vez/mes
	relación directa con la familia	38,8%	34,3%	13,4%	13,4%
	Frecuencia de relación directa con amistades	31,74%	23,8%	26,98%	17,46%
DESARROLLO PERSONAL	Capacidad para manejarse bien con las tareas domésticas	Soy Incapaz	Necesito Ayuda muy a menudo	Casi no necesito ayuda	Soy totalmente independier
		2,9%	5,8%	37,7%	53,6%
	Cuando tienes un problema	Me vengo abajo y No puedo manejarlo	Me cuesta poner los medios para solucionarlo	Lo acepto aunque me cuesta solucionarlo	Lo acepto aunque me cuesta solucionarlo
		4,3%	14,5%	47,8%	33,3%
	En cuanto al Orden soy	Muy desordenado/a	Moderadamente desordenado/a	Moderadamente ordenado/a	Muy ordenado/a
		5,8%	24,6%	47,8%	21,7%
	Sentimiento de apego con los padres en cuanto a la toma de decisiones	SI		NO	
		63,8%		36,2%	
	Me considero	Extrovertido/a		Introvertido	
		73,52%		26,47%	
	Optimista		Pesimista		
	65,67%		34,32%		

TABLA 2 Indicadores para la valoración de las variables Apoyo Social y Desarrollo Personal en el alumnado Traslado. Distribución de frecuencias.

Toda la información se recogió mediante una encuesta presencial autoadministrada consistente en un cuestionario de 27 preguntas cerradas de respuesta múltiple y dicotómicas, y 4 preguntas abiertas. Previamente se sometió dicho cuestionario a una prueba de jueces y a un pilotaje, tras lo cual se realizaron algunas modificaciones para mejorar la comprensión y la valoración de las variables. La recogida de datos se llevó a cabo en la segunda semana de Octubre de 2008, al inicio de la sesión teórica de una de las asignaturas troncales de primer curso, tras la autorización del profesorado. Previamente se informó al alumnado del objetivo de la investigación, de la confidencialidad de los datos y de la voluntariedad en su cumplimentación.

El procesamiento informatizado de los datos se realizó con el programa SPSS v. 16, calculándose la frecuencia de la variable principal, así como las proporciones de todos sus indicadores. Para el análisis relacional se ha calculado Chi-cuadrado, o en su defecto el test de Fisher para un valor de $p < 0,05$, y ANOVA.

RESULTADOS

El porcentaje de respuesta fue del 84,7% (111 estudiantes). De éstos, el 62,2% (69 alumnos/as) han tenido que trasladarse de domicilio para poder iniciar sus estudios universitarios, frente al 37,8% (42 estudiantes) que tienen su domicilio habitual en Huelva o en pueblos cercanos a la ciudad.

De los 69 alumnos/as trasladados (AT) tan sólo uno (1,4%) alcanza 31 puntos según la escala de valoración de Estrés de Traslado (Tabla 1), al que se le podría atribuir esta etiqueta diagnóstica. Los 68 restantes obtienen una puntuación por debajo de este valor según esta distribución:

1-10 puntos	5,8% (4 estudiante)
11-20 puntos	47,8% (33 est.)
21-30 puntos	44,9% (31 est.)
> 30 puntos	1,4% (1 est.)

Realizando un análisis más pormenorizado de cada una de las 9 dimensiones estudiadas, la que parece más alterada en el total de los estudiantes es la relativa al patrón de sueño. El 91,9% de los estudiantes ha experimentado algún cambio en el patrón de sueño. Los cambios más relevantes son: reducción de las horas de sueño (60,4% de los estudiantes), sensación de cansancio al despertar (60,4%), despertarse varias veces en la noche (31,5%) y dificultad para conciliar el sueño (24,5%). De estos cambios en el patrón del sueño se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el AT y el ANT, en dos de ellas: es más frecuente en los AT despertarse varias veces en la noche (40,6%) y tener dificultad para conciliar el sueño (33,3%) que entre los ANT (16,7% y 9,5%, respectivamente) (Chi-cuadrado(X2)= 6,915, grado de libertad (gl)= 1, nivel de significación (p)<0,009; y X2= 8,040, gl=1, p<0,005)

La dimensión sobre el patrón de alimentación se mostró alterada en el 73,9% de los casos (92 estudiantes), siendo lo más frecuente por orden decreciente: tener más apetito (36%), haber perdido el apetito (22,5%) y comer a deshoras (18%). Igualmente se observaron diferencias significativas en esta dimensión, hallando un mayor porcentaje de ANT que dijo comer más a deshoras (28,6%) que AT (11,6%) (X2= 5,094, gl=1, p<0,024), sin embargo un mayor porcentaje de AT manifestó haber experimentado un aumento de apetito (44,9%) frente al ANT (21,4%) X2= 6,155, gl=1, p<0,012).

Respecto a la dimensión del patrón intestinal un menor porcentaje de alumnado muestra alteraciones (33,3%), siendo el cambio más frecuente el estreñimiento (en el 27,9%) y el menos frecuente la diarrea (5,4%). En esta dimensión no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de comparación.

La distribución de frecuencias de las Manifestaciones Asociadas al problema de estudio aparece en la Tabla 3.

			Siempre		A Veces		Nunca	
MANIFESTACIONES ASOCIADAS AL PROBLEMA DE ESTUDIO	Dimensión FISIOLÓGICA	Agitación	35	32,4 %	61	56,5%	12	11,1%
		Palpitaciones	4	3,6%	44	39,6%	61	55%
		Sudoración exc.	4	3,6%	29	26,1%	77	69,4%
		Sequedad Bucal	3	2,7%	39	35,1%	68	61,3%
		Dificultad para Respirar	1	0,9%	15	13,5%	94	84,7%
	Dimensión EMOCIONAL	Tristeza	9	8,3%	76	69,7%	24	22%
		Soledad	7	6,4%	54	49,1%	49	44,5%
		Lloro con facilidad	24	21,81%	42	38,18%	44	40%
		Temor/Miedo	12	11,1%	68	63%	28	25,9%
		Preocupación	53	48,2%	56	50,9%	1	0,9%
	Dimensión ACTITUDINAL	Inseguridad	24	21,8%	67	60,9%	19	17,3%
		Dependencia de algo o alguien	11	10,1%	59	60,9%	39	17,3%
		Baja autoestima	9	8,1%	64	57,7%	36	32,4%
		Pesimismo	14	12,7%	65	59,1%	31	28,2%
		Frustración	5	4,6%	62	56,9%	42	38,5%
	Dimensión CONDUCTUAL	Fumo bebo en Exceso	7	6,63%	20	18,18%	83	75,45%
		Como compulsivamente	12	10,9%	39	35,45%	59	53,63%
		Como poco	10	9,09%	47	42,72%	53	48,18%
	CONCENTRACIÓN	Dificultad Concentración	13	11,7%	82	73,9%	14	12,6%
	Te apetece menos salir		Si	51	46,36%			
		No	59	53,63%				

TABLA 3. Distribución de frecuencias de Manifestaciones Asociadas al problema de estudio en las tres últimas semanas previas a la recogida de datos.

En dicha tabla se observa dentro de la Dimensión Fisiológica, que la manifestación más frecuente en el 88,9% del alumnado es la Agitación, siendo destacable que un 32,4% de los estudiantes exprese que la presenta Siempre. Dentro de la Dimensión Emocional, el alumnado dijo presentar Siempre: Preocupación (48,2%) y Llanto fácil (21,81%); siendo también importante que un alto porcentaje de la población estudiada manifestara haber tenido A Veces: Tristeza (69,7%), Temor/Miedo (63%), Preocupación (50,9%) o Soledad (49,1%). Todos los indicadores de la dimensión Actitudinal se encuentran en porcentajes similares, siendo más elevados los valores en la frecuencia de A Veces. El 21,8% del alumnado dijo presentar Siempre Inseguridad.

Respecto a las conductas relativas a Hábitos tóxicos o de alimentación, lo más sobresaliente es el 42,72% del alumnado que dijo Comer Poco A Veces, seguido del 35,45% que con esa misma frecuencia Come Compulsivamente.

El 73,9% de los estudiantes manifestó tener Dificultad de concentración A veces, y al 46,36% le apeteció salir menos en esas últimas tres semanas.

Globalmente, tal y como se refleja en la Tabla 4, las dimensiones donde se observan diferencias estadísticamente significativas son: la Actitudinal ($F= 6,091$, $p < 0,15$) y la relativa a la Dificultad de Concentración ($F= 5,203$, $p < 0,02$).

En un análisis más detallado, comparando el comportamiento de cada uno de estos indicadores entre el AT y el ANT, se han observado diferencias significativas a favor de los trasladados en 4 de ellos: Tristeza, Soledad, Dependencia de algo o alguien y Frustración. Respecto a la tristeza el 79,7% de los AT manifestó sentirla A veces, frente al 52,5% del ANT ($X^2= 15,539$, $gl=2$, $p < 0,000$). El sentimiento de Soledad se presentó A veces para el 62,3% de

los AT, mientras que sólo afecta con esa frecuencia al 26,8% de los ANT ($X^2= 18,242$, $gl=2$, $p<0,000$). Lo más destacable del indicador de Dependencia de algo o alguien es la diferencia de porcentaje tanto en la opción de respuesta de A Veces y Nunca en los dos grupos de comparación. Para el 60,3% y 26,5% de los AT se presenta A veces y Nunca, respectivamente, mientras que para los ANT ocurre en el 43,9% y 51,2% de los casos ($X^2= 7,419$ $gl=2$, $p<0,024$). ($X^2= 5,094$, $gl=1$, $p<0,024$). Por último, en el indicador de frustración, la opción de Nunca se da en el 29,4% de los AT y en el 53,7% de los ANT ($X^2= 6,510$, $gl=2$, $p<0,039$).

Finalmente describir las variables recogidas únicamente del AT a la ciudad de Huelva para iniciar sus estudios universitarios, relativas a las Condiciones del Traslado, al Apoyo Social y a variables de Desarrollo Personal, estas últimas, factores importantes para el adecuado afrontamiento de la nueva situación.

En cuanto a las Condiciones del Traslado, en el 76,8% de los 69 AT fue Voluntario, y en el 21,7% Involuntario, el 75,4% de los mismos no estaba contento/a con la decisión de trasladarse, y el 75,4% sintió en algún momento preocupación por tener que trasladarse a Huelva para estudiar.

En cuanto a las Variables Apoyo Social y Desarrollo Personal, se observa en la Tabla 2, que en un alto porcentaje, el AT manifiesta mantener buenas relaciones con sus compañeros/as de piso o residencia (100%), ha creado un círculo de amistades entre los compañeros/as de la Universidad (98,6%), se sentía apoyados por su familiares y amistades (98,6%), mantenían contactos frecuentes con sus familiares y amistades (97,7%), y tenían amistades con las que compartir momentos de recreo y ocio (92,8%).

En un elevado porcentaje manifestaron tener capacidad para manejarse con las tareas domésticas (91,3%), ser adecuadamente ordenados/as (69,5%), tener características favorables a una adecuada adaptación ante los cambios como ser extrovertidos/as y optimistas (73,52% y 65,67%, respectivamente), y por último, el 63,8% manifestó sentirse apegado a sus padres en la toma de decisiones. En el estudio analítico de las relaciones de estas variables con la puntuación total en la escala de valoración, se obtuvo relación estadísticamente significativa en dos de ellas: Si el estudiante se considerado ordenado/a ($F= 1,739$, $p< 0,057$), y si se considera Extrovertido/ Introvertido/a ($F= 1,821$ $p> 0,043$). La media de puntuación es más elevada en los que se consideran más desordenados e introvertidos.

CONCLUSIONES

La Incidencia de estrés de Traslado es baja entre los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huelva en el curso académico 2008/2009. Sospechamos que esa incidencia podría haber sido más alta si se hubiera adelantado el momento de la recogida de datos al momento de la matriculación, ya que mucha de la problemática que puede ocasionar el estrés está relacionada con la adaptación a la nueva ciudad y los trámites previos a la incorporación a las clases (búsqueda de domicilio, presentación de documentación, ubicación espacial en la ciudad, manejo de los medios de transporte...). Manifestaciones verbales de algún alumnado afectado hacen declinarnos por esta afirmación, lo que podría tenerse en cuenta en futuras mediciones del problema.

Por otro lado, la no validación del instrumento genera la duda de haber infraestimado la incidencia del Estrés de Traslado. Aunque existen tests que miden estrés en estudiantes, están más centrados en estresores académicos que en factores propios del traslado, que es el objeto de esta investigación.

De lo anterior, se proyectan líneas futuras de investigación centradas en el proceso de validación del instrumento, y en el abordaje de este problema desde una perspectiva más cualitativa, a través de entrevistas en profundidad y grupos de discusión.

Siguiendo con el comentario de las limitaciones del estudio, mencionar que aunque la Tasa de respuesta es de 84,7%, realmente es mayor, dado que en el momento de la recogida de datos

no estaban incorporados la totalidad del alumnado (131), tan sólo 120, por lo que la tasa real de respuesta es del 92,5%. La frecuencia del estrés se habría modificado, pero se estarían introduciendo factores diferentes a los estudiados, derivadas de la incorporación tardía a la titulación

Las dimensiones más alteradas son : Sueño, Patrón de alimentación, Dificultad de concentración, Dimensión emocional, Actitudinal y la dimensión fisiológica. Y los indicadores en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas son:

- Despertarse varias veces en la noche.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Comer a deshoras.
- Aumento de apetito (relación inversa).
- Tristeza.
- Soledad.
- Dependencia de algo/alguien.
- Frustración.

Por último, comentar que el alumnado trasladado cuenta con buen apoyo social porque tienen una buena percepción del apoyo recibido, mantienen contactos frecuentes con su familia y amigos/as, afirman haber creado una nueva red social y además esta nueva red les permite recrearse. Asimismo el alumnado tiene características facilitadoras del proceso de adaptación: es optimista, ordenado y extrovertido. Todo ello posibilita unas buenas condiciones para la adaptación a la nueva situación, motivo que puede explicar la incidencia tan baja del problema.

Por último, resaltar como aspecto significativo el alto porcentaje de alumnado trasladado y de las consecuencias que un afrontamiento inefectivo de una situación de traslado podría llegar a tener entre los alumnos/as de una titulación, en este caso, entre los alumnos/as de Enfermería. Esta reflexión nos lleva a pensar que su abordaje debe ser una prioridad desde el punto de vista docente dada su posible repercusión en los estudiantes, a nivel personal, académico y social, sin mencionar la importancia de mantener un equilibrio emocional y una buena salud mental para afrontar los nuevos retos que la vida universitaria les plantea. Al mismo tiempo, nos hace considerar la necesidad de continuar monitorizando el tema y proponer en un futuro, si fuera necesario, una serie de intervenciones encaminadas a reducir estos niveles de estrés, que aunque no lleguen a los límites patológicos, no dejan de tener una repercusión negativa en el alumnado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alves Apóstol JL, Alves Rodrigues M, Pineda Olvera J. Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index Enferm.* 2007; primavera (56): 26-29
- Antolín Rodríguez R, Puialto Durán MJ, Moure Fernández ML, Quintero Antolín T. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enferm Global* 2007 Mayo (10): 1-11. Disponible en <http://www.um.es/ojs/ind>
- Benbunam Bentata B, Alfaya Góngora MM, Chorón Cohen S, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Roa Venegas JM. El impacto emotivo del hospital: Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. *ROL* 2005 28(10): 675-682
- Fernández Martínez ME, Rodríguez Borrego MA, Vázquez Casares A, Liébana Presa C, Fernández García D. Nivel de estrés en estudiantes de enfermería. Un estudio comparativo con otras titulaciones. *Rev Presencia.* 2007 jul-dic 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n2/24articulo.php>
- López Medina IM, Sánchez-Criado V, Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clín* 2005 15 (6): 307-14
- Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M, Huitzi Egileor X, Sanz Cascante X. Fuente de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enferm Clín* 2006 16(5): 231-237

- Zupiria Gorostidi X, Alberdi Erize MJ, Uranga Iturriotz MJ, Barandiaran Lasa M, Sanz Cascante X, Huizi Egileor X. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Enferm Cient* 2003 (258-259) Sep-Oct: 59-64
- Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* 2003 17(1): 37-51.

ENFERMERÍA: INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTO EN LA MEJORA DEL CUIDADO

Alicia Vega Recio, Teresa Quiros Estepa

Hospital de Día de Salud Mental. Hospital Comarcal San Agustín de Linares (Jaén)

INTRODUCCIÓN

A partir de la década de los setenta, con la reforma psiquiátrica, se produce una desinstitutionalización que ha ido cambiando los sistemas de atención a favor de los tratamientos ambulatorios (1).

Dentro de la filosofía de la salud mental comunitaria, surge la necesidad de crear un dispositivo asistencial que cubra las necesidades de atención del paciente con Trastorno Mental Grave (TMG), que no tiene criterio para el ingreso en la Unidad Hospitalización General (UHG) y precisan cuidados que no son posibles hacer en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

El Hospital de Día (HD) se define como un dispositivo asistencial de tratamiento activo del TMG (por tratamiento (ttº) activo entendemos la aplicación de ttº psicosociales: Psicoterapias, ttº rehabilitadores, terapia ocupacional, Educación Para la Salud (EPS)) para mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Dentro de la programación de actividades del HD, Enfermería tiene su propio espacio psicoeducativo, en el que se lleva a cabo un taller de psicoeducación de la enfermedad y otro de Educación para la Salud. También participa como coterapeuta en el programa de psicoeducación de familiares.

Teniendo en cuenta el modelo de enfermería de Hildergarde Peplau (Enfermera psiquiátrica por excelencia), debemos fijarnos en la evolución de las fases en la relación enfermera-paciente (Orientación, Identificación, Explotación, Resolución) y, como no, en las funciones que enfermería llega a desarrollar en su relación con el paciente (extraño, persona a quien recurrir, docente, conductor, sustituto, asesoramiento). Es, en la función docente, en la que nos basamos para desarrollar nuestros programas educativos, con el objetivo de conseguir el mayor grado de salud y crecimiento personal (2).

DESARROLLO

A la hora de desarrollar los programas educativos tenemos en cuenta los ocho criterios de Barlett, utilizando los modelos mixtos de enseñanza- aprendizaje (2), que en nuestro caso, se combina un método expositivo, seguido de un método de discusión (principalmente el torbellino de ideas), queriendo conseguir un feedback entre los pacientes, para obtener al fin las conclusiones de lo expuesto.

Ambos talleres tienen puntos en común, principalmente los basados en la metodología. Son sesiones formativas e interactivas, que constarán de:

Exposición teórica: breve, sencilla, concreta, con utilización de un lenguaje coloquial. Información adecuada y precisa.

Discusión grupal: coloquios sobre la exposición teórica, estimulando la participación activa de los miembros del grupo. Se animará o invitará a hablar a los pacientes realizando preguntas. El objetivo es que aporten experiencias personales relacionadas con las exposiciones teóricas.

En cuanto al desarrollo de las sesiones, en el caso de la primera sesión se presentará el programa. En las sesiones sucesivas se realizará una presentación, seguida de un resumen de la sesión anterior. Tras una pequeña introducción se llevará a cabo la metodología antes explicada. Es muy importante la moderación que se haga del grupo, debiendo saber corregir destacando siempre lo positivo.

Para facilitar la comprensión, se va a desarrollar los talleres psicoeducativos por separado.

Psicoeducación en pacientes psicóticos

Los objetivos generales de este taller son, desarrollar un rol más activo del paciente ante su enfermedad para provocar un cambio de actitud ante la misma, a la vez que proveer a los pacientes de una información actualizada y comprensible acerca de la esquizofrenia.

Este taller tiene una duración de cuatro meses, con una sesión semanal de sesenta minutos.

A la hora de evaluar a los pacientes antes y después del programa utilizamos las siguientes escalas: BPRS, DAI, y la escala de evaluación del insight.

Los contenidos los podemos dividir en cinco módulos:

Módulo I: ¿Qué es la esquizofrenia?

Módulo II: Modelo de Vulnerabilidad: Causas.

Módulo III: Medicación: Conocimientos y beneficios.

Módulo IV: Efectos secundarios de la medicación.

Módulo V: Estigmatización de la enfermedad.

Programa de Educación para la Salud

El objetivo general de este taller Informar y educar al paciente sobre la importancia de adquirir y mantener hábitos de vida saludable. Tratando de enseñar a los pacientes a conocer y valorar los cuidados orientados a favorecer su estado de bienestar, capacitándolos para que la toma de decisiones sobre su salud sea correcta.

La duración de este taller es de tres meses, con una sesión semanal de sesenta minutos.

La evaluación en este taller es diferente, al comienzo se hace la entrevista de autocuidados y se pasa el LSP (cuestionario de perfil de habilidades de la vida cotidiana: autocuidados y vida autónoma). Al finalizar todo el contenido del taller, se vuelve a pasar el LSP. Es importante tener en cuenta, que cada módulo del presente taller, tiene una hoja de evaluación de contenidos de elaboración propia, que nos sirve como feedback para retomar los conceptos que no se han fijado correctamente.

Los diferentes módulos del programa son:

Módulo I: Alimentación y dieta equilibrada.

Módulo II: Ejercicio físico.

Módulo III: Hábitos de higiene. Higiene buco-dental. Higiene del sueño.

Módulo IV: Conductas de riesgo. Tabaco. Sexualidad.

Es muy importante señalar que el taller de autocuidados se realiza en coordinación con terapia ocupacional. Ya que éstos refuerzan, en un grupo inmediatamente posterior trabajando en murales los contenidos de la sesión, para terminar de fijar los conceptos (3).

CONCLUSIÓN

Por todo lo anterior, consideramos al HD un lugar óptimo para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Siendo la enfermera, uno de los pilares básicos de este tratamiento, en continua adaptación a los cambios que surjan en la vida del usuario. Tenemos, en la enfermera docente, una herramienta fundamental en el cambio de los constructos mentales y, consecuentemente, en las conductas de los pacientes de salud mental. Siempre, encaminadas estas conductas a conseguir mejores niveles de calidad de vida (3).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 5ª Edición. Barcelona. Ediciones MASSON.2005.
- (2) Pérez Santana, J.M., González de la Higuera Guzmán, C. ATS/DUE Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Editorial MAD.2007.
- (3) J. Fornés. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid. Editorial Panamericana 2005.

HISTORIA DIGITAL EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SISMA FRENTE A DIRAYA)

José Aguza Rincón, Martín David Toledano García, Carmen Díaz Hatero
*Unidad de Salud Mental Comunitaria de Montilla. Córdoba Usmc de Montilla -
Centro de Salud.*

Pretendemos con esta breve comunicación, realizar una escueta visión personal de dos modelos administrativos de Historias Clínicas para Andalucía.

Hace algo más de una década, que para Salud Mental se diseñó un programa específico llamado SISMA (Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía), para la recogida de datos que apoyase y facilitase el trabajo con las historias tradicionales en papel y donde todos los profesionales recogiesen sus actividades e intervenciones clínicas.

Frente a este programa específico de Salud Mental, en 2005 se pone en funcionamiento DIRAYA; un nuevo, costosísimo y ambicioso programa de Historia Digital de Salud única (que terminaría con los tradicionales soportes de papel). Dicho programa, pretende recoger toda la información de salud de cada ciudadano (andaluz): un sistema de citas centralizado, receta electrónica (Receta XXI) o la gestión del sistema sanitario.

La situación actual de los sistemas de información no es homogénea, con diferencias territoriales y por modalidad de dispositivos.

De estos dos modelos haremos una breve exposición, pretendiendo mostrar las ventajas e inconvenientes de tan pretenciosas propuestas.

Empezaremos por el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), programa en vigor actualmente en la Comunidad Andaluza y amenazado de extinción a favor de DIRAYA.

La mayoría de las Unidades de Salud Mental Comunitarias mantienen abierta su agenda en SISMA de la totalidad de profesionales y sus actividades, incluyendo la citación para las primeras consultas provenientes de Atención Primaria para facultativos, paralelamente a las derivaciones por DIRAYA.

SISMA es un programa que gestiona la totalidad de actividades de todos los profesionales de las Unidades de Salud Mental Comunitarias (antiguos Equipos), así como de las Unidades de Salud Mental Infante-Juvenil (USMI-J), exportando los indicadores de todos los dispositivos y remitiéndolos a los diferentes niveles de la organización, a diferencia de lo que hoy puede recoger DIRAYA.

SISMA es un programa específico que tiene un amplio rodaje y varias revisiones, modificaciones y correcciones, que hacen que las actuales versiones recojan multitud de indicadores, actividades y códigos de diagnósticos totalmente actualizados: CIE-10 frente al CIE-9 de DIRAYA (lo que actualmente les hace incompatibles entre otros muchos datos).

SISMA es un programa eficiente, ampliamente desarrollado y testado que presenta entre otros parámetros, PACIENTES, AGENDAS, ACTIVIDADES y GRUPOS con todos los profesionales implicados.

Recoge amplia información del origen de la derivación (médico, centro, fechas de consultas, informes, altas, etc.), gestión del paciente (citas, datos administrativos, familiares, clínicos, actividades, ocupación, etc.), gestión de grupos (tanto de profesionales participantes, como pacientes, actividades, fechas, horas, etc.) y las agendas de cada profesional en las que se programa la totalidad de actividades diarias desarrolladas como citas, reuniones internas o externas, consultas telefónicas, evaluaciones, orientaciones, rehabilitación, visitas domiciliarias, interconsultas, formación, etc. En definitiva, recoge la totalidad de actividades asistenciales, no asistenciales y administrativas.

Por el contrario, DIRAYA, desde el principio ha presentado una serie de problemas, caídas del sistema y falta de reconocimiento de la mayoría de profesionales, lo que suponen un rechazo importante, además de la enorme pérdida de tiempo y datos.

Para empezar, hay que reconocer que DIRAYA (como siempre ha venido pasando en Salud Mental) no tuvo en cuenta las peculiaridades de esta especialidad y sus programas, lo que supuso los problemas de incompatibilidad e inaccesibilidad actuales con Enfermería Psiquiátrica.

El proyecto DIRAYA, según la propia Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, supuso inicialmente la inversión directa de 60 millones de euros (10 mil millones de pesetas) y la intervención de más de 30 empresas y 500 profesiones, que aún hoy siguen parcheando el programa por sus innumerables fallos, pretendiendo hacerlo totalmente operativo y corregido en Atención Primaria para finales de 2010, a pesar de haber iniciado su rodaje en 2005 y experimentalmente en algunas provincias y distritos en 2003.

Como hemos dicho anteriormente, el programa adolece de continuas caídas del sistema, lo que enlentece enormemente la labor de los facultativos, pérdida de tiempo para introducir datos o recetar ciertos productos.

La ambiciosa idea de historia única es una utopía que ni siquiera en Andalucía hoy es posible, menos aún a nivel del Estado español.

Es inadmisibile que se pierda más tiempo en teclear cifras que realizar una actividad sanitaria, máxime en el inexistente campo de la Enfermería Psiquiátrica.

También hay que reconocer su inseguridad, dado que es posible acceder a datos, si bien es cierta la imposibilidad de modificarlos incluso a veces para el propio médico o enfermero.

Por otra parte, la dotación de recursos y sistemas de información en Enfermería de Salud Mental, con las nuevas redes de Atención Comunitaria en relación a las necesidades de población son claramente insatisfactorias.

La calidad, equidad y eficiencia, lejos de lo que se pretende recoger en las intencionadas cifras de indicadores o la ocultación de otros, se hacen cada vez más deficientes.

La calidad de las prestaciones se ve perjudicada por el malestar y el desánimo profesional, ya que se viene produciendo una sobresaturación de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, con una deficiencia de recursos humanos, la ignorancia de existencia y capacidad de algunos profesionales como el Auxiliar Psiquiátrico (categoría profesional de la rama sanitaria de FP 1, dentro de Enfermería creada en 1983 y hecha desaparecer a principios de la década del 2000).

Podemos concluir, diciendo que el programa SISMA sigue siendo una excelente herramienta de trabajo en Salud Mental de apoyo a la tradicional historia de papel, suficientemente probado y evaluado, cuyo mantenimiento debe ser asegurado aún a pesar de la implantación de DIRAYA y como base de datos para consultas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bases para la Reforma Psiquiátrica en Andalucía.
- Manual de Instrucciones de SISMA.
- Apuntes del II Congreso Andaluz de Salud Mental sobre Evaluación y Sistemas de Información de Pablo García-Cubillana.
- DIRAYA: Historia Digital de Salud Única
- Ponencia de Germán Pacheco sobre “La Enfermería en Salud Mental: Proyectos de Futuro en el Sistema Nacional de Salud”.
- Conferencia de Carlos Dueñas sobre “La Reforma inacabada. Andalucía”.

EL USO DE SISTEMAS ESTANDARIZADOS EN LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS NANDA

Montse Bernad Alacid

Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El uso de lenguajes y cuidados enfermeros estandarizados, es una práctica cada vez más extendida en nuestra profesión.

Estos sistemas estandarizados constituyen un medio de gestión de la información clínica referente a los cuidados, así como una nueva aportación de evidencia científica a nuestro trabajo.

Las enfermeras utilizamos un proceso de toma de decisiones para determinar un diagnóstico enfermero, proyectar un resultado deseado y escoger intervenciones para conseguir el resultado deseado.

Los sistemas estandarizados y sus interrelaciones sólo son guías: la enfermera debe evaluar continuamente la situación y ajustar los diagnósticos, resultados e intervenciones para adaptarlos a las necesidades únicas de cada uno de los pacientes.

El primer juicio que debe realizar la enfermera es determinar el diagnóstico enfermero. Existe un acuerdo general respecto a que antes de determinar el diagnóstico enfermero debe realizarse la valoración y la obtención de la historia del paciente.

La valoración es un instrumento fundamental en el proceso de atención de enfermería: constituye la fase individual y personalizada del proceso, aporta toda la información sobre el estado de salud del paciente y permite al profesional determinar el diagnóstico enfermero que condicionará la elección de los resultados esperados y de las intervenciones que se llevarán a cabo. La valoración forma por tanto la base del plan de cuidados.

En nuestro centro de trabajo, los centros asistenciales Dr. Emili Mira i López, iniciamos hace un año un proyecto de elaboración de planes de cuidados estandarizados, basándonos en las patologías más frecuentes en cada uno de nuestros programas.

Este proyecto está siendo elaborado por un grupo de enfermeras expertas en planes de cuidados, con representatividad de cada uno de los programas; y liderado por mí como responsable de cuidados encargada del desarrollo y mejora de todo lo relacionado con planes de cuidados.

Un grupo de enfermeras expertas en investigación está dando soporte en todo el proceso, mediante la revisión de evidencia científica disponible, y mediante la recogida y análisis de todos los datos generados en el proceso de elaboración y puesta en marcha del proyecto.

Nuestra apuesta en este proyecto ha sido la utilización en cada uno de nuestros documentos de las taxonomías NANDA-NIC-NOC, como sistemas estandarizados de lenguaje enfermero.

El proyecto incluye tres fases, y la primera de ellas ha consistido en la elaboración de una nueva valoración de enfermería.

OBJETIVOS

Elaborar una nueva valoración de enfermería que permita la inclusión de la parte individualizada y personal de cada paciente al plan de cuidados estandarizado.

Disminuir al máximo el riesgo de error a la hora de establecer el diagnóstico enfermero.

DESARROLLO

En una fase previa a la elaboración de la valoración, iniciamos un periodo de discusión, que nos permitió decidir en base a qué criterios debíamos estructurar los ítems de la valoración.

Nuestro punto de partida eran las dos valoraciones que estábamos utilizando en nuestro hospital: una valoración estructurada según el modelo de Virginia Henderson utilizada en los programas de agudos, rehabilitación, trastornos cognitivos y cronicidad; y una valoración estructurada según los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizada en el programa de atención comunitaria de salud mental.

Tras la revisión de la evidencia científica disponible, y basándonos en los objetivos planteados para la elaboración de la valoración, optamos por estructurar ésta, en base a los 13 dominios de la taxonomía diagnóstica NANDA.

La justificación de esta decisión viene dada por la prioridad que hemos dado a la valoración como instrumento de recogida de datos que facilite la identificación exacta de los problemas del paciente que nos lleve a formular unos diagnósticos enfermeros precisos.

Esta estructura, no niega el papel específico que el modelo conceptual de Virginia Henderson, que es el utilizado en nuestro hospital, pueda tener en la planificación y ejecución del plan de cuidados estandarizado.

El primer criterio que establecimos como prioritario a tener en cuenta en la elaboración de la valoración fue la inclusión de ítems que recogieran datos objetivos y subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la perspectiva del paciente sobre situaciones, sentimientos, ideas sobre sí mismo y el estado de salud personal. Los datos objetivos incluyen observaciones, signos, hallazgos derivados de pruebas diagnósticas y de la exploración física.

La segunda premisa que hemos tenido en cuenta es la de que la valoración facilite la identificación de las características definitorias de los diagnósticos enfermeros más prevalentes en cada uno de los programas de nuestro centro, así como las variables o factores que influyen en el diagnóstico, es decir, los factores relacionados que se combinan con las características definitorias para formular el diagnóstico.

Una vez sentadas las bases y criterios de la valoración, se elaboró un primer borrador, que fue presentado a todos los enfermeros del centro, con el fin de que éstos aportaran las modificaciones y sugerencias que consideraran oportunas al nuevo documento.

Un segundo paso fue la realización de valoraciones por pares, es decir, un mismo paciente fue valorado por dos enfermeros diferentes, con el objetivo de establecer, si se llegaba al mismo diagnóstico enfermero independientemente del profesional que realizara la valoración. Esta premisa, nos ha permitido hacer una primera validación del documento.

En una tercera fase se ha revisado de nuevo la valoración por parte del grupo de enfermeras expertas. En esta fase se han adecuado cada uno de los ítems de la valoración a las características definitorias y a los posibles factores relacionados de los diagnósticos. Así, ítem a ítem y diagnóstico a diagnóstico hemos ido comprobando, que la valoración contenga los elementos necesarios para llegar a cada uno de los diagnósticos.

La valoración incluye asimismo, una primera hoja de recogida de datos mínimos del paciente, la valoración inicial realizada por la enfermera del servicio de urgencias y todas las escalas de medición utilizadas en cada uno de los programas.

Por último, hemos dedicado un tiempo final a organizar la estructura de la valoración al formato informático que tendrá el documento y que permitirá establecer una primera propuesta de posibles diagnósticos enfermeros, que la enfermera deberá validar.

Es en este punto del proceso cuando la enfermera podrá personalizar y adecuar los diagnósticos, resultados e intervenciones plasmados en el plan de cuidados estandarizado a las necesidades únicas de cada paciente.

La monitorización y el seguimiento de las variaciones producidas en cada uno de los planes de cuidados estandarizados, nos permitirá establecer las modificaciones necesarias a cada uno de ellos.

CONCLUSIONES

La nueva valoración de enfermería constituye un instrumento válido y homogéneo que facilitará la toma de decisiones sobre los cuidados y nos permitirá asegurar la aplicación del nivel científico adecuado.

La utilización de sistemas estandarizados en la práctica enfermera, permite unificar criterios y terminologías y por tanto disminuye la variabilidad clínica de los cuidados que prestamos.

Su uso debe estar ligado siempre a la premisa imprescindible de la inclusión de la parte individualizada de cada paciente como ser humano único y diferente al resto de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2007-2008, Madrid: Elsevier; 2007
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4ª edición Madrid: Elsevier Mosby; 2005
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 3ª edición Madrid: Elsevier Mosby; 2005
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC, 2ª edición Madrid: Harcourt Mosby; 2004
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Colegios de Enfermería. Proyecto NIPE: normalización de las intervenciones para la práctica de enfermería, Madrid: 2002
- Escuela Universitaria Sant Joan de Deu. Apuntes curso postgrado "Equipo transdisciplinar en las trayectorias clínicas", Barcelona: 2004
- VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Resultados, gestión y liderazgo, Granada: 2006
- Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Jonson, 4ª edición Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000

INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RISPERIDONA INYECTABLE

Ana Sánchez Sánchez, M^a. José Jiménez Liria, Judit Bonilla Ramón, Fuensanta Lóopez Pérez, M^a. Isabel Jiménez Liria

Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería. El Ejido. Almería

INTRODUCCIÓN

En este estudio pretendemos observar como los factores tanto internos como externos influyen en los pacientes a los cuales se les realiza una contención mecánica.

La contención mecánica se utiliza con el propósito de controlar acciones del paciente, limitando sus movimientos. Debe considerarse el último recurso para controlar las conductas que suponen un alto riesgo para el paciente, el resto de pacientes y los profesionales.

OBJETIVOS

- Identificar las amenazas ofrecidas por el entorno con respecto a la contención mecánica.
- Identificar las oportunidades que nos vienen dadas para reducir las horas de contención.
- Identificar debilidades del ESM de La EPHPO en la utilización de la contención mecánica.
- Identificar las fortalezas del equipo para evitar o reducir la contención mecánica.

METODOLOGÍA

Se va a realizar con una herramienta para la gestión del cambio, mediante análisis DAFO en el que han participado todo un equipo multidisciplinar. En el que van a establecer una serie de estrategias para poder llevar a cabo el cambio.

RESULTADOS

El paciente tendrá menos horas de contención mecánica como resultado de las distintas áreas de mejora obtenidas de dicho análisis.

CONCLUSIONES

Según la investigación realizada se lograra conseguir disminuir las horas de contención mecánica de los pacientes mejorando así su calidad durante la estancia en nuestra unidad. Ya que mediante esta metodología vamos a establecer estrategias de reorientación, cuadrante de futuro, estrategias ofensivas y estrategias de supervivencia.

NUEVOS ENTORNOS TELEMÁTICOS PARA PROMOCIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES SOBRE LA SALUD MENTAL

Teresa Magal Royo, Ana García Laborda, Salvador Prefasi Gomar1, Francisco Garde, Guillermo Peris Fajarnes

Centro de Investigación en Tecnologías Gráficas, Universidad Politécnica de Valencia

Area Salud Mental del Hospital San Francisco de Borja. Gandía. Valencia

Centro de Salud Mental de Parla. Madrid

ABSTRACT

El avance de las TIC en el ámbito de la Salud Mental en España se halla en la actualidad en plena efervescencia debido al desarrollo de nuevos escenarios digitales orientados sobre todo a la divulgación de contenidos. Pero existe mucho camino por recorrer debido a que no se ha desarrollado suficientemente herramientas telemáticas de última generación que potencien la Sociedad del Conocimiento en el ámbito de la enfermería en la capacitación formativa de este sector. Una primera incursión sobre la problemática de adaptación al medio telemático en lo referente a la divulgación de contenidos digitales es la plataforma web para la promoción de contenidos sobre la Salud Mental de la Comunidad Valenciana es una iniciativa organizada por el Area de Salud Mental del Hospital San Francisco de Borja que pretende servir al usuario como referente para la consulta y gestión de la información digital de las últimas novedades a nivel nacional en el campo de la investigación y la asistencia.

Keywords: Salud Mental, Plataformas digitales, contenidos digitales, interfaces orientados a usuarios.

RESUMEN

El Centro de Investigación en Tecnologías Gráficas y la Asociación para la Investigación Sanitaria de la Safor (AISSA), están desarrollando una plataforma telemática on-line sobre la Salud Mental de la Comunidad Valenciana que intentará potenciar y transmitir contenidos sobre las enfermedades relacionadas con la Salud Mental, desde el conocimiento aportado por AISSA, y el Hospital San Francisco de Borja de Gandía. La plataforma pretende ser un instrumento dinámico que ayude al personal directa o indirectamente involucrados en el cuidado de personas con trastornos mentales, a disponer de un entorno colaborativo para el intercambio de experiencias y transmisión de conocimientos.

La plataforma está subvencionada por el Plan Avanza Contenidos del Ministerio de Industria, Turismo y comercio con una duración de un año y tiene como asesores reconocidos a Ana García Laborda, miembro de la Comisión Nacional de Enfermería de Salud Mental.

El objetivo principal del proyecto es desarrollar una herramienta telemática on-line que promueva el conocimiento de las enfermedades relacionadas con la Salud mental en el ámbito de la Comunidad Valenciana a través del desarrollo de contenidos digitales de alto impacto social.

Los objetivos específicos por tanto serán:

- Dar a conocer al público en general las enfermedades mentales relacionadas con la Salud Mental.
- Difundir y mostrar los avances científicos y tecnológicos aplicados en el ámbito de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana.

- Crear herramientas de colaboración que permitan el desarrollo de foros, acceso a información específica, etc... como herramienta de comunicación y difusión de las principales investigaciones llevadas a cabo.
- Contribuir a la promoción y prevención de la Salud Mental.
- Fomentar la comunicación entre las asociaciones relacionadas con la Salud Mental de manera regional, nacional e internacional.
- Desarrollar programas piloto de seguimiento de la enfermedad a nivel terapéutico.

Actualmente, la plataforma dispone de un acceso libre a los contenidos divulgativos desarrollados por AISSA, que pueden ser consultados por cualquier internauta. Existen no obstante, espacios especializados para cada uno de los perfiles desarrollados exclusivamente para la plataforma que van desde un área para pacientes y familiares, un área para personal sanitario relacionado y dirigida a investigadores.

La aplicación permite a usuarios especializados, previamente acreditados, aportar información documental relacionada con cada una de las grandes áreas que ofrece la investigación de la Salud Mental.

Asimismo, existe una agenda virtual que permitirá al usuario acceder a los eventos más importantes a nivel nacional sobre la Salud Mental y sobre temas médicos relacionados.

A través de la herramienta colaborativa de los foros, creados y desarrollados por los propios usuarios, se crearán espacios comunicativos enfocados a facilitar la información general y específica sobre los temas que puedan afectar al ciudadano y a sus familiares, así como servir de canal divulgativos entre los colectivos sanitarios más importantes en España.

La plataforma está subvencionada por el Plan Avanza Contenidos del Ministerio de Industria, Turismo y comercio. Cumple la normativa más estricta de accesibilidad telemática (nivel AAA según la W3C) en su máximo nivel, lo cual permitirá estar adaptada a la normativa vigente según el Plan 2006-2010 para el desarrollo de la Sociedad de la Información y de convergencia con Europa, entre Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas, según el Plan Avanza, aprobado por el Gobierno en noviembre de 2005.

TÉCNICAS ORIENTALES Y EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Gómez Moratilla, Elisa; Pajares González-Gallego, Oscar; Garcés Gómez, Ana M^a.; Sánchez Gómez, Elena; Martín García, Cristina; Aparicio Lopez, Susana.

Unidad de psiquiatría Hospital de Fuenlabrada MADRID.

INTRODUCCIÓN

La filosofía oriental se va introduciendo de manera progresiva en nuestra vida occidental. El Tai Chi, el yoga, la longevidad o el Chi-Kung son un grupo de actividades que cumplen una función terapéutica eficaz a la hora de la prevención de enfermedades y en el control de las mismas consiguiendo así fortalecer la salud a través de una mayor comprensión de la unidad del cuerpo y el espíritu. Los pacientes tienden a buscar y utilizar estas terapias complementarias debido a los efectos adversos que produce la medicación, a su falta de respuesta o simplemente como complemento.

Los beneficios de estas técnicas se consiguen por medio de una práctica continuada que conlleva un progresivo equilibrio psicossomático, una mayor armonía con uno mismo y con el entorno, permitiendo así disminuir o paliar los desequilibrios del ambiente estresante en el cual vivimos.

El Tai Chi tiene como meta el llegar a un equilibrio perfecto entre cuerpo y mente a través de la realización de una serie de movimientos armónicos, circulares, suaves, dinámicos y fluidos que van acompañados de las miradas y de la respiración. Esta técnica engloba otras en ella como el Tai Chi Chuan, el Tai Chi Jian (o Tai Chi con espada), El Tui Shou (o empuje de manos, parte mas marcial), el Chi Kung (Qi Gong, arte de la energía), sistema de longevidad (movimientos muy suaves especialmente orientados a los problemas físicos propios de la vejez), sistema de masaje ocular (ejercicios para proporcionar descanso y salud a la vista), y otras.

Este tipo de disciplinas nos ayudan de forma eficaz a equilibrar nuestro cuerpo con nuestra mente ayudando a acabar con el estrés y también a disminuir la sintomatología de enfermedades crónicas tanto físicas como mentales.

Existe numerosa bibliografía centrada en el uso de este tipo de terapias de forma complementaria a tratamientos médicos habituales. Podemos encontrar cuantiosos estudios relativos a la relación de terapias orientales y enfermedades físicas, pero no tantos relacionando estas prácticas con patologías mentales.

Uno de ellos realizado en Canadá en el 2001 situó la prevalencia del 7,8% de empleo de estas terapias en pacientes diagnosticados de depresión mayor (1). Otro estudio australiano de 2004, señaló los beneficios de la aplicación de estrategias de autoayuda, que incluyen terapias alternativas, como complemento en la depresión (2).

Algunos trabajos encontraron efectos positivos del Tai Chi al reducir los síntomas depresivos en relación con pacientes no tratados también con diagnóstico de depresión, pero estos datos pueden considerarse subjetivos debido a la ausencia de un grupo control que realizara otro tipo de ejercicio (3).

Basándose en un concepto "bio-psico-social" de Salud, el estudio de Chow Y et al. estudió los efectos de esta práctica en pacientes con trastornos por ansiedad como medio de analizar los beneficios de esta técnica para que pudiera ser considerada como una alternativa a la cada vez mas elevada demanda de terapias no farmacológicas (4).

Otros trabajos se dedicaron al estudio de los efectos de la práctica del yoga en pacientes con esquizofrenia, obteniendo como resultados que los pacientes que se beneficiaron de esta terapia tuvieron significativamente menos síntomas psicopatológicos que aquellos pertenecientes al grupo control así como una clara mejoría funcional, social y de calidad de vida (5).

Hay estudios que relacionaron la práctica del Chi Kung en pacientes mayores diagnosticados de depresión. Los resultados fueron positivos encontrando en los participantes una mejoría en el estado de ánimo, y un autosenimiento de apreciarse mejor. (6).

En otros casos los trabajos se centraron en tratar de determinar los beneficios del yoga en pacientes diagnosticados de TOC encontrando como resultados que esta técnica conseguía reducir en un 25% y hasta un 50% la toma de medicación, e incluso eliminarla en aquellos pacientes que consiguieron concluir el estudio (7).

En nuestro presente estudio trataremos de describir nuestra experiencia en el uso de las técnicas orientales y la participación en ellas del paciente psiquiátrico durante su estancia en la unidad de agudos.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue la descripción del tipo de pacientes que decidieron participar en la terapia de técnicas orientales en comparación con aquellos que no quisieron hacerlo en la Unidad de Agudos de nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo.

Tipo de pacientes

Pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital de Fuenlabrada independientemente a su patología psiquiátrica. Todo enfermo ingresado fue invitado a participar aunque no obligado a ello, independientemente de su rango de edad o estado físico consecuente al deterioro de su patología mental.

Tipo de intervención

Se realizó sesiones de Tai Chi, Chi Kung o Longevidad 1 o 2 veces por semana donde los pacientes fueron introducidos y entrenados en la práctica de estas técnicas durante 5 meses.

Se comenzó con 10 minutos de calentamiento, 20-25 minutos de práctica y 5 minutos de respiraciones y relajación. Se evaluó el grado de participación, la edad y patología del paciente, y el sexo; comparándose con los pacientes que renunciaron a participar.

RESULTADOS

Se analizaron los datos durante 5 meses consecutivos. Durante este periodo de tiempo un 47,99% de los enfermos participaron en las actividades y un 52,03% renunció a ello.

El número de pacientes diarios participantes fue de 6,84 +/- 2,64 y el de no participantes 7,42 +/- 2,58.

En cuanto a la distribución por edades en el grupo de participantes un 33,17% tenía menos de 35 años frente a un 66,83% que presentaba edad mayor a los 35. En el grupo de los no participantes la distribución por edades fue muy similar; un 31,58% presentaba menos de 35 años frente a un 68,42% que tenía más de 35 años.

Tampoco se observó diferencias en la distribución por sexos. Así un 54,95% de los participantes eran varones frente a un 45,05% de mujeres. Frente a la proporción varones-mujeres en el grupo no participante (51,82%/48,18% respectivamente).

En cuanto al tipo de patologías psiquiátricas en el grupo participante un 35,04% estaban diagnosticados de Trastorno Psicótico o Esquizofrénico; un 28,29% de Trastorno maniaco, un 23,02% de trastorno de personalidad y un 13,63% de Trastorno Depresivo. En el grupo de no participantes un 43,02% presentaba Trastorno Psicótico o Esquizofrénico; un 31,73% Trastorno de Personalidad; un 13,67% Trastorno Maníaco y un 11,55% Trastorno Depresivo.

CONCLUSIONES

No existen diferencias entre sexos de grupo de participantes y no participantes.

No existe diferencia entre la edad en grupo de participantes y no participantes.

En ambos grupos el trastorno Psiquiátrico más frecuente fue el Trastorno Psicótico Esquizofrénico con un mayor predominio en el grupo de no participantes. Así mismo, el Trastorno de personalidad fue más frecuente en el grupo de no participantes (31,73 vs 23,02) y el Trastorno Maníaco fue más frecuente en el grupo participante (28,29 vs 13,67) que en el grupo no participante. El Trastorno Depresivo fue el menos frecuente de ambos grupos. Observamos que los pacientes con Trastornos Maníacos son más proclives a participar en estas actividades frente al grupo de Trastornos de Personalidad que habitualmente no suelen acudir a ellas, si bien se necesitaría más estudios prospectivos que confirmasen este hecho.

El objetivo de futuros estudios será el identificar cuáles son los efectos beneficiosos que produce nuestra intervención en la unidad con las técnicas orientales en los pacientes ingresados y si esta intervención disminuye la necesidad de toma de medicación y los efectos negativos de la medicación psiquiátrica, mejora la sensación de bienestar de nuestros pacientes tanto física como socialmente, así como determinar cual de las terapias realizadas es la más efectiva y demandada por los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Wang J, Patten JB, Russell HL. Alternative medicine use by individuals with major depression. *Can. J. Psychiatry* 2001; 46: 528-533.
- (2) Jorm AF, Griffiths KM, Christensem H, Parslow RA, Rogers B. Actions taken to cope with depression at different levels of severity: a community survey. *Psychol. Med.* 2004; 34: 293-299.
- (3) Chou KL, Lee PW, Yu EC, Macfarlane D, Cheng YH, Chan SS, Chi I. Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Int. J. Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 1105-1107.
- (4) Chow YW, Tsang HW. Biopsychosocial effects of qigong as a mindful exercise for people with anxiety disorders: a speculative review. *J. Altern. Complement. Med.* 2007; 13(8): 831-839.
- (5) Dureiswamy G, Thirthalli J, Nagendra HR, Gangadher BN. Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia-a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr. Scand.* 2007; 116(3): 226-232.
- (6) Tseng HW, Fung KM, Chan AS, Lee G, Chan F. Effect of a qigong exercise programme on elderly with depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2006; 21(9): 890-897.
- (7) Shannahoff-Khalsa DS, Beckett LR. Clinical case report: efficacy of yogic techniques in the treatment of obsessive compulsive disorders. *Int. J. Neurosci.* 1996; 85 (1-2): 1-17.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL. VEINTIDÓS AÑOS DESPUES

Susana Valle Rico, Josefa Moreno Martínez, Pilar Tienda Carril, M^a. Francisca Serrano Prieto, Carmen Mora Sánchez, M^a. Dolores García Aranda.

Hopital Provincial-Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba

INTRODUCCIÓN

En 1985 se inicia la Reforma Psiquiátrica en España, en Andalucía en 1984. Como primera medida, en 1986, la Ley General de Sanidad integra la Salud Mental en el Sistema General de Salud, garantizando el derecho de los enfermos mentales, en tanto que ciudadanos, a acceder a unos servicios de Salud Mental integrados en el resto de las prestaciones sanitarias de carácter público, universal y gratuito. Este año comienza a desarrollarse la red psiquiátrica asistencial.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica o Unidades de Agudos, hoy Unidades de Hospitalización de Salud Mental, son de los primeros dispositivos asistenciales que se crean. Ubicadas en Hospitales Generales, con características adecuadas a la hospitalización de enfermos mentales.

Veintidós años han pasado y aunque somos una unidad de hospitalización más, no siempre sentimos que la asistencia psiquiátrica realmente este integrada en el hospital, cuando después de tantos años no son consideradas de tanta importancia las necesidades de los enfermos mentales, por no ser iguales a las de otros enfermos hospitalizados en otras especialidades, resultando agotador pedir una y otra vez las mismas cosas que no llegan, o lo hacen tarde y con demasiada burocracia.

En las unidades de hospitalización enfermeras y auxiliares forman el bloque básico de cuidadoras/es y acompañantes a los enfermos ingresados, lo que incluye los cuidados, observación, asesoramiento y canal de comunicación hacia otros miembros del equipo. Son los profesionales que permanecen junto al enfermo las veinticuatro horas del día, todos los días de la semana. Este hecho nos hace más conscientes de las necesidades reales de los enfermos y de las dificultades que cada día tienen y tenemos para la satisfacción de las mismas.

DESARROLLO

Funciones de enfermería en el ingreso en la UHSM

- 1.- Recepción y acogida: se presentan al enfermo y su familia el personal de enfermería.
- 2.- Alojamiento: se le acompaña a la habitación y se le muestra la unidad.
- 3.- Chequeo de seguridad inicial: se le da el pijama del hospital y se le acompaña mientras se cambia de ropa para evitar que esconda objetos potencialmente peligrosos.
- 4.- Normas de funcionamiento: se le explican las normas de funcionamiento de la unidad al enfermo y se le entrega hoja informativa a los familiares.
- 5.- Custodia de pertenencias: si viene acompañado por un familiar se le entrega ropa y pertenencias, si viene solo se le recoge ropa y objetos personales, si trae dinero u objetos de valor se guardarán en caja fuerte, registrando todo lo custodiado en libro de incidencias y evolución de enfermería.
- 6.- Identificación del enfermo: se le pone pulsera identificación emitida por servicio de admisión.

Todas estas medidas están incluidas en el Protocolo de acogida de la UHSM

- 7.- Historia clínica: la enfermera es la encargada de abrir la historia clínica y en la hoja de evolución de enfermería registra las reacciones del enfermo durante el ingreso, hora y motivo de ingreso, interrelación con la familia si lo acompaña, estado mental, grado de higiene, arreglo personal, estado nutricional, adaptación a la unidad tras el ingreso.

En las primeras 24 h se realiza la valoración del enfermo y se elabora un plan individualizado de cuidados.

Durante la hospitalización y en cada turno se anotará en la hoja de evolución de enfermería todo tipo de incidencias y conductas del enfermo.

Dificultades:

- No disponemos de un espacio adecuado para guardar la ropa del enfermo y resto de pertenencias del mismo.
- La ropa que trae el enfermo en numerosas ocasiones esta en un estado higiénico lamentable y no se puede enviar a la lavandería para que este en condiciones adecuadas cuando se vaya de alta.
- La caja fuerte esta en la secretaria de la unidad y solo se puede acceder a ella de lunes a viernes de 8h a 15h. El hospital no dispone de caja fuerte, los objetos de valor se llevan al Hospital General, situado a unos 500m, y si durante la hospitalización o al alta de un enfermo que no tenga autonomía para ir solo, necesita sus pertenencias, a nadie corresponde ir a recogerlas. Se las dan al enfermo presentando su DNI, que no pocas veces no sabe ni dónde lo tiene.
- Durante la hospitalización, el objetivo de enfermería se centra en prestar cuidados para satisfacer las necesidades fundamentales del enfermo. Seguimos el modelo de V. Henderson y de las catorce necesidades nos detendremos en las más significativas en Salud Mental y más concretamente durante la hospitalización.

ALIMENTACIÓN-HIDRATACIÓN

- Procurar que el enfermo acuda al comedor en las comidas, donde estará presente el personal de enfermería, supervisando y ayudando al enfermo si es necesario.
- Evitar que coma entre comidas.
- Fomentar la normalización de las conductas y hábitos alimentarios.
- Procurar ambiente limpio y agradable en el comedor.
- Animar al enfermo a tomar líquidos con regularidad.
- Control de la ingesta y registro.
- En caso de toma de IMAO, asegurar una dieta adecuada.
- En enfermos con litio evitar dieta sin sal.
- Administración de nutrición enteral y parenteral.

Dificultades:

- Con frecuencia tenemos enfermos que necesitan más cantidad de alimentos de los que vienen en el menú. No hemos conseguido después de diferentes gestiones que traigan además de las bandejas individuales, más platos y/o bandejas de primero y segundo plato o algún suplemento. Pedimos dos menús más y nos vamos arreglando.
- Los enfermos no eligen el menú como en el resto de la hospitalización y se quejan de que el menú es repetitivo sobre todo en cena. Pedimos cambios pero seguimos igual.

MOVILIZACIÓN

- Valorar capacidades físicas y cognitivas del enfermo, así como las conductas y factores que afectan al riesgo de caída.
- Evitar que el enfermo este encamado.
- Suministrar material necesario para la deambulacion para que sea lo más independiente posible.
- Dar paseos con el enfermo si es necesario.
- Insistirle en que debe pedir ayuda al personal para evitar caídas.
- Registro de caídas.

Dificultades:

- En el hospital hay un registro de caídas y un estudio posterior.
- Durante años hemos registrado las causas de las caídas, en un porcentaje significativo son ocasionadas por suelos resbaladizos y cúmulos de agua en los cuartos de baño.

REPOSO-SUEÑO

- Observar y registrar esquema y nº. de horas de sueño.
- Promover la comodidad al acostarse, temperatura y luz de la habitación, ropa de cama adecuada, evitar ruidos.
- Evitar sueño diurno con entretenimientos de su agrado.
- Administración de medicación pautada por el médico.

Dificultades:

- La unidad tiene diecisiete años y tenemos desde el principio los mismos problemas de climatización, calor en verano y frío en invierno.

HIGIENE-PIEL Y VESTIDO-ACICALAMIENTO

- La satisfacción de esta necesidad es muy importante en el enfermo mental ya que debido a su patología tienen tendencia al abandono de la higiene y el arreglo personal.
- A través de la satisfacción de esta necesidad mejoramos la autoestima y autoimagen del enfermo, así mismo se establece una relación que estimula el proceso de enseñanza-aprendizaje y le ayuda a expresar sus preocupaciones y percepciones.

ACTIVIDADES

- Valorar la capacidad del enfermo para ejercer su autocuidado y grado de dependencia del personal.
- Instaurar rutina: ducha diaria, higiene de la boca, afeitado...
- Facilitar todo el material necesario: pijama, toalla, gel, champú, peine...
- Estimular y ayudar si es necesario al arreglo personal.
- Incluir cuidados perineales, genitales, de los pies, oídos y ojos.

Dificultades:

- Dificultad para regular la temperatura del agua de las duchas.
- Problemas de drenaje del agua en los cuartos de baño.
- Falta de baño acondicionado para el aseo dependiente.
- Falta de material para aseo y arreglo personal: pasta de dientes, desodorante, colonia, ropa interior, pinzas, crema y/o tiras para depilar, zapatillas adecuadas...
- El barbero afeita dos o tres veces por semana y no corta el pelo.

SEGURIDAD

- Proporcionar ambiente estructurado y sereno que de seguridad.
- Velar por la seguridad del entorno, específicamente por la de los enfermos que más lo necesitan y tomar medidas para evitar lesiones.
- Vigilancia de los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Contención psíquica mediante la intervención psicológica que estimule la capacidad de pensar y verbalizar los impulsos agresivos.
- Poner límite a las conductas manipuladoras.
- Control de visitas recibidas y llamadas telefónicas para recoger información sobre los enfermos.
- En turno de noche se efectúan rondas con una periodicidad mínima de dos horas.

- Asegurar cumplimiento de normas.
- Realizar cómputo de n°. de enfermos en cada turno.
- Asegurar toma de tratamiento.
- Comprobar la autorización para salidas fuera de la unidad.
- En caso de situación de agresividad o agitación aplicar protocolo de contención
Identificar conductas sexuales inadecuadas haciendo ver al enfermo la razón de que su conducta sexual sea inaceptable y las consecuencias de realizarla y poner límites si es necesario.
- En la UHSM del H.U. Reina Sofía tenemos Protocolos de prevención de conductas sexuales, prevención de suicidios y para la contención física.

Dificultades:

- El entorno, además del deterioro, adolece de medidas de seguridad adecuadas. Los techos son de fácil acceso a tuberías y conducciones eléctricas, enchufes de acceso directo por parte del enfermo, diseño inadecuado de cuartos de baño... pero están haciendo una unidad nueva.
- Respecto a la contención, actualmente disponemos de personal de seguridad en la puerta de la unidad, para algunos de sus miembros aún no está clara su función, ocasionando situaciones de riesgo para el enfermo y el personal.

COMUNICACIÓN

- Evitar aislamiento en la habitación.
- Invitar a la participación en conversaciones y actividades con otros enfermos.
- Estimular relación con el personal y otros enfermos.
- Facilitar las visitas
- Determinar las preferencias del enfermo en cuanto a visitas, limitando tiempo y n°. según normas de la unidad.
- Facilitar visita de menores fuera de la unidad si tiene autorizada salida.
- Facilitar contacto telefónico siempre que sea posible.
- Registrar incidencias durante la visita y relación o parentesco con el enfermo.

Dificultades:

El único teléfono del que disponemos es el del control de enfermería.

OCIO–ACTIVIDADES RECREATIVAS

Dificultades:

- No disponemos de un espacio al aire libre.
- El material de juegos de mesa y manualidades se deteriora con más rapidez que se reponen.
- No contamos con terapeuta ocupacional ni monitores para la puesta en marcha de un programa de actividades adecuado.

ALTA HOSPITALARIA

- La enfermera es la encargada de comunicar a la familia el alta del enfermo.
- Se le entregan al enfermo y/o familiar los informes médico y de enfermería aclarando dudas al respecto, haciendo hincapié en la toma de tratamiento, cita en el ECSM y cuidados que debe de continuar en su domicilio.
- Se le entregan al enfermo todos los objetos personales custodiados.
- Cerrar historia clínica y enviar a través de secretaría al archivo del hospital.

Dificultades:

- Localizar a la familia en muchos casos es una labor ingente.
- La noticia no siempre es acogida con agrado y/o comprensión por parte de la familia, por lo que debes cargarte de paciencia e improvisar numerosos argumentos, a veces logramos convencer, otras forzar.
- En ocasiones el enfermo se va de alta con ropa que lleva el personal de su casa o con el pijama o ambas cosas, por no disponer de otra ropa o porque la suya no está para ponérsela o la hemos tenido que tirar.
- Enfermos que al alta no van a su domicilio sino a Centros Específicos para su patología o Residencias de ancianos y no tienen familia para acompañarlos en el traslado en ambulancia, no se contempla en ninguna norma del hospital que deban ir acompañados de personal, lo que a nuestro parecer en algunas ocasiones supone un riesgo para el enfermo.

CONCLUSIONES

- Valorar necesidades, realizar diagnósticos, planificar cuidados y no disponer de medios suficientes, a nuestro entender tan sencillos, es muy frustrante después de tantos años de integración.
- Ya tenemos ordenadores para los registros, pero en ellos no se puede registrar la realidad cotidiana del enfermo mental hospitalizado.
- El personal de enfermería, además de ser canal de comunicación con el resto de profesionales, debe de serlo con la sociedad de la que las personas con trastorno mental forman parte.

BIBLIOGRAFÍA

- McCloskei, J.C., Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª edición. Elsevier Science. Madrid 2002.
- Servicio de Psiquiatría y Toxicología- H. Provincial Nª Sª de Gracia- Zaragoza. Apuntes de Enfermería Psiquiátrica.
- Ley 9/84 de creación del I.A.S.A.M. BOJA de 3 de Julio de 1984.
- Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril de 1986. BOE de 29 de abril de 1986.

DÉJANOS AYUDARTE

Benita Casquero Anca, Begoña Otero Prieto, María del Carmen Rey Chans, María Josefa Bilbao Mendizabal, María Dolores Sierra Ramirez, Itziar Ureta Arana
Unidad de Psiquiatría. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

INTRODUCCIÓN

Déjanos ayudarte, podemos conseguirlo entre todos a través de las diversas actividades de enfermería de nuestro hospital de día.

Estas actividades son:

- Grupo post-alta
- Comedor terapéutico
- Grupo de la unidad de primeros episodios psicóticos (UPEP)
- Otros cuidados específicos de enfermería

OBJETIVOS

- Prestar cuidados a los pacientes en régimen ambulatorio.
- Potenciar la conciencia de enfermedad.
- Realizar actividades psico-educativas.
- Reforzar las pautas de actuación establecidas durante su ingreso en la unidad.
- Evitar ingresos y/o recaídas.
- Servir de enlace con su centro de salud mental (CSM).

DESARROLLO

GRUPO POST-ALTA

- Se realiza de lunes a viernes con una hora de duración.
- El grupo es abierto y heterogéneo.
- Tiene una capacidad máxima para 15 personas, sin límite de tiempo.
- Los pacientes proceden de nuestra unidad de agudos, del servicio de urgencias de nuestro hospital o derivados del CSM.
- El grupo lo dirige un psiquiatra con la colaboración de: un psicólogo, un médico residente (MIR) y una enfermera.

El papel de la enfermera en este grupo consiste en:

- Establecer una relación terapéutica a través de la comunicación.
- Ayudar a manejar las emociones.
- Trabajar la conciencia de enfermedad.
- Enseñar habilidades sociales.
- Detectar posibles recaídas.
- Administrar medicación.
- Mantener contacto con su familia.

COMEDOR TERAPÉUTICO

- Se realiza de lunes a viernes con una duración de dos horas.
- El grupo es abierto y homogéneo.
- Con una capacidad máxima para 6 personas, sin límite de tiempo.
- Su procedencia es de nuestra unidad de agudos, del CSM o del servicio de endocrinología.

- La responsable es una enfermera que cuenta con el apoyo de un psiquiatra, psicólogo y endocrino.

El trabajo de enfermería consiste en:

- CONTROL DE INGESTA
 - Introducción de nuevos alimentos.
 - Dieta variada y equilibrada.
 - Normas sobre hábitos alimenticios.
 - Control de peso.
- DESARROLLO DE LA SOCIALIZACIÓN
 - Animar a participar en la conversación.
 - Potenciar y fomentar las actividades lúdicas.
 - Enseñar a comer acompañado.
- MANEJO DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES
 - Ayudar a entender y afrontar las reacciones emocionales.
 - Establecer límites ante la falta de control de impulsos de forma empática.

GRUPO UPEP

- Se realiza un día a la semana con una hora de duración.
- El grupo es cerrado y homogéneo.
- Con una capacidad máxima para 8 personas, con límite de tiempo (cuando se acaba el ciclo de sesiones se forma un nuevo grupo).
- Su procedencia es de la unidad de agudos.
- El responsable es un psiquiatra, colaboran con él un MIR, una neuropsicóloga y una enfermera.

La labor de la enfermera está dirigida a pacientes y familiares.

- PACIENTES
 - Trabajar la conciencia de enfermedad.
 - Ayudar a manejar la ansiedad.
 - Potenciar su autoestima para favorecer la relación interpersonal.
 - Aconsejar sobre la importancia de la toma de medicación, las posibles consecuencias de su abandono, así como de sus efectos secundarios.
 - Informar de los recursos sociales existentes.
- FAMILIA
 - Ofrecer apoyo emocional.
 - Ayudarles a tomar conciencia de la existencia de un problema real.
 - Recoger sus preocupaciones y angustias mediante la escucha activa.

OTROS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA

- Administración de medicación oral y/o intramuscular, para asegurarse la adhesión al tratamiento en pacientes con riesgo de abandono.
- Extracción de sangre para controlar valores sanguíneos tras la toma de medicación (ejemplo: leponex, litio, etc.) ó recogida de orina para saber si ha habido consumo de tóxicos.

CONCLUSIONES

- Labor psicoeducativa enfocada al nivel del conocimiento y comprensión del paciente. Explicar los efectos secundarios de la medicación y la importancia de no abandonar el tratamiento. Ayudar a mostrar conductas adecuadas y a pedir ayuda.
- Establecer pautas y actividades en la actividad de la vida diaria.
- Favorecer las relaciones sociales. Ayudar a que el paciente adquiera conciencia de enfermedad y pueda expresar sus sentimientos y emociones a través de la comunicación, favoreciendo la relación interpersonal.
- Evitar recaídas y/o ingresos.
- Promover que la familia exprese los sentimientos que le produce la conducta del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Congresos de Enfermería de Salud Mental. Comunicaciones orales: Experiencia primer año grupo psicoeducativo (2003). Abordaje emocional en el comedor terapéutico (2006), Grupo buenos días (2008).
- Zatzlawick Paul, Helmick Beavin Janet y D. Jackson Don; "Teoría de la comunicación humana".
- Morrison, Fundamentos de enfermería en salud mental.
- O' Brien, Kennedy y Ballard, Enfermería psiquiátrica.

EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS: UN RETO

Nuria Grive Isern, Alfredo Jiménez Gorospe, Joseba Portu Zapirain, Rafael Hernández Palacios, Edorta Elizagarate Zabala, Esperanza Barrera Martínez
Unidad de Psicosis Refractaria. Hospital Psiquiátrico de Álava. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza. Servicio de Medicina Interna. Hospital Txagorritxu Vitoria-Gasteiz. Osakidetza.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del VHC es significativamente más alta en individuos con alcoholismo, drogadicción intravenosa, abuso de sustancias y en personas con trastornos mentales. La prevalencia en pacientes psiquiátricos oscila entre el 6,8-8,5% (1), y en un 25% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen el VHC (2).

La incidencia de la hepatitis C en individuos con enfermedades mentales severas es 11 veces mayor que en la población general. Es preciso tener en cuenta que, sin tratamiento adecuado la hepatitis C evoluciona en un 80% de los casos en hepatitis crónica y de los cuales un 20% llegan a desarrollar una cirrosis.

En estos pacientes es particularmente frecuente la trimorbilidad (toxicomanías, enfermedad psiquiátrica, infección por el VHC y quizás infección por el virus de la inmunodeficiencia humana)

La alta prevalencia de la infección por el VHC en pacientes con enfermedad mental es multifactorial, ya que tienen más conductas de alto riesgo como son por ejemplo drogadicción intravenosa y compartir material de consumo.

Por otra parte, el tratamiento de la hepatitis C con interferón se asocia a efectos adversos neuropsiquiátricos, más frecuentemente depresión pero también ansiedad, suicidios, manía y psicosis, mayor irritabilidad. Incluso en el Consenso del tratamiento del VHC en 1997 contraindicaban el tratamiento con interferón a pacientes con trastornos mentales preexistentes (episodio depresivo mayor), abuso de opiáceos en activo o con terapia sustitutiva (Metadona) y consumo de sustancias tóxicas, así como intentos de suicidio previos. Además se atribuyó a esos pacientes mayores tasas de abandono y peor adherencia al tratamiento

Como consecuencia, la mayoría de los pacientes con antecedentes psiquiátricos han sido excluidos del tratamiento del VHC. El 75% de los pacientes excluidos del tratamiento tienen comorbilidad psiquiátrica (3).

Sin embargo, los argumentos para excluir estos pacientes no provienen de estudios prospectivos ni de ensayos clínicos controlados que hayan incluido pacientes con antecedentes de abuso de sustancias ni con enfermedades psiquiátricas (4,5).

Por ello, hay una necesidad creciente de desarrollar estrategias efectivas para incrementar la proporción de pacientes con coexistencia de VHC y enfermedad psiquiátrica que se les ofrecen y completan el tratamiento. En la Conferencia de Consenso del 2002 se consideró que las decisiones sean individuales y se hagan esfuerzos para tratar a estos pacientes (6). Más recientemente, se ha alertado de la discriminación que supone para diferentes colectivos de enfermos el continuar limitando las opciones de tratamiento (4).

La colaboración de los servicios sanitarios médicos y de Salud Mental ha demostrado ser altamente efectivo en campos como la infección VIH, tuberculosis, alcoholismo y también hay experiencias muy prometedoras en el tratamiento del VHC (7).

DESARROLLO

En junio 2007 se ha iniciado un Programa Multidisciplinar médico/psiquiátrico de Tratamiento del VHC en pacientes con enfermedades psiquiátricas severas ingresados en el

Hospital Psiquiátrico de Araba o controlados en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria.

En ese programa es fundamental el papel de la enfermera de Salud Mental para asegurar la adherencia al tratamiento, los controles analíticos, supervisión y monitorización de la evolución psiquiátrica del paciente en tratamiento y la coordinación de los diferentes servicios.

Hasta marzo del 2009 la muestra se compone de 8 sujetos con edad media de 40 años. El 62,5% presentan genotipos 1-4 (que responden peor al tratamiento). El 28,5% están en grado F4 (cirrosis hepática) en la prueba del Fibroscan. 1 sujeto (n=12,5%) además tenía coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Las enfermedades psiquiátricas, según la CIE-10, eran trastornos mentales orgánicos en el 12,5% (n=1); esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en el 75% (n=6); trastornos afectivos el 37,5% (n=3); trastornos de la personalidad y del comportamiento el 37,5% (n=3).

La respuesta al tratamiento ha sido la siguiente: 1 sujeto ha tenido respuesta viral sostenida (RVS); 1 recaída de genotipo 3 y RVS del genotipo 2; 2 con respuesta al final del tratamiento, pendientes del resultado a los 6 meses; y 4 se encuentran en tratamiento.

Destacar que no ha habido efectos adversos significativos que hayan motivado la suspensión del tratamiento en ninguno de los casos.

CONCLUSIONES

- 1) Los enfermos psiquiátricos también se benefician del tratamiento del VHC.
- 2) Es imprescindible el trabajo multidisciplinar para:
 - No discriminar a pacientes subsidiarios de tratamiento.
 - Poder reducir y tratar los efectos adversos psiquiátricos.
 - Asegurar una correcta adherencia al tratamiento y finalización del mismo.
- 3) El papel de la enfermera de Salud Mental adquiere relevancia por:
 - Capacidad de observación y control para detección precoz de síntomas de descompensación mental.
 - Mediadora con el equipo multidisciplinar.
 - Trabajo, especialmente, en la adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Dinwiddie SH, Shicher L, Newman T et al. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:172-174.
- 2) McHutchinson JG. Handbook of management issues in hepatitis C infection. London, United Kingdom. Science Press. 2004. pp49-52, 63- 67.
- 3) Yawn BP, Gazzuola L, Wollan P. 10 year trends in the diagnosis and treatment of hepatitis C and concomitant mental health disorders: 1995 to 2005. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:349-354.
- 4) Brian E, Karen S, Lorvick J et al. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Engl J Med* 2001;345:211-214.
- 5) Schaefer M, Hinzpeter A, Mohmand A, Janssen G, Pich M, Schwaiger M, Sarkar R, Friebe A, Heinz A, Kluschke M, Ziemer M, Gutsche , Weich V, Halangk J, Berg T. Hepatitis C treatment in “difficult to treat” psychiatric patients with pegylated interferon alpha and ribavirin: response and psychiatric side effects. *Hepatology* 2007;46:991-998.
- 6) National Institutes of Health. National Institutes of Health Consensus Conference Statement: Management of hepatitis C: 2002-June 10-12, 2002. *Hepatology*. 2002;36 (suppl 1):S3-S20. NIH Consensus State-of-the-Science Statement. Available at: <http://consensus.nih.gov/2002/2002HepatitisC2002116html.htm>
- 7) Knott A, Dieperink E, Willenbring M, Heit S, Durfee J, Wingert M, Johnson J, Thuras P, Ho S. Integrated psychiatric/medical care in a chronic hepatitis C Clinic: effect on antiviral treatment evaluation and outcomes. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2254-2262.

Este trabajo está financiado parcialmente por CajaVitalKutxa

TALLER DE SALUD, MEJORANDO LA HIGIENE Y EL ACICALAMIENTO

Prado González Carvajal

U.H.B. Psiquiatría. Hospital Univ. "12 de Octubre". Madrid

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital universitario "12 de Octubre" se han diseñado diferentes actividades grupales con la finalidad de mejorar la normalización de las personas en ella ingresan.

Dentro de estas actividades grupales se encuentra el Taller de Salud, que pretende que los enfermos adquieran o mejoren hábitos de vida saludable. Dentro de los comportamientos para una vida más sana se encuentra el potenciar o desarrollar hábitos de higiene, por eso existe un taller para el autocuidado en la higiene y el acicalamiento personal

El trabajo que presentamos a este congreso, pretende mostrar el diseño de una actividad grupal sobre los hábitos higiénicos. Actividad que en breve se empezara a realizar con los enfermos ingresados en nuestra unidad.

Dentro de los comportamientos de una vida saludable se encuentra el mantener en la vida diaria unos adecuados hábitos higiénicos.

Es alto el porcentaje de enfermos que ingresan en nuestra unidad con un déficit en el autocuidado: baño/higiene y en el vestido/acicalamiento. Este dato es conocido por la información obtenida en la recogida de datos que hace el Auxiliar de Enfermería al ingreso del paciente. Todo enfermo al ingreso es valorado por el Auxiliar de Enfermería con respecto a las Actividades de la Vida Diaria (índice Barthel)

En la unidad de hospitalización breve de psiquiatría, entre las responsabilidades que tiene el Auxiliar de Enfermería, se encuentra el cubrir las necesidades alteradas relacionadas con la higiene y el acicalamiento personal.

Por ello se planteó el programar una actividad grupal de Educación para la Salud que potencie hábitos de higiene y acicalamiento saludables. Actividad que fuera dirigida por Auxiliares de Enfermería.

El taller "mejorando la higiene y el acicalamiento", es una actividad destinada a ofrecer una Educación para la Salud, entendida como una combinación de experiencias que facilitan comportamientos de vida más saludables

AMBITO DE APLICACIÓN

Esta actividad esta dirigida a enfermos ingresados en la UHB psiquiatría que tengan prescrita dicha actividad por el médico y/o la enfermera, y que no interfieran el buen desarrollo de la misma

OBJETIVOS

Se pretende que los participantes se planteen la necesidad de cuidar su aspecto personal como elemento importante para su satisfacción personal y su interrelación con los demás. Además de reforzar las medidas de higiene básicas, y detectar las consecuencias de la falta de higiene.

Objetivos específicos para la persona, los enfermos deben:

1. Adquirir hábitos de higiene personal
2. Reconocer las ventajas de mantener una higiene y acicalamiento adecuado y los inconvenientes de no hacerlo

3. Desarrollar habilidades para:
 - a. El baño/ducha
 - b. Higiene de diferentes partes corporales
 - c. Higiene bucal
 - d. Cuidado del cabello, uñas, pies, etc
4. Adquirir hábitos de buen uso en:
 - a. Ropa
 - b. Ropa interior
 - c. Calzado

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

- Selección del tema a tratar, en función de los enfermos ingresados. Se seleccionará un único tema por día
- Animar y persuadir a los enfermos a acudir al taller.
- Saludo - recibimiento (El personal debe tomar la iniciativa realizando un saludo cordial y realizando una introducción motivadora al taller)
- Unos minutos iniciales para desbloquear
- Se hace una breve introducción del tema a tratar
- Los participantes reciben unos cuestionarios que deben rellenar, en el que se plantean cuestiones relacionadas con el tema del día y sus hábitos con respecto al mismo.
- Se provoca una pequeña discusión grupal
- Se imparte una sesión formativa del tema.
- Si procede, se realizan prácticas sobre la actividad.
- Se permite un rato de relajo con la expresión de opiniones del grupo
- Conclusión:
 - Puesta en común y debate de las prácticas que se hacen bien y las que no
 - ¿Qué tengo que cambiar?! Comentar lo que se puede mejorar y los medios y recursos que se tienen para realizarlas.

JUSTIFICACIÓN

- Se solicitará a los enfermos que sugieran temas a tratar en un futuro.
- La despedida del taller se realiza dándose la mano entre todos.
- Es necesario un análisis de la actividad por los profesionales que la han realizado la actividad sobre:
 - Los enfermos
 - Los resultados
 - El proceso
 - La información a transmitir a otros miembros del Equipo
 - La persona que coordine el taller debe estar atenta a los temas de mayor interés, y si hay varios, puede hacerse un listado y someter la elección a decisión grupal.
- Es importante transmitir observaciones a otros miembros del Equipo de Trabajo (Enfermera de Equipo)

Temario

1. EL BAÑO
2. LA DUCHA
3. EL CUIDADO DEL CABELLO
4. CUIDADO DE LAS MANOS
5. CUIDADO DE LAS UÑAS
6. CUIDADO DE LOS PIES

7. EL CUIDADO DE LA BOCA
8. EL AFEITADO
9. HIGIENE GENITAL
10. CUIDADO DE LA PIEL
11. LA ROPA
12. EL MAQUILLAJE FEMENINO

Tiempo estimado

30 - 45 min. Abordándose uno o varios temas en función del estado de los participantes y las necesidades de aprendizaje detectadas

RECURSOS

- Materiales. Cuestionario, vídeos sobre temas de salud, material gráfico, folios,.
- Espacio físico donde poder ubicar a los participantes en círculo.
- Humanos. Enfermera - Auxiliar

EVALUACIÓN

El participante será capaz de:

- Reconocer las partes corporales que necesitan dedicación higiénica
- Enumerar tres aspectos positivos de una adecuada higiene
- Enumerar tres aspectos negativos de una inadecuada higiene

Describir el procedimiento básico del tema tratado.

REGISTROS DE AGRESIONES ENTRE PACIENTES, ENFOCADOS A LA MEJORA DE LOS CUIDADOS

M^a. Dolores García Aranda, Josefa Moreno Martínez, M^a. José Hernández Íñigo, Susana Valle Rico, M^a. Francisca Serrano Prieto, Juan R. Garramiola Córdoba.
Hospital Universitario Reina Sofía (H. Provincial). Córdoba

INTRODUCCIÓN

En las Unidades de Hospitalización la calidad de los cuidados de Enfermería, pasa por conseguir un ambiente terapéutico adecuado.

La alteración de éste ambiente terapéutico se produce por diferentes factores, siendo, uno de ellos, y de gran importancia, las agresiones a profesionales y entre los pacientes.

Se detecta, pues, la necesidad de hacer un estudio que permita conocer las causas de las mismas, con el objetivo de:

- Adoptar medidas que permitan realizar cuidados que disminuyan las agresiones.
- Hacer que la dirección del centro tome conciencia de la conflictividad en la Unidad y sus posibles repercusiones.

Para determinar las causas es imprescindible realizar un análisis de la realidad actual de la unidad, por lo que se decide elaborar una hoja de registro de agresiones entre pacientes.

DESARROLLO

Para la elaboración de ésta hoja partimos del registro de agresiones a profesionales que hay en el Hospital Universitario Reina Sofía, realizando las modificaciones necesarias.

Se crea un grupo de mejora, formado por enfermeras y la supervisora de la Unidad, poniendo como fecha límite para su creación el primer semestre de 2008, y la posterior implantación en el segundo semestre del mismo. Para ello se realizaron tres reuniones del grupo de mejora, y una final con todo el personal de la Unidad para su presentación y consenso. Al ser aprobado se procede a la puesta en marcha a partir del mes de Mayo de 2008.

La cumplimentación del registro se realiza por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad.

En el anverso, la hoja consta de:

- La identificación de los pacientes implicados.
- Ubicación en tiempo y espacio del incidente.
- Personal que interviene, tanto sanitario como de seguridad si se precisa.
- Lesiones producidas si las hubiere.
- Motivos de la disputa.
- Intervenciones enfermeras llevadas a cabo, así como las actuaciones médicas.

En el reverso de la hoja:

- Relato breve de lo acontecido.
- Observaciones.

CONCLUSIONES

De las agresiones registradas durante 2008, aparecen como causas:

- Sin motivo o causa que lo justifique:
 - suelen ir unidas a su patología psicótica.
 - han supuesto el 41'6% del total.
 - dos de ellas han tenido consecuencias graves.

- Conflictos interpersonales:
 - insultos y amenazas entre ellos.
 - incitación por parte de terceros implicados.
 - han supuesto el 50%.
- Tabaco, es la causa más común de agresiones verbales, aunque la que menos agresión física ha provocado. Han sido el 8'3%.

Las actuaciones e intervenciones durante las agresiones, que se han llevado a cabo son:

- Contención verbal por enfermería.
- Comunicación a Psiquiatra de guardia.
- Entrevista con Psiquiatra de guardia.
- Administración de tratamiento oral o intramuscular.
- Aislamiento en habitación.
- Contención mecánica.
- Cambio de ala (la unidad está dividida en dos alas independientes).

La supervisora ha sido la responsable de la recogida de los datos, y la difusión de los mismos a la dirección del centro, mediante un informe detallado.

Partiendo de éste informe el grupo de mejora se encargará de analizar las causas de las agresiones, y buscar las acciones y medidas que puedan realizarse para disminuirlas.

En una primera valoración de los datos, se observa que la cumplimentación del registro ha sido escasa, por la problemática que existe, habitualmente, ante la implantación de nuevas herramientas de trabajo. Por lo que el grupo de mejora decide reforzar la implantación del documento, mediante la motivación y la concienciación de la importancia de la cumplimentación del registro ante cualquier agresión.

A su vez se propone la revisión del documento, para realizar las mejoras necesarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Hoja de registro del Plan de Agresiones a profesionales del Hospital Universitario Reina Sofía.
- PLAN DE CALIDAD DEL H. PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIO DE ÁLAVA 2004-2007 <http://www.saludmentalalava.org/Cas/docum/Objetivo%201.4.%20Definici%F3n%20de%20los%20indicadores%20de%20Plan%20de%20Calidad%202004-2007.pdf>
- PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN Hospital Universitario Virgen de las Nieves Servicio Andaluz de Salud. CONSEJERÍA DE SALUD. http://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_38.pdf
- PREVENCIÓN INTEGRAL DE LAS AGRESIONES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PSIQUIÁTRICA. Publicación: Madrid : AESM: Asociación de Enfermería de Salud Mental Congreso: XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Elementos Terapéuticos de los Cuidados de Enfermería de Salud Mental. Cáceres. 7,8, 9 de abril de 2005

REALIZAR ACTIVIDADES AUMENTA LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN UNA U.H.B.

Pajares González-Gallego, Óscar; Martín García, Cristina; Aparicio López, Susana; Morejudo Agudo, Enrique; Gómez Moratilla, Elisa

Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Desde su apertura en junio de 2005, en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada han ingresado un total de 1522 pacientes, con múltiples diagnósticos, siendo un 25% el correspondiente a los Trastornos de Personalidad (T.P.).

John G. Gunderson (2001) (1), en su libro *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica*, señala que de todos los T.P., el Trastorno Límite de la Personalidad (T.L.P.), es probablemente el más diagnosticado en la práctica clínica moderna. Afirma que los individuos con un T.L.P. representan aproximadamente el 2-3% de la población general, casi un 30% de todos los pacientes hospitalizados, y alrededor de un 15 % de todos los pacientes ambulatorios.

Las personas afectadas de T.L.P. son muy frecuentadoras de las Unidades de Agudos, en nuestros datos es habitual encontrar dos y tres ingresos anuales, las tentativas suicidas, las autolesiones, los trastornos de conducta alimentaria, los problemas secundarios al consumo de drogas, sus conductas explosivas e impulsivas, las descompensaciones con sintomatología psicótica y, por qué no decirlo, el deteriorado ambiente familiar que hace imposible la convivencia cuando la familia está desbordada. Todo ello hace que estos pacientes ingresen unos pocos días, como medida de contención, hasta que la sintomatología aguda se atenúa (2).

En los últimos años asistimos a una reconceptualización de Modelos Diagnósticos y Terapéuticos de los T.L.P. Se les sigue considerando como integrantes de los T.P. tratables pero no con los abordajes terapéuticos tradicionales de salud mental, que incluso pueden llegar a ser contraproducentes en muchos casos. En la bibliografía internacional van existiendo nuevas aportaciones sobre terapias especializadas, unidades específicas, criterios de selección de pacientes, secuenciación del proceso terapéutico, que resultan prometedoras, pero que todavía se encuentran muy alejadas de nuestra práctica habitual (3).

Nuestro espíritu innovador y creativo que nos ha caracterizado desde el comienzo de nuestro trabajo en esta unidad, nos ha llevado a implantar una serie de actividades durante todos los días de la semana, no sólo con el mero fin lúdico, sino con diversos objetivos: favorecer las relaciones interpersonales, incrementar la confianza en el equipo terapéutico, fomentar la conciencia de enfermedad y favorecer el descanso nocturno, entre otros.

La asistencia a dichas actividades es voluntaria, están abiertas a todos los pacientes, independientemente de su patología, y dentro de las mismas tenemos:

- Terapia artística: pintura, escayola, papiroflexia,...
- Psicomotricidad: tai-chi, yoga, longevidad, baile,...
- Taller de Prensa
- Taller de Lectura
- Terapia de juegos

Desde el equipo multidisciplinar generalmente no se establece ningún tipo de contrato terapéutico con el paciente en relación con las actividades, por lo que en cualquier momento puede asistir a las mismas, sin tener en cuenta el beneficio o perjuicio que le puedan conllevar.

HIPÓTESIS

“Los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad que participan en las actividades de la unidad permanecen más días ingresados en la misma que aquellos que no participan”.

OBJETIVOS

1. Cuantificar estancia media de pacientes diagnosticados de T.P. que realizan actividades y los que no.
2. Conocer qué actividades les gustan más realizar a los T.P.
3. Calcular el porcentaje de T.P. que acuden a las actividades y los que no acuden y si existe alteración significativa en relación al sexo y la edad.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un seguimiento diario de las actividades y de los pacientes que acudieron a ellas o no, dividiéndolos por patologías, sexo y límite de edad (>35 0 < 35 años).

Dicho seguimiento se realizó a lo largo de 6 meses en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde febrero hasta julio de 2008.

Se elaboró una tabla de Excel donde diariamente se recogían los siguientes datos: sexo del paciente, franja de edad (<o> de 35 años), diagnóstico médico, qué actividad ocupacional se realizó ese día y si participó en las actividades o no.

Para el diagnóstico utilizamos el Juicio Clínico que los Psiquiatras determinaron en el ingreso.

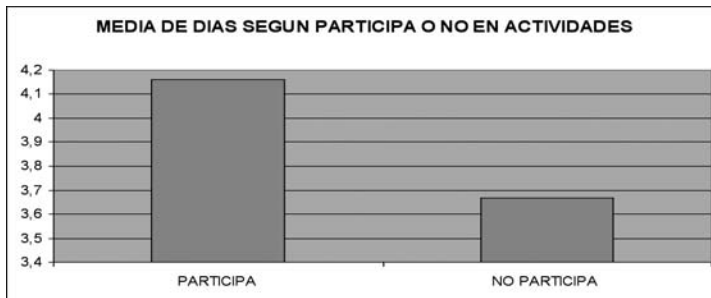
Hay que tener en cuenta que la asistencia a las actividades fue voluntaria y que se realizaron diariamente de 11:00 a 12:30 h.

RESULTADOS

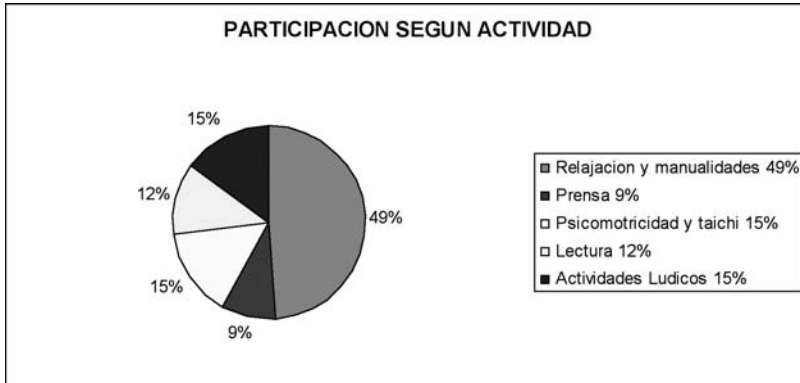
Durante el seguimiento de las actividades comprobamos que el 80% de los días se realizaron actividades y sólo un 20% no se realizaron.

Durante este periodo de tiempo un 27% del total de pacientes fueron diagnosticados de T.P. de los cuales el 60% eran < de 35 años y un 40% > de 35 años. En relación al sexo el 52% fueron hombres y el 48% mujeres. Del total de pacientes diagnosticados de T.P. acudieron a las actividades el 40% y no acudieron el 60%. No obtuvimos datos significativos importantes en relación al sexo y el rango de edad.

Respecto a la hipótesis planteada, tras 6 meses de recopilación de datos y análisis de los mismos, los pacientes que participaron en las actividades tuvieron una estancia media de 4,16 días y los que no participaron 3,67 días. Pero si lo asociamos a la edad los datos son diferentes. En los pacientes menores de 35 años los que participaron en actividades tuvieron una media de estancia de 3,86 días y los que no participaron 4,37 días.



Uno de los objetivos que nos planteábamos era saber qué actividades les gustaban más o si tenían más adhesión para ellos. Los resultados fueron bastante llamativos ya que el 49% de los pacientes prefirieron ir al taller de Relajación y Manualidades, seguido del taller de Psicomotricidad y Actividades Lúdicas con un 15% cada uno y, por último, el de Lectura con un 12% y el de Prensa con un 9%.



CONCLUSIONES

En primer lugar es necesario señalar que el 20% de los días que no se realizaron actividades, ha sido debido a que la situación de la unidad no ha permitido tener tiempo para realizarlas o que ningún paciente ha querido participar en las mismas.

También debemos resaltar que el 27% de los pacientes que ingresaron en estos 6 meses de estudio fueron diagnosticados de T.P., cuando la media de otras unidades suele estar cercana al 20%.

Respecto a la hipótesis planteada en números reales sí se ha cumplido ya que los que acudieron a las actividades estuvieron más tiempo que los que no, pero la diferencia de menos de 1/2 día no creemos que sea un resultado concluyente para justificar que la estancia mayor sea por la participación en actividades. Lo que sí resulta llamativo es que la estancia media de los pacientes diagnosticados de T.P. no superó los 4 días en relación con el resto de pacientes que suele estar en 11-12 días. Esto puede ser debido a que la mayoría de este tipo de pacientes se le ponen medidas restrictivas y suelen pedir el alta voluntaria pasado un par de días ya que suelen ingresar por intentos autolíticos o más bien llamadas de atención.

Por último, los resultados sobre a qué actividades les gusta ir más son muy significativos ya que casi la mitad de los pacientes prefirieron ir al taller de Relajación y Manualidades que se realizaba dos días en semana, mientras que al de Lectura y Prensa que se hacían otros 2 días en semana acudieron sólo el 21%. Esto puede ser debido a que para este tipo de pacientes las actividades de mayor trabajo grupal les fuerza a prestar atención e interactuar con su entorno interpersonal lo cual no les es grato (6).

Referencias Bibliográficas.

1. Gunderson, J. (2002). Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica. Barcelona, Ars Médica.
2. Referencias en Internet.
www.alai-tp.com/alai/Unidades_Zaragoza.html
www.usuarios.discapnet.es/border
www.red-farmamedica.com/opcer/revista/colaboraciones/cel_39htm
www.red-farmamedica.com/spo/soniaper.htm

- 3.- Cesar Paumard, Vicente Rubio, José Manuel Granada Programas especializados de Trastornos de Personalidad, NORTE DE SALUD MENTAL nº 27 o 2007 o PAG 65-72.
- 4.- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición). (DSM-IV).
- 5.- Mason P. y Kreger, R. (2003) Deja de andar sobre cáscaras de huevo. Retoma el control ante el comportamiento de una persona con Trastorno Límite de Personalidad. Madrid, Pléyades.
- 6.- Gunderson, J.G. (2002) “Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica” Ars Medica.

SIN MALOS HUMOS

M^a. Luisa González Montor, Daniel Pozo de Cos-Estrada, M^a. Dolores Carretero González, Vicente Fernández Almazán, Herenia García Ferrán

Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.

Comunidad Terapéutica San Miguel. Jerez de la Frontera.

Hospital psiquiátrico Dr. Villafián. Unidad de rehabilitación. Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Creemos importante poner en marcha los talleres de deshabituación tabáquica en servicios de Salud Mental ya que la mayoría de los usuarios de estos servicios pueden sufrir alguna enfermedad asociada al consumo de tabaco (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y/o tumorales) .

Es favorable que se realice en un periodo de semihospitalización porque así el usuario se somete a una supervisión cercana y tiene a su disposición diferentes profesionales en caso de que los necesite.

Nos parece importante que se cubran aspectos en las sesiones desde la información, la motivación, el apoyo y acompañamiento si se decide a reducir o abandonar totalmente el hábito y conseguir el tratamiento farmacológico si fuese necesario.

DESARROLLO

El objetivo de nuestras actuaciones no es solamente conseguir que los fumadores abandonen el tabaco sino que disminuyan el consumo o que otros no se inicien.

Debemos considerar como éxito la concienciación y el cambio de estado. Por ejemplo, al fumador no motivado en abandonar, motivarlo, al que está motivado, que realice un intento y al que ha hecho un intento, que lo mantenga y se convierta en un exfumador.

Relativizar la importancia del consumo de tabaco y permitir el consumo en zonas sanitarias a los pacientes mentales, normaliza una conducta de riesgo y los estigmatiza pues suponemos que no son capaces de controlarse.

SESIONES Y METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo a través de una educación sanitaria grupal. Las sesiones se desarrollaron en la sala polivalente de nuestros servicios : disponen de mesas, sillas, pizarra, televisión y D.V.D, reciben luz natural y están bien ventiladas.

Las sesiones se realizaron el mismo día de la semana y a la misma hora para facilitar la organización y la adhesión (una hora semanal)

Dirigen el grupo una psicóloga/o y una enfermera/o. Además se mantiene estrecha comunicación con el facultativo referente de cada usuario.

Algunos pacientes hacen de co-terapeutas, al ser exfumadores y no tener prejuicios sobre los tratamientos psicológicos.

Las Sesiones han sido dinámicas, participativas y con una alta asistencia. Además de constar de una parte teórica se han complementado de :

- Puestas en común.
- Visualización de vídeos publicitarios y debate.
- Manipulación de maquetas de pulmones.
- Elaboración de planillas de coste de tabaco mensual.
- Sería recomendable poder realizar cooximetrías a todos aquellos usuarios que inicien una reducción o cese como medida de control y elemento reforzador. Nosotros hemos podido comprobar el interés mantenido por los usuarios durante las cooximetrías.
- Entrevistas, etc.

En las primeras sesiones es necesario concretar una serie de aspectos centrados en informar, realizar una detallada recogida de datos para valorar la dependencia, motivos por los que fuma, por los que desea dejarlo, etc.

Nos pusimos en contacto con las familias de los participantes para que estuvieran informados de las intenciones de su familiar y si era posible ayudarlo y motivarlo también en la casa.

Se fijó el día D (día del abandono total) después de una progresiva reducción.

El SAS cubre el gasto de tratamientos para el abandono de tabaco a pacientes hospitalizados, a funcionarios y personal trabajador del SAS. (medicación, parches de nicotina (TSN), etc)

Al finalizar el taller es conveniente estar a disposición de los participantes para en caso necesario recordar las estrategias que ayudan a evitar recaídas aprendidas en las sesiones.

Intentamos transmitirles que la recaída no es ningún fracaso. Es parte del proceso de dejar de fumar. “Si lo dejaste una vez, no te rindas, inténtalo de nuevo”.

A raíz de este taller, en algunos servicios donde lo hemos llevado a cabo, se ha conseguido mediante un acuerdo entre usuarios y profesionales, convertir el espacio permitido para fumar en una nueva sala para todos (fumadores y no fumadores). Pongo como ejemplo, mi servicio, el Hospital de Día de S.M. de Motril. Entre todos hicimos cambio de estética y funcionalidad en la sala.

Usando algunas fotos de excursiones realizadas al aire libre, las ampliamos en forma de póster para decorar las paredes. Cada uno, hicimos una petición de música que nos gustara estuviera allí. También permanecen allí los periódicos y las revistas del Hospital de Día así como juegos de mesa.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los que participaban en el taller, decidieron realizar una reducción del consumo de tabaco.
- Algunos participantes comenzaron el abandono después de la reducción. Unos sin parches de nicotina y otros con parches.
- Hemos intentado convertir nuestros servicios de Salud Mental en los que la ley le permite un espacio para fumar, en otros libre de humos.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. 2005-2010 : Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Sevilla] : Consejería de Salud [2005]
- Alda M, Clemente L, Chopo S, et al. Consumo de tabaco en pacientes psiquiátricos. 2008 Edika Med, S.L.
- Becoña Iglesias, E. Programa para dejar de fumar. Sevilla: Consejería de Salud 2008
- Córdoba García, R, Nerín de la Puerta, I. Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. 2005 GlaxoSmithKline, S.A
- Becoña Iglesias, E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Adicciones (2004), Vol. 16, Sup.2
- Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, Jansons S, Wilhelm K. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. Centre for Mental Health Studies, University of Newcastle, University Dr., Callaghan, NSW 2308, Australia.
- Punnoose S, Belgamwar MR. Nicotine for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD004838. DOI: 10.1002/14651858.CD004838.pub2
- Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. Department of Psychiatry and Institute of Neurosciences, Faculty of Medicine, University of Granada, Av. Madrid 11, E-18071 Granada, Spain. Br J Psychiatry. 2005 Mar;186:215-21.
- Dalack GW, Becks L, Hill E, Pomerleau OF, Meador-Woodruff JH Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology 1999 Aug;21:195-202.

- Barnes M, Lawford BR, Burton SC, Heslop KR, Noble EP, Hausdorf K, Young RM. Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use?
- Aust N Z J Psychiatry. 2006 Jun-Jul;40(6-7):575-80. PMID: 16756583 [PubMed - indexed for MEDLINE]

NOS GUSTA HACERLO

M^a Luisa González Montoro, Daniel Pozo de Cos-Estrada, M^a. Dolores Carretero González, Juan Carlos Navarro Barrios, Juan Carlos Maestro Barón
Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.
Comunidad Terapéutica San Miguel. Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN

Planteamos elaborar un taller que abarcara más allá que hablar del puro contacto físico (anatomía, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual).

Creíamos que debía contener aspectos afectivo-relacionales como:

“La ética relacional” que ha de velar por los derechos de las personas. Las relaciones han de ser entre iguales con las mismas libertades y los mismos derechos. Han de ser consentidas por ambos. Libres del Sí y del No.

Tratar como nos gustaría nos trataran, rechazar cómo nos gustaría nos rechazaran.

“Compromiso con el sexo seguro” placer compartido, responsabilidad compartida.

“Derecho a la desvinculación” siendo responsable y consecuente con la pareja e hijos si los hubiera de los que nos queremos desvincular.

Asertividad, habilidades sociales, prevención de agresiones sexuales, etc.

Estos temas no se pueden aprender con clases magistrales de teoría. Creemos que de una forma participativa, contando experiencias y poniéndose en situaciones (Rol-play), sería la mejor forma de llegar a nuestros usuarios.

Hemos intentado que las sesiones fueran divertidas, amenas y abiertas a cualquier opinión siempre en un clima de máximo respeto.

DESARROLLO

Nos planteamos la idea de realizar un taller de sexualidad por diversas causas:

- Las inquietudes que en ocasiones nuestros usuarios nos comentan sobre este tema. Tienen edades desde 19 a 50 años y son activos sexualmente.
- Las dificultades para hablar de este tema con sus familiares y allegados. Históricamente se ha creído que los enfermos mentales” son como niños” o sea, sin necesidades sexuales y por otro lado nunca ha interesado despertar en ellos el interés sobre la sexualidad.
- Prejuicios de la sociedad que hace que desconfiemos y que no queramos relacionarnos con ellos tanto como pareja como en encuentros esporádicos.
- La acción de algunos fármacos sobre el deseo o la potencia sexual.
- A lo largo de nuestra carrera profesional hemos observado varios casos de embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual e interrupciones voluntarias del embarazo.

SESIONES Y METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo a través de una educación sanitaria grupal. Las sesiones se desarrollaron en la sala polivalente de nuestros servicios: disponen de mesas, sillas, pizarra, televisión y D.V.D, reciben luz natural y están bien ventiladas.

Se realizaron el mismo día de la semana y a la misma hora para facilitar la organización y la vinculación. (Una hora semanal).

Las sesiones fueron participativas y dinámicas con debates, rol play, visionado de fotos, spots publicitarios y cortometrajes con actividades utilizadas por el colectivo Harimaguada, que realizan programas de educación sexual.

Se comentaron, antes del comienzo de la primera sesión, por parte del terapeuta las normas básicas (respeto a las opiniones de todos aunque no estemos de acuerdo, turno de palabra, confidencialidad...), de todo grupo dando la libertad de abandonarlo si se cree oportuno.

El taller comenzó con un cuestionario de 35 preguntas para evaluar los conocimientos sobre sexualidad, este mismo cuestionario se volvió a pasar al final del taller. Se les dio la oportunidad de expresar sus expectativas y los temas que ellos deseaban tratar en especial.

Debido al interés que los pacientes mostraron en el taller, éste se prolongó de 18 sesiones que estaban programadas hasta 24 para cubrir las necesidades de nuestros usuarios.

La distribución general de la mayoría de las sesiones era:

- Recordatorio de la anterior.
- Exposición breve y clara del contenido de la sesión por parte del terapeuta.
- Puestas en común, intervención libre y debate. Todo esto siguiendo las normas básicas de respeto y bajo supervisión del terapeuta.
- Realización de Rol-play con los usuarios menos con los temas eminentemente teóricos.
- Llegamos a las conclusiones sobre el tema del día y les preguntamos a los pacientes individualmente si se han sentido cómodos y su opinión sobre lo impartido.
- Adelanto del tema del próximo día.

Los temas tratados en el taller fueron:

- Hª. de la sexualidad, mitos erróneos, sociedad, privacidad.
- Anatomía, los órganos genitales, higiene, prevención de ETS.
- Métodos anticonceptivos, la píldora del día después.
- La enfermedad mental, efectos secundarios de la medicación.
- Autoestima, comunicación, la expresión del afecto.
- Deseo sexual, placer, masturbación.
- Asertividad, respeto por el otro y su elección sexual, agresiones sexuales.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el taller en los diferentes dispositivos y realizada la evaluación posterior hemos observado en los usuarios:

- Se han aumentado los conocimientos sobre sexualidad. (avalado por el cuestionario pasado al final del taller)
- Hemos aclarado mitos erróneos sobre la responsabilidad en las relaciones, derechos, chantajes emocionales, etc.
- Creemos de manera subjetiva que las estrategias trabajadas en el taller sobre habilidades sociales y en especial las de asertividad han mejorado la relación de los pacientes con sus semejantes.
- Los facultativos refieren que los pacientes les preguntan de manera más abierta sobre los efectos de la medicación en la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángel Luis Montejo González. Sexualidad y salud mental. Editorial Glosa, S.L., 2003
2. Coverdale J, Falloon I, Turbott S.: Sexually transmitted disease and family planning counselling of psychiatric patients in New Zealand. Aust N Z J Psychiatry, 1997 Apr; 31(2): 285-90.
3. Dan B, Roussaux JP.: Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. J Intellect Disabil Res. 2002 Feb; 46(Pt 2): 108-19.
4. Coverdale JH, Schotte D, Ruiz P, et al.: Family planning needs of male chronic mental patients in the general hospital psychiatric clinic. Gen Hosp Psychiatry 1994; 16(1): 38-41.
5. Coverdale JH, Turbott SH.: Family planning outcomes of male chronically ill psychiatric outpatients. Psychiatr Serv 1997; 48(9): 1199-200.
6. Colectivo Harimaguada. Programas de educación sexual. Cicec. Tamonante. Tenerife.1992

ADHERENCIA EN PACIENTES PSICÓTICOS

Jesús Olea Ferreras

Hospital Infanta Cristina de Parla. Madrid.

Como reafirmación de la puesta en marcha del grupo de trabajo de Enfermería en Salud Mental de los Nuevos Hospitales de la CAM se proyecta la realización de una charla por todas las UHB de los mismos a lo largo del primer semestre del año 2009 sobre “Adherencia en pacientes psicóticos”. Dentro del programa de docencia común.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta el Modelo “Neurodegenerativo” de Lieberman sobre la función psicopatológica en el continuum de la edad: pasando por todas las fases de la enfermedad (premórbida, prodrómico, progresión, estabilidad). Teniendo en cuenta las recaídas y como resultado un función psicopatológica pobre.

Para un abordaje integral de la Esquizofrenia, teniendo en cuenta esta Enfermedad como paradigma de los trastornos psicóticos, el objetivo fundamental del personal de Enfermería viene dado por la toma del tratamiento prescrito para la modificación del pronóstico a corto, medio y largo plazo.

Para ello hay que intervenir en todos los niveles posibles de la atención y asumir responsabilidades en el seguimiento y control de este cumplimiento de todas las partes implicadas: paciente, familia y/o allegados y diferentes profesionales de la salud.

Si consideramos la esquizofrenia desde el modelo de la vulnerabilidad. Hay un umbral para la aparición de los síntomas. Un ambiente negativo unido a eventos estresantes en la vida del paciente puede bajar este umbral y producir un episodio psicótico. Un tratamiento intermitente podría fallar en la prevención debido a una protección irregular. El primer propósito en la Esquizofrenia actualmente es conseguir mantener una cobertura constante con un tratamiento constante.

DESARROLLO

Los niveles de intervención en la esquizofrenia son:

1. Asegurar el tratamiento farmacológico más adecuado.
2. Intervención psicosocial y psicoeducación:
 - a. Reducir los factores estresantes.
 - b. Educar en habilidades para “gestionarlos”.

En definitiva tratamiento más intervención psicosocial y psicoeducativa.

Un abordaje integral de la enfermedad de la esquizofrenia viene dado por:

- Intervención psicosocial.
- Intervención farmacológica
- Psicoeducación.

Psicoeducación:

- Atender preguntas y dudas del paciente sobre la enfermedad
- Informar exhaustivamente sobre pauta de medicación, efectos secundarios,... tanto al paciente como a la familia

Abordaje integral:

- Tto. concomitante del abuso de sustancias
- Prevención de los factores de riesgo (obesidad, diabetes...)
- Asegurar la continuidad del seguimiento en los distintos dispositivos:
- “Case management”: gestión por pacientes (coordinador, tutor...)
- Programas de antipsicóticos de larga duración

Tratamiento farmacológico adecuado:

- Elección de un antipsicótico:
- Eficacia: Ensayos dobleciego aleatorizados
- Efectividad: Estudios observacionales
- Eficiencia: coste/eficacia-efectividad
- Perfil de Efectos adversos
- Asegurar el Tratamiento
- Resultados a largo plazo: cumplimiento/recaídas
- Valoración periódica de conciencia de enfermedad y actitud hacia el tratamiento

¿Podemos estar satisfechos con el abordaje terapéutico actual del paciente con esquizofrenia?

Sintomatología, funcionalidad y hospitalizaciones.

“El elevado índice de recurrencias, la mayor duración de las mismas y la disminución de la proporción de pacientes que consiguen la remisión de los síntomas en los siguientes episodios psicóticos reflejan, a nuestro entender, la progresión de la enfermedad”.

De lo que se deviene que la contestación a la pregunta lanzada anteriormente debe ser negativa

La última y más importante quizás de todas las intervenciones a realizar será asegurar la continuidad del tratamiento; sin la cual no podremos trabajar de una manera adecuada el resto de las anteriores.

Los individuos con alguna enfermedad física o psíquica tienen dificultades para tomar diariamente sus medicaciones durante períodos alargados en el tiempo; sin embargo, el cumplimiento en pacientes tomando antipsicóticos es particularmente bajo. Este metaanálisis basó sus conclusiones considerando el cumplimiento en enfermedades mentales en estudios que describían métodos de análisis e inclusión de adherencia a antidepresivos (10 estudios) y para antipsicóticos (24 estudios). Los porcentajes de adherencia en enfermedades físicas estaban basados en 12 estudios que usaron sistemas microelectrónicos de monitorización en los envases de medicación para monitorizar la adherencia a la medicación.

Los individuos con alguna enfermedad física o psíquica tienen dificultades para tomar diariamente sus medicaciones durante períodos alargados en el tiempo; sin embargo, el cumplimiento en pacientes tomando antipsicóticos es particularmente bajo. Este metaanálisis basó sus conclusiones considerando el cumplimiento en enfermedades mentales en estudios que describían métodos de análisis e inclusión de adherencia a antidepresivos (10 estudios) y para antipsicóticos (24 estudios). Los porcentajes de adherencia en enfermedades físicas estaban basados en 12 estudios que usaron sistemas microelectrónicos de monitorización en los envases de medicación para monitorizar la adherencia a la medicación.

Modelo IMB: Información + Motivación:

- En la relación con el paciente buscar la comunicación eficaz (no jerga técnica).
- Importancia del feedback para comprobar que entiende lo que se le explica.
- Actitud amistosa y cercana.

Entrevista motivacional:

- Escuchar reflexivamente.
- Empatía.
- Acuerdo; pero señalarle las discrepancias.
- Compañero: refuerzo +.

Mejorar el insight:

Factor de neuroprotección. Disminuye reingresos, y mejora sintomatología, pronóstico y perfil de seguridad y tolerabilidad.

El incumplimiento del tratamiento es el predictor más importante de recaídas:

- Con un odd-ratio (riesgo) de más del doble que los que le siguen que son:
- Consumo de drogas.
 - Antipsicóticos típicos.

La mayoría de los esquizofrénicos sólo cumplen parcialmente con su tratamiento:

1. Cumplimiento insatisfactorio:
 - Incumplidores: poca o ninguna toma.
 - Complimentadores parciales: algunas tomas y tomas erráticas.
2. Cumplimiento satisfactorio:
 - Entre el 70 y el 80% de las tomas.

El cumplimiento parcial con la referencia del tiempo transcurrido tras el alta es:

- 25% en los primeros 7 a 10 días.
- 50% en 1 año desde el misma.
- 75% transcurridos 2 años.

El cumplimiento parcial con la referencia del tiempo transcurrido tras el alta es:

- 25% en los primeros 7 a 10 días.
- 50% en 1 año desde el misma.
- 75% transcurridos 2 años.

Las consecuencias del cumplimiento parcial por omisión ocasional de las dosis afecta al pronóstico teniendo en cuenta la funcionalidad del paciente con respecto a la duración de las interrupciones del tratamiento:

- Si éstas son ocasionales tendríamos un nivel óptimo de funcionamiento.
- Si son diarias nos encontraríamos con una recuperación incompleta lo que desembocaría en la desmoralización del paciente.
- Las semanales provocarían la exacerbación de los síntomas con los consecuentes problemas familiares y probable pérdida de trabajo con una pérdida de confianza por parte del paciente.
- Las mensuales sumirían al paciente en una recaída con riesgo de auto-heteroagresividad e ingreso hospitalario.

Sin ningún lugar a dudas el tratamiento continuado es la clave de un buen pronóstico por ser vital para un buen desarrollo del resto de estrategias de intervención sobre el paciente desde una mayor estabilidad en la sintomatología de éste.

Eficacia del tratamiento con Risperdal Consta:

- Asegurando la eficacia de Risperdal Oral (teniendo en cuenta que en la instauración del tratamiento con consta deben cohabitar las dos presentaciones oral y depot)
- Eficacia en todas las dimensiones
- Mejorías tras el cambio:
- Desde neurolépticos depot
- Desde otros Antipsicóticos Atípicos

Una mayor seguridad en el manejo de los síntomas debido a una menor fluctuación en las concentraciones plasmáticas (perfil farmacocinético) de los metabolitos activos de la risperidona en el caso de la presentación consta. Con una concentración máxima un 30% inferior a la medicación oral.

La tolerabilidad del risperdal consta:

- Menos alteraciones del movimiento (menor en los ensayos incluso a la administración de placebo).
- Mínimo aumento de peso.
- Mínima incidencia de discinesia tardía.
- Reducción niveles plasmáticos de prolactina

En el caso del tratamiento continuado con risperdal consta se produce una disminución acusada de la tasa de reingresos:

- 45,7% menos que con atípicos
- 31.1% menos que con los convencionales
- 40,4 menos que con antipsicóticos orales
- 20% menos que los depot convencionales.

Los pacientes que recibieron risperdal consta (25 mg ó 50mg cada 2 semanas) durante 12 semanas mejoraron su calidad de vida relacionada con la salud.

A las 12 semanas, la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de 25 mg no fue diferente del de la población general.

Por lo tanto, la risperidona de larga duración a dosis apropiadas no solo disminuye el desarrollo de síntomas de psicosis, sino que también es efectiva en la restauración de una calidad de vida normal relacionada con la salud.

Así, este nuevo antipsicótico atípico inyectable puede disminuir los porcentajes de sintomatología positiva y aumentar la funcionalidad del paciente; mejorando el tratamiento holístico de los pacientes con esquizofrenia.

Un aumento de los estudios comparativos entre las formulaciones orales e inyectables de larga duración de risperidona pueden ser útiles.

Otro factor no desdeñable, por el mantenimiento en el tiempo del tratamiento debido a la cronicidad de la enfermedad, sería la disminución del dolor debido a la disolución acuosa en lugar de la oleosa de presentaciones más antiguas.

CONCLUSIONES

Los factores que rodean al curso evolutivo del paciente con esquizofrenia son de varios tipos:

- Ambientales
- Personales
- Relacionados con el médico
- Relacionados con el tratamiento

En referencia al tratamiento podemos destacar varios factores, pero si cabe deberíamos resaltar por encima de todos el cumplimiento terapéutico

Como podemos observar los resultados publicados en las revistas de mayor impacto indican que la tasa de recaídas en este tipo de pacientes es muy elevada y el motivo más frecuente por el cuál esto ocurre no es otro que la falta de cumplimiento terapéutico.

Estrategias para mejorar el cumplimiento:

1. Incrementar la probabilidad de que el paciente acuda a la consulta con el personal del centro
2. Hacer que comprenda adecuadamente las prescripciones (psicoeducación)
3. Elegir tratamientos eficaces, seguros y con pautas de tratamiento sencillas y cómodas para el paciente
4. Usar formulaciones que faciliten el control de la adherencia:
 - Tratamientos Inyectables de larga duración

Y aunque es evidente que no podemos hablar de curación en esquizofrenia, sí podemos dar un paso más, pedir más a los tratamientos.

Este es el caso de un nuevo concepto en esquizofrenia que es la REMISIÓN: lo cual no es otra cosa que mantener al paciente libre de síntomas durante más tiempo, y lo cual es impensable si el paciente no se toma el tratamiento.

¿Por qué la remisión ahora?

- Nuevo desafío en el tratamiento de la Esquizofrenia.
- Eleva el listón en el objetivo de los tratamientos.
- Más allá del simple control sintomático aporta una mejoría en la funcionalidad de los pacientes.
- Responde a una necesidad de familiares y pacientes.
- Cambiar la percepción social de la esquizofrenia como enfermedad de mal pronóstico.

¿SE VALORA LA FUNCIONALIDAD DE UNA CLÍNICA DE LITIO? ENCUESTA A LOS EIR DE SALUD MENTAL DE CATALUÑA

Rocío Campos Méndez, María José Sancho Lanzarote, Lara Almendros Monleón, Leire Osma Prado, María Figueras Vilalta
Hospital de San Pablo. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Como parte de nuestras rotaciones como Enfermeras Internas Residentes en Salud Mental en la Unidad Docente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau pasamos por el Hospital de Día Polivalente donde está incluida la Clínica de Litio, que lleva en funcionamiento desde noviembre de 1981, con una historia de 27 años.

El litio es probablemente el tratamiento más eficaz de los que se utilizan en psiquiatría en los trastornos afectivos, pero el estrecho margen terapéutico, algunos de sus efectos indeseables y la necesidad de mantener unos niveles dentro del rango efectivos según el diagnóstico, en plasma, implican un seguimiento estricto de estos pacientes, ya que una intoxicación por litio puede suponer alteraciones a nivel de función renal, tiroidea y neurológica donde en casos extremos tras un fallo renal puede derivar en un tratamiento de diálisis. Por todo ello no es tratamiento de primera elección por los psiquiatras si no disponen de un dispositivo adecuado para controlarlo.

La Clínica del Litio tiene además una importante misión en el tratamiento de los trastornos afectivos, como es la educación del paciente acerca de su enfermedad y el tratamiento que está realizando. El paciente tiene que llegar a reconocer los “síntomas de alarma” para detectar sus posibles recaídas y las interacciones del tratamiento con otros fármacos.

En esta unidad el equipo se compone de un psiquiatra referente, una enfermera especialista y una auxiliar con conocimientos en salud mental. La enfermera es la responsable de organizar la actividad asistencial de la clínica del litio y la coordinación entre el equipo multidisciplinar (laboratorio, facultativos, trabajador social, administrativo), los propios pacientes, familiares, y otros centros implicados.

Las actividades que se llevan a cabo son:

- Monitorización de fármacos: control de litemias y de los niveles plasmáticos de otros psicofármacos y monitorización de parámetros de salud general.
- Educación sanitaria donde se trabajan específicamente hábitos saludables, manejo y cumplimiento del tratamiento.
- Investigación.

Sus objetivos son los siguientes:

- Monitorizar los niveles plasmáticos.
- Detectar y/o evitar incumplimiento o mal cumplimiento de los tratamientos.
- Prevenir y detectar los posibles efectos adversos y las recaídas.
- Prevenir el síndrome metabólico.
- Educar al paciente para que tenga los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y que se responsabilice de su tratamiento.

Al comentar con nuestros compañeros de residencia del resto de Cataluña, nos sorprendió ver que no todos los hospitales tienen un dispositivo similar, ya que el paciente en tratamiento

con litio tiene un riesgo importante de intoxicación y recidivas; necesitando por ello un seguimiento específico por parte de enfermería. Es por ello que nos planteamos la necesidad de llevar a cabo el siguiente estudio.

DESARROLLO

Objetivo: analizar el grado de conocimiento de los EIR en Salud Mental de Cataluña sobre las unidades de Clínica de Litio y su opinión sobre la funcionalidad de las mismas.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

- Población: EIR de Salud Mental que llevan a cabo su rotación en Cataluña en el curso 2008/09.

- Muestra: Los 36 EIR de Cataluña, del año 2008/2009.

- Instrumento de recogida de datos: cuestionario elaborado por las EIR de Salud Mental de la unidad docente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau con la tutora de la clínica del litio.

ENCUESTA SOBRE CONTROLES DE LITEMIAS

1. ¿En qué hospital realizas tu residencia?
2. ¿Crees que un paciente en tratamiento con litio puede ser considerado un paciente que requiere cuidados específicos?
 - a) Sí
 - b) No
3. ¿Quién prescribe en tu hospital los controles de litemia?
 - a) Médico responsable
 - b) Otros
4. Si has contestado "otros", especifica quién:
5. ¿Dónde se hacen los controles de litemia?
 - a) En el mismo centro
 - b) En el CAP
 - c) En el CSM de referencia
6. Si has contestado "En el mismo centro", opciones:
 - a) En el departamento de extracciones
 - b) En urgencias
 - c) En la clínica de litio
 - d) Otros, especificar dónde:
7. ¿Tienes conocimientos de cómo funciona una Clínica de Litio?
 - a) Sí
 - b) No
8. ¿Cuáles crees que son las funciones de una Clínica de Litio?
 - a) Realiza extracciones de sangre
 - b) Toma de constantes vitales
 - c) Control de parámetros antropométricos
 - d) Educación sanitaria
 - e) Facilita la adherencia al tratamiento

- f) Valoración de los efectos secundarios
- g) Recogida de los resultados y agilización del circuito si hay valores alterados
- h) Seguimiento de los resultados
- i) Realiza llamadas telefónicas a pacientes para correcciones de dosis prescritas por el médico responsable
- j) Todas las anteriores

9. ¿Crees que es útil que haya una Clínica de Litio en tu hospital?

- a) Sí
- b) No

Análisis:

- Estadístico descriptivo.

CONCLUSIONES

El 96,7% de los encuestados contestaron que un paciente en tratamiento con litio puede ser considerado un paciente que requiere cuidados específicos.

La prescripción de los controles de litio la realiza en un 63% de los casos el médico responsable. Aquellos que contestaron que otros, dijeron todos enfermería.

Los controles de litemia se realizan en un 59,25% de los casos en el mismo centro. De estos, solo un 15% se realiza en un dispositivo específico de Clínica de Litio. En el CAP, un 18,50% y en el CSM de referencia un 40,70%.

El 66,70% de los EIR no tenían conocimientos previos sobre cómo funciona una Clínica de Litio.

Entre las funciones que se realizan en una Clínica de Litio, un 96,3% contestó que las siguientes:

- Realiza extracciones de sangre
- Toma de constantes vitales
- Control de parámetros antropométricos
- Educación sanitaria
- Facilita la adherencia al tratamiento:
- Valoración de los efectos secundarios
- Recogida de los resultados y agilización del circuito si hay valores alterados
- Seguimiento de los resultados
- Realiza llamadas telefónicas a pacientes para correcciones de dosis prescritas por el médico responsable

Como limitaciones hacemos constar que no se pudo encuestar a la totalidad de los EIR de Salud Mental de Cataluña por motivos geográficos, y de los 36 EIR, 27 entregaron el cuestionario debidamente cumplimentado.

Tras la encuesta, un 77,8% considera que es útil que haya una Clínica de Litio en su hospital.

Al analizar estos resultados, concluimos que a pesar de la dificultad del manejo del paciente en tratamiento con litio, la mayoría de EIR no conoce el funcionamiento de una Clínica de Litio.

Sin embargo, tras contestar la pregunta número siete (en la que se detallan las posibles funciones de una Clínica de Litio), la mayoría consideraron que la existencia de la misma sería de gran utilidad en su hospital.

Hemos podido constatar la relevancia del trabajo de enfermería en cuanto a la educación sanitaria continua que se realiza en la Clínica de Litio; para el reconocimiento de los pródro-

mos, manejo de los efectos secundarios y tratamiento y hábitos saludables, entre otros. Tras este estudio nos planteamos que sería interesante la posibilidad de ampliarlo, para ver cómo se trabaja en el resto de España y en el extranjero y así defender el modelo con el que se trabaja en nuestra unidad docente; donde se da especial relevancia al papel que tiene la enfermera en cuanto a facilitar la adherencia al tratamiento, aumentar los conocimientos del paciente y familiares, haciéndoles partícipes en la responsabilidad de su autocuidado.

Además consideramos de gran utilidad este dispositivo porque favorece un seguimiento continuo y exhaustivo del paciente, detectando precozmente los pródromos de las descompensaciones y posibles intoxicaciones por litio.

BiBliografía

- Álvarez E et al. Clínica de Litio. Teoría y práctica (Capítulo 28). Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2000.
- Álvarez E et al. Sales de litio en psiquiatría. Monografías de Psiquiatría. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 1990.
- Bunney WE, Garland-Bunney BL. Mechanism of action of lithium in affective illness: Basic and clinical implications. In: Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. HY Meltzer. Nueva York: Raven Press; 1987.
- Solé-Insa PA, Gascón J (coord). Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- Martínez-Azumendi O. Guía de Educación sanitaria: Tratamiento con sales de litio. Manual para el paciente. Bilbao: Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad; 2001.

NECESIDADES PEDAGÓGICAS EN EL PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

Rosa María Díaz Beloso, Rosalía Rodríguez Álvarez, Clemondina Calvo Castro, Luz Cortegoso Moreira

Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos del Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

INTRODUCCIÓN

Según datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en su encuesta de salud de España 2006 aproximadamente el 44% de la población está en situación de normopeso, frente a un 37,8% con sobrepeso y un 15,5% de obesidad. [2]

Se define obesidad como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso. Es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas. [5] [15] [16]

La obesidad, además de asociarse a un aumento de la prevalencia de diferentes enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares o la dislipemia, es un factor de riesgo independiente, que se asocia a un aumento de mortalidad. Como complicaciones están:

- a) Diabetes Mellitus no insulínica. Al disminuir el peso mejoran las cifras de glucemia y se optimiza el comportamiento de la insulina. Estos cambios muchas veces ya se producen con pérdidas moderadas de peso, que oscilan entre un 5 y un 10%.
- b) Dislipemias al disminuir el peso, los parámetros alterados tienden a normalizarse, descendiendo los triglicéridos y el colesterol LDL, y aumentando el colesterol HDL.
- c) Hipertensión arterial. Aproximadamente el 50% de los hipertensos son obesos. Algunos estudios han valorado como más efectiva la pérdida de peso que el mantenimiento de una dieta baja en sal.
- d) Enfermedades cardiovasculares. Mención aparte merece la distribución topográfica de la grasa, considerándose un factor de riesgo cardiovascular la distribución de predominio abdominal (en forma de manzana).
- e) Enfermedades digestivas. Los obesos presentan con mayor frecuencia litiasis biliar, esteatosis hepática y hernia de hiato.
- f) Enfermedades respiratorias. Las personas con un exceso acentuado de peso movilizan menos los pulmones, con la consiguiente reducción del volumen pulmonar. Otra enfermedad relacionada con la obesidad es el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Los pacientes afectados de este síndrome son roncadores importantes, mientras duermen sufren paradas respiratorias (apneas) y presentan hipersomnia diurna, cefalea, falta de concentración e insuficiencia cardíaca.
- g) Alteraciones óseas y articulares. La obesidad provoca una erosión constante sobre la articulación, que degenera con una mayor rigidez y que da como resultado final una artrosis, sobre todo intervertebral, de la rodilla, cadera y tobillo.
- h) Hiperuricemia. La obesidad se relaciona con un aumento de ácido úrico y este, a su vez, puede provocar ataques de gota.
- i) Neoplasias (tumores malignos). La obesidad se asocia a una mayor mortalidad por cáncer de próstata y colorrectal en varones, mientras que en las mujeres la mortalidad se eleva en el cáncer de útero, ovario, endometrio, mama y vesícula biliar.

En Galicia la situación, al igual que en las comunidades autónomas del norte de la península, el índice de obesidad y sobrepeso es ligeramente mayor (38,6% y 17%) es decir; alrededor de un 55% de la población gallega esta fuera de los límites de normopeso.(INE). [1]

Muchos son los factores que influyen en la aparición de la obesidad, por un lado factores sociodemográficos como nivel cultural, socioeconómico, distribución geográfica; y por otro factores relacionados con el estilo de vida como el sedentarismo, la dieta, fármacos, entre otros. [5]. [15]

El estilo de vida de determinados grupos de población puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas, como es el caso de las enfermedades mentales.

Como enfermeros, dentro del modelo de enfermería por patrones de Marjory-Gordon, hay varios factores que pueden alterar al patrón nutricional-metabólico en la población con patología mental: [17]

- Falta de conocimientos sobre los alimentos y su metabolismo
- Alteraciones cognitivas (conciencia, percepción, pensamiento).
- Comportamientos psicóticos (polidipsia, pica y otros)
- Estados de ánimo distímicos (soledad, tristeza, aburrimiento) y afectivos
- Influencias culturales negativas (bien sobre la higiene de los alimentos o sobre la ingesta de alguno de ellos considerado no saludable)
- Pobreza de recursos económicos
- Hábitos familiares respecto a la comida erróneos, insanos o deficitarios en cuanto al equilibrio calórico
- Exigencias laborales o profesionales (ejemplo: deportistas, modelos publicitarias)

La mayoría de estos factores se pueden abordar desde un punto de vista pedagógico, dentro del campo de la enfermería en salud mental.

Señalar que el término pedagogía proviene del griego (paidagógos), el esclavo que traía y llevaba niños a la escuela, "paidos" que es niño y "gogía" que es llevar o conducir niño. Este concepto ha evolucionado y se puede hablar de una conducción, apoyo personal y/o vivencial en cualquier etapa de la vida humana. No sólo de la niñez, y que puede tener como agente la enfermera de salud mental,

Según expertos reunidos en Sitges (Barcelona) Junio 2008 en el IV Encuentro-debate para Psiquiatría y Atención Primaria, que reunió a 250 facultativos. [12] Los enfermos mentales tienen una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias y una reducción de un 20 por ciento de la esperanza de vida.

La salud física debe convertirse en una prioridad en la atención de los pacientes con enfermedad mental. Según el último Congreso Europeo de Psiquiatría, celebrado en Madrid del 17 al 21 de Marzo de este año 2008, se ha consensuado un documento en forma de decálogo, con el fin de asegurar que estos pacientes tengan la misma esperanza de vida que el resto de la población. Algunos puntos de este decálogo son:

- I.- La Estrategia Europea de Salud Mental y la OMS invitan a mejorar el estado de salud física de los pacientes con enfermedades mentales y al empleo de medidas preventivas y de promoción de la salud.
- II.- La Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica consideran que el nivel de discapacidad y un menor estado de salud física de los pacientes con esquizofrenia pueden llegar a ser muy importante debido a factores inherentes a la propia enfermedad, a malos hábitos de vida y a los tratamientos antipsicóticos
- III.- Las características de los pacientes con esquizofrenia y la necesidad de utilización de tratamientos farmacológicos antipsicóticos que pueden tener impacto sobre la salud

física hacen necesaria una mayor toma en consideración del estado de salud física de los pacientes por parte de los psiquiatras.

- IV.- Para conseguir los objetivos generales y específicos de mejora de la salud física del paciente con esquizofrenia se recomiendan actuaciones dirigidas a la prevención, diagnóstico, manejo y monitorización de las diferentes patologías concomitantes, factores y comportamientos de riesgo.

Todo ello hace que este grupo de población sea especialmente vulnerable en cuanto a su calidad de vida y salud física y dentro del ámbito de la asistencia hospitalaria, en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos con este trabajo se pretende conocer que magnitud tiene este problema, y si ésta es diferente en función del diagnóstico clínico del paciente.

OBJETIVOS

- Conocer la media de edad de los pacientes ingresados
- Conocer su distribución por sexos
- Conocer su distribución por grupos de edad
- Conocer el IMC de los pacientes ingresados en la unidad y compara además sus resultados con los de la población española y en particular con la comunidad gallega.
- Descubrir que % de obesidad y sobrepeso existe en la población a estudio
- Valorar la distribución de los diagnósticos clínicos
- Comparar los porcentajes de sobrepeso y obesidad en función de los diagnósticos clínicos
- Comparar los porcentajes de sobrepeso y obesidad por grupos de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de una población de 180 pacientes (86 hombres y 94 mujeres) que fueron ingresados en la unidad psiquiátrica de agudos en el periodo de 1 año, entre 1 junio del 2007 y el 1 junio 2008. del ámbito geográfico del área de influencia del Hospital del Meixoeiro incluyendo además Bayona, Gondomar y Nigrán.*

Como criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años

Como criterios de exclusión

- Ser menor de edad
- No tener valores de IMC medidos en la historia clínica
- Episodios de reingreso en dicho periodo

Se han estudiado cuatro variables; dos cuantitativas continuas como el IMC y la edad y dos cualitativas como el sexo y el diagnóstico de enfermedad mental.

La edad para su comparación estadística se ha establecido en tres grupos: Grupo I 18-24 años; Grupo II 25 a 64 y Grupo III >65

Valoración del Índice de masa corporal (IMC). También denominado Índice de Quetelet. Actualmente es el método más universal para valorar la obesidad. Se tomaron las medidas de peso y talla, al ingreso del paciente o en los días inmediatamente posteriores, en aquellos casos en los que por factores como sedación o poca colaboración no fue posible hacerlo en el momento mismo del ingreso.

Los pacientes se pesaron descalzos y en ayunas en báscula homologada del CHUVI.

Para medir la talla se uso tallímetro de pared calibrado homologado y en las mismas condiciones descalzos.

A partir de estas determinaciones directas se obtuvo el Índice de Masa Corporal ($IMC=P(kg)/T(m)$).

Para su análisis estadístico y comparación con los datos del INE, se establecen cuatro grupos según valores obtenidos de IMC: peso insuficiente (<18,5), normopeso (18,5 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9) y obesidad (≥ 30)

Los diagnósticos se obtuvieron de los informes de alta médicos, valorando sólo un diagnóstico en cada informe de alta. En aquellos informes en los que aparecía más de un diagnóstico, el criterio de selección fue el diagnóstico que se señala como principal o el que aparece en primer orden.

Para su análisis estadístico, se agruparon los diferentes diagnósticos clínicos de los pacientes ingresados en 6 categorías según los criterios de clasificación del DSM-IV (Anexo 1)

Señalar que principalmente en los grupos 3,4 y 6 aparece muy frecuentemente como diagnóstico secundario los trastornos relacionados con sustancias, recogidos también en el (Anexo 1)

- 1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:
- 2) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:
- 3) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- 4) Trastornos del estado del ánimo:
- 5) Trastornos de ansiedad:
- 6) Trastornos de la personalidad

Una vez obtenidos los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS-14. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables recogidas en el estudio. Para las variables cuantitativas (IMC y Edad) calculamos la MEDIA, DESVIACION TIPICA, RANGO Y CUARTILES; para las variables cualitativas (sexo y diagnóstico clínico) frecuencias y porcentajes.

Para el análisis bivalente, utilizamos el estadístico X entre las variables cualitativas y el ANOVA para variables cuantitativas normales.

Para el estudio de la normalidad aplicamos el test de Kolmogorov-Smirnov.

Aunque la prueba de Kolmogorov-Smirnov no da normal asumimos en base a la hipótesis de que a partir de 30 valores podemos considerar la distribución normal, hemos tomado la variable IMC normal. Con esa hipótesis vamos a estudiar la comparación de medias.

*Ámbito geográfico: municipios de Arbo, A Cañiza, O Covelo, Creciente, A Guarda, Mondariz, Mondariz Balneario, Mos, As Neves, Oia, Pontearas, O Porriño, O Rosal, Salceda de Caselas, Salvaterra, Tomiño, Tui, Vigo-Doblada, Lavadores, Matama.

RESULTADOS

Se analizaron los valores de los IMC de los pacientes, valorando su distribución en función del sexo, edad y diagnóstico clínico; obteniendo que la media de IMC se sitúa en 27; (sobrepeso), es decir el 50% de los pacientes presentan sobrepeso, estando el 25% con obesidad, $IMC > 30$. (Gráfico 1)

Sólo se han encontrado tres pacientes con peso insuficiente.

El % más elevado de ingresos corresponde al grupo de las esquizofrenias y trastornos psicóticos (40%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo 32,8%, trastorno de ansiedad 12%, seguidos de los trastornos de personalidad y demencias (6%). Y por último los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia con un 3%. (Gráfico 2).

Por grupos de edad la mayoría de los ingresos con diferencia se sitúan entre 25 y 64 años

En relación a los datos recogidos por el INE en Galicia.[2], el % de sobrepeso de la población gallega es de un 38,6% y el de obesidad un 17%, mientras que en la población de estudio con patología mental el sobrepeso es superior un 42,07%, siendo alarmante el incremento de la obesidad (23,3%)

Por diagnósticos, el mayor % de sobrepeso y obesidad lo presenta los pacientes diagnosticados dentro del grupo de esquizofrenia y otras psicosis, seguidos del estado de ánimo, y con menor porcentaje los trastornos de ansiedad; en último lugar trastornos de personalidad, demencia y los trastornos de la infancia adolescencia. (Gráfico 3)

Por grupos de edad, el primer grupo de 18-24 años, presenta un porcentaje de obesidad (28,6)% 4 veces mayor sobrepeso (7%). Sin embargo los otros dos grupos: grupo II 25-64 y el grupo III >65 ,es a la inversa ,los porcentajes de sobrepeso superan a los pacientes con obesidad (Gráfico 4).

Y por último comparando el IMC de la población de estudio por grupos de edad ,con los valores recogidos por el INE, en los tres grupos la obesidad es superior a los datos de población nacional, siendo los incrementos mas llamativos en la población joven 18 a 24 (5,6%), frente a 28% de la población pacientes ingresados del estudio (gráfico 5), seguido del segundo grupo 25 a 64 años, que supone el doble, de un 29% con patología mental a un 15,34% población española de la misma edad. En el grupo de >65 los porcentajes son bastante similares, aunque siguen siendo mayores los índices tanto de sobrepeso como obesidad.

Muchos son los factores que pueden explicar la mayor prevalencia de obesidad en la población con patología mental [7,8]:

1.- Por un lado como ocurre en el grupo de los pacientes con esquizofrenia, uno de los que mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad presenta, la sintomatología negativa como la falta de motivación, o impulso para realizar tareas cotidianas, dificultad para mantener relaciones sociales ,dificultades para mantener una actividad laboral se traduce en una disminución o ausencia de actividad física lo que provoca un sedentarismo.

También la sintomatología positiva como delirios y alucinaciones afectan en general impidiendo que mantenga unos hábitos de salud.

Además de toda esta sintomatología es especialmente importante la ausencia de conciencia de enfermedad, ya que las personas afectadas muchas veces no son conscientes de que la padecen y por lo tanto no buscan o rechazan la ayuda médica.

También algunos fármacos como los antipsicóticos atípicos (en especial la olanzapina y la clozapina) se encuentran asociados a incrementos de peso a corto plazo. Los estilos de vida son factores importantes a tener en cuenta en especial en este grupo poblacional [7].

Dentro del segundo grupo, en los diagnósticos del estado de ánimo siguen presentándose parte de la sintomatología negativa, y ansiedad fundamentalmente más la ausencia de conciencia de enfermedad en muchos casos, y otros patrones de salud alterados como el sueño, etc que como en el anterior grupo pueden traducirse en alteraciones del patrón alimentario, desequilibrio en cuanto a horarios y cantidades, patrón sueño, patrón roll-realaciones, etc. [10,11]

2.- Por grupos de edad es llamativo que en el grupo I (18 a 25) el porcentaje de obesos sea cuatro veces mayor que el de sobrepeso, aunque estos valores pueden corresponderse por un lado a que a estas edades se consume una dieta que se caracteriza por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas carbonatadas (ricos en grasas y azúcares refinados, respectivamente) y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales. Otro factor es que un 8% de los niños españoles van al colegio sin haber desayunado, estando demostrado que la prevalencia de la obesidad es superior en aquellas personas que toman un desayuno escaso o lo omiten, siendo esta la edad donde se establece su patrón de conducta. [13] [14]. También el sedentarismo es común en estas edades.

Según el estudio de Audencia Infantil AIMC 2004 [3] los niños y adolescentes españoles pasan una media de 2 horas y 30 minutos al día viendo televisión y media hora más jugando con videojuegos o conectados a Internet. Según la presentación de la V Reunión sobre Alimentación y Nutrición que se celebra en noviembre de este año la comunidad gallega posee el mayor índice de obesidad en la adolescencia de toda Europa.

Por otro lado también puede influir, que en este grupo de edad suelen comenzar a manifestarse las psicosis como la esquizofrenia, con los síntomas añadidos que describimos en el punto anterior.

CONCLUSIONES

- En los pacientes con patología mental el seguimiento del tratamiento es el pilar básico para garantizar el éxito terapéutico, muchos son los factores o dificultades que el paciente manifiesta para dejar su medicación ,la primera ,como ya hemos citado ,es la falta de conciencia de enfermedad ,otras son excesiva sedación y muy frecuentemente la percepción de que esta es la responsable de un aumento importante de peso, que atribuye sólo a los fármacos, por lo que el personal de enfermería tiene un papel fundamental con el paciente para ayudarlo a identificar factores como el sedentarismo, falta de alimentación equilibrada ,como los principales causas de sobrepeso. Y si ya se ha llegado a la situación de sobrepeso, poder facilitarle estrategias que le permitan pedir ayuda, y solucionar el problema sin optar por el abandono de la medicación.
- Como profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, debemos de impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población a nivel del ámbito hospitalario, sobre todo debido a los riesgos inherentes a los pacientes con patología psiquiátrica como son el sedentarismo, fármacos, dificultad para su autocuidado y en general para hábitos de vida saludables.

ESTADÍSTICOS

GRÁFICO 1
HISTOGRAMA DISTRIBUCIÓN DEL IMC

		IMC	EDAD
N	Válidos	180	180
	Perdidos	0	0
Media		27,5188	43,95
Desv. típ.		6,09983	15,949
Mínimo		16,22	18
Máximo		58,00	90
Percentiles	25	23,3750	32,00
	50	27,0000	42,00
	75	30,0000	54,00

Media 27,51 y desviación típica 6,09.

Valor mínimo IMC 16,22 Valor máximo 58

Cuartiles el 25% de los pacientes, los de menor peso están por debajo de 23,37

El 50% de los pacientes están por debajo de 27 de IMC

El 25% de los más obesos están por encima de 30 de IMC

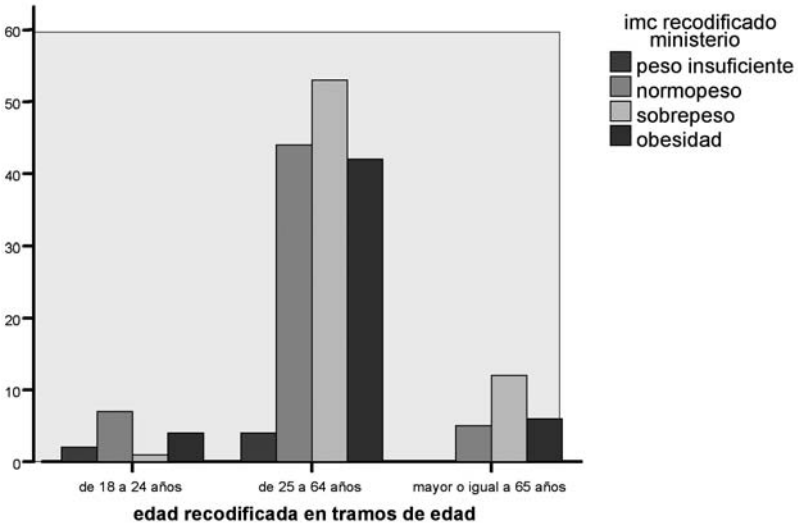
DESCRIPTIVOS

GRÁFICO 2
BARRAS DE ERROR ENTRE IMC Y DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO	59	28,2800	6,88093	,89582	26,4868	30,0732	17,44	58,00
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	23	26,6265	4,72410	,98504	24,5837	28,6694	19,50	35,00
TRASTORNOS DE INICIO INFANCIA-ADOLESCENCIA	6	26,5133	5,54702	2,26456	20,6921	32,3346	16,22	33,00
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS	72	27,5567	6,02639	,71022	26,1405	28,9728	17,00	46,00

GRÁFICO 3
DIAGRAMA DE BARRAS DISTRIBUCIÓN DE PESO EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Gráfico de barras



ANEXO 1

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia: incluye los pacientes ingresados con diagnóstico de
 - Retraso mental: leve, moderado, grave, y profundo.
 - Trastornos del aprendizaje:
 - Trastorno de las habilidades motoras:.
 - Trastornos de la comunicación:
 - Trastornos generalizados del desarrollo:
 - Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:

2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:
 - Delirium:
 - Delirium debido a... (indicar enfermedad médica)
 - Delirium inducido por sustancias
 - Delirium por abstinencia de sustancias
 - Delirium debido a múltiples etiologías
 - Delirium no especificado
 - Demencia:
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:
 - Demencia vascular:
 - Demencia debida a enfermedad por VIH
 - Demencia debida a traumatismo craneal
 - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a enfermedad de Pick
 - Demencia debida a... (indicar enfermedad médica no enumerada antes)
 - Demencia no especificada
 - Trastornos amnésicos:
 - Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica)
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
 - Trastorno amnésico no especificado.
 - Otros trastornos cognoscitivos: Trastorno cognoscitivo no especificado.

3. Trastornos relacionados con sustancias:
 - Trastornos relacionados con el alcohol:
 - Trastornos por consumo de alcohol:
 - Dependencia de alcohol
 - Abuso de alcohol
 - Trastornos inducidos por el alcohol: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado
 - Trastornos relacionados con alucinógenos:
 - Trastornos por consumo de alucinógenos:
 - Dependencia de alucinógenos
 - Abuso de alucinógenos
 - Trastornos inducidos por alucinógenos: Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.

- Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):
 - Trastornos por consumo de anfetaminas:
 - Dependencia de anfetaminas
 - Abuso de anfetaminas
 - Trastornos inducidos por anfetaminas: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno , y Trastorno del estado de ánimo.
- Trastornos relacionados con cafeína:
 - Trastornos inducidos por cafeína: Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y Trastorno relacionado con cafeína no especificado.
- Trastornos relacionados con cannabis:
 - Trastornos por consumo de cannabis:
 - Dependencia de cannabis
 - Abuso de cannabis
 - Trastornos inducidos por cannabis: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.
- Trastornos relacionados con cocaína:
 - Trastornos por consumo de cocaína:
 - Dependencia de cocaína
 - Abuso de cocaína
 - Trastornos inducidos por cocaína: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno, y Trastorno relacionado con cocaína no especificado.
- Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):
 - Trastornos por consumo de: fenciclidina:
 - Dependencia de fenciclidina
 - Abuso de fenciclidina
 - Trastornos inducidos por fenciclidina: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.
- Trastornos relacionados con inhalantes:
 - Trastornos por consumo de inhalantes:
 - Dependencia de inhalantes
 - Abuso de inhalantes
 - Trastornos inducidos por inhalantes: Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.
- Trastornos relacionados con nicotina:
 - Trastornos por consumo de nicotina: Dependencia de nicotina.
 - Trastornos inducidos por nicotina: Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.
- Trastornos relacionados con opiáceos:
 - Trastornos por consumo de opiáceos:
 - Dependencia de opiáceos
 - Abuso de opiáceos
 - Trastornos inducidos por opiáceos: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno, y Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

- Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno , y Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado
 - Trastornos relacionados con varias sustancias: Dependencia de varias sustancias.
 - Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):
 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
 - Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)
 - Abuso de otras sustancias (o desconocidas)
 - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno , y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado
4. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Esquizofrenia:
 - Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado
 - Tipo catatónico
 - Tipo indiferenciado
 - Tipo residual
 - Trastorno esquizofreniforme
 - Trastorno esquizoafectivo
 - Trastorno delirante
 - Trastorno psicótico breve
 - Trastorno psicótico compartido (folie a deux)
 - Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
 - Trastorno psicótico inducido por sustancias
 - Trastorno psicótico no especificado.
5. Trastornos del estado del ánimo:
- Trastornos depresivos:
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
 - Trastornos bipolares:
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado.
 - Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
 - Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
 - Trastorno del estado del ánimo no especificado.

6. Trastornos de ansiedad:

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado
- Trastorno dismórfico corporal
- Trastorno somatomorfo no especificado

7. Trastornos de la personalidad:

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta-Bartrinaa, Jr; Serra-MajemBL, Foz-Salac M., Moreno-Esteband,B y Grupo Colaborativo SEEDO*. Prevalencia de obesidad en España
2. Encuesta nacional de salud del 2006 Gobierno de España Ministerio de Sanidad y Consumo
3. Estrategia para la nutrición , actividad física y prevención de la obesidad.(NAOS) Ministerio de Sanidad y Consumo Año
4. C. Martínez Roldán*, P. Veiga Herreros*, A. López de Andrés*, J. M.ª Cobo Sanz* y A. Carbajal Azcona***. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal.Nutr.Hosp (2005) XX (3) 197-203
5. Sociedad Española para el estudio de la Obesidad .Consejos de nutrición.(SEEDO)
6. www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/1975/ - 44k - DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ...
7. Dr. Ray Plasencia Yasuda .Comorbilidad Médica en Pacientes Esquizofrénicos @ 2007 January
8. Cavieres A y Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43:97-108.
9. Bersh, Sonia. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. rev.colomb.psiquiatr., Dic 2006, vol.35, no.4, p.537-546. ISSN 0034-7450
10. J.Vallejo Ruiloba .Introducción a la sicopatología y a la psiquiatría.6ª edición Ed.Elsevier.Masson
11. Louise Rebrama Shives.Enfermería psiquiátrica y de salud mental .Conceptos Básicos.6ª Edición. Ed Mc Graw-Hill-Interamericana.
12. DSM-IV
13. Arturo Jiménez Cruz, Mª Eugenia Perez Morales. Obesidad infantil. Rev ROL. Enf.2004 27(3) 184-188.

14. Virginia Mumbiela Pons, Silvia Sanmartín Zaragoza, Carlos González Álvarez. Obesidad infantil y hábitos alimentarios. Rev ROL. Enf. 1997 (.11-17)
15. López de La Llave A Y Rodríguez A ; MD Ruiz González MD , Conejo Olmedilla MA . Tratamiento del sobrepeso . Aplicación de un programa . Rev ROL. Enf 1998.(6) 239-240
16. Panisello Royo JMLa epidemia nutricional .Rev ROL. Enf 2005;28(6).436-450
17. Joana Fornes Vives, M^a Consuelo Carballal Bsalsa, Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Ed Panamericana. 2001
18. Aniceto Charro Salgado. Presentación de la 5 reunión internacional sobre alimentación y nutrición. Asociación Galega de Estudios da Dieta Atlántica y la Sociedad Española de Nutrición. La Voz de Galicia, 13 septiembre 2008.

Agradecimientos

- A la fundación FICHUVI , en especial a Manoli Fontanillo Fontanillo por su colaboración
- A Manuel Chaves Beceiro por su apoyo.

PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA EL FOMENTO DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Manuela Menárguez Alcaina, Isabel M^a. Soto Ballester, Ana Isabel Martínez Rodríguez, Ana M^a. Martínez López, Nuria Romero Aguilar y M^a. Dalia Ribas Jordà.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN

En esta comunicación les vamos a exponer el desarrollo de un Programa de Formación Continuada en Salud Mental para los distintos profesionales no facultativos que ofrecen su asistencia a los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Reina Sofía (HGURS) de la Región de Murcia.

La UHP del HGURS de la Región de Murcia es una unidad de hospitalización que atiende a pacientes con patología psiquiátrica aguda. Es una unidad cerrada dentro de las características propias de un hospital general público del Servicio Murciano de Salud. Esta unidad estructuralmente consta de 24 camas de hospitalización.

El perfil de usuario al que se le da asistencia es el tipo de paciente con trastorno psiquiátrico agudo cuyo ingreso puede ser de tipo voluntario o involuntario. La estancia media del ingreso suele oscilar entre los 15-20 días.

Esta UHP también ofrece servicio asistencial para la administración de sesiones de TEC en pacientes ingresados en dicha unidad y pacientes que acuden ingresados de otras unidades de hospitalización.

Adscrita a la UHP se encuentra la Unidad de Trastornos de la Alimentación que consta de 6 camas.

Esta atención está orientada a proporcionar a nuestros clientes la restitución de su salud mental o las capacidades psíquicas suficientes para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso.

Todo el personal asistencial no facultativo ofrece sus servicios en las diferentes áreas de esta UHP, teniendo en cuenta las características especiales de la unidad y la diversidad formativa de los profesionales que trabajamos en ella.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado-elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

El motivo por el cual se nos presentó la inquietud en el desarrollo e implementación de un Programa de Formación Continuada en Salud Mental en nuestra unidad fue la dificultad por parte del personal asistencial no facultativo de dar unos cuidados especializados, tener unos criterios de actuación unificados con todo el equipo asistencial y de garantizar una calidad asistencial tendente a la excelencia, debido en parte al constante movimiento del personal no facultativo en instituciones sanitarias del ámbito público.

Por dicha razón, un grupo de enfermeras especialistas en salud mental, observando dichas dificultades, hemos optado por llevar a cabo este programa de formación dirigido tanto a personal eventual como fijo de esta unidad.

De los 42 miembros del equipo no facultativo, sólo 15 son personal fijo, siendo ésta, la cota más alta desde que se abrió la unidad en Junio de 2005, lo que implica un constante cambio de la plantilla, con la repercusión en el clima laboral que ello supone.

Con el desarrollo e implementación de este Programa de Formación Continuada en Salud Mental queremos obtener un incremento en la satisfacción laboral, evitar el síndrome de burn-out profesional, aumentar conocimientos y habilidades de manejo en las diferentes necesidades del paciente psiquiátrico agudo, favorecer el buen clima laboral, lo que finalmente repercutirá en la calidad asistencial del paciente y sus familias lo cual es nuestro fin último.

Pretendemos procurar que los profesionales puedan acceder a las técnicas terapéuticas más efectivas en salud mental; contar con unos profesionales cuyo perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio a prestar; liderar la formación continuada potenciando el desarrollo profesional, docente e investigador; procurando una mayor satisfacción de los profesionales fomentando su sentido de pertenencia a la UHP y favoreciendo su participación en la planificación y el desarrollo del servicio.

Procuraremos el desarrollo profesional, el fomento de la satisfacción profesional y favoreceremos un buen clima laboral entre los profesionales mediante el programa formativo incentivando la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de participación.

Creemos como factor clave para ofrecer una calidad asistencial óptima al paciente psiquiátrico el disponer de profesionales de alto nivel técnico y una relación humana con capacidad de escuchar al paciente, efectivos en la resolución de problemas planteados, con valores sólidos y compartidos por el conjunto de miembros que formamos el equipo asistencial.

El ámbito de la salud mental en el que trabajamos es dinámico y cambiante influenciado por nuevas culturas, formas de vida y adicciones que crean nuevas manifestaciones en las patologías psiquiátricas lo que justifica que las personas que trabajamos en este ámbito nos adaptemos al unísono adquiriendo constantemente nuevos conocimientos y ampliando los ya adquiridos para poder ofrecer cuidados cambiantes y adaptados a las nuevas necesidades.

DESARROLLO

Se llevará a cabo un estudio experimental prospectivo de la mejora de la satisfacción profesional del personal no facultativo de la UHP del Hospital General Universitario Reina Sofía de la Región Murcia, mediante un programa formativo para el desarrollo de habilidades en el manejo del paciente agudo.

El estudio se realizará a todo el personal no facultativo de la unidad de agudos psiquiátrica del HGURS de la Región de Murcia, un total de 38 profesionales (excluido de la población de estudio el Supervisor y las 3 Enfermeras Especialistas en Salud Mental), 13 Enfermeros, 20 Auxiliares de Enfermería y 5 Celadores, todos en turno rotatorio.

Criterios de inclusión:

Personal no facultativo adscrito a la unidad de Psiquiatría del HGURS, independientemente de tiempo en el servicio y tipo de situación laboral.

En caso de ILT superior a 15 días, se incluirá en el estudio a la persona destinada a cubrir dicha ILT, si permanece en la unidad durante todo el tiempo del proyecto.

Criterios de exclusión:

Personal Enfermería Especialista en Salud Mental, por ser los miembros que elaboran el programa formativo, y poder sesgar los resultados del estudio.

Se excluye del estudio al Supervisor de la unidad, por realizar una labor especialmente gestora y administrativa.

Personal contratado para ILT, que no superen los 15 días, que en tal caso se incluirá al titular adscrito a la unidad, dado que el personal adscrito se puede incorporar a uno de los dos grupo establecidos.

Personal que no esté adscrito a la unidad durante todo el tiempo del proyecto, en tal caso se contemplarán como pérdidas en la población.

Personal que no asista al menos al 75% de la formación, ofreciendo la posibilidad de alternar el grupo según la disponibilidad horaria del personal.

Para el desarrollo del estudio que proponemos, señalamos las siguientes variables a considerar:

Variable dependiente: nivel de desgaste del personal no facultativo de la unidad de psiquiatría del HGURS de la Región de Murcia, medido a través del cuestionario Maslach para el desgaste profesional mediante tres subescalas que miden el cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El cuestionario Maslach, es autoaplicado, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34.

La escala Maslach (1986) tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del Maslach Burnout Instrumente (MBI) son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Como variables independientes consideramos los siguientes datos sociodemográficos.

Sexo: variable dicotómica; mujer o varón.

Edad: variable cuantitativa discreta, establecida en 4 rangos: de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años y mayores de 50 años.

Categoría profesional: distinguimos 3 categorías profesionales que corresponden a 3 niveles formativos; Enfermero no Especialista, Auxiliar de Enfermería y Celador.

Tiempo de experiencia en el servicio de psiquiatría: variable cuantitativa discreta establecida en 3 rangos, menos de 1 año de experiencia, de 1 a 3 años de experiencia y más de 3 años de experiencia.

Situación laboral: variable dicotómica, establecida en fijo o contratado.

Asignación al servicio: variable dicotómica, establecida en voluntario u obligatorio.

Para el desarrollo del programa formativo, el personal se dividirá en dos grupos, donde ambos deben incluir una representación de las distintas categorías profesionales, cada uno de los grupos realizará una sesión quincenal, con un total de cuatro sesiones formativas para el desarrollo de habilidades en el manejo del paciente agudo, alternando con un segundo grupo, de tal modo que se realizarán una sesión semanal alternando primer y segundo grupo, pudiendo intercambiarse el personal por razones de turno y/o inconvenientes personales.

El programa se llevará a cabo en un total de 6 meses con el siguiente desarrollo:

Primer mes: valoración de la Satisfacción profesional y elaboración del programa formativo para el desarrollo de habilidades en el manejo del paciente agudo.

Se entregará en mano a cada miembro del equipo, el cuestionario Maslach y una vez cumplimentado se depositará en una caja sellada para garantizar el anonimato. Este proceso se realizará durante los primeros quince días, por los cuales todo el personal de la unidad ha acudido a trabajar en alguno de los turnos, durante los quince días restantes se llevará a cabo el análisis estadístico de los mismos.

En este periodo se llevará a cabo el desarrollo de programa formativo por parte del equipo docente seleccionado.

Segundo y tercer mes: Desarrollo del programa formativo para el desarrollo de habilidades en el manejo del paciente agudo, en sesiones quincenales para cada grupo, con un total de 4 sesiones.

Cuarto y quinto mes: periodo de asimilación y modificación de conducta del personal, a través de los conocimientos adquiridos durante la formación.

Quinto mes: valoración nuevamente de la satisfacción profesional tras periodo formativo, asimilación y modificación de conducta. Se realizará del mismo modo que en la valoración inicial.

Sexto mes donde se realizará análisis estadístico y publicación de resultados finales obtenidos del estudio

Como limitaciones al estudio detectamos a priori que, el constante movimiento del personal no facultativo de instituciones sanitarias, como traslados internos, externos, comisiones de servicio, ILT, etc., dificulta que la población indicada al inicio del estudio se pueda mantener durante todo el proceso y los estrictos criterios de exclusión, pueden dificultar la obtención de resultados significativos.

CONCLUSIÓN

Actualmente nos encontramos en la fase inicial del proyecto, con el programa formativo elaborado, e iniciando la valoración inicial de la satisfacción profesional a través del cuestionario Maslach.

Creemos que el grado de participación en el programa será elevado, dado que responde a una necesidad sentida y expresada por los profesionales que constituyen la UHP.

Para próximos encuentros esperamos obtener los resultados del estudio y poder ponerlos en su conocimiento. Lo cual nos permitiría abrir nuevas líneas de investigación para la mejora de la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition. University of California. Consulting Psychologist Press. Palo Alto.
- Sánchez Encinas, J.L. (2004): Estudio del clima laboral del personal de enfermería de las unidades de Salud Mental. En: [http:// www.anesm.net/contents/pianesm.php](http://www.anesm.net/contents/pianesm.php) [Consulta 10 enero de 2009]
- Schuller Prieto, C. e Isac Pérez, M.D. (2003): Identificación de estresores y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. En: [http:// www.anesm.net/contents/pianesm.php](http://www.anesm.net/contents/pianesm.php) [Consulta 10 enero de 2009]

DICEN QUE TENGO ESQUIZOFRENIA...

Loreto Cortes García, Jesús Díez Alonso, Luis Ángel Díez Alonso, Fátima Mongil Jorriñ, Sara Mongil Jorriñ, Blanca Villa Manuel.

Hospital Universitario Río Hortega. (Sacyl). Unidad de Psiquiatría. (Hospital Doctor Villacián). Valladolid.

Nuestro trabajo diario en las Unidades de Salud Mental, como Personal de Enfermería, nos hace ver la evolución de pacientes con esquizofrenia. En los primeros brotes de la enfermedad se hace necesario, en ocasiones, el ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (Agudos) para su estabilización psicopatológica. Una vez lograda, puede ser beneficioso el paso a otro dispositivo asistencial como es la Unidad de Rehabilitación, con el fin de facilitar la reincorporación a su vida previa y la adaptación a una nueva realidad, mediante diversas intervenciones psicosociales como la psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, etc. Intervenciones que deben combinarse obligatoriamente con el tratamiento farmacológico, eje principal en la enfermedad, siendo los antipsicóticos la piedra angular.

Dentro de este tipo de fármacos diferenciamos entre antipsicóticos típicos y atípicos. Hemos elegido la observación de pacientes tratados con éstos últimos, ya que tienen otro mecanismo de acción, menores efectos adversos, y parecen tener mayor eficacia sobre los síntomas negativos. Siendo administrados la mayoría por vía oral, y dado que el paciente suele ser reticente a mantener la toma diaria de la medicación por no tener conciencia de enfermedad, nos hemos fijado en la inyección intramuscular, y el único antipsicótico atípico comercializado es la risperidona, o su nombre comercial Risperdal Consta. Mediante este tratamiento, que es bien tolerado por los pacientes, inyectable y con cobertura antipsicótica de varias semanas, aseguramos el cumplimiento terapéutico, puesto que el abandono total o parcial del mismo, es un problema importante por su frecuencia y consecuencias: recaídas cada vez más graves, en ocasiones acompañadas de riesgo de suicidio y de conductas agresivas. El paciente pierde su capacidad de adaptación, causando sufrimiento personal y familiar importante, empeorando así el pronóstico de la enfermedad. Utilizando este fármaco mejora la calidad de vida, los síntomas positivos y negativos, disminuye el sufrimiento del paciente, se asegura la continuidad del tratamiento farmacológico, reduciéndose las hospitalizaciones y el coste económico asociado a esta enfermedad.

A partir de estas premisas, exponemos la experiencia personal de de un paciente esquizofrénico de 23 años, que después de haber cursado varios ingresos en nuestra Unidad de Hospitalización Breve (Agudos) es derivado a la Unidad de Rehabilitación:

Siempre hay un antes y un después. Ahora puedo estar con la gente. Puedo ir por la calle sin sentir que me miran; puedo hacer cosas de continuo sin oírles diciéndome si está bien o mal...

Dicen que tengo una enfermedad mental para toda la vida..., no lo sé, solo sé que soy diferente y que lo he pasado muy mal. Todavía tengo días malos, pero son pocos, y en nada parecidos a los del principio.

No sé decir cuando empezó todo... quizás en el instituto. Allí todos se fijaban en mí, hablaban, a veces me seguían. Nunca fui un estudiante brillante, sí me gustaba leer mucho y escribir, pero poco a poco comencé a sentirme incapaz de hacerlo. No podía concentrarme, no me dejaban.

Mis amigos no me entendían, creo que se reían de mí, y yo no podía explicarles que me pasaba, porque ni yo lo sabía. Solo quería estar solo, y sin embargo, nunca me sentía solo. Me pasaban "cosas raras".

En casa empecé a notar que mis padres hablaban de mí a escondidas, también me trataban

de forma diferente. Me encerré en mi habitación, estaba más seguro, no quería hablar con nadie, era mi refugio, aunque ni siquiera en él podía estar tranquilo.

Dejé de hablar, pero “ellos” si me hablaban. Dejé de jugar al baloncesto, “ellos” no me dejaban. Mi novia me dejó “ya no eres el mismo”..., “ellos” se reían...

Pasaron cosas, muchas cosas que no sé explicar. Me ingresaron cuando destrocé mi habitación: tenía miedo, quería que se callaran, que no me vieran, que ¡¡¡me dejaran en paz!!! Empezaron atándome, me pincharon, me quedé dormido...luego siguieron las pastillas, la incertidumbre, gente muy rara. Pasaron los días, a veces no tomaba la medicación que me daban, no me dejaba pensar, y no la necesitaba, además “ellos” se reían más que nunca. No quería comer, creía que me iba a morir si lo hacía, aunque a veces lo deseaba con todas mis fuerzas, no tenía ninguna salida... Llegué a idear como hacerlo, “ellos” me llamaban cobarde, pero también me animaban...

Tardé mucho en contar las cosas, bueno algunas cosas ¡¡¡creerían que estoy loco!!! Entonces me dijeron que estoy enfermo, como le pasa a otra gente, y que no tengo la culpa de lo que me pasa, como quieren hacerme creer. Dicen que lo que me pasa no siempre es real, aunque yo no lo entiendo. Dicen que son, o lo llaman “alucinaciones”. Claro yo no me lo creí, pero la única forma de salir de allí era decir que sí, y “portarme bien”...

Volví a casa; mi madre me obligaba a tomar las pastillas, aunque a veces la engañaba escondiéndolas; éstas me dejaban muy cansado, me daban mucho sueño y solo quería estar en la cama. Volví a encerrarme, no dejaba entrar a nadie, no necesitaba pastillas ni nada, ni a nadie... ya les oía menos. Duró poco, volvieron a ingresarme poco después. “¡otra vez lo mismo!, pensaba, “ellos” también me lo decían. No podía más, así que expliqué un poco más lo que pasaba, creo que me comprendieron. Me explicaron que iban a ponerme unas inyecciones, que me quitarían las pastillas. Por supuesto que no creía en ello, pero acepté. Cada 14 días. Sé como se llaman por que todavía hoy en día me las sigo poniendo: es Risperdal Consta.

Pasé a otra unidad, la llaman “rehabilitación”. Al principio no quería ir, me costó. Luego conocí a otra gente, tipos raros, también con sus cosas. Me obligaban a levantarme a las 8 ¿te imaginas?, hacerme la cama, ducharme todos los días, y poco a poco a hacer “las actividades”, y cumplir mi horario, pegado en mi armario. Seguían las inyecciones cada dos semanas, piscina, periódico a diario, grupo terapéutico, cocina..., ¡¡¡hemos ganado el torneo de basket al centro de día!!!!... “ellos” a veces intentan convencerme de que lo deje todo..., pero yo estoy mejor ahora, por lo menos puedo salir, aunque no siempre me apetece.

Creo que mis padres me han perdonado como me puse. Vienen también ellos a “terapia”. La psiquiatra (que ya sabe casi todo lo mío) dice que ya puedo ir a casa los fines de semana. También me encargo de ir a por las películas al centro cívico, aunque luego nunca las acabo de ver, es mi encargo.

Las “chicas”, así llamo yo a las enfermeras y auxiliares, creo que también lo saben. Me ayudan, aunque también “me dan caña” ¿eh?, se preocupan por mí, me cuidan.

Me siento diferente, mejor. He engordado un poco, pero mi madre y las chicas dicen que lo necesitaba, sí, “ellos” me consumían...

A veces pienso que ya son muchas las inyecciones que me he puesto, que ya es suficiente, pero luego tengo miedo de volver al principio, quiero salir, no quiero volver a ingresar. La Doctora me dice que estoy mejor gracias a esta medicación, a las inyecciones, yo no lo sé, igual sí es así. Lo que sé, es que aunque a veces no quiera, las necesito. Es verdad que ahora les oigo menos, además no tengo tanto sueño, “ellos” me dejan hacer más cosas, no me controlan tanto; bueno..., quizás soy yo el que les controlo.

El programa de enfermería ha empezado hace poco. Se llama “conozco mi enfermedad”. Ayer por la tarde tocaba, vimos la importancia de tomar la medicación, y los efectos positivos y negativos. Es una suerte, yo solo tengo Risperdal Consta, que aunque duele al ponérmela,

luego me olvido hasta la siguiente. Puedo salir sin estar pendiente de llevar pastillas, y cuando vaya a casa, me han dicho que me la ponen en el centro de salud, como las vacunas.

En el grupo terapéutico nos mandan escribir lo que hacemos, y también una tarea para hacer después. Vamos 5 pacientes. A veces toca tema difícil. Dicen que yo hablo poco, pero hoy cuando me han preguntado he acertado con los ejemplos. Esto que escribo es la tarea, contar que me pasa, que me ha pasado, como he llegado aquí, el antes y el después. Antes me gustaba escribir, siempre me costaba más hablar. Creo que ya no escribo tan bien, bueno eso también me lo dicen "ellos", aunque sé que no les tengo que hacer caso. Bueno un poco sí, porque lo que tenía que hacer primero era presentarme, y se me ha olvidado: Soy Fernando, tengo 23 años, dicen que tengo esquizofrenia, y me gustaba, me gusta escribir.

BIBLIOGRAFÍA

- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson, Octava edición, 1978.
- Talbott, Y.A.; Yudofsky, S.C.; Halas, R.E. Tratado de Psiquiatría. Ed. Ancora S.A., 1996.
- Parellada Rodón, E.; Fernández- Egea, E. Esquizofrenia. Del caos mental a la esperanza. Morales i Torres Editores, S.L. 2004.

REINGRESOS EN UNIDAD DE AGUDOS. VALORACIÓN A TÉRMINO, VS CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Valdearcos Pérez, Juan Carlos, López Ortega, Laura, Alejandro Muriel, Florentino
Servicio psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados entre dispositivos asistenciales es uno de los elementos básicos de la calidad de la asistencia sanitaria.

Casi todos los ciudadanos y medios de opinión, están satisfechos de la calidad técnico-científica del sistema sanitario; si bien uno de los mayores problemas es la dificultad para el acceso a los servicios. Es, este punto clave, cuando se aborda el problema de la continuidad asistencial. Así pues, una queja habitual del personal asistencial: es, la dificultad para acceder a los medios diagnósticos, o para la derivación de un paciente del nivel primario al especializado o viceversa.

El primer problema es el resolver la necesidad de permeabilizar estos accesos.

La atención primaria, ofrece continuidad y longitudinalidad.

La atención especializada solo ofrece continuidad. Es por ello fundamental una actuación transversal.

Es por ello que la continuidad de cuidados en enfermería, constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a las personas, dentro del ámbito sanitario.

Fue en el año 2002, en D.O.G.C 3642 y en el 2003, L.O.P.S.; cuando este aspecto es oficial.

CONTEXTO

La unidad de estancia corta y la sala Sant Jordi de psiquiatría de agudos del hospital de la Santa Cruz y Sant Pau de Barcelona, con un total de 32 camas, dan una cobertura especializada a una población de 196.899 personas mayores de 18 años, correspondientes a dos Distritos: Gracia y derecha del Eixample.

Durante el año 2008, el CSMA del sector correspondiente a la derecha del Eixample inicio las visitas de continuidad asistencial.

En la presente comunicación, se pretende evaluar la continuidad de cuidados, valorando los ingresos y reingresos producidos, durante los años 2005, 06, 07,08

MATERIAL Y MÉTODO

- Proceso de atención de enfermería
- Clasificación de intervenciones de enfermería. (N.I.C.)
- Programa informático GACELA.
- Historia clínica: edad, sexo, dx. medico, días de ingreso, ingresos, reingresos, motivo ingreso, derivación.
- SPSS

OBJETIVOS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

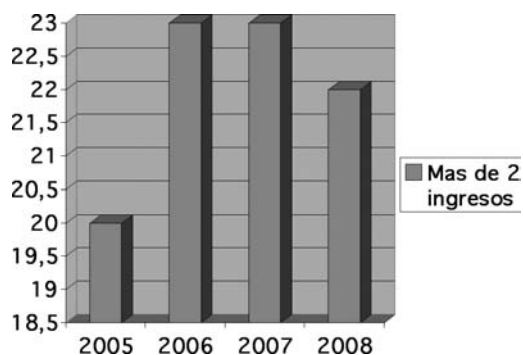
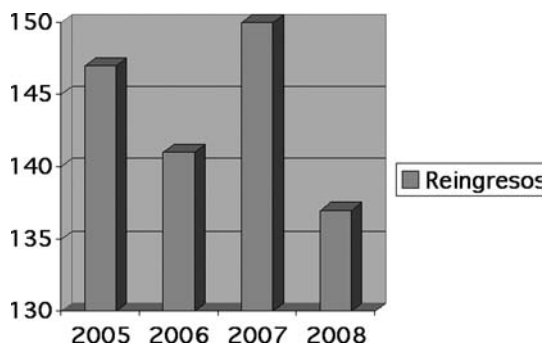
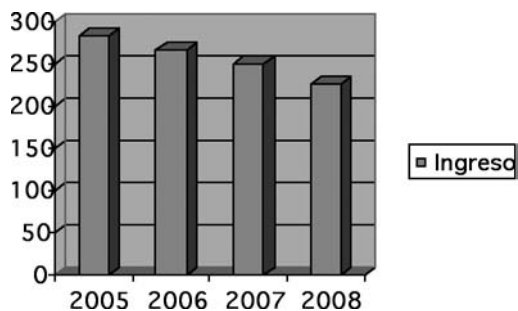
- Desarrollar el proceso de atención de enfermería, mediante la continuidad de cuidados, la toma de decisiones y fomento de las relaciones entre niveles asistenciales.
- Aproximar el sistema de salud al usuario mediante la prestación asistencial en el entorno de la hospitalización.
- Desarrollar la autonomía profesional de los Diplomados en Enfermería.
- Racionalizar el uso y la frecuentación de los servicios de salud y de las estancias hospitalarias.

- Colaborar en la reducción de las estancias medias hospitalarias.
- Disponer de un parámetro más en las auditorias de calidad de los servicios sanitarios y de las prestaciones enfermeras

LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VARIOS INGRESOS IRA DIRIGIDA A:

- Conciencia de enfermedad. Compromiso terapéutico.
- Adherencia al tratamiento. Cumplimiento farmacológico.
- Cuidar a los cuidadores. Familias.
- Evolución y seguimiento de planes de cuidados.

ESTADISTICAS



CONCLUSIONES

- El Programa de Continuidad Asistencial, es un compromiso en los cuidados enfermeros. Que permite argumentar que cuanto mayor es la coordinación entre niveles, menor es también el aumento de estancias hospitalarias, frecuentación de servicios de salud y de reingresos hospitalarios.
- Racionalizando así el uso de servicios, y promover una educación para la salud.
- La continuidad de los cuidados y el seguimiento de enfermería es un factor de gran importancia en el proceso asistencial, mejorando la calidad de vida de estas personas y favoreciendo su integración en la sociedad. Es un proceso donde se establecen objetivos comunes y cuyos resultados implican a todos los niveles asistenciales que lo conforman.

Desde la implantación del programa de continuidad asistencial en El Hospital de Sant Pau podemos afirmar que:

- Se produce estabilización del número de reingresos anuales.
- Garantiza que los pacientes derivados no se pierdan en el tránsito.
- Gestión de las visitas postalta, favoreciendo la vinculación al CSMA .
- Se produce una disminución de reingresos de personas el mismo año
- Mejora la adherencia al tratamiento.
- Comunicación más fluida entre los servicios implicados, creando la figura del enfermero referente del sector.
- Mejor coordinación en los cuidados de enfermería al realizarse intervenciones consensuadas.

GUÍA PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA A FAMILIARES SOBRE LOS PERMISOS DE SALIDA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA U.T.C.A. (UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA)

Francisco Javier Pérez Botella, Ana Isabel Martínez Rodríguez, Concha Rivera Rocamora, Javier Iglesias Braojos.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes de la U.T.C.A. de Murcia permanecen ingresados en un intervalo de tiempo que va desde el mes y medio hasta los tres meses de estancia. Durante este período de tiempo y si la evolución es favorable, se producen contactos enfermo-paciente de forma periódica dentro de un programa de refuerzos positivos. Estos encuentros consisten en un principio en visitas al paciente en la Unidad unas horas durante la tarde, y a medida que van progresando, en salidas de una hora, de toda una tarde, de una noche en el domicilio, de un fin de semana y al final del tratamiento en permisos de cinco a siete días.

Se intenta hacer partícipe a la familia del proceso terapéutico, implicándola en el cuidado integral del paciente, es decir, supervisar la dieta a seguir, permanencia y vigilancia durante las tomas de alimento, asegurar el cumplimiento de los reposos recomendados y la correcta utilización del WC, control de la actividad física y valoración de las actitudes y comportamientos frente a su cuerpo y las relaciones con la familia y amigos, etc.

Las relaciones con la familia a veces constituyen los factores predisponentes y/o mantenedores del trastorno. Una familia responsable y colaboradora es una herramienta imprescindible y de gran ayuda para una buena evolución de la conducta del paciente.

Por lo tanto se hace necesaria una educación a la familia sobre cómo realizar ese cuidado integral que se le va a prestar al paciente durante los permisos, y que se van a prolongar una vez se vaya de alta y se le haga el seguimiento en revisiones posteriores.

DESARROLLO

Se elaboró una guía para entregar a los familiares cuando el paciente pudiera disfrutar de su primer permiso fuera de la Unidad.

En la Guía Psicoeducativa se incluyen las recomendaciones y los pasos a seguir durante los diferentes permisos que puede disfrutar el paciente a lo largo de su estancia.

Permiso de 1 hora de paseo por el Hospital:

- Apoyo emocional durante todo el permiso.
- En el transcurso del permiso es aconsejable que solamente vea a familiares directos y en un ambiente relajado sin posibles presiones por su estado de salud.
- Acompañar al paciente en todo momento para que esté siempre bajo supervisión.
- Controlar la utilización del WC para evitar posibles vómitos, ingestas o realización de ejercicio.
- Evitar iniciar una discusión por parte de la familia o paciente.
- Evitar conductas manipulativas que impliquen una transgresión del régimen terapéutico.
- Evitar conversaciones relacionadas con el peso, comidas, físico o salud del paciente.
- Evitar actividad física excesiva, como andar demasiado, correr o cualquier otra actividad que implique excesivo gasto energético.
- No incluir ninguna toma de alimento durante el permiso ya que rompería la estructura de la dieta prescrita.

- Mantener una actitud disciplinada con el paciente en cuanto a los comportamientos adecuados que debe tener.
- Acompañar al paciente de regreso a la Unidad e informar al personal de cómo ha transcurrido el permiso.

Permiso de 16,30h a 19,30h:

- Aplicar todo lo anteriormente dicho.
- Este permiso implica una toma de alimento fuera de la Unidad, que es la merienda, por lo que hay que tener en cuenta ciertas consideraciones.
- La toma siempre se hará bajo la supervisión de algún familiar para asegurarse de si la realiza correctamente o no.
- Debe incluir un yogur (no desnatado) o un vaso de leche entera con azúcar y algo sólido (8 galletas maría, 2 magdalenas pequeñas, 1/2 panecillo con aceite o mermelada, o similares).
- Evitar conductas manipulativas con respecto a las cantidades y tipos de alimentos que debe incluir la toma.
- El paciente no debe manipular en exceso los alimentos ni desmenuzarlos o trocearlos en porciones muy pequeñas.
- No es recomendable levantarse de la mesa o realizar cualquier tipo de actividad mientras se come.
- El paciente debe procurar hacer la toma en 15 minutos como máximo.
- Tras la toma deberá permanecer en reposo al menos 30 minutos, sin realizar ningún tipo de ejercicio físico.
- Si la toma no se realiza correctamente se deben evitar las discusiones, se comunicará al personal de la Unidad cuando regrese del permiso.
- Procurar hacer entender al paciente que estas normas para comer forman parte del programa terapéutico y que cualquier modificación debe tener el consentimiento de la Unidad.
- Evitar el aislamiento del paciente y favorecer el contacto con otras personas progresivamente a lo largo de los siguientes permisos, valorando siempre la idoneidad de esos encuentros.

Permiso de tarde-noche:

- Se seguirán teniendo en cuenta las anteriores consideraciones sobre la conducta a seguir con el paciente.
- Este permiso incluye la toma de la merienda, cena e ingesta de las 23 h.
- Se debe realizar la toma de la merienda de igual manera que en el anterior permiso.
- La toma de la cena deberá incluir: un primer plato de hidratos de carbono (verdura hervida o a la plancha, purés o sopa cubierta), un segundo plato de proteínas (carne, pescado o huevos con guarnición), un panecillo de 60 grs. y una pieza de fruta.
- El tiempo aconsejable para hacer la toma debe de ser de 35 minutos aproximadamente y con un reposo posterior de una hora.
- La ingesta de las 23 h debe de consistir en un vaso de leche con azúcar, o un yogur y un zumo, y 4 galletas maría. Esta toma debe de realizarse en 15 minutos aproximadamente y reposo de 30 minutos.
- Tiene que observarse también la forma en que el paciente realiza las tomas. Debe hacerlo de forma ordenada, con los cubiertos adecuados, sin manipular los alimentos con las manos y sin mezclar unos platos con otros. Se evitará que el paciente raspe, desmenuce, escurra o trocee en exceso los alimentos.
- Para que las tomas se consideren correctas no deben dejarse nada, hacerlo todo en su orden y de la forma adecuada, incluido el reposo.

- Este permiso al ser de más larga duración y pasar más tiempo en casa se deberán tener en cuenta otros aspectos también relacionados con la alimentación.
- El paciente ha de abstenerse de:
 - Entrar en la cocina a no ser que sea el lugar habitual de la comida familiar.
 - Cocinar, preparar almuerzos, meriendas o postres.
 - Comprar comida o intervenir en las decisiones que tengan que ver con ello.
 - Decidir o indicar los alimentos o platos que se han de comer.
 - Comer alimentos o picar fuera de las horas de comer.
 - Leer temas relacionados con la alimentación, dietas, etc. a no ser que se trate de una indicación terapéutica.

Permiso de fin de semana o hasta cinco o siete días:

- Se seguirán teniendo en cuenta las anteriores consideraciones sobre la conducta a seguir con el paciente.
- Este permiso incluye las tomas del desayuno y comida.
- El desayuno consiste en un vaso de leche entera con azúcar o dos yogures no desnatados, y una pieza de bollería, un panecillo tostado con aceite o medio panecillo con mermelada y mantequilla.
- El tiempo para esta ingesta es de 15 minutos y reposo de 30 minutos.
- La toma de la comida debe incluir: una ensalada variada, un primer plato (pasta, paella, legumbres, guisos), un segundo plato (carne, pescado o huevos con guarnición), un panecillo de 60 grs. y una pieza de fruta.
- Evitar en un principio que realice tomas en celebraciones familiares en las que se pueda sentir excesivamente observado o presionado. Se hará de forma gradual.
- Favorecer la reinscripción en las actividades cotidianas previas a su ingreso (acudir al instituto, salir con amigos o familiares, ocuparse de tareas de casa).

CONCLUSIONES

La Guía Psicoeducativa favorece la comprensión por parte de los familiares de los objetivos del plan terapéutico del paciente a la vez que los implica en el proceso de su recuperación.

Además, los familiares se sienten más seguros y apoyados a la hora de enfrentarse a los problemas que pudieran surgir derivados de la compleja enfermedad.

También indica unas pautas de conducta a seguir tanto por la familia como por el paciente que facilita la labor del equipo una vez que el paciente regresa a la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. Freeman, A.; TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Ed. Paidós, 1995.
- Burns, D.; SENTIRSE BIEN. Ed. Paidós, 1994.
- Caballo, V. (dir.); MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS VOL. I. Ed. Siglo XXI, 1997.
- Cervera, M.; RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA. Ed. Martínez Roca, 1996.
- Cervera, S. y Quintanilla, B.; ANOREXIA NERVIOSA. MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS FUNDAMENTALES. Ed. Eunsa, 1995.
- Chinchilla, A.; GUÍA TEÓRICO-PRACTICA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA; ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. Ed. Masson, 1995.
- Chinchilla, A.; Calvo, R.; Rodríguez, B. y Zamarrón, I.; ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS. Ed. Ergon, 1994.
- Dowling, C.; MUJERES PERFECTAS. Ed. Grijalbo, 1989.
- Gismero, E.; HABILIDADES SOCIALES Y ANOREXIA NERVIOSA. Ed. Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 1996.

- Raich, R.; ANOREXIA Y BULIMIA: TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Ed. Pirámide, 1994.
- Saldaña, C.; TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Ed. Fundación Universidad-Empresa, 1994.
- Toro, J. y Vilardell, E.; ANOREXIA NERVIOSA. Ed. Martínez Roca, 1987.
- Turon, V.; TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Ed. Masson, 1997.
- Vandereycken, W.; Castro, J. y Vanderlinden, J.; ANOREXIA Y BULIMIA. La familia en su génesis y tratamiento. Ed. Martínez Roca, 1991.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE PADECEN DISFAGIA EN EL CEEMC DE BETERA

Jose Sanchís Fernández De Córdova, Víctor Tomás Sánchez García, Ricardo Llorens Armero, Ricardo Sanchís Gonzalez, J. Manuel García Valls, Vicente Civera Llavata
Centro específico para enfermos mentales crónicos de Bétera. Valencia

1. INTRODUCCIÓN

La disfagia es un síntoma que se refiere a la dificultad o disconfort para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago. Desde un punto de vista anatómico la disfagia puede deberse a disfunciones orofaríngeas o esofágicas y desde un punto de vista fisiopatológico a causas estructurales o funcionales. La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en el enfermo mental esta aumentada gracias a los siguientes factores: la naturaleza de los trastornos psiquiátricos, los efectos de la medicación psiquiátrica, el estado neurológico del paciente, la pérdida de habilidades instrumentales y la institucionalización.

El plan de actuación irá encaminado a disminuir la incidencia de las complicaciones más graves de la disfagia orofaríngea tales como:

1. Malnutrición y/o deshidratación como consecuencia de la dificultad de deglución.
2. Aspiración traqueobronquial u obstrucción de la vía aérea originadas por una disminución en la seguridad de la deglución.

2. DESARROLLO

Debido a la problemática potencial de la disfagia orofaríngea se propuso la creación de un grupo multidisciplinar de trabajo para detectar los posibles candidatos a entrar en el programa de supervisión de ingesta alimentaria.

Este grupo multidisciplinar compuesto por personal sociosanitario puso en estudio el caso de cada paciente teniendo en cuenta las condiciones particulares tanto físicas como psíquicas de cada paciente, con el fin de situarlo en un grupo de riesgo, para ello se aplicaron los siguientes discriminadores: utilización de cubiertos, hábito de masticación, acumulación de cantidades de comida en la boca, ansiedad / impulsividad, historia de atragantamientos, voz húmeda, tos en el contexto de la deglución, carraspeo constante, aumento de secreciones bronquiales y babeo e historia de neumonía recurrente o problemas respiratorios severos.

Recopilando toda la información anterior y personalizándola clasificamos a los pacientes según su dificultad de deglución de la siguiente manera:

- Riesgo 1: pacientes sin problemas de masticación ni deglución
- Riesgo 2: pacientes con disfagia leve y controlada
- Riesgo 3: pacientes con disfagia moderada y riesgo de atragantamiento

Una vez ubicados los usuarios en el grupo de riesgo correspondiente se asignaron dietas de textura distinta arreglo al grupo de pertenencia, resultando:

- Dieta basal textura normal para pacientes en el grupo de riesgo 1.
- Dieta de fácil masticación o blanda para pacientes en el grupo de riesgo 2.
- Dieta triturada pacientes en el grupo de riesgo 3.

Después de clasificar los pacientes se elaboraron una serie de estrategias, con el fin de disminuir la incidencia de los problemas secundarios a la disfagia, que repercutieran favorablemente en la nutrición y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Recursos humanos.

Durante las horas de comidas hay supervisión por parte del personal sociosanitario, el personal de enfermería esta presente en el comedor.

También se realizan talleres de formación para todo el personal del centro en maniobras de urgencia ante situaciones de atragantamiento y/o ahogamiento por alimentos o cuerpo extraño (maniobra de Heimlich).

Hábitos saludables

Se realizaron coloquios sobre los beneficio de un habito alimentario correcto y talleres sobre habilidades instrumentales pretendiendo concienciar a los pacientes de la importancia de acostumbrarse a alimentarse de forma adecuada.

Entorno

Dividimos los turnos de asistencia. a la zona de comedor en 2 grupos de 20 pacientes cada uno. Agrupando así a los pacientes según sus características y dedicando más tiempo a los pacientes que presentan un mayor riesgo de padecer complicaciones relacionadas con la disfagia.

Los pacientes se distribuían en 7 mesas de forma que a la hora de sentarse ningún usuario diera la espalda al personal, para poderlos supervisar mejor y observar las distintas conductas a la hora de comer.

Se favoreció un ambiente tranquilo con tiempo suficiente para una adecuada masticación y deglución de los alimentos.

Reforzar la conducta

Se ideo un sistema por medio del cual si los pacientes cumplían una serie de requisitos a la hora de comer o no transgredían otros, al final de la comida se les daría un refuerzo positivo.

Las normas a cumplir eran las siguientes: sentarse de forma correcta, no llevar puestos ni abrigos ni bolsos, usar de forma adecuada los cubiertos, no acumular comida en la boca, masticar correctamente y permanecer sentado hasta que termine el tiempo de la comida. Todas estas medidas tenían en cuenta el perfil de cada paciente.

Si se cumplían todos estos requisitos durante la comida el refuerzo sería, un vaso de zumo, un café descafeinado o una infusión.

3. CONCLUSIONES

Después de llevar a cabo todas las medidas mencionadas anteriormente se observo que:

El ambiente del comedor se volvió más tranquilo disminuyendo la ansiedad/impulsividad, en los pacientes a la hora de comer.

El usuario adquiere una mejora en el hábito adecuado de ingesta de alimentos.

La observación continuada por parte del personal reduce el tiempo de actuación ante una urgencia.

Disminuyen considerablemente los episodios los que el personal de enfermería ha tenido que intervenir ante una situación de riesgo en relación a la ingesta de alimentos.

Los usuarios presentan menos episodios de atragantamiento relacionados con la disfagia al adquirir y mejorar habilidades, al adecuarles el entorno y la dieta, reforzando la conducta bajo una adecuada supervisión.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Regan J, Sowman R, Walsh I. Prevalence of Dysphagia in acute and community mental health settings. PMID: 16763936 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. Best Practice. Volumen 4, Número 2, Página 1, 2000

- Dysphagia associated with risperidone therapy. Department of Psychiatry, University of South Florida College of Medicine, Tampa, Florida, USA. jstewa22@tampabay.rr.com
- Neuroleptic-induced dysphagia: case report and literature review. Department of Neurology, University Hospital of Münster, Münster, Germany. dziewas@uni-muenster.de
- Neuroleptic-induced dysphagia. Service of Speech Pathology, Rehabilitation Institute of Toronto, Ontario, Canada.
- Dysphagia and chronic schizophrenia: a case report. Unit II, Woodbridge Hospital, Jalan Woodbridge, Singapore.

YO, SOY YO, Y MIS CIRCUNSTACIAS FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES

Laura Morales Solana, María Begoña Alonso Carrascosa, Elsa María Álvarez Gallar, Rubén Mera Pérez, Montserrat García Sastre, Marta Íñiguez Balsalobre
Hospital Universitario “Príncipe de Asturias”. Alcalá de Henares. Madrid

INTRODUCCIÓN

Enfermería dispone de múltiples herramientas para realizar el acto de cuidar.

En la actualidad todos los profesionales de la salud mental, utilizamos e intentamos poner en práctica herramientas tales como escucha activa, alianza terapéutica, empatía. Nadie duda de su importancia, en la fase de recuperación de nuestros enfermos.

El equipo de Enfermería de la UHB del hospital Príncipe de Asturias, quiere compartir las experiencias vividas con “V” paciente ingresada en nuestra unidad con múltiples diagnósticos tales como:

- Trastorno de conducta alimentaria,
- Rasgos de trastorno de personalidad,
- Cluster C.
- Bajo rendimiento cognitivo y discapacidad social.
- Hiperandrogenismo idiopático, que fue tratado con A.O. con escasos resultados.
- Hiperhidrosis.
- Livedo reticularis.
- Crisis convulsivas, cuadro confusional y coma hiponatremico severo por potomania (13 años); requirió 10 días de ingreso en UCI y posterior ingreso psiquiátrico (debut del cuadro). Se detectó atrofia cortical en el TAC.
- Amenorrea desde hace 10 meses.

El cuidado de dicha paciente supuso una carga emocional importante tanto para la paciente, como para el propio personal de la unidad, donde se vieron reflejados términos tales como desgaste y estrés emocional.

Con el presente documento queremos expresar las emociones y cambios experimentados en la conducta, la relación con el equipo multidisciplinar y la ayuda recibida durante su estancia en nuestra unidad, relatados por la propia paciente

Así como también se recogen las impresiones del propio equipo de enfermería en su labor de cuidar.

DESARROLLO

La empatía es una actitud que permite captar el mundo interno de la otra persona. Consiste en la disposición de una persona para ponerse en la situación existencial del otro, comprender su estado emocional, tomar consciencia de sus sentimientos y asumir su situación.

Mahatma Gandhi sostenía lo siguiente “las tres cuartas partes de las miserias y malos entendidos en el mundo terminarían si las personas se pusieran en los zapatos de sus adversarios y entendieran su punto de vista”.

La alianza terapéutica se refiere al aspecto de colaboración en la relación entre la enfermera y el paciente. Según E.S.Bordin en 1979, la alianza terapéutica incluye tres componentes:

1. El acuerdo entre terapeuta y paciente sobre las metas del tratamiento.
2. El acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas
3. El vínculo emocional que se crea entre enfermera- paciente que permite al paciente hacer progresos terapéuticos.

La alianza terapéutica estimada al principio del tratamiento predice el éxito o fracaso terapéutico al final

Una vez establecida terminología, entramos de lleno a conocer la historia de nuestra paciente

Motivo de ingreso:

Paciente de 19 años trasladada de forma involuntaria, derivada por su psiquiatra de referencia para

Ingreso involuntario por alteraciones severas de la conducta (fugas, conductas estereotipadas, agresividad verbal y contra objetos), "obsesiones con la gente" consistentes en sensación de que "me miran, hablan de mi, se metían conmigo" mostrándose irritable en el domicilio, lo que conlleva conflictiva familiar con dificultad de manejo y bajo peso.

Procedimiento de acogida :

- Acomodación en la habitación.
- Presentación de los profesionales.
- Descripción de la unidad.
- Organización de pertenencias.
- Información y apoyo de familiares.
- Valoración de enfermería según patrones funcionales; A la llegada a la unidad se la realiza una valoración por patrones funcionales de M. Gordon, observando alteraciones en todos los mismos, excepto el Patrón de Valores-Creencias.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

I- PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD:

- No conciencia de enfermedad.
- Abandono del tratamiento farmacológico, como psicoterapéutico y progresivo deterioro de las relaciones familiares y adaptación sociolaboral “Desde el inicio del tratamiento ya no he vuelto a ser la misma... todo es como un círculo y ya no quiero más...”. “El risperdal me robo mi vida” (aumento de paso, astenia...) “no podré volver a coger la bicicleta...”
- Al cumplir la mayoría de edad se niega en rotundo al tratamiento.
- Percepción negativo del estado de salud.

II- NUTRICIONAL-METABÓLICO:

- Ingesta líquida abundante (potomania importante que causó un ingreso en UCI)
- Ausencia de hábitos alimentarios correctos (PESO: 50 Kg., TALLA: 1,62 cm, IMC: 19%).
- Vómitos como medida purgativa, restrictiva con los alimentos.
- Caída de pelo; uñas agrietadas.

III- ELIMINACIÓN:

- Estreñimiento debido a la mala alimentación.
- Hiperhidrosis generalizada.
- Edemas MMSS.

IV- ACTIVIDAD-EJERCICIO:

- Aspecto general descuidado.
- Alteración en la higiene.
- Expresión facial tensa; desvía la mirada.
- Características del habla: tono de voz levado, presión en el habla, verborrea.
- Presencia de estereotipas/manierismos; temblor, rigidez, rituales, alteraciones de la conducta.

- Características de la marcha: hipercinética, asimetría y de braceo (movimientos anormales).
- Psicomotricidad: Inquietud, desorganización.
- Autónoma para las actividades de la vida diaria con supervisión.

V- SUEÑO-DESCANSO:

- Problemas de sueño: conciliación, pesadillas.
- Precisa hipnótico.

VI- COGNITIVO-PERCEPTIVO:

- Contenido del pensamiento-lenguaje: discurso vago con fuga de ideas.
- Referencialidad hacia el padre.
- Afectividad: hipotimia, labilidad, irritabilidad.
- Distorsiones en el aparato digestivo (refiere sensación de plenitud).
- Fobias específicas de la comida.
- Falta de conocimientos respecto a una dieta adecuada.
- Le cuesta mucho expresar las emociones.
- Temor al rechazo, con poca comunicación.

VII- AUTOPERCEPCIÓN:

- Sentimientos que expresa: tristeza, intenso miedo a engordar, impotencia, desesperanza, anhedonia, abulia.
- Baja autoestima.
- Imagen corporal distorsionada.
- La paciente no se siente a gusto consigo misma; expresiones negativas de sí misma.

VIII- ROL/RELACIONES:

- Estado civil: soltera.
- Vive con sus padres y dos hermanas, una de ellas gemela.
- Natural de Torrejón de Ardoz.
- Embarazo no deseado gemelar; madre añosa.
- Parto a término: complicado de nalgas con luxación de cadera.
- Percepción de la relación familiar: Insatisfactoria.
 - Problemas familiares, mal ambiente en casa, falta de comunicación.
 - Dificultad para desempeñar roles habituales en la vida diaria.

Dinámica Familiar;

- La relación con padres y hermanas es ambivalente, por ambas partes fluctúa descalificación y la sobreprotección.
- Dificultad de la familia para comprender la enfermedad y sus síntomas, tratamiento, etc...
- Los recuerdos más positivos de su infancia los relaciona con el pueblo de su abuelo materno y con la relación que mantuvo con este “ porque siempre estaba contento y me decía que era su niña favorita” y “ en el pueblo hacía lo que quería”
- “Desde el inicio del tratamiento ya no he vuelto a ser la misma....todo es como un círculo y ya no quiero más”. “La medicación me ha robado mi vida” (aumento de peso, astenia). “No podré volver a montar en bicicleta”

En las relaciones sociales;

- Tiende al aislamiento.
- Única relación de amistad o intimidad en 2º de primaria, hasta 2º de la ESO (cuando la cambian de clase).

- Búsqueda de complicidad e intimidad con su hermana melliza, junto con comparaciones de la misma.
- Con sentimientos de incompreensión, soledad, indefensión “Siempre me comparaban con mi hermana”

Situación Laboral;

- Estudiante regular.
- Describe dificultades atencionales.
- Estudia hasta 3º de la ESO que no logra terminar, repite en dos ocasiones.
- Inicia estudios de modulo de secretariado con garantía social que abandonó hace un año y no ha logrado terminar.
- Escolarizada desde los 4 años, aparentemente buena adaptación hasta que la separan de su hermana melliza a los 5 años, desde entonces inicia timidez, retraimiento y falta de relaciones sociales.

IX- SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN;

- La paciente presenta amenorrea.
- Temor al rechazo.
- Problemas de inestabilidad emocional.

X- ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS;

- Alto grado de ansiedad diario que mantiene a la paciente en estado de hiper activación inadecuado, que afecta al rendimiento, funcionamiento psicosocial y libertad personal.
- Posibles desencadenantes; los relaciona con sucesos vitales (fallecimiento de abuelo materno, tensiones familiares...).
- Sentimientos asociados; Rabia, tristeza, frustración, impotencia, desesperanza.
- Alteración en los procesos de control de impulsos con conductas de agresividad (violencia verbal y contra objetos).
- Respuestas desadaptativas: ingesta voraz (atracones).

LISTADO DE PROBLEMAS QUE PRESENTA:

- Ideación autolítica y deterioro físico (insomnio, bajo peso, amenorrea, movimiento anormal, hipercinesia)
- Sintomatología depresiva (labilidad emocional, irritabilidad, anhedonia, condiciones depresivas)
- Malas experiencias respecto al tratamiento psiquiátrico-farmacológico (lo vive como una imposición) que, incluyendo el ingreso, favorecen la mala adherencia de cara al futuro.
- Movimientos anormales afiliar aparecidos en los últimos 3 meses. Sospecha de organicidad subyacente en el cuadro. Necesidad de estudio.
- Severa problemática familiar con heteroagresividad verbal y física por parte de todos los miembros. Entorno familiar con alta emoción expresada.
- Una historia de carencias biográficas a nivel de la familia de origen, niña no deseada, solitaria y con dificultades de adaptación en el entorno escolar.
- Pobre red social.
- Bajo rendimiento académico y laboral.
- Institucionalizada.
- Historia médica abigarrada (ingesta compulsiva de agua, historia de coma, hipercinesia, posible TDAH).

DESARROLLO, GEOGRAFÍA Y DESARROLLO TRANSGENERACIONAL:

	12 años	13 años	18 años
<p>Niña solitaria, tímida, inhibida. "Se reían de mi", "me lo guardaba todo para mi". Estudiante medio-bajo. Dificultades de atención. "Leía un libro y me aburría"</p>	<p>6 meses de retraimiento, restricción dietética. "Obsesiones con la gente" Irritabilidad, potomanía.</p>	<p>4 ingresos más por pérdida de peso, ánimo bajo y dificultades interpersonales (ansiedad social). El último por gesto autolítico (r/c muerte de su primo).</p>	<p>Buen enganche con su psicóloga. Disruptiva en el medio familiar. Hipercinesia. Fugas. Conductas sin planificación. Inestabilidad afectiva. Discurso desorganizado. Movimientos anormales. Sensitividad. T.C.A. sin especificar.</p>
<p>Embarazo no deseado. Mellizas. Luxación de cadera. "Siempre esperaba a que su hermana comiese"</p>	<p>Coma hiponatrémico. Atrofia cortical 1er ingreso: Dco. TCA</p>	<p>Seguimiento en Hosp. Niño Jesús. "Era especial", "necesitaba pautas muy concretas". La describen como inquieta y rígida. Anorexia nerviosa, episodios depresivos, discapacidad social y rasgos de personalidad cluster C.</p>	
	<p>2 ESO: cambio de compañeros y aumento exigencia de nivel académico: Fracaso escolar. Pérdida de su única relación de amistad. Fallecimiento de su abuelo paterno.</p>	<p>Exigencia de independencia. Negativa a tratamiento. Inadaptación social.</p>	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud:

- 00035 Riesgo autolítico
- 00078 Control inefectivo del régimen terapéutico personal
- 00079 Incumplimiento del tratamiento
- 00080 Control inefectivo del régimen terapéutico familiar
- 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud

INTERVENCIONES NIC

Modificación de la conducta (4360) Def: Promoción de un cambio de conducta

- Se establece una relación de confianza que posibilite el cumplimiento del tratamiento, así como su colaboración en el momento del aseo, el vestido y la alimentación.
- Se refuerzan positivamente las conductas sanas se estableced objetivos por escrito y se anima al paciente a participar en registro de conductas.
- Se facilita la implicación familiar y su apoyo a la hora de llevar a cabo cambios conductuales.

Control ambiental: Seguridad (6486) Def: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad

- Se identifican las necesidades de seguridad según la función física, cognoscitiva, y el historial de conducta del paciente, así como los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente físico, biológico y químico.
- Modificamos el contexto para minimizar los peligros y los riegos, utilizando dispositivos de adaptación y de protección.

Entrenamiento para controlar los impulsos (4370) Def: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

- Ayudamos al paciente a identificar el problema o situación que le hacen perder la serenidad y reaccionar de forma impulsiva.
- Buscamos con él la mejor estrategia posible para el control de las conductas impulsivas, reforzándole positivamente cada nuevo éxito.
- Se le anima a buscar soluciones en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico.

Acuerdo con la paciente (4420) Def: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

- Se establecen con él objetivos en términos positivos, ayudándole a identificar los métodos para superar las circunstancias del ambiente que puedan intervenir en la consecución de objetivos.
- Dispondremos de un ambiente seguro y tranquilo para establecer acuerdos con el paciente, para determinar las metas de conducta y el resto de objetivos, dentro de un tiempo realista.
- Se ayuda al paciente a examinar los recursos disponibles y a simplificar objetivos.
- Se observa la capacidad del paciente para llevar a cabo los acuerdos realizados con el personal, indicándole las consecuencias debidas al incumplimiento del acuerdo.

Asesoramiento (5240) Def: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la prevención de un trastorno genético o en la capacidad de interactuar con un miembro familiar que tiene un trastorno genético.

- Se establece una relación terapéutica con el paciente, basada en la confianza y el respeto, favoreciendo la expresión de sus sentimientos.
- Se le ayuda a identificar los problemas y las situaciones causantes del trastorno. Se identifica la relación familiar y como afecta en la paciente.
- Se le proporciona información objetiva sobre los interrogantes que plantea, favoreciendo la expresión de sus sentimientos.
- Se le desaconseja la toma de decisiones cuando se encuentre bajo un estrés intenso.

Establecimiento de objetivos comunes (4410) Def: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

- Ayudamos al paciente a desarrollar expectativas realistas sobre él mismo en el desempeño de sus papeles. Se le anima a identificar objetivos realistas que pueda alcanzar en términos positivos.
- Se le ayuda a priorizar los objetivos identificados intentando que se centre en los resultados esperados más que en los deseados.
- Le animamos a aceptar objetivos parciales con satisfacción.
- Le facilitamos la identificación de resultados individualizados para cada objetivo.

Enseñanza medicamentos prescritos (5616) Def: Preparación de un paciente para que tome de forme segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

- Se informa al paciente acerca del propósito y la acción de cada medicamento, instruyéndole sobre las dosis, la forma de administración y la duración de los efectos.
- Revisamos el nivel de conocimientos que tiene sobre ellos.
- Se le enseña a aliviar algunos de los efectos secundarios, y 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.
- Se proporcionan por escrito y de forma detallada la medicación pautada, las dosis y los horarios, asegurándonos de su comprensión.

Enseñanza procedimiento / tratamiento (5618) Def: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

- Se informa al paciente acerca del procedimiento/tratamiento que se va a utilizar, así como su duración y la finalidad del mismo.
- Se le enseña como cooperar y cómo lo puede llevar a cabo él mismo.
- Se determinan las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimiento que tiene en relación con el procedimiento /tratamiento.
- Se informa a la familia sobre dicho procedimiento/tratamiento.

Control de la medicación (2380) Def: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

- Se determinan los fármacos que necesita según prescripción médica y su capacidad para automedicarse.
- 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.
- Se controlan los factores que pueden impedir que el paciente tome la medicación.

- Se desarrollan estrategias para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Se ayuda al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados con ciertos medicamentos.
- Se realizan analíticas de sangre para ver los niveles de determinados fármacos.

Fomentar la implicación Familiar (7110) Def; Facilitar la implicación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

- Se establece una relación personal con el paciente y su familia.
- Identificamos la capacidad de los miembros familiares para implicarse en el cuidado del paciente, animándoles a que actúen mediante un plan de cuidados.
- Se les proporciona información sobre el paciente, los cuidados necesarios y la medicación que toma para estar preparados cuando este en el domicilio.
- Determinamos el nivel de dependencia que tiene el paciente respecto de su familia.

Educación Sanitaria (5510) Def; Desarrollar y promocionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

- Se incorporan estrategias para potenciar la autoestima del paciente. Se le enseña algunas 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.

Patrón 2:

- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto
- 00026 Exceso de volumen de líquidos (edemas MMSS, hipoalbuminemia)

INTERVENCIONES NIC:

Control de la Nutrición (1100) Def; Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

- Se comprueba la existencia de alergias alimenticias en el paciente y sus preferencias de comidas.
- Se le proporciona la información necesaria acerca de las necesidades nutricionales.
- Se adapta la dieta a sus necesidades, tanto físicas como nutricionales.
- Se pesa al paciente semanalmente.
- Se lleva un control de la ingesta; debe comprobarse que, según pasan los días, se hace más adecuada a sus necesidades.

Control de los trastornos alimenticios (1030) Def; Prevención y tratamiento de de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos y líquidos.

- Colaboramos con otros miembros de equipo para desarrollar un plan de tratamiento que implique al paciente de forma activa.
- Establecemos un peso de X como objetivo, que se habrá conseguido al alta. Para comprobarlo se le pesa en los días y condiciones estipulados, con el equipo presente.
- Controlamos la ingesta y la eliminación mediante una supervisión adecuada.
- Se le proporciona apoyo y la oportunidad de expresar sus sentimientos y percepciones sobre los cambios que va adoptando su cuerpo.
- Se le anima a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le lleven a purgarse, vomitar o hacer ejercicio excesivamente.

- Se limita la actividad física para promover el aumento de peso, siguiendo un programa específico supervisado.
- Al alta debe pesar X kilos.

Control del peso (1260) Def; Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

- Se trata con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y/o la pérdida del mismo.
- Se desarrolla con él un método para llevar un registro diario de ingesta de alimentos y ejercicio.
- Se le anima a escribir metas semanales realistas, que se van comprobando pesándolo una vez por semana (día fijo).
- Se le ayuda a desarrollar planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético.

Control de los líquidos (4120) Def; Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

- Se realiza el registro de la ingesta de líquidos de paciente, vigilando su estado de hidratación.

Patrón 3: Eliminación:

- 00011 Estreñimiento

INTERVENCIONES NIC

Control del estreñimiento/retención (0450) Def; Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

- Se vigila la aparición de signos y síntomas de estreñimiento, y se le instruye en las acciones que ha de llevar a cabo para evitarlo,
- Se identifican los factores causantes.
- Se establece una rutina diaria para ir al baño.
- Se le pone una dieta rica en fibra.
- Se le dan laxantes prescritos por el médico, y se le anima a seguir las instrucciones precisas para prevenir el problema.

Patrón 4: Actividad ejercicio:

- 00108 Déficit de autocuidado baño/higiene

INTERVENCIONES NIC

Ayuda en el autocuidado (1800) Def; Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

- Comprobamos la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes, y cuando mantiene cierto grado de dependencia se le ayuda a aceptar este hecho.
- Se le proporciona todo o que necesita, alentándole a que sea lo más independiente posible dentro de sus limitaciones.
- Se establece una rutina de actividades de autocuidados.
- Se enseña a los familiares a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

Patrón 5: Sueño - descanso:

- 00095: Deterioro del patrón del sueño

INTERVENCIONES NIC

Mejora del sueño (1850) Def; Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

- Se observan y se registran el esquema y el número de horas de sueño, ajustando el programa y administración de hipnótico.
- Se le ayuda a limitar el sueño durante el día con entretenimientos de su agrado.
- Se establece una rutina tanto a la hora de ir a la cama, como para levantarse, facilitando de este modo la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Se amplía el tiempo de vigilia, consiguiendo una duración del sueño nocturno ininterrumpido de 8-9 horas.
- Se le estimula para que no haga siestas demasiado largas y ocupe ese tiempo en diversas actividades.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual:

- 00083 Conflicto de decisiones
- 00126 Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento
- 00130 Trastorno de los procesos del pensamiento

INTERVENCIONES NIC

Apoyo en la toma de decisiones (5250) Def; Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

- Se determinan las diferencias entre el punto de vista del paciente y el personal de la unidad sobre su situación. Se le informa sobre la existencia de puntos de vista alternativos y sobre las soluciones, identificando las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Se le facilita la toma de decisiones con el apoyo del personal, aportándole la información necesaria. Se le ayuda para que pueda explicar su decisión a otras personas.

Enseñanza medicamentos prescritos (5616) Def: Preparación de un paciente para que tome de forme segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

- Se informa al paciente acerca del propósito y la acción de cada medicamento, instruyéndole sobre las dosis, la forma de administración y la duración de los efectos.
- Revisamos el nivel de conocimientos que tiene sobre ellos.
- Se le enseña a aliviar algunos de los efectos secundarios, y 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.
- Se proporcionan por escrito y de forma detallada la medicación pautaada, las dosis y los horarios, asegurándonos de su comprensión.

Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602) Def; Ayudar al paciente 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.
- Se le instruyen en los cambios en el estilo de vida que serán necesarios para evitar futuras complicaciones en el proceso de la enfermedad.
- Se le insiste en la toma de la medicación prescrita para evitar recaídas.
- Se le educa sobre los signos y síntomas a los cuales debe acudir a su psiquiatra de zona, médico de cabecera u otros especialistas.
- Se le enseñan las medidas para minimizar los efectos indeseados de la medicación.

- Se proporciona información a la familia.

Escucha activa (4920) Def; Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- Mostramos interés por el paciente, haciéndole preguntas y eliminando prejuicios.
- Verificamos el mensaje que nos da mediante preguntas y retroalimentación.
- Evitamos barreras a la escucha, como minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir y terminar de manera prematura.
- Buscamos la comprensión de los mensajes no verbales.

Orientación de la realidad (4820) Def; Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.

- Se informa al paciente acerca de las personas, lugar y tiempo, evitando las preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- Se le proporciona un ambiente físico consecuente y una rutina diaria que le centre, preparándole para los cambios en ella antes que se produzcan.
- Se le facilita el acceso a la actualidad informativa (televisión, radio e informativos verbales).
- Se crea un ambiente tranquilo que le permita centrarse.

Patrón 7: Auto percepción-Autoconcepto:

- 00118 Trastorno de la imagen corporal
- 00120 Baja autoestima situacional
- 00121 Trastorno de la identidad personal
- 00124 Desesperanza
- 00125 Impotencia
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00146 Ansiedad
- 00148 Temor
- 00150 Riesgo de suicidio

INTERVENCIONES NIC

Potenciación de la autoestima (5400) Def; Ayudar a un paciente que aumente el juicio personal de su propia valía.

- Se determina la confianza del paciente en sus propios juicios y se le ayuda a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como evaluar su propia conducta.
- Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos.
- Se le facilitan actividades que aumenten la autoestima y la confianza en su capacidad de realizar cosas, tanto de forma individual como en grupos.
- Se le anima a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Evitamos realizar críticas negativas, mostrando confianza en que es capaz de controlar la situación.
- Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo.
- Se realizan afirmaciones positivas sobre él.

Potenciación de la imagen corporal (5220) Def; Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

- Se determinan las expectativas corporales del paciente y la posibilidad de que le creen parálisis social si no son lo que espera de si mismo.

- Se ayuda al paciente a discutir los cambios que se han efectuado en su cuerpo debido a diferentes causas, haciendo hincapié en los factores que los han producido.
- Se determinan las percepciones del paciente y de sus familiares sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Se le ayuda a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas del mismo.
- Se le ayuda a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Apoyo emocional (5270) Def; Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Se comenta con el paciente la experiencia emocional y su desencadenante.
- Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo y permaneciendo con él durante los periodos de más ansiedad.
- Se favorece la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.
- Se le proporciona ayuda en la toma de decisiones.

Aumentar el afrontamiento (5239) Def; Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- Se le proporciona información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, utilizando un enfoque sereno de la situación.
- A través de las actividades diarias de la unidad, se favorecen las relaciones con otras personas con intereses y objetivos comunes.
- Se le anima a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.
- Se le ayuda a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

Potenciación de la consciencia sobre si mismo (5390) Def; Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

- Se le anima a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos, mostrándole que cada ser es único.
- Se le ayuda a ser consciente de sus frases negativas sobre si mismo, así como a identificar sus atributos positivos.
- Se le apoya para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan ansiedad, así como en la búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de la vida.

Control del humor (5330) Def; Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor.

- Se utilizan intervenciones restrictivas para controlar su conducta inadecuada, y se insta a controlar de forma consciente su humor.
- Se administran medicamentos estabilizantes del humor por prescripción médica, observando la aparición de posibles efectos secundarios.
- Se toman muestras sanguíneas para controlar niveles de diversos fármacos.

Modificación de la conducta (4360) Def: Promoción de un cambio de conducta

- Se establece una relación de confianza que posibilite el cumplimiento del tratamiento, así como su colaboración en el momento del aseo, el vestido y la alimentación.

- Se refuerzan positivamente las conductas sanas se estableced objetivos por escrito y se anima al paciente a participar en registro de conductas.
- Se facilita la implicación familiar y su apoyo a la hora de llevar a cabo cambios conductuales.

Control ambiental: Seguridad (6486) Def: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad

- Se identifican las necesidades de seguridad según la función física, cognoscitiva, y el historial de conducta del paciente, así como los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente físico, biológico y químico.
- Modificamos el contexto para minimizar los peligros y los riegos, utilizando dispositivos de adaptación y de protección.

Ayuda para el control del enfado (4640) Def; Facilitar la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.

- Se establece un entorno sereno y que le dé seguridad, con una relación de confianza básica, controlando el potencial de agresividad e interviniendo antes de su aparición.
- Se le ayuda a identificar la causa del enfado y las consecuencias de su conducta agresiva e inadecuada.
- Se le apoya en la puesta en práctica de estrategias de control.

Disminución de la ansiedad (5820) Def; Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada.

- Se crea un ambiente que facilite la confianza, donde puede expresar sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Se establecen actividades encaminadas a la reducción de la tensión (terapia ocupacional.
- Se le proporciona información objetiva sobre el diagnostico y el pronostico de la enfermedad.
- Se le ayuda a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Se le instruye sobre las técnicas de relajación.
- Se le administran medicamentos prescritos por el medico encaminados a reducir la ansiedad.
- Se determina la capacidad del paciente en la toma de decisiones.

Prevención del suicidio (6340) Def ; Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

- Se determinan la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Mantenemos un ambiente seguro retirando los objetos que puedan ser potencialmente peligrosos.
- Se le enseñan estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva.)
- Nos relacionamos con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y darle oportunidad de hablar de sus sentimientos.
- Se monitoriza de forma permanente el nivel de riesgo que existe, ajustando las precauciones.
- Observamos y registramos cualquier cambio de humor o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio.
- Se le administra la medicación pautada, comprobando los efectos terapéuticos y los secundarios.
- Se acuerda con el paciente con el paciente la no-autolesión, insistiendo en que busque ayuda cuando tenga ideas suicidas.

Patrón 8: Rol-Relaciones:

- 00052 Deterioro de la interacción social
- 00053 Aislamiento social
- 00055 Desempeño inefectivo del rol
- 00060 Interrupción de los procesos familiares

INTERVENCIONES NIC

Potenciación de la socialización (5100) Def; Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los otros.

- Se intenta que el paciente permanezca el mayor tiempo posible fuera de la habitación, fomentando las relaciones con otros pacientes y con otros pacientes y con el personal.
- Se le anima a participar en terapia ocupacional , donde realizará actividades tanto individuales como en grupo.
- Se le apoya de forma positiva cuando mantiene relaciones con los demás, ya sean verbales o en la realización de actividades.
- Se le ayuda a aumentar la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Se le anima a realizar actividades sociales y comunitarias al alta.

Facilitar permisos (7440) Def; Organizar una salida de la institución sanitaria para un paciente.

- Se prepara la medicación que se ha de llevar, avisando a la persona responsable del paciente y dándole la información necesaria acerca de la medicación, la comida y los cuidados que debe tener durante el permiso, disponiendo tiempo para que tanto el paciente como el familiar hagan preguntas y expresen inquietudes.
- Se obtiene la firma del responsable en el formulario de salida.
- Al regreso del permiso se evalúa si se han cumplido los objetivos.

Potenciación de la autoestima (5400) Def; Ayudar a un paciente que aumente el juicio personal de su propia valía.

- Se determina la confianza del paciente en sus propios juicios y se le ayuda a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como evaluar su propia conducta.
- Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos.
- Se le facilitan actividades que aumenten la autoestima y la confianza en su capacidad de realizar cosas, tanto de forma individual como en grupos.
- Se le anima a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Evitamos realizar críticas negativas, mostrando confianza en que es capaz de controlar la situación.
- Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo.
- Se realizan afirmaciones positivas sobre él.

Apoyo emocional (5270) Def; Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Se comenta con el paciente la experiencia emocional y su desencadenante.
- Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo y permaneciendo con él durante los periodos de más ansiedad.
- Se favorece la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.
- Se le proporciona ayuda en la toma de decisiones.

Potenciación de roles (5370) Def; Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos.

- Se ayuda al paciente a identificar los diversos papeles que desempeña en la vida, incluyendo los familiares, instándole a que encuentre los suyos y los asuma con toda responsabilidad dentro del entorno social y familiar.
- Se le facilita la oportunidad de practicar su verdadero rol con nuevas conductas, apoyándole a identificar las que sean necesarias para conseguir desarrollar su rol.
- Se facilita el diálogo entre el paciente y los familiares para que sean capaces de realizar cada uno su rol.

Apoyo a la familia (7140) Def; Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.

- Se valora la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente, determinando su carga psicológica.
- Atendemos a sus preguntas y facilitamos la comunicación y una relación de confianza.
- Se ayuda a la familia a identificar la sintomatología del paciente, de forma que puedan resolver lo mejor posible los problemas que pudieran amanecer en el domicilio.
- Se le proporciona información frecuente sobre el estado del paciente.
- Se insiste en la importancia de la toma del tratamiento para evitar recaídas.
- Se valora la comprensión de la familia acerca de la enfermedad y sus consecuencias.
- Se facilitan otros horarios de visita, según sus ocupaciones y disponibilidad.

Mantenimiento de los procesos familiares (7120) Def; Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar.

- Se facilita flexibilidad en las visitas para que los miembros de la familia puedan verle atendiendo a sus horarios de trabajo, disponibilidad personales, distancias, etc.
- Se ayuda a los miembros de la familia a normalizar lo antes posible la situación, tranquilizándoles sobre el paciente y su ingreso, e intentando que asuman lo mejor posible la situación y los cambios que habrían de realizar en su estilo de vida cuando el paciente reciba el alta.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción:

- 00065 Patrones sexuales inefectivos

INTERVENCIONES NIC

Asesoramiento sexual (5248) Def ; Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

- Se establece una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto y con un buen grado de intimidad.
- Se le tranquiliza sobre los efectos no deseados de la medicación en la sexualidad, explicándole diferentes alternativas para no verse en la necesidad de dejar la medicación.
- Se le ayuda a expresar el enfado por las alteraciones del funcionamiento.
- Se le insiste en la toma de precauciones en las relaciones sexuales para evitar embarazos no deseados y/o la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.
- Se le hace hincapié en la necesidad de controlar sus impulsos sexuales.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés:

- 00069 Afrontamiento inefectivo
- 00071 Afrontamiento defensivo

- 00073 Afrontamiento familiar incapacitante

INTERVENCIONES NIC

Aumentar el afrontamiento (5239) Def; Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- Se le proporciona información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, utilizando un enfoque sereno de la situación.
- A través de las actividades diarias de la unidad, se favorecen las relaciones con otras personas con intereses y objetivos comunes.
- Se le anima a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.
- Se le ayuda a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

Apoyo emocional (5270) Def; Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Se comenta con el paciente la experiencia emocional y su desencadenante.
- Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo y permaneciendo con él durante los periodos de más ansiedad.
- Se favorece la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.
- Se le proporciona ayuda en la toma de decisiones.

RESULTADOS NOC OBTENIDOS:

- 1092 Control del riesgo.
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- 1601 Conducta de cumplimiento.
- 1608 Control del síntoma.
- 2404 Normalización de la familia.
- 1602 Conducta de fomento de la salud.
- 1008 Estado nutricional : ingestión alimenticia y de líquidos.
- 0300 Cuidados personales : actividades de la vida diaria.
- 0003 Descanso.
- 0906 Toma de decisiones.
- 0901 Orientación cognoscitiva.
- 1205 Autoestima.
- 1403 Control del pensamiento distorsionado.
- 1204 Equilibrio emocional.
- 1402 Control de la ansiedad.
- 1405 Control de los impulsos.
- 1502 Habilidades de interacción social.
- 1503 Implicación social.
- 1305 Adaptación psicosocial : cambio de vida.

Al alta hospitalaria es derivada a otros dispositivos del área (Hospital de día, CSM..) donde se recomienda seguir trabajando en la línea de las intervenciones realizadas, para mantener los NOC obtenidos.

REFLEXIONES DE “V”

Hola soy yo y mis circunstancias, tengo 19 años y os voy a contar mi vivencia a lo largo de los dos meses de ingreso en la UHB del Hospital Príncipe de Asturias:

“A mi llegada a la Unidad, se cerraron esas puertas blancas y ya no había marcha atrás, empecé a sentir cosas muy extrañas y todas a la vez, me sentía muy sola a pesar de que mi madre estaba allí conmigo, rabiosa porque no sentía que tuviese que estar allí, todo el mundo me miraba, me saludaba, pero yo no quería nada de ellos. Empecé a recordar todas aquellas cosas que decían algunos médicos que tenía, decían que no sabía relacionarme, que era anoréxica, depresiva, potomaniaca y en todo momento me sentía observada. Yo sólo quería salir de allí, la culpa era de mi madre y mi familia que no me entendían, soy como soy, si tienen una hija rara que me acepten y ya, y si no lo mejor hubiese sido que no me frenasen y poder haber muerto cuando lo intenté, pero no, allí estaba yo encerrada con toda esa gente extraña diciendo cosas raras.

Mi sensación al ingreso era de angustia y tristeza tremenda, dado que yo no me podía estar quieta y no lo entendían ni mis padres, ni había dado con nadie que lo entendiera puesto que no me habían diagnosticado lo que actualmente tengo.

Llegaron las 19 horas y una persona vestida de blanco (enfermero me dijo que era) pidió a mi familia que se marchase, por un lado sentí cierto alivio, porque deje de discutir con ellos, pero por otro me sentía abandonada y traicionada por dejarme allí, "solo querían deshacerse de mi". Empezaron a contarme un montón de normas que yo veía absurdas, custodiaron mis pertenencias, me hacían muchas preguntas, ¡ya no pude más!, no podía cumplirlas porque mi angustia cada vez era mayor, superaba todos los límites y yo sentía que mis necesidades se veían prohibidas y eso me hacía sentir más triste y angustiada empecé a gritar realmente sin saber que estaba diciendo, no hacía más que moverme de un lado para otro, insultaba a las persona que tenía enfrente que realmente no tenía culpa de nada, eran los únicos que me escuchaban, pero yo no era consciente de ello.

A la hora de la cena, al llegar al comedor principal mi cuerpo se descontroló, empecé a notar un sudor, me sentía mojada, como si hubiera salido de la ducha, mis brazos y mis manos hacían movimientos que no podía controlar, me sentía observada, todos se estaban riendo de mí, no fui capaz de entrar, salí corriendo hacía el pasillo hasta que llegué a la puerta blanca, no había salida. Allí estaban ellos otra vez" estamos aquí para ayudarte" ¡tú que me vas ayudar pensaba en ese momento!, pero yo no era capaz de escuchar. No sé de qué modo, pero a pesar de mi oposición y rechazar todo tipo de ayuda, allí estaba yo, en mi habitación algo más calmada, cenando y con alguien a mi lado que parece que me entendía

Pasaron los días... Con los compañeros me costó relacionarme porque mis maneras de decir las cosas que pensaba, eran muy bruscas y directas en todas las terapias que realizamos, sobre todo en terapia de grupo, decía las cosas sin pensarlas aunque algunas eran verdad. Ellos tampoco me entendían al principio, mi manera de moverme, de hablar, pero poco a poco empezamos a llevarnos mejor.

Con el personal me pasaba lo mismo, me sentía mal al principio, no entendían mi necesidad de moverme para sentirme mejor, era mi manera de desahogarme y forma parte de mi personalidad, además me costaba mucho pararme a hablar con ellos y sobre todo escuchar lo que decían no paraba quieta y no comprendía.

Al recordarlo me doy cuenta que cada día que pasaba me llevaba mejor con mis compañeros y con los enfermeros, notaba que me entendían, ya no tenía esa sensación como que me miraban mal, podía hablar con los enfermeros de lo que sentía y sobre todo escucharles. Tenían razón en muchas cosas.

Era capaz de acudir a todas las terapias y actividades que realizábamos todos juntos. Comía con ellos sin sentirme observada, me encontraba a gusto.

Fue una evolución progresiva y lo viví como un alivio, el que me entendiesen y yo poder entenderles a ellos.

Siempre recordaré el Hospital pues creo que fue el mejor momento vivido.”

REFLEXIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Nadie pone en duda hoy en día ciertas afirmaciones como que las emociones son contagiosas, nacemos con la capacidad para la empatía, siendo ésta una herramienta necesaria para nuestro trabajo terapéutico, nacemos con la capacidad para experimentar lo que otros experimentan, pero aparte de los muchos beneficios que nos aporta una buena disposición para empatizar con el otro, también ésta puede ser dañina sobre todo cuando se produce fuera de la conciencia del cuidador y de su capacidad de control. Capturamos las emociones de nuestros pacientes y pueden tener efectos a largo plazo.

Los estudios iniciales del Síndrome de Burnout lo identifican como un estado de alteración emocional que afecta a trabajadores cuyas profesiones demandan de ellos ayuda continua a otras personas o contacto íntimo con exigencias emocionales en la relación, tales como: médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, policías, funcionarios de prisiones, asistentes sociales, abogados, jueces, etc.; en sentido general, personal de servicios humanos. Su origen es ocupacional, aunque intervienen diversos factores en su desarrollo y evolución, por lo que aparentemente su etiología es multifactorial. Tiene mucha relación con el estrés laboral, pues éste es un factor predisponente esencial del síndrome, aunque no su causa.

Las primeras referencias a este síndrome no son en el área de la salud, sino en la producción literaria. En 1922, Thomas Mann describe un caso en su obra 'Los Buddenbrooks'. Posteriormente, en 1960, Graham Greene llega a predecir, incluso, el nombre del síndrome: 'A Burn Out Case'. En ambas novelas se reflejan claramente los síntomas del burnout. Sin embargo, no fue hasta 1974 en que aparece enunciado el síndrome como tal por el psiquiatra Herbert Freudenberger, el cual atendía a toxicómanos en un hospital de Nueva York y observó cómo muchos de sus colegas jóvenes y con elevadas expectativas en su trabajo, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión.

Existen tres componentes que definen el síndrome. El primero de ellos es el agotamiento emocional, el cual es descrito como una incapacidad para ser empático, para establecer contacto emocional con el otro, comunicarse afectivamente, “sentir desde la piel del otro”, de comprensión; se sufre una apatía emocional, pero solamente en la vida laboral, con el cliente, paciente o alumno. Se produce por haber ejercido la empatía durante un tiempo y estar agotado para continuarla; al principio suele confundirse con un cansancio, pero no se recupera con el descanso y se instala como un estado relativamente estable. La despersonalización constituye el otro componente del síndrome, y consiste en una frialdad en el trato interpersonal con el que recibe el servicio, desprecio y cinismo; se establece una relación impersonal con un distanciamiento afectivo.

La baja autoestima profesional esta dada por una falta de realización en el trabajo, no esta satisfecho con su imagen como profesional, se considera menos competente que el resto de los colegas y, en muchas ocasiones, la retroalimentación que recibe se interpreta como confirmación de esto. Son frecuentes los conflictos en el logro de los resultados y esto agudiza el sentimiento de frustración profesional.

El aislamiento profesional puede aparecer como una consecuencia. La situación se torna secreta por lo vergonzosa que resulta para confiarla a los colegas; éstos son tratados como extraños que no comprenden la situación y representan una amenaza.

Se tiene conciencia de un cansancio, agotamiento, estrés y desilusión, y se acompaña de una emotividad patológica donde eventos intrascendentes disparan reacciones emocionales emergentes y desproporcionadas.

El síndrome tiene una manera particular de expresarse según la profesión de servicio de que se trate.

Como puede apreciarse, este síndrome tiene características específicas que lo distinguen de otros efectos negativos que puede tener la actividad laboral en quien la desempeña. Es conveniente precisar estas diferencias. Por ejemplo, el tedio producto de la monotonía, el aburrimiento y la falta de motivación por pérdida de expectativas personales. Todos estos estados son relativamente pasajeros; pueden presentarse en situaciones concretas no mantenidas en el tiempo; en todas existe una falta de deseos de trabajar, pero la empatía y la comunicación interpersonal afectiva se mantienen sin afectación y pueden establecerse sin dificultad. La solución para estos estados es buscar fuentes de motivaciones intrínsecas y nuevas expectativas de logro y autorrealización.

Existen diferencias también con la personalidad, que tiene el cinismo como un rasgo; en estas personas ir al trabajo no constituye una fuente de angustia, aunque sus esfuerzos en el mismo son limitados; la emotividad se mantiene conservada, aunque es baja, y en el sujeto afectado por el burnout está agotada.

VIVENCIA DEL INGRESO POR PARTE DEL PERSONAL

La valoración inicial de la paciente fue costosa y se realizó con mucha dificultad debido a la nula colaboración de la misma. Aunque no es un aspecto a resaltar, ya que todos sabemos que la mayoría de los pacientes no aceptan su ingreso ni comprenden el motivo por el cual deben estar allí para recibir cuidados ya que no se sienten enfermos.

Pero el abordaje terapéutico fue algo diferente, existiendo múltiples barreras, la Hiperactividad presentada como medio de expresión y mecanismo de defensa que impedía y limitaba su capacidad de escucha.

No se podía establecer la alianza terapéutica siendo muy complicado la utilización de cualquier herramienta de comunicación que permitiese el acercamiento a la paciente, además de la nula colaboración familiar con la que contábamos debido al desgaste familiar o síndrome del cuidador principal.

Las peculiaridades de la paciente rompieron la dinámica grupal establecida en la Unidad hasta el momento, siendo muy costosas las relaciones sociales entre los enfermos, haciendo crecer el nivel de angustia, hiperactividad y alteraciones de la conducta de la misma. Siendo necesaria la presencia e intervención del personal en todo momento. Precisaba la presencia de algún miembro del equipo las 24 h del día.

Todas las herramientas y actuaciones utilizadas hasta ya avanzado el ingreso, no proporcionaban los resultados esperados, llegando a invadir en el personal de la unidad los sentimientos de impotencia, estrés y agotamiento emocional mencionados con anterioridad llegando incluso a sentir inseguridad en nuestras propias actuaciones.

Se unían múltiples factores: La dificultad de establecer un diagnóstico concreto, la múltiple patología orgánica presentada, sus dificultades de adaptación y relaciones sociales su forma peculiar de expresión de difícil comprensión por el resto, sin olvidarnos de un factor importante la adolescencia.

Fueron precisas varias reuniones con el equipo multidisciplinar para establecer objetivos así como una línea de actuación en común, que permitiese al menos, observar mínimos cambios. Sin olvidar la necesidad del equipo de manifestar sus sentimientos en el abordaje de la paciente y familia la mayoría de los cuales eran de impotencia, rabia, inseguridad, irritabilidad... que nos hacían caer en los mencionados síndrome de Burn Out ,y estrés emocional.

Tras dos meses de trabajo se observaron resultados esperados mejorando la salud mental del equipo.

CONCLUSIÓN FINAL

Con la presente comunicación hemos querido compartir la importancia de mantener una buena capacidad de escucha de empatizar con los pacientes y familiares, pero sobre todo resaltar la importancia del cuidado de la salud mental de los trabajadores: Si no nos cuidamos, ¿Cómo vamos a cuidar?

Para finalizar, resaltar la siguiente cita

“Considero que la guía básica de mi rol profesional es la de desarrollar al máximo el crecimiento de todos los que participan en el proceso terapéutico, incluido el mío propio. Tal vez, fundamentalmente el mío propio. Tan solo siendo consciente de mi propia necesidad de crecer y del deseo de evitar mi agotamiento, podría preservarse mi capacidad de ser útil a los demás” (Whitaker)

BIBLIOGRAFÍA

- Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2ª edición . Barcelona: Masson, 2001.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Harcourt, 2004.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Harcourt, 2004.
- Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía N.A.N.D.A.. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Masson, 1995.
- Guirao-Goris JA, Camaño RE, Cuesta A. Diagnóstico de enfermería. Categoría, formulación e investigación. España: Ediversitas Multimedia, 2001.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill, 2003.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Harcourt, 2004.
- Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Elsevier España, 2004.
- American Psychiatric Association (APA.). DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado. 1ª ed. Madrid: Masson, 2001.
- 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.
- 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.

REVISIÓN EN EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PATOLOGÍA DUAL

Carreras Salvador, Regina; González Fresnedo, Anna María; Cabezas Sánchez, Maria Valle; Aceña Domínguez, Rosa; Tolosa Merlos, Diana; Domínguez Rodríguez, Marcos.

Centro Forum del Hospital del Mar. Instituto de Atención a la Psiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La presente comunicación tiene como objetivo conocer el perfil de los pacientes que reingresan en la Unidad de Patología Dual (UPD) del Centro Forum del Hospital del Mar, ubicada dentro de una sala de hospitalización de agudos del mismo centro.

La sala consta de once camas destinadas al abordaje de personas que presentan patología dual. Se define patología dual como la coexistencia en una misma persona, de un trastorno por consumo de sustancias tóxicas y otro trastorno mental.

La unidad se inauguró el pasado 17 de septiembre de 2007 y desde entonces enfermería percibe que da asistencia a un elevado número de reingresos. En un estudio previo realizado en esta unidad se constató que un 17.82% de los pacientes reingresaron durante el 2008.

Los pacientes con un diagnóstico dual presentan mayor gravedad psicopatológica: acuden más a los servicios de urgencias, ingresan más, presentan una mayor tasa de suicidio, mayor proporción de conductas de riesgo e infecciones relacionadas como el VIH o VHC/VHB 4-5-6 y una elevada dificultad a nivel social 7-8.

Además de lo considerado anteriormente, creemos necesario la utilización de una taxonomía de resultados enfermeros que ofrezca un lenguaje consensuado, previa identificación, comprobación y aplicación de los términos y medidas comunes, que presente una evaluación sistemática de los resultados esperados, para así poder incidir de una forma más concreta en este tipo de pacientes, con la intención de reducir la tasa de reingresos.

Para conocer el perfil de los pacientes que reingresan, se han identificado los objetivos (NOC) que se relacionan con algunos de los principales diagnósticos de enfermería en el paciente dual, con el fin de evaluarlos y conocer el grado de consecución de los mismos. Cada resultado de la clasificación representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente. Además, posee un nombre, una definición, una escala de medida e indicadores y medidas asociadas. La clasificación actual consiste en una lista de 260 resultados con sus definiciones, indicadores, 17 escalas de medidas, estructurados en 7 dominios y 29 clases 9, de los cuales, hemos considerado significativos al finalizar el proceso de hospitalización 15.

El concepto de una buena asistencia sanitaria incluye calidad y eficacia optimizando el coste, lo que resume el término eficiencia. Un indicador de calidad de la asistencia hospitalaria es el nº de reingresos; puesto que el número de estudios publicados por la disciplina de la enfermería es escaso, el equipo de trabajo ha realizado este estudio para conocer las características que presentan las personas que reingresan en la unidad con el fin de mejorar la calidad de nuestros cuidados.

Hipótesis:

Los pacientes que reingresan con patología dual presentan criterios de resultado (NOC) comunes y prevalentes.

Objetivo general:

Identificar el grado de consecución de los criterios de resultados según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en los pacientes que reingresan en la UPD.

Objetivos específicos:

- Conocer el diagnóstico principal de enfermería al alta de los pacientes que reingresan.
- Analizar la escala de medida de los criterios de resultado (NOC) al alta médica.
- Analizar las características sociodemográficas de la muestra.

Desarrollo:

Diseño: Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Ámbito de estudio: UPD del Centro Forum del Hospital del Mar con una población asignada de 474.919 habitantes, sectorizada en tres distritos de la ciudad de Barcelona (Ciutat Vella, Sant Andreu y Sant Martí). También proporciona servicio a aquellas personas que no estén empadronadas en Barcelona.

Sujetos de estudio: Pacientes que reingresaron durante el año 2008 en la UPD.

El criterio de reingreso ha sido definido por el equipo de trabajo. Se considera reingreso a todo ingreso que acude por el mismo diagnóstico médico principal que la vez anterior en el mismo año natural (independientemente de los días transcurridos del alta previa)

Variables de estudio: género, edad, soporte familiar, tipo de vivienda, ocupación laboral, pensionista, incapacitación legal, diagnóstico médico, tipo de droga principal que consume la persona, tipo de ingreso, adherencia al tratamiento farmacológico, recaídas en el consumo, días transcurridos desde el alta previa, diagnóstico de enfermería al alta, grado de escala de medida (NOC) al alta y existencia de vinculación previa al reingreso así como la derivación al alta.

Se ha utilizado la Clasificación de Resultados de Enfermería¹⁰ y las escalas de medida¹⁰ para medir los cambios en la evolución del paciente durante el proceso hospitalario y la taxonomía II de la NANDA¹¹ para etiquetar los diagnósticos de enfermería.

Las escalas de medida 10 utilizadas han sido:

- Escala a, proporciona una medida para el grado de compromiso observado para un resultado con la escala “gravemente comprometido=1” hasta “no comprometido=5”. Siendo “sustancialmente comprometido=2, moderadamente comprometido=3, levemente comprometido=4”
- Escala f, mide el nivel de adecuación para resultados relacionados con la ejecución y la seguridad del paciente. Rango desde “inadecuado=1” hasta “completamente adecuado”. “ligeramente adecuado=2, moderadamente adecuado=3, sustancialmente adecuado=4”
- Escala i, mide la extensión de estados, conductas y conocimiento del paciente con la escala “ninguno” hasta “extenso”. Siendo “escaso=2, moderado=3, sustancial=4 y extenso=5”. Todos los resultados de conocimiento utilizan esta escala, así como varios resultados relacionados con abuso
- Escala m, se utiliza para medir resultados para numerosas conductas en las que la constancia de la conducta es importante. Las unidades de medida van de “nunca demostrado=1” hasta “siempre demostrado=5”
- Escala n, mide la gravedad de un concepto desde “grave=1” hasta “ninguno=5”. Siendo “sustancial=2, moderado=3, leve =4”. Se utiliza con frecuencia para medir la intensidad de síntomas o estados psicológicos.
- Escala s, se utiliza para puntuar la satisfacción del paciente con varios conceptos. Las unidades de medida van desde “no del todo satisfecho=1” hasta “completamente satisfecho=5”. Siendo “raramente demostrado=2, a veces demostrado=3, frecuentemente demostrado=4”.

Análisis estadístico: las variables categóricas se describen a través de frecuencias relativas y las variables continuas mediante la media.

RESULTADOS

De los 230 ingresos realizados durante el año 2008 en la UPD, 39 casos cumplían el criterio de reingreso definido por el equipo de trabajo.

Tras realizar el análisis de las variables estudiadas se obtuvieron los siguientes resultados:

- Género: el 79,5% eran hombres.
- Edad: la edad media de la muestra resultó ser de 32,7 (24+ 56 años).
- Soporte familiar: en el 58,9% de los casos contaba con soporte familiar.
- Vivienda: poseía vivienda familiar o piso propio el 71,8%, un 7,7% vivía en habitaciones alquiladas o pensiones y un 20,5% acudían a albergues o en situación de indigencia.
- Ocupación laboral: un 7,7% de los casos estaban en activo, mientras que el 92,3% no realizaban ninguna actividad laboral.
- Retribuciones económicas: el 56,4% cobraba algún tipo de pensión.
- Incapacitación legal: el 5,1% del total estaba incapacitado legalmente.
- Diagnóstico médico: los trastornos psicóticos suponían el 56,4% de la muestra, un 23% están diagnosticados de trastorno de personalidad, un 12,8% eran psicosis inducidas y el 7,6% restante trastornos bipolares.
- Sustancias tóxicas: el 53,8% de los pacientes que consumía cocaína, el 51,2% consumía alcohol, el 41% cánnabis, el 20,5% abusaba de hipnosedantes, el 10,2% consumía opiáceos y el 5,1% inhalantes.

El 7,6% de los casos que reingresaron durante el año 2008 se mantuvieron abstinentes desde el alta previa.

- Tipo de ingreso: ingresaron con carácter involuntario el 66,6% de la muestra y el 33,4% de manera voluntaria.
- Adherencia al tratamiento farmacológico: abandonaron o no realizaron el tratamiento farmacológico correctamente al alta el 61,5% de los casos.
- Recaídas en el consumo: el 92,4% de la muestra sufrieron recaídas en el consumo entre ingresos.
- Días transcurridos entre ingresos: el 25,6% de la muestra reingresó antes de los 30 días, el 28,2% entre los 30 y 90 días tras el alta del anterior ingreso y, pasados los 90 días reingresó el 46,2%.
- Vinculaciones previas al reingreso: estaban vinculados al Centro de Atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) un 59%, un 46,1% estaban vinculados al Centro de Salud Mental de Agudos (CSMA) y un 38,5% a otros recursos (Centro Catalán de Solidaridad Fundación Privada (CECAS), servicios sociales, hospitales de día, etc.).
- Derivaciones al alta: un 48,7% de la muestra se derivó al CAS de zona, un 43,5% al CSMA de zona y otro 48,7% se derivó a otros recursos (unidades de subagudos, hospitales de día, comunidades terapéuticas, al programa Sense Sostre, CECAS, metabus (autobús que dispensa tratamiento sustitutivo con metadona, albergues y servicios sociales).

Los diagnósticos de enfermería más prevalentes al alta de todos los pacientes que han reingresado en la UPD durante el pasado año fueron:

- Afrontamiento infeccioso (84.6%)
- Control inefectivo del régimen terapéutico personal (80.2%)
- Incumplimiento del tratamiento (77.2%)
- Déficit de actividades recreativas (74.7%)

- Mantenimiento inefectivo de la salud (43.6%)
- Riesgo de deterioro del patrón del sueño (37.3%)
- Deterioro de la interacción social (32.3%)
- Desempeño inefectivo del rol (30.7%)
- Trastornos de los procesos del pensamiento (25.6%)
- Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento (22.8%)
- Trastorno de la percepción sensorial, (visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil y olfativa) (18.7%)
- Aislamiento social (7.5%)
- Riesgo de soledad (6.2%)

Para los diagnósticos citados anteriormente, los objetivos (NOC) fueron:

- 1300 Aceptación: estado de salud
- 1302 Afrontamiento de Problemas
- 1402 Autocontrol de la Ansiedad
- 1405 Autocontrol de los Impulsos
- 1400 Autocontrol del Pensamiento Distorsionado
- 0300 Autocuidados: Actividades de la Vida Diaria
- 0306 Autocuidados: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- 0307 Autocuidados: Medicación no Parenteral
- 0000 Autogestión de los Cuidados
- 1601 Conducta de Cumplimiento
- 1602 Conducta de Fomento de la Salud
- 1805 Conocimiento: Conducta Sanitaria
- 1812 Conocimiento: Control del Consumo de Sustancias
- 1824 Conocimiento: Cuidados en la Enfermedad
- 1808 Conocimiento: Medicación
- 1803 Conocimiento: Proceso de la Enfermedad
- 1806 Conocimiento: Recursos Sanitarios
- 1806 Conocimiento: Régimen Terapéutico
- 1407 Consecuencias de la Adicción a Sustancias Psicoactivas
- 1608 Control de Síntomas
- 1903 Control de Riesgo: Consumo de Alcohol
- 1904 Control de Riesgo: Consumo de Drogas
- 1906 Control de Riesgo: Consumo de Tabaco
- 1501 Ejecución del Rol
- 0119 Funcionamiento Sexual
- 1502 Habilidades de Interacción Social
- 1100 Higiene Bucal
- 1202 Identidad
- 1503 Implicación Social
- 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida
- 1209 Motivación
- 1211 Nivel de Ansiedad
- 0313 Nivel de Autocuidado
- 2100 Nivel de Comodidad
- 1208 Nivel de Depresión
- 1212 Nivel de Estrés
- 265 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional
- 1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria

- 0311 Preparación para el alta: vida independiente
- 0312 Preparación para el alta: vivir con apoyo
- 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico
- 3008 Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos
- 2103 Severidad de los síntomas
- 1504 Soporte social
- 0004 Sueño
- 0906 Toma de decisiones

De todos ellos, los resultados prevalentes esperados tras la aplicación de las diferentes escalas de medida (descritas anteriormente en el método y que se puntúan de 1 a 5) fueron:

- 1211 Nivel de Ansiedad: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, sugerida de una fuente no identificable. El resultado obtenido ha sido un 4.8 “leve=4, ninguno=5”.
- 0004 Sueño: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. El resultado fue de 4.8 siendo “no comprometido”.
- 0300 Auto cuidados: Actividades de la Vida Diaria, definido como la capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido fue de 4.2, es decir, “raramente demostrado”.
- 1502 Habilidades de Interacción Social: conductas personales que fomentan relaciones eficaces. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido fue de 3.8 “frecuentemente demostrado”.
- 1806 Conocimiento: Recursos Sanitarios, definido como el grado de comprensión transmitido de los recursos sanitarios relevantes. El resultado obtenido fue de 3.1 siendo “moderado”.
- 1405 Autocontrol de los Impulsos: autocontrol del comportamiento impulsivo o compulsivo. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido es de 2.8 “raramente demostrado”.
- 1812 Conocimiento: Control del Consumo de Sustancias, es decir, el grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas, tabaco o alcohol. Se obtuvo un 2.7 “raramente demostrado”.
- 1601 Conducta de Cumplimiento: Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido fue de 2.5, es decir, “raramente demostrado”.
- 1808 Conocimiento: Medicación. Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación. Se obtuvo un resultado de 2.4, es decir “escaso”.
- 1608 Control de Síntomas: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido fue de 2.3, es decir, “raramente demostrado”.
- 1803 Conocimiento: Proceso de la Enfermedad. Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido es de 2.2 “raramente demostrado”.
- 1504 Soporte social: disponibilidad percibida y provisión real de ayuda fiable de los demás. Se obtuvo el resultado de 2.1 “ligeramente adecuado”.
- 0906 Toma de decisiones: capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas. El resultado fue “gravemente comprometido” de 2.1.
- 1400 Autocontrol del Pensamiento Distorsionado: auto restricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento. Del total de los pacientes estudiados el resultado obtenido fue de 2.1, es decir, “raramente demostrado”.

- 1209 Motivación: impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas. El resultado es un 1.8 siendo “raramente demostrado”.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, podemos afirmar que los pacientes que reingresan en la UPD presentan criterios de resultado comunes (NOC); no obstante, se debe especificar que difieren en el grado de consecución de los resultados.

Sí podemos afirmar que el grado de consecución de los resultados obtenidos es común en pacientes que presentan patología psiquiátrica (DSMIV) similar. Por ejemplo, las personas que presentan trastornos psicóticos comparten los mismos resultados entre ellos, las personas afectas de trastornos de personalidad obtienen resultados parecidos, etc.

El objeto de estudio de este trabajo está centrado en los objetivos que nos planteamos conseguir durante el proceso de hospitalización, pero no debemos obviar que las etiquetas diagnósticas enfermeras presentes al alta son comunes a todos los reingresos independientemente de la sustancia de consumo y patología médica.

Otra conclusión extraída de los resultados es la concordancia entre los datos obtenidos tras la aplicación de las escalas de medida y los resultados de las variables sociodemográficas estudiadas. Por ejemplo: en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico un 61,5% de los casos abandonaron o no realizaron el tratamiento farmacológico correctamente al alta; y, respecto al NOC 1808 “Conocimiento: Medicación definido por el grado de comprensión transmitida por el paciente sobre el uso seguro de la medicación”, se obtuvo un resultado de 2.4 sobre cinco, es decir “escaso” (según escala de medida i).

A priori se podría pensar que el tener una familia y un hogar son factores de protección ante el reingreso hospitalario. En la muestra se objetiva que más de la mitad de los pacientes que reingresan contaban con soporte familiar (61.2%) y tres cuartas partes poseían un hogar ¿a qué se debe el alto número de reingresos? ¿Se debe a la gravedad que conlleva el diagnóstico dual?

A pesar de que el 60% de los reingresos presentan vinculación a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS), y el 46.1% al Centro de Salud mental (CSMA) existe un 92.4% de recaídas en el consumo de sustancias tóxicas entre ingresos. Esto evidencia la falta de recursos ambulatorios que ofrezcan asistencia integral a la persona que presenta patología dual. En Cataluña sigue pendiente la unificación de la red de salud mental. Barcelona, todavía dispone de dos redes diferenciadas de atención a la salud mental: una para adicciones y otra para el resto de trastornos psiquiátricos. Esta doble red dificulta en primer lugar el abordaje de la persona que presenta un trastorno dual, y la consecuente admisión de estas personas a los centros y hospitales de día de psiquiatría, a las unidades de subagudos y a la mayoría de recursos asistenciales comunitarios.

De esta revisión se deriva la necesidad de plantear un nuevo estudio para conocer los factores que se asocian con el reingreso de este tipo de pacientes. Una posible línea de investigación sería evaluar la necesidad de plantear un seguimiento al alta por un equipo especializado (entrenado y con formación en la patología dual) puesto que no es suficiente con la vinculación por un lado a la red asistencial ambulatoria de adicciones (CAS) y, paralelamente a la red de salud mental (CSM).

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez-Rodríguez M, Carreras Salvador R, González Fresnedo A, Tolosa Merlos, Diana. Unidad de Agudos de Patología Dual: ingresos versus reingresos. En: Comunicación formato Póster.
2. Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Imaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European J Psychiatry*. 2006; 20:147-156.
3. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1600-1602.

4. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Brooner RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis.* 2000; 19: 65-83.
5. Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Gordon CM, Vanable PA. Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behaviour among psychiatric outpatients. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69: 846-850.
6. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health.* 2001; 91: 31-37
7. Caton CL, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health.* 1994; 84: 265-270.
8. Vazquez C, Munoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95: 523-530.
9. Proyecto NIPE. España: Instituto superior de Investigación para la calidad sanitaria:http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1071155509232&pagename=NIPE%2FPAGE%2FPantilla_generica.
10. M. Johnson, M. Maas y S. Moorhead. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). Tercera edición. Elsevier-Mosby; 2005.
11. Tejedor M.J, Etxabe M.P. Guía práctica de informes de enfermería de salud mental. Barcelona: Editorial Glosa; 2008.

LOS BENEFICIOS TERAPÉUTICOS DE SALIDAS EXTRA-HOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL PARE JOFRÉ DE VALENCIA

Jesús Arrue Castillo, Marina Moñino López, Mónica López Alarcón, Esperanza Garrido Haro, M^a. Paz Herrero Herrero, Concepción Zabala Oyarzun.

Hospital Pare Jofré. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales funciones de nuestra U.M.E. de Salud Mental y del equipo multidisciplinar (e.m.) es integral al paciente al medio al cual pertenece, desde un enfoque siempre bio-psico-social (es decir integral).

La realización de cada actividad extrahospitalaria, implica la consecución de varios Beneficios Terapéuticos, simultáneos en el tiempo.

Con estos beneficios terapéuticos se consigue un aumento de su Autonomía e Independencia en este periodo de rehabilitación.

Nos centraremos en la enfermedad mental crónica conocida como esquizofrenia que es de la que más casos diagnosticados nos encontramos en nuestra U.M.E. de salud mental.

Las salidas Terapéuticas siempre se realizan con personal sanitario cualificado.

El equipo multidisciplinar en el P.A.I. (Plan de Actuación Integral) valora las distintas actividades en las que va a participar cada paciente valorando los Beneficios Terapéuticos a conseguir, según las capacidades de éstos.

Las actividades están previamente definidas y estructuradas según un plan terapéutico establecido; para ello los profesionales del equipo multidisciplinar contactan con las diferentes entidades u organismos implicados para confirmar citas y programar debidamente la actividad.

En cuanto al material y recursos utilizados tendríamos que considerar: recursos humanos de la U.M.E. (enfermera/o ,auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional); medios de transporte públicos (trenes, metro ,autobús); museos, cines, teatros , jardines y parques, instalaciones deportivas, sedes de instituciones públicas, bancos, comisarías y diferentes organismos públicos.

Pasaremos a nombrar algunas de las diferentes actividades que se realizan en nuestra U.M.E. de Salud Mental del Hospital Pare Jofré de Valencia.

Las hemos dividido en tres áreas: área de salida de gestiones; área de salidas culturales, y área de salidas lúdicas de ocio y deporte.

Terminaremos desarrollando los diferentes Beneficios Terapéuticos conseguidos.

DESARROLLO

Salida de Gestiones: Renovación o tramitación del D.N.I. y/o pasaporte; actualización de gestiones bancarias (desde abrir una libreta, sacar dinero del cajero automático, etc); inscripción o renovación de la tarjeta del Servef; asistencia a diferentes especialidades médicas así como a la realización de diferentes pruebas clínicas y exploraciones; integración al mundo laboral a través de cursos impartidos por el Servef; asistencia a procesos legales (juicios ,asesoramiento judicial); visita a pisos tutelados al ser un posible recurso al alta hospitalaria; tramitación de documentación con el I.N.S. (diferentes pensiones contributivas y no contributivas, etc).

Salidas culturales: Asistencia a: conciertos, teatros, cines, exposiciones, museos, diferentes fiestas culturales (por ejemplo Semana Santa Marinera, etc); Visitas a distintos monumentos arquitectónicos de interés cultural: Palacio del Marques de dos Aguas, la Lonja, Torres de Serrano y de Quart, Catedral, Basílica de la Virgen, baños del Almirante, Palacio de la Generalitat y Palacio de las Cortes, etc.

Salidas lúdicas de ocio y deporte: Realización de paseos por parques y jardines, playa, puerto, zoológico; acudir a la peluquería y centro de belleza, etc; salida a diferentes tiendas: supermercados, tiendas de ropa, zapaterías, bazares ,estancos ,etc; asistencia a eventos lúdicos (también de carácter cultural como las fallas, la Copa de América, etc); hablaremos también de la asistencia a gimnasios y polideportivos (natación, tablas de gimnasia con aparatos, etc) como la de acudir a lugares de expansión como cafeterías, horchaterías, etc.

Beneficios terapéuticos: Mejora de higiene personal y autocuidados: Se consigue un aumento de las destrezas para las A.B.V.D. (autocuidado), de las actividades instrumentales o avanzadas y de las actividades comunitarias que ayudan a relacionarse en la sociedad; se aumenta la capacidad del auto cuidado respecto a los hábitos saludables: alimentación, baño-higiene, vestido y utilización del cuarto de baño o aseo, aumentando la autoestima y el roll social; esto conlleva un aumento de las defensas del organismo siendo así este menos vulnerable a padecer enfermedades orgánicas; se consigue una educación dietética y sanitaria (información sobre el colesterol, ingesta de azúcares); se fomentan estilos de vida saludables y se adquieren hábitos horarios así como la normalización de la vigilia/sueño.

Adquisición de roll social: Se consigue un aumento de las habilidades sociales: Se retoma el arte de la conversación, se produce un aumento de la interacción social y de la expresividad verbal así como el de las técnicas del manejo del lenguaje; se consigue la integración a la comunidad y se aprende a manejar conflictos y a ser asertivos; se disminuye el aislamiento social; se corrigen conductas de marginación; se aumenta la empatía. Todos estos beneficios conllevan a la socialización del paciente

Adquisición de conciencia de enfermedad: Se produce un aumento de la conciencia de enfermedad con la consecuente adherencia al tratamiento; así como una disminución del consumo de tóxicos y alcohol; hay un aumento del control de la tensión emocional así como el de la percepción de la realidad; el autocontrol y autoexpresión.

Aumento de la integración social: Se adquiere información, orientación y formación laboral; aumenta la búsqueda de soluciones a problemas personales; se maneja mejor el trabajo en equipo con los compañeros; se aprende al manejo del dinero y su valor; se valora y disfruta de las diferentes actividades; se adquiere cultura y conocimientos; se sustituye conductas agresivas por ejercicio físico; se mejora el manejo adecuado de los medios de transporte, guías, planos, billetes, consiguiendo la mejora de la orientación temporo-espacial.

Mejora de los procesos cognitivos al aumentar las capacidades de éstos (memoria, concentración, etc); aumenta la respuesta a los problemas o sea a la solución de éstos; se produce un afianzamiento en el potencial de su pensamiento y no en su déficit

Se produce un aumento de la tolerancia al stress con la consecuente disminución del estado de ansiedad; se controla la tensión emocional; hay una disminución de las conductas auto-líticas o de suicidio así como de los trastornos conductuales se produce un aumento del auto-control y la autoexpresión, o sea aumentan las destrezas psicosociales; esto conlleva a una disminución de la vulnerabilidad del paciente.

Se produce una disminución de los síntomas positivos que representan un exceso o distorsión de la función normal (delirios, alucinaciones) así como una disminución también de los síntomas negativos que representarían una pérdida o defecto de la función normal (bloqueo, pobreza del lenguaje, aplanamiento afectivo, aislamiento social, déficit de autocuidados; de esta forma se consigue una disminución de la frialdad afectiva ,de ambivalencia afectiva, del embotellamiento afectivo que presentan; también hay aumento de la tolerancia al estrés.

Se mejora la psicomotricidad.

Se produce un aumento de la autoaceptación al normalizarse el patrón de autoconcepto y autopercepción

CONCLUSIÓN

Con una buena praxis y poniendo corazón por parte del equipo multidisciplinar de la U.M.E del hospital del Pare Jofré que realiza en cada una de de las actividades extrahospitalarias que proyecta este equipo se consigue que el paciente se reintegre y participe en las diferentes actividades de la sociedad a la que pertenece ,aumentando su autoestima, seguridad personal y roll social.

Hablaríamos así de un aumento de salud, armonía y bienestar físico-psíquico-social por el valor añadido al alta en esta U.M.E de más vida saludable y autónoma.

Tendríamos como otra meta principal por parte del equipo multidisciplinar el que la persona que padece una enfermedad crónica al alta de nuestra U.M.E. no se etiquete como "enfermo" (etiqueta que por sí misma ya incapacita y separa del resto de personas consideradas "normales" y es estigma social) sino que se considere persona o individuo que padece una enfermedad y tome conciencia de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

- Gordon M Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby-Doyma; 1996. Enfermería psiquiátrica. Editorial síntesis.

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS DE ENFERMERÍA DIRIGIDAS AL PACIENTE AGUDO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL “LA FE”

Pilar Eugenia Aznar Prats, Amparo Pedro de Lelis

Hospital “La Fe”. Valencia

Uno de los principales problemas que surgen, en la sala de Psiquiatría, es la ociosidad y el aburrimiento del paciente agudo hospitalizado. Existe el riesgo de que esta ociosidad sea fuente de malestar en el enfermo y que ello contribuya a empeorar el ambiente o entorno terapéutico. Todo ello nos ha llevado a realizar una serie de actividades que más allá de llenar el tiempo, tengan fines terapéuticos.

Dentro de las actividades, que se realizan en la sala, por parte del personal de enfermería, cabe destacar: Reuniones; Yoga, Estiramientos y Técnicas Respiratorias y Paseos.

La Reunión se realiza de lunes a viernes, de 11 a 12h. y ocasionalmente los fines de semana. Enfermería actúa de moderador: manteniendo el ritmo del diálogo, facilitando la participación de todos los asistentes y evitando conflictos. La acción terapéutica consiste en: centrar al paciente en la realidad de la sala y en la realidad social a través del diálogo entre ellos; en remodelar y recuperar su capacidad de relación, tanto en las relaciones interpersonales, en la contención de las emociones como en el respeto de los límites, no invadiendo el espacio ajeno; también en la recuperación de hábitos cotidianos (aseo personal...), en el cuidado de enseres (ropa interior, cepillo de dientes...) y en el respeto hacia los objetos ajenos y mobiliario de la sala. Además es un medio para identificar tanto problemas enfermeros (Diagnósticos de Enfermería: patrón cognitivo perceptual, patrón autopercepción autoconcepto, patrón rol relaciones, patrón afrontamiento tolerancia al estrés...) como interdependientes; valorar la capacidad del paciente para atender y entender y evaluar la evolución del paciente.

El Yoga, Estiramientos y Técnicas Respiratorias, se realizan diariamente de 10 a 11h. Mediante el Yoga, el paciente se siente mejor, más relajado y más saludable. Es un medio para superarse así mismo, al estar íntimamente relacionado con nuestra parte psicológica y mental. Con los Estiramientos el paciente puede mantener sus músculos flexibles y preparados para el movimiento, al ser un puente entre la vida sedentaria y activa. Mediante la Respiración abdominal o Diafragmática (la más común y centrada en el abdomen) el paciente relaja cuerpo y mente.

El Paseo se lleva a cabo de lunes a viernes, de 12n a 13h. Participan sólo aquellos pacientes en cuyo tratamiento está indicado. Salen con un/a enfermera/o y un/a auxiliar, permaneciendo al aire libre, dentro del recinto hospitalario. Su utilidad se centra en contrarrestar la vivencia de encierro.

Aún tratándose de Actividades Voluntarias, identificamos una asistencia importante, que nos sirve como prueba de su utilidad e interés, así como una medida de calidad del servicio. También son un instrumento de Diagnóstico de Enfermería muy importante, ya que nos permite valorar la capacidad de relación del paciente, que es uno de sus principales problemas al ingreso. Por último, nos permite identificar deficiencias en el funcionamiento de la sala y así poder subsanarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- Eliade, Mircea (1948). Técnicas del yoga, Kainös, Barcelona, 2000. Anderson, Bob. Estirándose, ed. Integral. Ugalde, Apelategui, M. Rigal, Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios, Masson. Barcelona, 1995. American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), Masson. Barcelona 1995. J.Fornés. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, planes de cuidados, Panamericana, 2005. Asociación Valenciana de Trastorno Bipolar, Trastorno Bipolar, 2005.

EL BUENOS DÍAS. UN GRUPO PSICOEDUCATIVO Y TERAPÉUTICO

Julián Carretero Román, Beatriz Goas Rodríguez, Gema Rubia Ruiz, Eva Ruiz Velasco, Paula Victoria Vicente Roldán

Unidad de hospitalización breve de psiquiatría. Hospital Infanta Leonor. Madrid

INTRODUCCIÓN

Érase una vez, en un lugar no muy lejano, en la Villa de Vallecas (Madrid) se construyó un hospital multicolor llamado Infanta Leonor en el que un grupo de profesionales de enfermería se juntaron con el propósito de cuidar a las personas con un tipo de problemas mal vistos por la sociedad, estigmatizados incluso hasta por algunos profesionales: las personas con problemas de Salud Mental.

Llegamos a una unidad “ultramoderna”, con amplios espacios, habitaciones individuales, muy confortable, muy luminosa, con todo tipo de adelantos electrónicos (termómetros, tensiómetros, ¡hasta las persianas!) pero en la que encontramos ciertas dificultades para desarrollar nuestra labor asistencial.

El control de enfermería no tenía visibilidad directa al pasillo ni a las zonas comunes, dicho aspecto mejoró con la implantación de cámaras.

En un principio íbamos a disponer de una terraza para que los pacientes pudiesen salir a tomar el aire y fumar, no fue factible pero conseguimos habilitar una sala dentro de la unidad. Era excesivamente pequeña y sin extractor de humos pero ya que no podíamos cambiar este hábito tabáquico –debido a que la estancia es corta– observamos algo positivo: ¡en esta sala algunos pacientes que estaban aislados se relacionaban! y de esta forma conseguíamos también respetar a los pacientes que no fumaban.

La sala común estaba situada al otro lado de la unidad constituyendo el centro neurálgico donde se realizaban actividades terapéuticas, lúdicas, se veía la televisión, se recibía a la visita y donde se hacían todas las comidas; siendo el principal punto de encuentro entre profesionales, pacientes y familiares.

Nos dimos cuenta de la necesidad que tenían estas personas de comunicarse entre sí, de ser escuchadas y lo más importante, no habían perdido la capacidad de escuchar al otro de ponerse en su lugar.

ANTECEDENTES

Tenemos datos de Grupos de Buenos Días desde hace 20 años aproximadamente, en la película “Alguien voló sobre el nido del Cuco” (1975) se visualiza la imagen de un grupo de pacientes en una unidad de UHB relacionándose en grupo acompañados por dos enfermeras, anteriormente se desconocen; si a día de hoy se sigue haciendo mucho de positivo deben tener.

Los profesionales sanitarios dedicamos el 80- 90% de nuestro tiempo a comunicarnos con pacientes y compañeros.

A los profesionales de Salud Mental se nos suponen habilidades de comunicación que son innatas, independientes de cuanta formación en psicoterapia se tenga. No todos los profesionales de este campo poseen esta habilidad y la motivación suficiente e imprescindible para hacer una buena labor de enfermería con estos pacientes de características tan especiales. Dentro de las funciones significativas en salud mental se encuentra la necesidad de comunicarse; además de característica propia del ser humano; mediante la cual se expresan sentimientos, experiencias íntimas y necesidades, de manera que los demás puedan participar de ellas y ayudarle a satisfacerlas.

Si las actitudes son de respeto y aceptación de cada uno de los miembros, facilitan el que pueda desarrollarse el sentido de individualidad e identidad personal.

Existe una relación directa entre el proceso de la comunicación y el nivel de salud mental de los individuos, necesario para la existencia de unos factores personales bien configurados:

1. Una percepción adecuada de los acontecimientos que permite interpretar correctamente el entorno y por tanto, hacer referencias correctas.
2. La autovaloración positiva y realista sobre uno mismo. El reconocer la propia fuerza, no actuando de manera inferior, posibilita la expresión de la ternura, produciendo seguridad y control sobre la propia conducta.

Es por esto que entendemos, de acuerdo con Virginia Henderson, que una de las necesidades fundamentales del ser humano es la comunicación, ya que la distorsión de este proceso va a producir alteraciones psicológicas importantes, debido a la misma patología del proceso de comunicación o bien influyendo en otras necesidades fundamentales del ser humano.

La realización del grupo de buenos días, forma parte de una de las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería de la unidad de hospitalización breve. Complementa los cuidados individuales así como las terapias que llevan a cabo otros profesionales.

Se realiza el grupo como instrumento terapéutico para facilitar la comunicación entre el personal de enfermería y pacientes, comunicación verbal y sobre todo comunicación no verbal.

Los abordajes en grupo, ofrecen ventajas terapéuticas fundamentales que de ninguna manera se pueden obtener en el trabajo individual:

- El aprovechamiento máximo de recursos y ahorro de energías. Todo trabajo compartido hace que disminuya la cantidad de esfuerzo individual. El trabajo que se hace entre todos motiva a cada uno de sus integrantes.
- El grupo produce un mayor impacto que el propio terapeuta individual o que la actividad solitaria.
- Función didáctica: el paciente aprende mucho de los relatos y experiencias del resto de los integrantes del grupo y puede poner sus propios problemas en perspectiva.
- Se descubre la universalidad del problema. Significa que el trastorno “no me pasa solo a mí”. Este redescubrimiento y constatación reduce la ansiedad. “Entonces, no estoy tan loco”.
- Función de exploración de los aspectos históricos y psicológicos personales y formas de relación interpersonal, en un entorno confiable donde también explorará los estilos y formas de relación interpersonal.
- Función de reforzamiento mutuo entre personas con la misma problemática. Recibirá y luego ofrecerá, apoyo, solidaridad y comprensión sobre lo que sucede. Comprobará la real existencia de mejorías en otras personas, acrecentando sus esperanzas con respecto a su propia evolución.
- Ofrece modelos de afrontamiento mediante el contacto con pacientes que han evolucionado positivamente. Así es como se aprende de la experiencia del otro, compartiendo sus “mini-recetas”.
- Se genera entre los integrantes del grupo una amistosa y sana competencia. Todos progresan según sus propios tiempos. Si alguien va un poco más rápido o más lento, los demás lo acompañarán o esperarán.
- Incremento de los objetivos individuales. “a veces se me ocurren cosas en grupo que no se me ocurren cuando estoy solo”.

Pero, también es cierto, que lo grupal tiene sus dificultades o inconvenientes:

- El paciente tiende a sentirse más cómodo y más confiado en la relación unipersonal con el profesional debido a que aún está en un momento de inseguridad individual importante.
- Por timidez, vergüenza o por no comprender cómo el grupo puede ayudarlo con su problema.
- Aprensión a la falta de confidencialidad sobre su propia historia y padecimientos.
- Miedo a ser abrumado por los síntomas o historias de otros pacientes.
- Necesidad de sentir que recibe toda la atención, el tiempo y la dedicación para sus problemas.

Todos estos aspectos son tenidos en cuenta por la enfermera que dirige el grupo, para actuar en caso de que sea necesario y quizás hacerlo consciente a nivel grupal, de manera que puedan afrontarse cada una de estas posibles dificultades.

OBJETIVOS

- Crear espacios comunes de encuentro entre los pacientes y los profesionales.
- Desarrollar una dinámica de trabajo que fomente la expresión de sentimientos y emociones, en un ambiente terapéutico y seguro.
- Establecer una práctica psicoeducativa bidireccional, facilitando la orientación e integración en la unidad.
- Fomentar la relación enfermera-paciente como recurso de ayuda.
- Ampliar información sobre la evolución del paciente.
- Normalización de problemas de salud del paciente pudiendo sentirse reflejado e identificado con situaciones parecidas a las de otros pacientes, intentando conseguir que la problemática psicosocial sea tan aceptada como la orgánica.

DESARROLLO

Todos los días, después de la higiene y el desayuno, llevamos a cabo lo que llamamos “el buenos días”. Una enfermera, que es la que dirige el grupo, y una auxiliar de enfermería, son las encargadas de crear el ambiente terapéutico para que se lleve a cabo el grupo.

Es un grupo abierto, voluntario y heterogéneo. Se invita a participar a todos los pacientes ingresados en la unidad y se les explica el encuadre del mismo. Se les informa que “estas reuniones” forman parte del tratamiento, y que es un lugar y un momento adecuado para poner encima de la mesa los logros y dificultades del día a día. También se les hace saber que es un sitio donde se puede compartir cualquier opinión, pensamiento o emoción, siempre teniendo en cuenta una regla de oro: el respeto mutuo.

El personal de enfermería es quien valora si alguien no está en condiciones de poder participar en el “buenos días”, bien por su estado psicopatológico o bien por presentar alguna alteración conductual. Las dos personas que se quedan fuera, una enfermera y una auxiliar, son las encargadas de acoger a esos pacientes que en ese momento no están en condiciones de poder entrar al grupo, explicándoles los motivos y mostrándose como recurso de ayuda en caso de que lo necesiten.

La duración del grupo gira en torno a unos 20-30 minutos, en función del contenido del mismo, que depende básicamente de las aportaciones de los pacientes, ya que nosotros somos meros moderadores del discurso y de las emociones expresadas en cada una de las sesiones.

De cara a mantener el encuadre del mismo, se ha establecido un horario en el que no se coincide con las horas del tabaco, ni el horario de llamadas ni visitas. Por parte de los psiquiatras existe un compromiso tácito de respeto de los tiempos del grupo, con lo que llevan a cabo las entrevistas a lo largo de la mañana respetando el horario del “buenos días”.

Como norma de funcionamiento interna del grupo y con el objetivo de conseguir un ambiente terapéutico y contenedor, hemos establecido que una vez que comienza el grupo no

se puede salir del mismo hasta que termine. Si por algún motivo alguien no puede tolerar el ambiente y tiene que salir, se le informa de que no volverá a poder entrar con el objetivo de respetar la dinámica y al resto de sus compañeros.

Al comenzar cada día el grupo, se les ofrece a los pacientes el espacio y el tiempo, tiempo que se asigna previamente determinando la hora máxima final del mismo. Como cada día dirige el grupo una enfermera distinta, cada uno/a de nosotros/as aporta su estilo personal a la terapia grupal, pero con unos objetivos y dinámica comunes, el fortalecimiento del autocuidado personal y la creación de un espacio de encuentro terapéutico y facilitador de las relaciones interpersonales.

Se habla con un lenguaje claro y conciso y nos mostramos ante el paciente como un profesional que escucha sus demandas y propone soluciones consensuadas y realistas, en función de las habilidades, conocimientos y actitudes personales. Según en la fase de la relación enfermera-paciente en la que nos encontramos, el paciente nos asigna un rol diferente: de persona recurso, de desconocida, de liderazgo, de enseñante, de consejera o de sustituta/o. Nuestra actuación se basa en establecer la interrelación entre los profesionales de enfermería y el paciente, de cara a conseguir objetivos saludables.

En este espacio, se ponen de manifiesto las distintas fases de la relación enfermera-paciente descritas por Peplau:

1. Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
2. Identificación: La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
3. Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

El grupo de “buenos días” se ha convertido en un espacio en el que la gente que llega nueva a la unidad se presenta públicamente al resto de pacientes, ofreciéndoseles la oportunidad de contar la situación que les ha traído a la unidad. El resto de pacientes se presentan a su vez, brindándole de alguna manera a la persona recién llegada su cercanía y escucha, convirtiendo este espacio en una potente herramienta de integración y socialización.

Cuando el grupo de pacientes llevan pocos días juntos, se facilita el comienzo de grupo lanzando preguntas abiertas sobre cómo han pasado la tarde y la noche del día anterior, si han tenido llamadas y visitas de familiares, o si han salido de permiso, de cara un poco a que compartan con el resto (si es que así lo quieren) cómo se sienten y cómo se han sentido. Es un espacio en el que se pueden compartir las alegrías y las buenas noticias, pero también es un sitio adecuado para expresar las dificultades o malestares que a buen seguro, todos, en mayor o menor medida, han de pasar por ellas. En este sentido trabajamos la emoción expresada así como la escucha activa, dándole al discurso del paciente un valor importante, ya que nuestra herramienta básica de trabajo son las palabras, el silencio y nuestra presencia.

Y hablamos de silencio, porque, cuando el grupo de pacientes conocen la dinámica del “buenos días”, no siempre somos activadores del discurso, al menos, mediante las palabras, y ofrecemos los silencios, como una herramienta más de la comunicación, que consideramos imprescindibles de cara a que el paciente conecte con sus emociones y puedan ser traídas al espacio terapéutico.

Aprovechamos la reunión de buenos días para el recuerdo de las normas y procedimientos de funcionamiento de la unidad, resolviendo posibles dudas, y compartiendo dificultades y

angustias con el resto de compañeros. Es un espacio en el que se abordan situaciones conflictivas en la convivencia diaria dentro de la unidad, como por ejemplo el ser observadores directos de algunas conductas de auto o heteroagresividad, una sujeción mecánica, etc.

El “buenos días” es realmente terapéutico cuando se consigue ese ambiente grupal que facilita el que las personas hablen libremente de su situación, siendo escuchadas por el resto de pacientes, que a su vez le devuelven una retroalimentación verdaderamente valiosa. Al ser un grupo heterogéneo, de personas con distintas patologías y distintos puntos de vista, el microclima que se establece, podría ser perfectamente una representación de la vida “fuera de la unidad”, lo que proporciona de alguna manera la integración del paciente en la vida real.

Se lleva a cabo a su vez una labor psicoeducativa en todos los aspectos relacionados con la satisfacción de sus necesidades en función de su problema de salud, trabajando aspectos como la conciencia de enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico entre otros. En general se enseñan conductas saludables y se recuerda la importancia de pedir ayuda.

Es en este espacio, en el que los pacientes deciden qué tema les interesa que tratemos en grupo semanal de educación para la salud, haciéndoles protagonistas de su propio cuidado, resolviendo dudas y reestructurando las cogniciones erróneas, fomentando de esta manera hábitos de vida saludables.

El grupo sirve también como una herramienta de entrevista y recogida de datos de cara a evaluar la situación diaria del paciente, a través de la percepción de su estado físico, emocional y espiritual. Esta información sirve para valorar la evolución diaria del paciente, así como de puesta en común y contraste con las observaciones del resto de profesionales.

En general podemos decir que los pacientes utilizan este espacio para hablar de cómo se sienten, de las dificultades que encuentran en su día a día, tanto en su ambiente familiar, laboral o social y como no, también ponen en relieve las dificultades o fortalezas que encuentran en este nuevo y en ocasiones extraño, ambiente que es la unidad de psiquiatría.

Los profesionales somos los encargados de vehicular los comentarios que se vierten en el grupo, de cara a conseguir opiniones constructivas y darle valor a lo que plantea cada uno de los pacientes.

Muchos de los pacientes utilizan este espacio para despedirse del resto de sus compañeros y del personal de enfermería, dando por finalizado su proceso, al menos en lo referente al internamiento en la unidad de agudos, lo que permite finalizar la relación terapéutica, habiendo conseguido, en la gran mayoría de los casos, un aumento de su nivel de salud, facilitado a través de la intervención de los distintos profesionales de la unidad.

CONCLUSIONES

Se establecen alianzas entre personas, entre el profesional informa por un lado, facilitando herramientas y estrategias, y por otro, el paciente se compromete y participa activamente, conduciendo su propio proceso vital.

Se crea día a día un entorno seguro donde el paciente siente que es un miembro más del grupo, en el que su voz cuenta como la de cualquiera, sus opiniones son valoradas y respetadas sin juicio alguno. El diálogo de los pacientes en el grupo también sirve para que unos se vean reflejados en los otros y también de apoyo.

Se plantean problemas y dudas que generan estrés tanto dentro de la unidad como fuera de ella, intentando gestionar esta información de la mejor manera posible tanto por el personal de enfermería como el resto de pacientes, ya que muchas de las situaciones que se planteen pueden haber sido vividas por otros.

¡Todos podemos aportar nuestro granito de arena!

La información obtenida en este grupo constituye un dato muy valioso para evaluar la situación actual del paciente y su evolución, sus miedos y preocupaciones, sirviendo de vía de

escape y disminuyendo de esta forma la angustia que puede generar el ingreso en una unidad de agudos. Como instrumento de trabajo del personal de enfermería para ayudar a los pacientes a comprender su patología. Por otro lado, nos ayuda a reconocer y aprender las emociones que se suscitan en el grupo.

Sirve como herramienta integradora, tanto al inicio del ingreso favoreciendo la acogida por el resto de pacientes y el personal como al final facilitando la despedida de forma que quede patente que el tiempo vivido en la unidad es para solucionar una serie de problemas puntuales de tal forma que se facilite la integración en el “mundo real” que es lo verdaderamente importante. El paciente tiene que saber desenvolverse y poder afrontar retos fuera de la UHB.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Campayo, J. (2008). Habilidades de comunicación en Patología Psiquiátrica. Edikamed, Barcelona.
2. Rigoí Cuadra, A, Ugalde Apalategui, M. (1997) Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Masson, Barcelona
3. Tazón, M.P. y García Campayo, J. Relación y comunicación. Madrid: DAE colección enfermería S. XXI. 2000
4. Cibanal, J.M. Interacción del profesional de enfermería con el paciente. Madrid: Pirámide. 1991

PSICOEDUCACIÓN AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO BIPOLAR Y A SU FAMILIA EN UNA UHB

Marta Otaduy Zubia, Valle Martínez Díaz

JUSTIFICACIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por oscilaciones del estado de ánimo en forma de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos que se alternan habitualmente con trastornos depresivos. Siendo por lo tanto múltiples los síntomas que se pueden presentar y muy variada su intensidad, sin entrar en clasificaciones, si decir que por lo tanto el espectro bipolar es amplio.

La prevalencia del trastorno a lo largo de la vida si sitúa alrededor del 1,6%, otras fuentes la sitúan en el 2,6%, y desde luego lo que si parece claro es que podemos hablar del 6,4% si nos referimos a toda la población que se podría incluir dentro del espectro bipolar, es decir si incluimos formas menores y atípicas.

A pesar de que la eficacia de los tratamientos farmacológicos va en aumento, es un trastorno que continúa siendo una fuente importante de morbi- mortalidad, y con gran impacto social. Un ejemplo de esto último es que el trastorno bipolar, según López y Murria, 1998, es la sexta causa de incapacidad laboral en el mundo.

Lo que si parece evidente es que la vulnerabilidad para las recaídas podría verse incrementada con cada una de ellas. Hay muchos factores desencadenantes que pueden estar influyendo en la aparición de las recaídas, en algunos estudios queda evidente que es en el ambiente familiar donde el paciente experimenta los mayores problemas y dificultades, y que por lo tanto cabría pensar que la mejoría en el apoyo familiar se asocie a mejorías clínicas.

La desinstitucionalización ha supuesto que el cuidado de los pacientes recaiga sobre las familias el rol de cuidadores. Múltiples estudios destacan el impacto que la convivencia con estos pacientes tiene sobre sus cuidadores, en aspectos económicos, legales, las relaciones de pareja, crianza de hijos, relaciones sociales... Es en este contexto en el que cobra fuerza el concepto de "carga familiar".

Son las actividades sociales y de ocio, y las de índole económicas las áreas que más se ven afectadas.

Una elevada emoción expresada (EE) en los familiares se relaciona con un mayor número de recaídas en los pacientes. Algunos autores señalan que la carga del cuidador podría predecir la evolución clínica de pacientes con este trastorno.

Se ha observado que el nivel de carga experimentada parece ser mayor en aquellas familias que atribúan al paciente la capacidad de controlarse sus síntomas

Por lo que se puede afirmar que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente.

Parece claro que limitarse a un abordaje farmacológico del trastorno bipolar, sería no contemplar otras variables que, como hemos dicho, pueden influir en el pronóstico y evolución de la enfermedad. En este contexto queda patente la necesidad de introducir intervenciones psicoeducativas centradas en la familia.

Son muchas las ventajas de estas intervenciones: Por un lado la familia mejora el conocimiento de la enfermedad, por lo que habrá menos riesgos de que responsabilicen al paciente de los síntomas; además reciben entrenamiento en la detección precoz de signos de recaídas; y no podemos dejar de mencionar los beneficios secundarios que tiene el mantener contacto con otras familias en la misma situación.

Son múltiples los estudios, Clarkin y cols. (1990) que concluyen la efectividad de estas intervenciones en la evolución clínica y en el funcionamiento social del paciente. Otros, hacen

hincapié en la disminución de recaídas en los pacientes que sus familias recibieron psicoeducación.

Pollac L. y col. en los estudios realizados valoran la eficacia de realizar grupos de terapia en los pacientes con Trastorno Bipolar durante su estancia en el hospital. Consideran que los cuidados psiquiátricos empleados en el hospital son el marco ideal para desarrollar terapias de grupo, ya que "aumentan la motivación de los pacientes con trastorno bipolar para la adherencia al tratamiento durante la hospitalización y después al alta" (Pollac L. 1999).

En nuestra Unidad, desde el año 2004, se está realizando un abordaje psicoeducativo a las familias de pacientes esquizofrénicos, comprobándose de forma empírica, buena parte de las bondades de este tipo de abordaje. Parece claro el aumento de pacientes que después de un ingreso en nuestra unidad realizan un seguimiento en los Centros de salud mental, garantizando la continuidad de cuidados, además de observarse una mayor implicación y colaboración con el equipo de enfermería en el cuidado del paciente.

En el último año por diferentes motivos, hemos experimentado cambios en la población que atendemos, lo que parece que está repercutiendo en el perfil de la misma; nivel socioeconómico, co-morbilidad, consumo de tóxicos... Por lo que hemos considerado que es el momento de ampliar el abordaje psicoeducativo a otros trastornos que afectan a nuestra población.

Al paciente afectado de este Trastorno hay que proponerle un PLAN DE VIDA y no solo un tratamiento, necesita un orden, unas reglas, rutinas..., es decir necesita un régimen de vida que contribuya a alejarle de las crisis y que le dote de herramientas frente a ellas. Por lo que en el caso del Trastorno bipolar, a diferencia del Trastorno esquizofrénico, por las características de los pacientes, y su evolución en nuestra Unidad, se ha decidido hacer un abordaje en dos direcciones.

El doble enfoque del que hablamos abarca por una parte a la familia o cuidador principal, en forma de sesiones, y por otro lado al paciente, en los últimos días del ingreso, abordando aspectos dirigidos a promocionar hábitos de vida saludables, en el afán de contribuir a esos cambios necesarios en el Plan de

Vida. Además no hay que olvidar que estos pacientes tienen tasa de morbi- mortalidad más elevada que la población general, sobretodo en lo referente a enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias, por lo que con esta intervención al paciente no solo pretendemos que con su estilo de vida contribuya a disminuir las recaídas de su enfermedad mental.

La psicoeducación familiar pretende dotar a las familias de conocimientos que permitan mejorar la comprensión sobre la enfermedad, además de facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas. Por lo tanto somos conscientes que la psicoeducación es algo más que transmitir información, teniendo un carácter claramente preventivo. En una UHB por el tiempo que el paciente y la familia están en nuestro marco de actuación lo que es seguro que podemos garantizar, es el transmitir información sobre el trastorno que afecta a su familiar, y puede que no seamos capaces de incidir de la misma manera en los deseados cambios de actitud. Pero hemos creído al igual que con las familias de los pacientes esquizofrénicos que no podíamos dejar pasar la oportunidad que nos brinda el contacto, en ocasiones estrecho, que se entabla con las familias durante el ingreso, la familia pasa con nosotros periodos importantes de tiempo que posiblemente no se dé en otros niveles del sistema.

Todos los programas existentes a nuestro alcance están confeccionados en su gran mayoría para pacientes eutímicos por lo que el número de sesiones suele ser entre 16 y 21, algunos que van dirigidos a las familias pueden ser de 12. En nuestra Unidad esto no es factible, ya que contamos con una estancia media de los pacientes de 15 días, y es este el tiempo en que la familia es también objeto de trabajo para los profesionales de enfermería.

Por todo esto los objetivos que nos marcamos nunca van a poder ser medibles durante el periodo de ingreso, ya que los indicadores necesarios serían a más largo plazo, y no mencio-

nan la reducción de las recaídas, que es una de las virtudes de estas intervenciones. Aunque sí parece evidente que si esta línea de actuación continúa en otros niveles del sistema, estaríamos contribuyendo a la consecución de todos ellos.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo general:

Contribuir a mejorar la evolución y calidad de vida de los pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Objetivos específicos:

- 1- Dotar a las familias de conocimientos sobre la enfermedad, para contribuir al entendimiento de los síntomas.
- 2- Disminuir el estigma.
- 3- Contribuir al aumento de la capacidad para realizar una identificación precoz de los síntomas prodrómicos, por parte de las familias.
- 4- Promover la participación activa de las familias durante el ingreso en la UHB.
- 5- Promover en el paciente hábitos y estilos de vida saludables.

METODOLOGÍA

1- Los Criterios de Inclusión

- Diagnóstico médico de Trastorno Bipolar
- La existencia de familia o cuidadores principales.

En el caso de que el paciente no tenga familia, siempre será susceptible del abordaje dirigido a cambios en el estilo de vida.

2- Abordaje de tipo Psicoeducativo

2.1- A la Familia

- Se realizarán dos sesiones.
- De 75 minutos cada una, en turno de mañana, dando comienzo a las 11,30h.
- En la sala de reuniones de la Unidad.
- La dirige una enfermera.
- Los días de la semana, serán los martes y miércoles.

2.2- Al Paciente

- Confección de unas recomendaciones al alta en el Trastorno bipolar, donde se repasan los aspectos más relevantes de la vida cotidiana, que pueden influir en la prevención de futuras recaídas y en el mantenimiento de una buena salud física.
- Para comenzar el abordaje al paciente, este tendrá que estar en situación 4 (régimen de ingreso en el que el paciente puede salir del hospital de 16 h. a las 20 h. de la tarde), que evidentemente implica una mejoría del motivo por el que ingreso.
- Los realiza la enfermera responsable del paciente.
- Se pautara una intervención diaria, hasta el momento del alta.
- La duración no será nunca superior a 20 minutos.

3- Indicadores de Evaluación

Por mediación del alta de enfermería se establecerá comunicación con la Unidad de Trastornos Bipolares existente en el área de consultas del hospital. Como criterios de evaluación en el alta se especificara si la familia ha recibido psicoeducación, el nivel de implicación de esta en el cuidado del paciente; la receptividad del paciente a las propuestas de cambios en

el estilo de vida...y en definitiva todo aquello que contribuya al conocimiento del la persona afectada del trastorno bipolar y su entorno, para un futuro abordaje desde otro nivel de asistencia.

CONTENIDO DE LAS SESIONES DIRIGIDAS A LA FAMILIA

PRIMERA SESIÓN

- Que es el trastorno bipolar.
- Factores etiológicos y desencadenantes.
- Fases, síntomas:
 - Manía, hipomanía
 - Depresión, episodios mixtos.
- Tratamiento farmacológico
 - Reguladores del animo
 - Antidepresivos
 - Antimaniacos

SEGUNDA SESIÓN

- Detección precoz de nuevos episodios, e identificación de pródromos
- Hábitos recomendables.
- Emergencias y otras cuestiones que preocupan a la familia:
 - Ideas de suicidio.
 - Embarazos
 - Ingresos hospitalarios

CONTENIDO DE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA, ABORDAJE AL PACIENTE

- Auto observación
- Sueño, descanso
- Ejercicio
- Aire y sol
- Consumo de tóxicos
- Alimentación
- Estrés
- Toma de medicación
- La necesidad de personas de confianza.
- Relación con el psiquiatra
- Aprender a convivir con la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Francesc Colom, Eduardo Vieta: manual de psicoeducacion para el trastorno bipolar. Ars medica. 2004
- Asunción Pino, pino, Marta belenche Lozano, Pilar Sierra San Miguel, Lorenzo Livianas Aldama. Trastorno bipolar y psicoeducacion: Desarrollo de un programa para clínicos. Hospital Universitario La Fe. Unidad de Trastornos Bipolares.
- Maria Reinares y colaboradores. “Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar”. Instituto de Psiquiatría y psicología Clínica, Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna. 2002
- Maria Reinares y colaboradores. Evaluación de la carga familiar: Una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial Instituto de Psiquiatría y psicología Clínica, Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna. 2002
- Inmaculada Jáuregui Balenciaga, doctora en psicología, Quinta Médica de Reposo. “Vida diaria en el trastorno bipolar: Una perspectiva psicoeducativa”.

- F. Colom, M. Reinares, E. Vieta. "Fundamentos de la psicoeducación en los pacientes bipolares"
- Dr. Eduard Vieta, Francesc Colom, Anabel Martínez- Aran. Hospital Clinic, Universidad de Barcelona. "¿Que es el trastorno bipolar?". Jassen- Cilag.
- Jerónimo Saiz Ruiz, José M. Montes Rodríguez. "La Depresión Bipolar". Editorial EMISA. 2005.
- Enrique Álvarez, Víctor Pérez, Josefina Pérez. "Clínica de litio, teoría y práctica". Publicaciones Permanyer. 2000
- F. Colom ,E. Vieta. "De la Euforia a la Tristeza" Editorial La esfera de los libros. 2008.
- Pollack L, Cramer RD. Patient Satisfaction with Two Model of Group Therapy for People Hospitalized with Bipolar Disorder. Applied Nursing Research 1999; 12(3): 143-152.

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN “MEJORAR EL SUEÑO” EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Juan Manuel Laguna Parras, M^a. Ramona Jerez Rojas, Francisco Pedro García Fernández, M^a. Dolores Carrasco Rodríguez, Inmaculada Nogales Vargas-Machuca.
Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN

El sueño como episodio dentro del ritmo circadiano sueño-vigilia, es un proceso biológico, fundamental, complejo y activo, compuesto de ciclos repetidos, que representan las diversas fases de actividad cerebral y corporal¹.

El ritmo sueño-vigilia es un ritmo biológico intrínseco, es decir, generado internamente, innato más que aprendido, cuyo sincronizador externo más importante durante mucho tiempo, fue el patrón luz/oscuridad, aunque actualmente estos sincronizadores son fundamentalmente sociales (horarios de comida, trabajo, relaciones sociales, etc.)². Una gran parte de la vida de una persona transcurre durmiendo, alrededor de un tercio de nuestras vidas.

Aunque no se conoce con exactitud la necesidad de que los seres humanos duerman todas las noches, los investigadores han descubierto que el sueño cumple diferentes propósitos. Durante el sueño, las funciones corporales y el intercambio metabólico se entelencen, disminuyendo así la carga sobre el corazón, además los músculos se relajan y el organismo conserva energía. Existe también una teoría que afirma que el sueño es esencial para la renovación y la reparación de células y tejidos corporales. Al dormir, el organismo se recupera del desgaste producido por la actividad diaria³.

Los sueños que tienen lugar mientras se duerme también son trascendentales para la salud, permiten ganar introspección, solucionar problemas, superar reacciones emocionales y prepararse para el futuro. Numerosas culturas dan un gran significado a los sueños y los emplean para afrontar los problemas de la realidad cotidiana³.

La cantidad y calidad del sueño repercute indiscutiblemente, en el estado de vigilia, por eso es tan importante conseguir un sueño reparador cada noche.

Lo cierto es que la privación continuada del sueño provoca numerosas alteraciones psíquicas, entre las que destacan estados de ansiedad, irritabilidad, estados de euforia, deterioro de la memoria, etc.².

El sueño es un componente esencial de la salud, afectando directamente al bienestar y a la calidad de vida de los individuos y siendo el grado de deterioro relacionado directamente a la severidad del insomnio⁴. Las alteraciones del sueño se han revelado como importantes generadores de ansiedad y malestar⁵.

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes. En Europa Occidental la prevalencia de este tipo de trastornos oscila entre el 20% y el 40% de la población general, siendo las mujeres y los individuos de edad avanzada los más afectados⁶.

Los trastornos del sueño son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo ya por su elevada incidencia, sino también por el elevado coste socioeconómico que generan. A nivel laboral el impacto económico es severo, tanto por el absentismo ocasionado, como en el aumento de accidentes de trabajo⁷.

Los individuos con trastornos del sueño son unos grandes consumidores de recursos sanitarios, tanto en demanda de asistencia médica, como de consumo de fármacos (hipnóticos)⁸. Pero es que además la somnolencia diurna, una consecuencia de la falta de sueño, es el responsable de muchos accidentes de tráfico, laborales y domésticos⁶.

El patrón normal de sueño además, se ve alterado tanto cuantitativamente como cualitativamente por el ingreso hospitalario que en general, no va a provocar el descanso necesario y constituye una alteración que repercute en la terapéutica del paciente. Como factores causantes encontramos dos aspectos, uno el ambiente hospitalario (ruidos, luces, intimidad, horarios de comidas, medicación, etc.) y por otro la preocupación por la pérdida de la salud⁹. En general Enfermería detecta bien las causas que impiden dormir a los pacientes, pero no tiene el hábito de registrar este cuidado¹⁰.

En el caso de personas con trastornos mentales, estas alteraciones se acentúan, con las importantes consecuencias que esto supone en relación no solo al rendimiento personal, laboral o social, sino en la influencia que en el desencadenamiento de recaídas tiene en estos últimos.

En la mayoría de las ocasiones los trastornos del sueño forman parte de la sintomatología de los trastornos mentales, principalmente en los trastornos de ansiedad, llegando a presentarse hasta en un 60% de los casos¹¹.

La enfermería tiene un papel fundamental a la hora de intervenir en todas estas alteraciones del sueño, mediante la modificación de la conducta y el control de estímulos para proporcionar una mejora del hábito del sueño.

La necesidad de reposo va ligada claramente al confort y el bienestar de los pacientes, por lo que paulatinamente va incrementando su peso en el desarrollo de estrategias, intervenciones y líneas de investigación¹².

Los objetivos que nos planteamos en el estudio fueron:

- Determinar la eficacia de la intervención enfermera: “mejorar el sueño” (NIC 1850) en pacientes psiquiátricos hospitalizados que presentan deterioro del patrón de sueño.
- Determinar el posible efecto de los psicofármacos sobre dicho deterioro del patrón del sueño.

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 2005-2006), 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.

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).

Los datos recogidos fueron: datos sociodemográficos, diagnóstico médico, número de ingresos, problemas interdependientes, medicación prescrita al ingreso (psicofármacos y estimulantes del SNC) y al alta, días de estancia y la puntuación en la escala del criterio de resultado “sueño” (Clasificación de Resultados de Enfermería, NOC-3ª edición), valorada por la enfermera referente ajena al proyecto de investigación, para lo que se utilizó la hoja de valoración de enfermería al ingreso, la historia clínica y el informe de continuidad de cuidados de enfermería, recogiendo los datos en una hoja diseñada ad hoc.

Se realizó un análisis secuencial de las variables. Inicialmente de tipo un descriptivo en el que se cuantifican las variables de estudio, para ello se calculó la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media y desviación típica para las variables cuantitativas.

Seguidamente se realizó un análisis univariante, para identificar la influencia de la intervención enfermera en la mejora del nivel de Sueño (NOC medio al ingreso y al alta), y se compararon mediante la T de Student.

Finalmente se realizó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA); de tipo lineal general de medidas repetidas (comparaciones pareadas) para determinar la influencia de las variables intervinientes sobre la dependiente (NOC Sueño).

En todos los casos se consideró un nivel de significación para una $p < 0,05$.

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.

La mayoría de los pacientes incluidos eran mujeres (54%), siendo la media de edad de 44,53 años, con una estancia media de 24,81 días y un número previo de ingresos en la unidad de 6. En cuanto al nivel de estudios un 76% tenían estudios primarios.

La causa más frecuente de ingreso los trastornos psicóticos (44%), seguido de los bipolares (21%) y de los procesos depresivos (21%).

En líneas generales el consumo de los psicofármacos se mantiene estable entre el ingreso y el alta, con pequeños aumentos 1 o 2 puntos porcentuales que oscilan entre el 0% de los anti-depresivos y el 3,5% de los neurolépticos, disminuyendo sólo el consumo de los estimulantes del SNC.

La valoración del criterio de resultado sueño por parte de la enfermera referente coincide en determinar la mejoría del sueño entre el ingreso y el alta de los pacientes.

Para determinar la efectividad de la intervención enfermera (1850 Mejorar el sueño) se analizó la puntuación del criterio de resultado Sueño (0004) tanto al ingreso (1,36) como al alta (3,84), siendo la diferencia estadísticamente significativa, tanto si analizamos su correlación, como si comparamos mediante la T de Student la diferencia de medias ($p < 0,05$).

Para determinar si esta mejoría se debe sólo a la intervención enfermera o si influye alguna otra variable se ha realizado un análisis de asociación de variables, chi cuadrado para las cualitativas y T de Student para las cuantitativas. Ni la edad el género, el nivel de estudios, la profesión la causa de ingreso y su número, los días de estancia o problemas interdependientes influyen en la satisfacción, en el nivel de insomnio ni en la puntuación del NOC sueño, siendo en todos los casos el valor $p > 0,05$

Para controlar la posible influencia que los psicofármacos pudieran tener sobre el sueño se ha realizado un análisis mediante un modelo lineal general de medidas repetidas, con contrastes intra-sujetos, relacionando el par, mejora del NOC "sueño" (entre ingreso y alta) con el par consumo de psicofármacos ingreso-alta.

Las mejoras en la puntuación de criterio de resultado "sueño", es significativo aisladamente, pero en ningún caso cuando se compara con el consumo de algún psicofármaco, ni al ingreso ni al alta, ni combinadamente, ($p > 0,05$) por lo que dicha mejora puede ser atribuible, por tanto, a la intervención enfermera.

CONCLUSIONES

La intervención enfermera "mejorar el sueño" (NIC 1850) es efectiva, en el caso de pacientes que ingresan en una unidad de hospitalización de salud mental y que presentan "deterioro del patrón del sueño" (NANDA 00095), y por tanto se debe aplicar aunque tengan prescritos hipnóticos, ya que la efectividad es independiente de la medicación administrada a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sólans García A. Trastornos del sueño. En: Granada López JM. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Zaragoza: Hospital Ntra. Sra. de Gracia; 2003. p. 237-247.
2. González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M, Bobes García J. Trastornos del ritmo sueño/vigilia: cuidados y atención. En: Bobes García J, Bousoño García M, Sáiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona: Ed. Doyma S.L.; 2000. p. 299-326.

3. Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A.; 1999.
4. Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, Hetta J, Hoffman G, Crowe C. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of European multinacional survey. *J Psychopharmacol* 1999;13(4 Suppl 1):s21-24
5. Treggiari-Venzi M, Borgeat A, Fuchs-Buder T, Gachoud JP, Suter PM. Overnight sedation with midazolam or propofol in the ICU: effects on sleep quality, anxiety and depression. *Intensive Care Med* 1996;22(11):1186-1190.
6. Ohayon MM, Lemoine P. Sleep and insomnia markers in the general population. *Encephale* 2004;30(2):135-140.
7. Metlaine A, Legar D, Choudat D. Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health* 2005;43(1):11-19.
8. Legar D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep* 1999;22(Suppl 2):s394-401.
9. García González JS, González Escobar A, Moya Medina A. Necesidad reposo-sueño: descanso hospitalario. Sueño o pesadilla. *Enferm Docente* 2004;80:8-12.
10. Navarro Arnedo JM, Haro Marín S, Orgiler Urango PE, Vela Morales C. ¿Se respeta el sueño de los pacientes?. *Rev ROL Enferm* 2001;24(7-8):555-558.
11. Ohayon MM, Lemoine P. A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2002;28(5 Pt 1):420-428.
12. Torres Pérez L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Un realidad para el paciente de cuidados críticos?. *Tempus vitalis* [internet]. 2002 [acceso el 14 de febrero de 2006];2(1). Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/index1.htm>.

ANÁLISIS DEL PERFIL DEL PACIENTE VALORADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN

Mariella Esther Pareja Rodríguez, Susana Melero Ameijide, Eva M^a. Rodríguez de la Madrid, Pilar Llorente Fagundez

Clínica de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN

La importancia desde el punto de vista sociosanitario de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la anorexia y la bulimia, entre otros, ha ido en aumento en los últimos años y el número de pacientes se ha multiplicado por diez, pasando de ser una patología poco habitual a constituirse en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. (1)

Las Clínicas de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) surgen en el marco del Plan Integral para la Atención a los Trastornos del comportamiento alimentario que se desarrolla como parte de las medidas contempladas en el Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia de la Comunidad de Madrid firmado en febrero de 2007. (2)

El tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que van a intervenir diversos profesionales con diferentes recursos, siendo la coordinación y la continuidad de cuidados claves para la eficiencia de estos Servicios así como para los beneficios del paciente y su familia. (2)

La Clínica TCA del HGUGM surge como dispositivo ambulatorio especializado para proveer tratamientos y cuidados a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En su Cartera de Servicios incluye los tratamientos específicos de los TCA, atención clínica, investigación y docencia.

Su actividad clínica está incluida en la Red de Atención a los TCA desarrollada por el Servicio Madrileño de Salud, a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Los recursos humanos con los que cuenta son: 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo Clínico y Neuropsicólogo, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de Enfermería.

El modelo de atención que se plantea para los TCA es multidisciplinar, integrador de distintas perspectivas terapéuticas y orientado a potenciar la coordinación entre los dispositivos que intervienen. (2)

La clínica TCA del HGUGM trabaja en coordinación constante con los siguientes dispositivos de atención:

- Unidad de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Santa Cristina.
- Servicios de Endocrino y Nutrición
- Atención Primaria
- Área de salud Mental, que incluye Centros de Salud Mental, Hospitales de día, Programas de Rehabilitación y continuidad de cuidados, Unidades de Hospitalización breve, etc.
- Otros servicios sociales, educativos, ADANER, CAID.

Desde su puesta en marcha en Marzo de 2008 se estableció un registro de enfermería que tiene como objetivo el poder realizar una valoración completa de los pacientes para asegurar

que la planificación de los cuidados responde a las necesidades y demandas de cuidados que los pacientes presentan.

El análisis de los datos recogidos en este Registro de Valoración es el resultado de este trabajo. Con él se pretende dar a conocer como son las características de las pacientes que cuidamos en nuestra CTCA. Por tanto el objetivo de este trabajo es describir el perfil de los pacientes que acuden a la CTCA del HGU Gregorio Marañón.

DESARROLLO

Los pacientes registrados son los que fueron atendidos en la CTCA entre Marzo y Diciembre de 2008.

El registro se cumplimentaba el día de la primera consulta del paciente al realizarle la valoración enfermería.

Las variables que se analizaron son las siguientes (el registro incluye muchas otras variables, pero en nuestro trabajo sólo se han incluido las que se describen a continuación por considerar que son las más relevantes para conseguir el objetivo): Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, diagnóstico, ocupación, variables antropométricas, variables que describen conductas impulsivas, compensatorias y alteraciones clínicas.

Se han incluido los datos en una base Excel y se ha realizado un análisis descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS16.0 mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Los resultados obtenidos son los siguientes (se describirán los porcentajes más importantes): Se han atendido a 94 pacientes durante el periodo de estudio. La edad media es de 28.8 (8.2) , el 93.6% son mujeres. El estado civil de los pacientes es solteros en un 71.3%, y casados en 20.2% . Presentan en un 56.4% estudios Universitarios seguido de estudios medios (Bachiller y Técnico FP) en un 28.7%. El 53,2% están trabajando a tiempo completo, el 22.3% son estudiantes y el 16% están desempleados, presentando sólo en un 8.5% baja laboral. Los diagnósticos registrados son Trastornos de la Conducta Alimentaria en un 41.5%, AN restrictiva 18.1%, AN mixta 12.8%, AN purgativa 3.2% y otros trastornos 7.4%.

Los datos antropométricos de nuestros pacientes son: Peso: presenta una mediana de 52.4 Kg. con un peso mínimo de 33.2 Kg. y un máximo de 132.8 Kg. siendo el RI de 46.5 - 62.25 Kg. Talla: presenta una media de 163 cm. (7,6 cm.). IMC: Presenta una mediana de 19.5, con un IMC mínimo de 13.5 un IMC máximo de 47 siendo el RI: 17.7- 22.46.

Nuestros pacientes presentaron las siguientes conductas compensatorias: vómitos en un 50%, manteniendo un higiene bucal adecuada (cepillado tres veces al día) un 40.9%, atracones en un 56.4%, ingesta sólida restrictiva en un 45.7%, restrictiva más abusiva en un 47.9%, ingesta líquida restrictiva en un 39.7%. En un 30.9% refirieron toma de laxantes, diuréticos en un 12.%, pastillas adelgazantes en un 4.3% y ejercicio físico excesivo en un 7.4% .En relación a las conductas impulsivas declaran el 53.2% ser no fumadores, no bebedores el 40.4% y no consumir drogas el 86.2%; presentan ideas de muerte en un 18.5 % e ideas de suicidio en un 1.1%.

La sintomatología clínica que han presentado de forma más frecuente es: estreñimiento en un 63,8%, y sólo en un 29.3% no presentan ninguna alteración en la piel.

CONCLUSIONES

El conocimiento y análisis exhaustivo de los aspectos físicos, psíquicos y sociales que presentan alteración en nuestros pacientes es una actividad imprescindible para asegurar una completa y adecuada planificación de cuidados de enfermería. Permite asimismo adecuar los recursos humanos y materiales y las estrategias de intervención más adecuadas. El siguiente paso de nuestra línea de investigación estará en evaluar los planes de cuidados establecidos y su eficacia.

Se hace evidente tras este análisis que es necesario que el personal de enfermería tenga una formación postgrado adecuada, ya que como se puede observar el perfil es complejo, con muchas y diferentes alteraciones que requieren intervenciones muy especializadas y por tanto un alto nivel de formación en las enfermeras.

Por otro lado compartir estos resultados, puede permitir conocer si los perfiles de los pacientes que cuidamos en las distintas CTCA son similares y podemos establecer estrategias comunes o si en la nuestra tenemos algún elemento diferenciador.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Dirección General de Familia, Comunidad de Madrid. Guía "Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia" 1ª ed. Madrid; 2008
- (2) Comunidad de Madrid. Pacto social de la comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia. 2 de febrero de 2007.
- (3) Varela Casal,P; Maldonado Belmonte,M.J; Pareja Rodríguez,M; Llorente Fagundez,P. Memoria Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria- IPR. HGUGM. 2008
- (4) Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, Sáiz PA. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 2001.
- (5) Calvo Sagardoy R. Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta, SA,; 2002.
- (6) Cervera S, Gual MP, Lasa L, Prat O, Zandío M, Hernandez C et al. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Pamplona: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra 1995
- (7) Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Intervención en Urgencias Psiquiátricas. Madrid: CCOO; 2008.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL CLIMATERIO

M^a. Ángeles Rodríguez Moreno, M^a. Luisa Robledo de Dios, M^a. del Carmen Prado Laguna, Julia Pinilla Coello.

E. U. Enfermería. UCLM. CiudadReal.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es un periodo dentro del ciclo vital de la mujer en el que aparecen una serie de síntomas de orden biológico, tales como alteraciones vasomotoras, alteraciones osteoarticulares, cutáneo mucosas.... Y de orden psicológico entre las que destacan el incremento de ansiedad, depresión e irritabilidad.

El riesgo de padecer una depresión es mayor en la mujer que en el hombre, independientemente de su nivel socioeconómico, esta discrepancia se relaciona con las diferencias biológicas que existen entre ambos géneros. Uno de los factores que parece tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres son los cambios hormonales que se producen a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital. La llamada "Investigación Daltón", fue la primera en identificar las bases fisiológicas del síndrome premenstrual, llegando a la conclusión que las fluctuaciones en los niveles hormonales provocan cambios en el carácter. Distintos estudios han puesto de manifiesto que mujeres que presentan una pubertad precoz tienen mayores probabilidades de sufrir depresión durante la adolescencia que aquellas otras mujeres cuya menarquia es más tardía. De igual forma en casi todas las madres primerizas presentan durante el puerperio un corto periodo de depresión ligera, conocido como "baby blues". Es conocida la influencia que las hormonas sexuales tienen sobre el sistema nervioso, estrógenos y testosterona tienden a producir un efecto estimulante, mientras que la progesterona produce un efecto sedante.

Durante el climaterio se produce una disminución en la actividad hormonal de los ovarios. La caída en la concentración de estradiol, secretado por el ovario, causa un feedback negativo sobre el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico, con un aumento de la hormona FSH. En la menopausia, con la desaparición de la regla y la aparición del estado de hipoestronismo, propio de esta fase, aparecen toda una serie de síntomas físicos (vasomotores, atrofia urogenital, insomnio, pérdida de masa ósea...) y psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad). Mientras que existe una amplia evidencia de que el descenso de los estrógenos se asocia con los síntomas físicos descritos, no está tan clara la relación entre la deprivación estrogénica y la sintomatología psicológica. En la actualidad esta tomando cada vez más relevancia la influencia de factores psicológicos y sociales en la aparición de dichos trastornos emocionales en este periodo de la vida de la mujer.

DESARROLLO

Objetivo:

Este trabajo se centra en analizar la presencia de ansiedad y depresión en las distintas fases del climaterio.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo y trasversal con una muestra, seleccionada de forma aleatoria, compuesta por 101 mujeres de la provincia de C-Real, con edades comprendidas entre los 40 y los 60 años.

Se han utilizado los siguientes instrumentos de evaluación:

Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde: se trata de una escala breve autoaplicada, en el que el sujeto ha de indicar la frecuencia con la que el sujeto expe-

rimenta cada uno de los síntomas explorados, cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual. Esta escala esta adaptada y validada al español por Conde en 1967.

Escala de Halmiton para la ansiedad (HARS), es una escala de estado, cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. El marco de referencia temporal son los últimos tres días.

El total de mujeres estudiadas ha sido dividido en 3 grupos (Grupo A= premenopausia, mujeres sin síntomas climatéricos específicos y con actividad hormonal aún normal,) (Grupo B= perimenopausia y menopausia, en este grupo de menopausia se incluye mujeres con edades comprendidas entre 3 años antes y 3 años después de la cesación de la regla), (Grupo C= post-menopausia, con más de 3 años sin menstruación).

La distribución de los grupos de la muestra es la siguiente: Grupo A, representa el 42% del total, un 32,7%, corresponde al Grupo B y el Grupo C el 24,5%.

Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS.

Resultados y discusión:

Los resultados obtenidos en relación con la intensidad de la depresión en la muestra total es la siguiente: un 30,7% no presenta síntomas de depresión, un 50,5% muestra una depresión ligera, el 18,3% depresión moderada y un 1,98% depresión severa.

Para comparar las medias intergrupos se ha realizado una Anova de un solo factor, con un intervalo de confianza del 95%, los resultados muestran que las diferencias en depresión no son significativas, con lo cual no se puede rechazar la hipótesis nula y por tanto, no podemos concluir que las medias sean diferentes en la población. (Ver tabla 1 y 2).

	N	Media	Desviación típica
GRUPO A	43	40,51	10,173
GRUPO B	33	45,79	11,011
GRUPO C	25	43,60	10,939
Total	101	43,00	10,784

Tabla 1: Medias y desviaciones típicas de los 3 grupos en depresión

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	531,741	2	265,870	2,348	,101
Intra-grupos	11098,259	98	113,248		
Total	11630,00	100			

Tabla 2: Anova Depresión.

Los resultados obtenidos en relación con la intensidad de la ansiedad en la muestra total, según la calificación de la escala de Halmiton es la siguiente: un el 15, 85% no presenta ansiedad, el 35,64% ansiedad ligera, y el 48,51% ansiedad moderada/grave.

Para comparar las medias intergrupos se ha realizado una Anova de un solo factor, con un intervalo de confianza del 95%, los resultados muestran que existen diferencias significativas intergrupos en la población. Es en la fase perimenopáusica y menopáusica (Grupo B) donde aparece un incremento significativo del nivel de ansiedad, calificado como moderado/grave. (Ver tablas 3 y 4)

	N	Media	Desviación típica
GRUPO A	43	12,33	8,763
GRUPO B	33	21,48	10,898
GRUPO C	25	19,36	8,445
Total	101	17,06	10,237

Tabla 3: Medias y desviaciones típicas de los 3 grupos en ansiedad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1742,199	2	871,100	9,770	,000
Intra-grupos	8737,444	98	89,158		
Total	10479,644	100			

Tabla 4: Anova ansiedad

En el análisis de estos resultados observamos que los datos de las alteraciones psicológicas durante el climaterio, concuerdan con los reflejados en distintos estudios, que ponen de manifiesto que durante la menopausia la depresión no esta específicamente asociada con los cambios hormonales, si no con otros factores como son: menopausia quirúrgica, estado de salud, problemas menstruales, siendo la variable más predictora la historia de depresión previa (Sempere, J, Mouriño C, Gonzalez M. 1998). Algunos autores señalan que la prevalencia de la depresión parece disminuir en esta etapa de la vida (Balasch, J., 1991) (Whitehead, M. et al., 1990)

Con respecto al otro parámetro analizado, la ansiedad, el incremento de ésta en la etapa menopáusica es muy significativo, resultado que coinciden con diferentes estudios (Morales, A., Aldana, E., 1997) (Forero, J, 2002), (Odriozola, G. Y cols., 2001), pero sin embargo, no todas las mujeres al pasar por esta fase tienen estas manifestaciones, pensamos que ello puede ser debido, como se refleja en parte de la bibliografía sobre el tema, a que la ansiedad sufrida por la mujer climaterica está relacionada con la interacción de cambios neurobiológicos y psi-

cosociales que se presentan en esta etapa de la vida, tales como: vivencias generadoras de estrés en el ámbito personal o laboral, éxito o fracaso en los objetivos propuestos en la vida, creencias erróneas sobre este periodo del ciclo vital, que se han ido asumiendo como verdaderas y no siempre tienen una base real como “con la menopausia se acaba la capacidad de disfrutar del sexo”, “ Es normal estar irritable, tensa y dolorida”..... (Díaz M. 2002.), la vivencia de la pérdida de fertilidad asociada a la supuesta pérdida de atractivo físico y la subjetiva asociación entre climaterio y envejecimiento, aparición del síndrome del nido vacío, cambio de rol en la familia, aparición de enfermedades, pérdida de relaciones interpersonales... (Forero J, 2002).

En conclusión podríamos decir que, en el climaterio, no parece existir una relación directa entre la depresión y los cambios hormonales que se producen en esta etapa de la vida de la mujer, no observándose un incremento de depresión severa relacionada con esta etapa.

La intensidad de la ansiedad se incrementa en la etapa de la menopausia y parece relacionarse con la interacción de factores físicos y psicosociales, pudiendo estar relacionados, en parte, con el modo en que la mujer afronta los cambios, que se producen en este momento de su vida, por ello consideramos que una posible medida de promoción y prevención de la salud, sería incluir entre las actividades desarrolladas en los programas de Atención Primaria sobre la menopausia, talleres prácticos de afrontamiento del estrés, habilidades sociales y habilidades para la vida de pareja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balasch, J. Atención médica en la mujer postmenopáusica. *Medicina integral* 1991; 17:117-134.
2. Campos A, Alonso T, Sánchez A. Estudio de la morbilidad Psíquica en la perimenopausia. Concordancia de diagnóstico entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria* 1998; 21:613-616
3. Conde V. La medida de la depresión. La escala autoaplicada para la medida cuantitativa de la depresión de Zung. *Graficesa, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. 1967-1969*
4. Conde V, Esteban T. Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la “Self Rating Depresión Scale” (SDS) de Zung. *Arch Neurobiol (Madrid)* 1973; 36: 375-392
5. Díaz M. Aspectos psicosociales de la menopausia. III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002.
6. Forero, J. Trastorno de ansiedad en el climaterio. <http://encolombia.com/medicina/menopausia/Meno9403-Trastono.htm> 2009-02-18
7. Florez JA, Busto A, Canga A. La mujer ante la menopausia. *Jano* 1992;XLII: 53-114
8. Hamilton M. The assessment of anxiety status by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-55
9. Morales A, Aldana E., Ansiedad durante el climaterio. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11 (2):103
10. Odriozola G, Ruiz B, Iglesias E, Álvaro A, Sánchez P A. Ansiedad y depresión en la perimenopausia. 2001. <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud4/239-241.pdf>
11. Sempere, J, Mouriño C, González M. Menopausia y depresión. *Psiquiatría pública* 1998; 10(4): 311-314
12. Whitthead M, Stuld JW. Menopausia. Ed. Ancora S.A. 1990

CONTROL DE REINTEGROS DE DINERO Y LIBRO DE CAJA. ¿CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Susana García-Luengo Álvarez, María Susana Domínguez Pérez, Marina Luisa Somoza Quiroga, María Teresa Míguez Rial.

INTRODUCCIÓN

El proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en España desde los años 80 basado en la desinstitucionalización de los pacientes, implica una modificación y reestructuración de los servicios de Salud Mental creándose: las Unidades de Salud Mental para el cuidado comunitario y las Unidades de hospitalización de agudos que se ubican en los Hospitales Generales. Galicia no ha sido ajena a esta reforma, quedando en la actualidad tres hospitales psiquiátricos de larga estancia: el de Conxo en Santiago de Compostela, El Rebullón en Vigo y Toén en Ourense, dedicándose a la atención de PUC (pacientes-usuarios-clientes) con enfermedad mental crónica.

El enfermo mental crónico de acuerdo con la definición de Goldman y cols. (1981), se trataría de "aquella persona que sufre un trastorno mental severo y persistente que interfiere en sus capacidades funcionales de la vida diaria, como el autocuidado, las relaciones interpersonales y el trabajo o los estudios, y que a menudo precisa de atención hospitalaria o de tratamientos psiquiátricos prolongados". Cabe señalar, sin embargo, que aunque esta definición abarca a personas con incapacidades prolongadas moderadas o severas, una gran parte de ellas puede vivir con cierta independencia siempre que se les proporcione un adecuado tratamiento, servicios en la comunidad, apoyo social y oportunidades.

Clásicamente muchos de estos pacientes eran personas abandonadas o solas, a menudo sin casa y sin pensiones o ingresos. En otros casos, sus gastos eran asumidos por sus familiares.

Con la promulgación del Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, que desarrolla la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por el que se establecen las pensiones no contributivas, todos los pacientes ingresados en estas instituciones cuentan al menos con una fuente de ingresos, además de tener derecho a asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no haya cotizado (o lo haya hecho de forma insuficiente) a la Seguridad Social para tener derecho a una Pensión Contributiva.

Esto ha conllevado al problema de la administración del dinero de estos pacientes así como del uso que hacen del mismo en estos hospitales públicos.

DESARROLLO: OBJETIVO

Realizamos el presente trabajo con el objetivo de buscar soluciones a esta situación en nuestro hospital (Hospital Psiquiátrico de Conxo), pues además de interferir en la labor del cuidado enfermero, en el pasado ya se han reseñado robos de dinero de PUC por parte del personal, como uno de los muchos abusos que se han infringido en los Psiquiátricos repercutiendo negativamente en la profesión enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente trabajo se realiza un estudio descriptivo y comparativo de la gestión del dinero del PUC en el Hospital Psiquiátrico de Conxo, con otros dos Hospitales psiquiátricos públicos gallegos: Rebullón y Toén y dos Residencias privadas de tercera edad ubicadas en Santiago de Compostela; Puerta de Camino y San Marcos. Todos ellos tienen en común que en ellos se encuentran PUC de larga estancia.

El método de trabajo ha sido entrevista personal con los responsables de dichos centros o en quien deleguen. Planteándoles las siguientes preguntas, ¿quién custodia las libretas bancarias?, ¿quién gestiona el dinero y el libro de caja?, ¿cómo se controlan los gastos?, ¿dónde están depositados los DNI y tarjetas sanitarias de los pacientes? y ¿quién es el responsable del dinero y la caja fuerte?

RESULTADOS

En el Hospital Psiquiátrico de Conxo se hace cargo el propio hospital, de la gestión del dinero de los 331 pacientes hospitalizados en la actualidad. Para organizar el control y gestión del dinero se sigue una normativa interna del año 1989, revisada en 2004 y en cuyo apartado 2.2 se describe quién/es son los responsables del depósito del dinero, pudiéndose leer; “en la primera hoja del libro deberá indicarse el nombre del equipo terapéutico y estará firmado por el responsable (encargado/a de unidad, ATS) y el supervisor de dicha Unidad”.

Al margen de esta normativa, el personal de enfermería es el encargado de la extracción del dinero del banco, a través de cheque bancario que previamente firman los pacientes. La cantidad bancaria que se extrae la fija el equipo terapéutico formado por; psiquiatra, trabajador social, supervisor y encargado de unidad (auxiliar con rango superior) o DUE (Diplomada Universitaria de Enfermería).

Las libretas bancarias, el carnet de identidad y la tarjeta de la seguridad social, están depositadas en la Unidad en donde está ingresado el paciente. En total hay 13 unidades, siendo custodiadas por el personal de enfermería, la encargada de unidad o DUE respectiva.

Cada responsable tiene en la Unidad un libro contable en el que se refleja los ingresos en el apartado “haber” y los gastos en el apartado “deber” de cada PUC individualmente, guardando también cada una de las facturas, con el objetivo de control y registro de gastos .

Una vez que llega el dinero se registra en el libro de caja como ingreso o “haber”, ese dinero va destinado por un lado a los gastos habituales del PUC como tabaco, cafés etc. y otra parte para gastos extra como; la compra de ropa, zapatos, celebración de cumpleaños, etc.

Tanto la asignación de dinero para gastos habituales o extras están consensuados por el equipo terapéutico: Trabajador Social, Médico Psiquiatra, encargado de Unidad o Diplomada Universitaria de Enfermería y supervisora de enfermería.

En Junio del 2005 se refuerza el Hospital Psiquiátrico con auxiliares de enfermería y con enfermera diplomada en todas las Unidades, al mismo tiempo que se disminuye la figura de encargada de unidad (jubilación y bajas), al no existir dicha figura en las listas de contratación del Servicio Gallego de Salud. Las encargadas habían sido clásicamente las responsables del control y manejo del dinero. En el verano del 2008, se incorporan nuevas enfermeras en el concurso de traslado con plaza fija y la especialidad de Salud Mental o la posibilidad de obtener la especialidad, encontrándose con una función desconocida y que les absorbe tiempo e interfiere en el cuidado diario del paciente.

En el Hospital Psiquiátrico del Rebullón se realiza la entrevista a la coordinadora de enfermería de dicho hospital. En este Hospital, es la familia y/o el PUC, el que deposita en administración el dinero y es aquí donde está ubicada la única caja fuerte para todo el centro, de la que es responsable un administrador quien es además depositario del dinero de todos los PUC. Excepcionalmente en algún caso, que la administración esta cerrada, se deja dinero en la enfermería hasta que se ingresa en la administración a la mayor brevedad posible. En este caso excepcional, tantos los familiares como el personal de enfermería firman un formulario interno, en el que consta cantidad de dinero, a quien corresponde, quien lo ingresa y lo recibe.

En la unidad queda el DNI y la tarjeta sanitaria, pero nunca la libreta de ahorros o documentación bancaria, que es custodiada por la trabajadora social, así como el estado de sus cuentas y las gestiones bancarias necesarias.

Cuando el paciente necesita dinero, previa prescripción médica, se le hace un vale con el que puede retirar dinero de la administración, después de que el paciente firma la conformidad el administrador hace entrega del mismo.

El dinero que se necesite para compras extras en pacientes incapacitados, previa prescripción por escrito del facultativo, se extrae de la cuenta de administración. El dinero es ingresado en la administración gracias a las gestiones que realiza la trabajadora social con la FUNGA o tutor legal. Después de comprar se presentan los justificantes y facturas a la trabajadora social.

En el Hospital Psiquiátrico de Toén de Ourense hay un administrativo en la administración que es el que se encarga de recibir el dinero de los familiares y/o pacientes. En la administración también se encuentra la caja fuerte donde se deposita el dinero.

A través de vales los pacientes pueden ir retirando el dinero que está depositado en la caja fuerte de la administración. Las libretas bancarias del PUC son custodiadas por la trabajadora social.

Cuando entrevistamos a la gerente nos informa que en estos momentos se están revisando y reevaluando para implantar un nuevo sistema de gestión del dinero con el fin de que los pacientes sean más autónomos. En la actualidad es gestionado por un administrativo y trabajadora social. El personal de enfermería son los encargados de acompañar a comprar a los pacientes pero no gestión el dinero de los mismos.

La Residencia de Ancianos San Marcos es una institución regentada por monjas que atiende a 200 personas mayores de 65 años y algunas de ellas están incapacitadas. Se entrevista a la secretaria de la madre superiora que tiene funciones de directora del centro. Tras la firma de un convenio reciben la pensión íntegra de la persona que vive en la institución y son las monjas las que organizan y gestionan íntegramente el dinero de sus usuarios. No interviene la familia ni tutores en caso de incapacitados legalmente. El PUC podrá gestionar el 25% de sus ingresos si lo solicita para gastos personales como peluquería, cafés, excursiones etc.

Las libretas bancarias están a cargo de la directora del centro y su secretaria. La gestión del dinero está centralizada en estas dos personas.

En la Residencia de la tercera edad Puerta del Camino, no tienen pacientes incapacitados. El dinero siempre lo gestiona el paciente y/o la familia. Recomiendan que un familiar figure en la libreta bancaria para realizar compras y gestionar el dinero. Para cobrar la estancia en la residencia se realiza el pago por giro o domiciliación bancaria del 75% de la pensión del PUC.

Las libretas bancarias de todos los PUC están custodiadas por trabajador social, y anualmente se revisan ante posibles subidas de las pensiones, pues esto repercute en el cobro mensual que el PUC deben realizar como pago de su estancia en la residencia.

El personal de enfermería (auxiliares de enfermería) es el que acompaña al PUC a realizar compras, el dinero lo lleva el PUC quien deberá entregar factura o copia al trabajador social, ante posibles reclamaciones.

CONCLUSIONES

En los cuatro centros se observa que el libro de caja, la caja fuerte y el dinero está a cargo de una sola persona y no como en Hospital Psiquiátrico de Conxo, que se encuentra a cargo de las enfermeras o encargadas de la Unidad, hasta un total de 13, cada una de ellas con un responsable y una caja fuerte para la gestión del dinero. Por lo tanto sería conveniente centralizar el dinero en una sola caja fuerte y que fuera responsable una sola persona, que dedicaría el tiempo a realizar el balance de cuentas de todos los PUC del Psiquiátrico de forma única e igualitaria.

La custodia de las libretas bancaria la tiene la trabajadora social, en el caso de los Hospitales Psiquiátricos de Toén o Rebullón y en la Residencia Puerta del Camino. En el caso de la Residencia San Marcos están custodiadas por la secretaria de la Superiora del Centro. En

nuestro Hospital sería conveniente que estuviesen custodiadas por el menor número de personas posibles pues se trata de tener la mayor confidencialidad posible sobre los ingresos bancarios.

Respecto a quien debe acompañar a los pacientes en sus compras y gestionar el dinero y realizar el control de gastos, debería ser el propio paciente y /o familia. En el caso de estar el paciente incapacitado debería hacerlo el tutor legal que, en caso de ser el Estado debería ser el personal de enfermería del Centro, dando cuentas de los gastos con factura al administrador que custodia el dinero y/o persona que custodia las libretas bancarias.

El DNI y tarjeta sanitaria en Conxo y Rebullón están depositadas en las unidades de internamiento y son custodiadas por personal de enfermería. En el Toén y Puerta del Camino es la trabajadora/o social quien las custodia y en San Marcos lo hace la secretaria de la superiora. Unificar la custodia en un único responsable disminuye el riesgo de pérdida de estos documentos.

Aprender a organizar el dinero, controlando los gastos y adaptándolos a los ingresos, indica que tenemos un mayor control de nuestra vida, al mismo tiempo que mejora la autoestima. Este es el objetivo que el personal de enfermería debemos plantearnos en los cuidados, especialmente con el paciente que padece enfermedad mentales crónicas, realizando talleres sobre el manejo del dinero con el fin de recuperar o instaurar esta habilidad en los PUC.

BIBLIOGRAFÍA

- Normativa para el reingreso de fondos de pacientes y su reflejo en el libro de cuentas. Hospital Psiquiátrico de Conxo. Santiago de Compostela. Marzo,2008
- feapslarioja@feapslarioja.org. Talleres de la vida diaria. Enero 30, 2009.
- www.cun.es/uploads/media/Hospitalizacin_psiquiatria.pdf. Enero 30, 2009.
- www.sdg.gva.es/Informes/Salud_Mental/Castellano/Parte_2_5.pdf. Enero 31, 2009
- Simón Lorda D. "Análise antropológico dun hospital psiquiátrico rural". Consello da cultura Galega. Santiago .1997(ISBN 84-87127-19-9)
- González A, Moreno E, Ponte J.L, Rodríguez. Ética y psiquiatría. Psiquiatría Pública. Madrid. 1995;3:143-152
- Goffman E. Internados: ensayo sobre la situación de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu.1994
- Rodríguez, A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Ed. Pirámide. 1997.
- Desviat M, Gonzalez C, Gonzalez A, Moreno A, Perez E, Ponte N, Rodriguez JL, Kohn R. Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. Madrid. 1995; 21-24.
- Solans Seto L. Equipo de enfermería psiquiátrica.
- www.clinicabellavista.com/reglamento.htm .Febrero, 10.2009
- www.aitamenni.org/AM/Castellano/Web/Psiquiatria/Area_de_Corta_y_Media_Estancia/Secciones.htm - 32k. Febrero,10.2009
- Silvia R. Los enfermos mentales que no ve la Xunta. El País. 2009 Febrero 8; Galicia; 2.

GRUPO AYUDA MUTUA

M^a. Luisa Alberca Muñoz, María Justo Carrascosa

Unidad Salud Mental Adultos. La Mancha Centro. Alcazar de San Juan. Ciudad Real

1.- INTRODUCCIÓN

En base a la gran demanda de atención en patologías leves como: trastornos de ansiedad, distimia y somatizaciones, se ha decidido crear desde un formato grupal, un programa de atención reiterando el encuadre social.

2.- OBJETIVOS

- Optimización de recursos
- Intercambio de experiencias
- Potenciar recursos y habilidades
- Resolución de problemas
- Satisfacción laboral
- Fomentar el asociacionismo
- Fomentar el liderazgo intragrupo 56

3.- DESARROLLO

METODOLOGÍA

La derivación de los usuarios se hará desde la consulta de psiquiatría/psicología

Se realizará entrevista previa por los coordinadores:

- Información del encuadre
- Pasar escala

Misión de los coordinadores/facilitadores:

- Facilitar la tarea, movilizandoo emociones.
- Encuadre.
- Creación del líder.
- Cohesión del grupo.
- Observación del clima grupal y cambio si procede.
- Realizar la entrevista previa.

Primera sesión:

- Presentación de todos los componentes
- Explicación de objetivos y tareas a realizar
- Invitar a los participantes a exponer sus expectativas con respecto del grupo
- Síntesis de la sesión 84

Sesiones siguientes:

- La dinámica se desarrollará hablando de temas personales
- Evitar dar consejos
- Facilitar compartir emociones

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Distimia
- Trastornos de ansiedad juicio de realidad y conciencia de enfermedad
- Patología psicósomática

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

- Semicerrado
- Edad 40-60 años
- Duración un año
- Sesiones de una hora y media
- Frecuencia: semanal
- Número de participantes: 10-12 ambos sexos

Perfil:

- Mujer
- Ama de casa
- Nivel cultural medio-bajo
- Neurosis de mas de dos años de evolución

EVALUACIÓN

- Escalas psicométricas
- Revisión de objetivos 153

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 todo el grupo, lo hablado entre algunos de sus miembros.
- No juzgar

4.- CONCLUSIONES:

Pretendemos ofrecer un formato grupal, facilitando el descubrimiento de recursos personales en las pacientes, evitando la cronificación, reforzados por la interaccion grupal, e incidiendo directamente en la resolución de problemas cotidianos.

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Prado Laguna, M^a. Carmen; Prado Laguna, Luisa; Parra Fernández M^a. Laura; Ros Sánchez-Cruzado, Pedro Antonio.

Escuela de Enfermería de la UCLM de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) es un proyecto en el cual hay más de 40 países europeos involucrados. Su objetivo fundamental es la adopción para el año 2010 de un sistema de titulaciones flexible, comparable, que permita incrementar las oportunidades laborales de los alumnos y titulados y favorecer su movilidad entre países europeos.

El EEES está, por tanto, en proceso de construcción y conlleva cambios importantes en el actual sistema educativo universitario. Dentro de este proyecto europeo cobra especial importancia el concepto de Competencias, que no solo son conocimientos, ni habilidades, ni valores, ni capacidades, ni actitudes. Sin embargo, sí que suponen valores, actitudes, conocimientos, habilidades, capacidades, destrezas y experiencia.

DESARROLLO

Las Competencias son factores de superación individual y grupal, que permiten el desarrollo de los recursos personales para integrarlos en las posibilidades del entorno y obtener así, de esa complementariedad, el mayor beneficio mutuo.

En el ámbito personal, las Competencias son efectivas en la medida en que cada uno establece la base y referencia de superación en sí mismo. Así, somos competentes en la medida en que alcanzamos logros efectivos. El origen de esos logros está en el perfeccionamiento de nuestras cualidades personales, tanto individuales como sociales.

Tomaremos como definición de Competencia la siguiente:

“Competencia es la Capacidad de un buen desempeño en contextos complejos y auténticos. Se basa en la integración y activación de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores”.

Siguiendo esta definición, nosotros nos disponemos a evaluar, ayudándonos de la grabación en vídeo de una dramatización de alguna situación en la que el futuro profesional de Enfermería deberá utilizar todas sus competencias comunicativas en materia de salud mental.

Competencias de comunicación

Desde una perspectiva muy general, podemos describir la comunicación interpersonal como el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En un proceso como el descrito intervienen diversos elementos, tanto relativos a las personas como al medio, que pueden facilitar o dificultarlo.

Adoptando el punto de vista específico del profesional de Enfermería, podemos establecer que un diplomado en nuestra área debe poseer las siguientes competencias de comunicación:

- Comunicarse efectivamente con las personas, pacientes, familias o grupos, incluyendo aquellos que tienen dificultades de comunicación.
- Ayudar a los pacientes a expresar sus preocupaciones y poder responder adecuadamente; tanto en sus aspectos emocionales como sociales o psicológicos.
- Capacidad para presentar la perspectiva del paciente y actuar para prevenir posibles situaciones de abuso.

- Capacidad para usar diferentes técnicas de comunicación con el fin de promover el bienestar del paciente. En este sentido, el profesional de Enfermería debe ser capaz de emplear técnicas de asesoría, de identificar y gestionar comportamientos retantes o reconocer estados de desequilibrio emocional más o menos grave (ansiedad, crisis, depresión).
- Capacidad para registrar, documentar utilizando las tecnologías adecuadas para poder derivar hacia el servicio oportuno al paciente.
- Reconocer la importancia de la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo de salud, utilizando las tecnologías precisas.

La grabación audiovisual

Para examinar objetivamente todas las capacidades aludidas más arriba proponemos una actividad que tradicionalmente no es frecuente que sea realizada por los estudiantes, como es un debate en torno a la grabación de una dramatización en vídeo de una situación en la que el profesional debe desplegar sus capacidades comunicativas.

Con esta actividad pretendemos un papel más activo siendo numerosas las actuaciones y actividades, que, junto a planteamientos clásicos, pueden y deben desarrollarse. En determinadas ocasiones la discusión y el debate entre compañeros, en grupos heterogéneos, suele resultar más eficaz para favorecer el desarrollo que escuchar al profesor o discutir con él.

Este tipo de actividad esta enmarcado en el “Aprendizaje cooperativo”, modelo este que, frente al competitivo y al individualista, plantea el uso del trabajo en grupo.

Los antecedentes de esta actividad se encuentran en una metodología que se viene utilizando desde hace años dentro de los equipos multidisciplinares de Ciencias de la Salud.

Mediante la grabación se obtiene un registro permanente de la actuación de los alumnos que puede examinarse y reexaminarse cuantas veces se quiera. Las técnicas más utilizadas para el uso eficaz de las grabaciones son: la microenseñanza, el recuerdo de los procesos interpersonales y el análisis de las interacciones.

La microenseñanza parte del supuesto de que la enseñanza puede ser analizada y mejorada centrándose en la habilidades que la componen, tales como la introducción de los temas, la presentación de contenidos, la realización de preguntas, las síntesis y resúmenes y el cierre de la clase (Carroll, 1981). Consiste en periodos cortos de práctica docente, con un grupo de alumnos o compañeros, su grabación y su discusión posterior. El análisis de las interacciones es más habitual que el recuerdo de los procesos interpersonales dentro de la evaluación mediante el vídeo. Consisten éstos en categorizar y hacer un recuerdo de las interacciones que tienen lugar en el aula, para poder conocer los patrones habituales de las mismas.

La microenseñanza ofrece la oportunidad de enseñar en una miniclase (10 alumnos) en períodos de 10 a 15 minutos las conductas, hábitos o rutinas que el profesor debe ir incorporando a su repertorio de práctica docente habitual. Existe un observador y tutor que aconseja modos prácticos de introducir los cambios necesarios en cada sesión. Tiene un carácter conductista.

Las grabaciones suelen ser un medio objetivo de recogida de información para superar las limitaciones de la propia autopercepción y de la memoria. Gastel (1991) señala las siguientes ventajas de las grabaciones:

“Escuchar las cintas puede ayudarte en la identificación de modos de expresarte más eficazmente durante las exposiciones. También puede ayudar en el reconocimiento y en la corrección de hábitos que desaniman a los alumnos para participar en las discusiones, por ejemplo, interrumpir inadvertidamente a los alumnos antes de que acaben de hablar o de contestar a las preguntas que uno mismo ha realizado antes de dar el tiempo suficiente para pensar (...) La visión del vídeo sin el sonido puede ayudar en la detección y en la corrección de elementos del lenguaje corporal, como postural tímidas, expresiones de aburrimientos o gestos que parecen beligerantes”.

METODOLOGÍA

Las grabaciones que nosotros proponemos deben atender a las siguientes pautas:

- Los grupos están compuestos por 10 alumnos cada grupo.
- El profesor/profesora actúa, al mismo tiempo, de motivador y de moderador, tanto en lo referente al tiempo como a la explicación-cuestión- aclaración del argumento y grabación en video de la simulación.
- Cada grupo cuenta con 10 minutos para hacer su representación.

Al grabarse esta simulación en video, los alumnos analizan con posterioridad, junto con la profesora, algunos de los hechos que se han puesto de manifiesto en el transcurso del mismo. Haciendo hincapié en la comunicación no verbal.

CONCLUSIONES

- Gran entusiasmo por parte de los alumnos y provechosa puesta en escena.
- Adquieren un mayor espíritu crítico y reflexivo ante la comunicación con las familias en esos momentos difíciles para ellas.
- Esta actividad refuerza la Comunicación verbal y no verbal, tan importante esta última en la prestación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Johnson, R & Johnson, D. y Holubec (1999): El aprendizaje cooperativo en el aula. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Manual del Educador Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Formación de formadores. Oriol Omat, Ediciones Gestión 2000, serie mini-empresa.
- Manual de comunicación. Carlos Ongallo, Dykinson S.L. 2000.
- DE LAS HERAS RENERO, M^a DOLORES Y COLS. Programa Discover. Junta Castilla y León.
- E. CABALLO, VICENTE. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. SIGLO XXI. 1999
- Goldstein Arnold. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI. 1999.
- LUENGO MARTÍN, M^a ÁNGELES Y COLS. Construyendo la Salud. MEC
- MARTHA DAVIS, MATTHEW MCKAY. Técnicas de autocontrol emocional. MARTÍNEZ ROCA. 1998.
- Estudio Tuning. 29 de Mayo de 2003

EXPERIENCIA DE TRABAJO COOPERATIVO EN SALUD MENTAL

Pinilla Coello, Julia; Prado Laguna, M^a. del Carmen; Robledo de Dios, M^a. Luisa; Rodríguez Moreno, M^a. de los Ángeles
Escuela de Enfermería UCLM. Ciudad Real

RESUMEN

El proceso de convergencia o armonización del espacio europeo de enseñanza superior supone, a los profesores y a los estudiantes, un esfuerzo de formación para enseñar y aprender según las nuevas orientaciones que este proceso propone. La nueva concepción de la formación académica centrada en el aprendizaje del alumno, la introducción del crédito europeo como unidad de medida del trabajo global realizado por el estudiante y la organización de los programas de las disciplinas en torno a las competencias genéricas básicas y específicas, exigen una revisión radical de nuestras teorías y prácticas al uso y una planificación, realización y evaluación del proceso aprendizaje-enseñanza nuevos.

Si bien hace tiempo que se conocen experiencias aisladas de aplicación de estrategias de aprendizaje cooperativo en nuestro contexto, nuestro interés por el tema se despertó de forma intensa como resultado de la Solicitud de ayuda para proyectos de innovación docente y de implantación de Ects en la UCLM y más específicamente en nuestro Centro.

Este proyecto fue el punto de partida para la creación de un grupo de profesores interesados en profundizar sobre la aplicación de aprendizaje cooperativo en nuestra docencia. QUÉ ES.

DESARROLLO

El Aprendizaje Cooperativo es un término genérico usado para referirse a un grupo de procedimientos de enseñanza que parten de la organización de la clase en pequeños grupos mixtos y heterogéneos donde los alumnos trabajan conjuntamente de forma coordinada entre sí para resolver tareas académicas y profundizar en su propio aprendizaje.

Dos autores de referencia, los hermanos David y Roger Jonhson, ambos psicólogos sociales, lo han definido como aquella situación de aprendizaje en las que los objetivos de los participantes se hallan estrechamente vinculados, de tal manera que cada uno de ellos "sólo puede alcanzar sus objetivos si y sólo si los demás consiguen alcanzar los suyos".

El trabajo en equipo cooperativo tiene efectos en el rendimiento académico de las participantes así como en las relaciones socioafectivas que se establecen entre ellos. Se usa el aprendizaje cooperativo como estrategia para disminuir la dependencia de los estudiantes de sus profesores y aumentar la responsabilidad de los estudiantes por su propio aprendizaje.

El trabajo cooperativo supone enseñar y aprender de manera distinta.

Podemos cambiar, la forma de enseñar y de aprender generando espacios propicios para el aprendizaje cooperativo. Y en este sentido, es en el que deberíamos aprovechar las posibilidades que nos brindan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. (TIC)

Enseñar y aprender exige una mayor flexibilidad espacio-temporal, personal y grupal, menos contenidos fijos y procesos más abiertos de investigación y de comunicación.

Los elementos básicos necesarios para que un trabajo en grupo sea auténticamente cooperativo son cinco:

1. La interdependencia positiva,
2. Promover la interacción cara a cara,
3. Dar responsabilidad a cada estudiante del grupo,
4. Desarrollar las habilidades del grupo y las relaciones interpersonales,

5. La reflexión sobre el trabajo del grupo.

Así como claramente lo enuncia la teoría de la Gestalt, "el todo es más que la suma de las partes". En efecto, el trabajo cooperativo propicia la sinergia.

El aprendizaje cooperativo favorece la integración de los estudiantes. Cada alumno aporta al grupo sus habilidades y conocimientos, facilita la coordinación entre los estudiantes. Lo más interesante, según las investigaciones realizadas (Joan Rué, 1998), es el hecho de que no es dar o recibir ayuda lo que mejora el aprendizaje en el grupo, sino la conciencia de necesitar ayuda, la necesidad consciente de comunicarlo y el esfuerzo en verbalizar y tener que integrar la ayuda de quien lo ofrece en el propio trabajo. La retroalimentación es un elemento clave para explicar los efectos positivos del aprendizaje cooperativo.

Tanto las evidencias de la práctica como la validación de los estudios que se han hecho, nos informan de que el aprendizaje cooperativo es una metodología que aporta una mejora significativa del aprendizaje de todos los alumnos que se implican en él, en términos de:

- Motivación por la tarea
- Actitudes de implicación y de iniciativa
- Grado de comprensión de lo que se hace y del porqué se hace
- Volumen de trabajo realizado
- Calidad del mismo
- Grado de dominio de procedimientos y conceptos
- Relación social en el aprendizaje

El trabajo cooperativo aumenta el rendimiento en el proceso de aprendizaje: los objetivos de trabajo autoimpuestos por los propios alumnos, potencian más el esfuerzo para conseguir buenos resultados que los objetivos impuestos desde el exterior.

Asimismo, amplía el campo de experiencia de los estudiantes y aumenta sus habilidades comunicativas al entrenarlos en el reconocimiento de los puntos de vista de los demás al potenciar las habilidades de trabajo grupal, ya sea para defender los propios argumentos o reconstruir argumentaciones a través del intercambio.

El propósito de los grupos de AC será que cada miembro crezca de una manera legítima. Los estudiantes que aprenden juntos son, individualmente, mucho más competentes que los que aprenden individualmente.

Hay importantes actividades cognitivas y de dinámica interpersonal que tan solo se pueden dar cuando los estudiantes promueven entre ellos su propio aprendizaje. Ello, incluye explicaciones orales con relación a como resolver problemas, explicar un determinado concepto o conocimiento a los demás, asegurarse de que lo han entendido, discutir los conceptos relacionados con aquello en lo que se está trabajando y que conectan el trabajo presente con aquello que se aprendió en el pasado.

El modelo de trabajo cooperativo se fundamenta: En valorar el potencial educativo de las relaciones interpersonales existentes en cualquier grupo. Y en considerar los valores de socialización e integración como eficazmente educativos.

Para Johnson, Johnson y Holubec (1999) "El profesor tiene un papel de seis partes en el aprendizaje cooperativo formal.

- Especificar los objetivos del trabajo.
- Tomar decisiones previas acerca de los grupos de aprendizaje, colocación del aula y distribución de los materiales al grupo.
- Explicar la estructura de la tarea y de la meta a los estudiantes.
- Iniciar la clase de aprendizaje cooperativo.
- Monitorear la efectividad de los grupos de aprendizaje cooperativo e intervenir de ser necesario.
- Evaluar los logros de los estudiantes y ayudarlos en la discusión de lo bien ellos colaboraron unos con los otros"

METODOLOGÍA DE NUESTRA EXPERIENCIA

En primer lugar se forman los grupos de trabajo (previamente hemos impartido un taller sobre Trabajo Cooperativo).

Dado que es un curso muy numeroso, los grupos se formarán de forma aleatoria para evitar la formación espontánea de grupos pre-existentes y estarán formados por 6 estudiantes.

Se presenta un problema o un tema que los estudiantes deben resolver mediante la reflexión colectiva en pequeños grupos.

Para llevar a cabo el trabajo se le indica las fuentes de recolección de datos Bibliografía, Página Web así como herramienta virtual WebCT

Cada grupo expone la solución al problema o al tema.

Durante todo el proceso los estudiantes están tutorizados por el profesor

El profesor participa en la resolución de problemas técnicos y de relación el docente así como lo relacionado con la interacción grupal y la intervención docente.

EVALUACIÓN

La tarea evaluadora del trabajo cooperativo demanda la observación permanente de la interacción grupal a través de lo cual es posible generar un seguimiento individual y colectivo del proceso de aprendizaje por el que está atravesando el grupo de trabajo

La evaluación del trabajo se realiza: mediante una evaluación continua: por medio de tutorías para resolver dudas, dificultades con las fuentes de información, y donde el grupo nos informa al profesor sobre el estado del trabajo, de manera simultánea. Evaluamos el trabajo escrito basándonos en las fuentes de información utilizada, su estructura contenido, etc.

Posteriormente el grupo expone el trabajo en clase en presencia de todos los alumnos, para ello cuentan con diez minutos. La exposición oral se presentara por cañón de video proyección. Una vez terminada la exposición tienen que responder a las cuestiones que le realicemos tanto los alumnos como el profesor.

CONCLUSIONES

Incrementa la satisfacción de los estudiantes con la experiencia de aprendizaje y promueve actitudes más positivas hacia el material de estudio, disminuyó el miedo escénico y como resultado mejoró la calidad del aprendizaje

Los estudiantes aprenden el respeto, la amistad, la tolerancia, la critica constructiva.

Aumenta la participación, la comunicación tanto entre ellos como con el profesor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rué, J., (1994), El trabajo cooperativo, en Dader, P., Gairín, J., (eds),
2. Guía para la organización y funcionamiento de los centros educativos, Ed. Praxis, Barcelona, pp 244-253
3. Díaz-Aguado, M.J. (1986): Conocimiento social, en J. Mayor (Ed.): Sociología y Psicología Social de la Educación, Madrid: Anaya.
4. Díaz-Aguado, M.J. (1990): La interacción entre compañeros: Un modelo de intervención psicoeducativa, Madrid: CIDE.
5. Díaz-Aguado, M.J. (1993): Interacción educativa y desventaja sociocultural, Madrid: CIDE.
6. French, J. (1992): La interacción social en el aula, en C. Rogers y P. Kutnick (Eds.): op. cit., pp. 43-62. Barcelona: Paidós.
7. Ovejero, A. (1993): El aprendizaje cooperativo: Una aportación de la Psicología Social a la Educación del siglo XXI, Psicothema, 5 (Suplemento, 373-391).
8. Johnson, D (1999) Cap. 1. "El concepto de aprendizaje cooperativo" y Cap. 9 "La puesta en práctica de la clase cooperativa" en : El aprendizaje cooperativo en el aula, Buenos Aires. Paidós,) pp de la 13 a 30 y de la 89 a 98)
9. <http://educación.idoneos.com>.
10. <http://www.gobiernodecanarias.org.educacion>.

SÍNDROME DE ASPERGER.

ABORDAJE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Carolina María Arjona Rovira, Ainhoa Serrano Zurbitu, Carolina Miguel García
*Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat.
Barcelona*

INTRODUCCIÓN

Descrito por H. Asperger en 1944. Trastorno generalizado del desarrollo, dentro del espectro del autismo. Caracterizado por problemas en el desarrollo de las destrezas sociales y del comportamiento Poco común. Más prevalente en varones. De causa desconocida aunque en algunos casos existe un claro componente genético. No existe tratamiento específico de cura, todas las intervenciones son sintomáticas y/o rehabilitadoras.

CARACTERÍSTICAS

- Alto funcionamiento intelectual aunque paradójicamente dificultades de aprendizaje.
- Memoria muy desarrollada, automática y enciclopédica. Sin capacidad para interpretar.
- Dificultad para entender conceptos abstractos (bromas, ironías, segundas intenciones...).
- Grandes conocimientos en un área específica.
- Distráidos y olvidadizos.
- Fijación excesiva por ciertos objetos y rituales.
- Deficiencias a nivel motor grueso: deambulación torpe y a nivel motor fino: caligrafía deficiente.
- Movimientos estereotipados: balanceos, tics simples...
- Problemas sensoriales: evitativos ante el contacto físico y extrema sensibilidad a ciertos ruidos y olores.
- Dificultades de interacción importantes:
 - Formas verbales: lenguaje aunque aprendido sin retraso y rico en vocabulario, se presenta sin interés para el interlocutor por su repetición y monotonía.
- Tendencia a crear neologismos.
 - Formas no verbales: lenguaje corporal y expresión facial inapropiadas, bajo contacto ocular.
- Problemas emocionales como consecuencia de su aislamiento y bajo concepto de sí mismos.
- Dificultad para expresar e interpretar sentimientos.
- Rutinarios, rígidos y con extrema dificultad para afrontar/adaptarse a los cambios.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

- La demanda, en la consulta de enfermería especialista en salud mental, de las familias tanto de niños como de adultos con Asperger responde a las dificultades de comunicación, socialización, a las conductas repetitivas, a la falta de control de los impulsos que presentan y a la preocupación por su futuro, los cuales crean gran malestar en sus cuidadores.
- Queremos potenciar en la consulta de la enfermera especialista en salud mental estas recomendaciones y cuidados propios de nuestra competencia que mostramos a continuación

PAUTAS A DESTACAR EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

- Enseñar proceso de enfermedad al paciente y familia.

- Potenciar el contacto ocular vs monosílabos.
- Potenciar y mantener una rutina diaria de hábitos saludables (higiene, alimentación...).
- Facilitar ambiente estable y predecible.
- Descomponer las tareas en pasos pequeños.
- Evitar utilizar la crítica y el castigo, sustituirlos por refuerzos positivos (halagos y premios).
- Potenciar la socialización y sus capacidades de comunicación.
- Gestión del tiempo libre: evitar la inactividad y dedicar tiempo excesivo a “sus actividades”.
- En edad adulta asesoramiento sobre trabajos apropiados basándonos en sus habilidades/potencial

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA A TRABAJAR

- Afrontamiento inefectivo (00069)
 - NOC: Control de impulsos (1405)
 - NIC: Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
 - Actividades:
 - Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
 - Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.
 - Proporcionar una respuesta positiva (alabar y recompensar) al obtener resultados exitosos.
- Ansiedad (00146)
 - NOC: Control de la ansiedad (1402)
 - NIC: Disminución de la ansiedad (5820)
 - Actividades:
 - Ayudar a identificar situaciones que precipiten ansiedad y pró-dromos de ésta.
 - Se instruye sobre técnicas de relajación.
 - Establecer actividades encaminadas a la reducción de la tensión (distracción, mandalas, ejercicio físico...)
- Deterioro de la interacción social (00052)
 - NOC: Habilidades de la interacción social (1502)
 - NIC: Modificación de la conducta: Habilidades sociales (4362)
 - Actividades:
 - Identificar problemas interpersonales, animándole a manifestar verbalmente sus sentimientos
 - Proporcionar modelos que le ayuden a realizar cambios de conducta y habilidades para mantener una vida social adecuada y que le proporcione satisfacción.
- Interrupción de los procesos familiares (00060)
 - NOC: Normalización de la familia (2604)
 - NIC: Apoyo a la familia (7140)
 - Actividades:
 - Atenderemos a sus preguntas y facilitaremos la comunicación y una relación de confianza.
 - Ayudaremos a la familia a identificar la sintomatología de forma que pudiera resolver lo mejor posible los problemas.

CONCLUSIONES

Debido a las dificultades de comunicación, socialización y a las características específicas advertidas en este tipo de usuarios en la consulta de la enfermera especialista en salud mental, creemos conveniente que sean competencia de ésta las recomendaciones y cuidados que mostramos anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- Lobar Sandra L., Kay Fritts Mary, Arbide Zulema, Russell Dawn. The role of the Nurse Practitioner in an individualized Education Plan and coordination of care for the Child with Asperger's Syndrome. *Journal of Pediatric Health Care*. March/April 2008. Pag 111-119
- Federación Asperger España. Síndrome de Asperger: Estrategias generales de intervención. www.federaciónasperger.es (20/1/2009)
- www.infoasperger.es (20/1/2009)
- NANDA: Diagnósticos Enfermeros y Clasificación 2007- 2008. Madrid 2008.
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridian Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería. (NOC) 3ª ED. Madrid :Elsevier 2006.
- Mccloskey Joanne, Buledek Gloria M .Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby 2006.
- Tejedor García Mª Jesús, Etxabe Marceil Mª Pilar. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona. Ed. Glosa 2007.

VARIABLES SOCIOCULTURALES Y PERCEPCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN INMIGRANTES AFRICANOS

Concha Rivera Rocamora, Javier Hernández Noguera, Raúl Javaloy Balsalobre, Joana Fornés Vives.

Departamento de Enfermería. Campus de Espinardo. Murcia.

RESUMEN

Las migraciones son un fenómeno social ligado a la historia de la Humanidad. Sin embargo, en la actualidad constituyen una de las desigualdades más importantes entre países ricos y pobres. Los problemas subyacentes a esta realidad requieren, en la mayoría de ocasiones, cuidados enfermeros de calidad compatibles con la cultura de origen.

Según Leininger, los cuidados de enfermería deberían adecuarse a la cultura del paciente demandante de dichos cuidados. Para ello, es necesario conocer una serie de factores básicos referentes a: creencias y tradiciones de salud, prácticas religiosas, conocimiento del idioma del país de acogida, apoyo y recursos sociales disponibles, etc.

El objetivo del presente trabajo se centra en conocer la percepción de la asistencia sanitaria de un grupo de emigrantes africanos con el servicio murciano de salud.

Método. Estudio descriptivo. Muestra constituida por 20 sujetos (12 mujeres y 8 hombres) con una edad media de 31,10 años (dt=8,81) y un rango comprendido entre 19 y 62 años. Instrumento: Cuestionario ad hoc.

Resultados. El 95% de los sujetos encuestados está satisfecho con la atención recibida, aunque el 70% tiene problemas en la comprensión del idioma del país de acogida. El 45% de los atendidos acudieron a un centro de atención especializada y el resto a centros de Atención primaria. En general, las consultas fueron por motivos físicos: infecciosos, partos, traumatismo, entre otros. Conceden escasa o nula importancia al componente supersticioso o mítico de su dolencia. En cuanto a las preferencias respecto al/la profesional de acogida, el 50% no da importancia al género, mientras que el resto prefiere ser atendido por profesionales del mismo género.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones son un fenómeno social ligado a la historia de la Humanidad. Constituyen uno de los fenómenos sociales más importantes de nuestro tiempo provocado por las desigualdades entre países ricos y pobres.

La llegada de personas procedentes de países culturalmente diferentes ha puesto de manifiesto la existencia en España de una sociedad multicultural compleja, no siempre fácil de abordar.

Por ello, debemos reflexionar sobre la realidad multicultural en nuestro país y de qué manera los profesionales de la salud nos debemos implicar en nuestra actividad diaria para ofrecer cuidados de calidad a esta nueva realidad.

No es posible hablar de integración social sino se tienen garantizados otros derechos de los inmigrados, como personas, como seres humanos, como grupos. La integración social solo estará garantizada cuando su inclusión se produzca como un proceso integral: un proceso en igualdad de derechos y deberes con los nacionales, con el objeto que puedan participar social y activamente en la vida económica, social y cultural, sin que esto suponga una renuncia ineludible a sus culturas de origen.

La teoría de los cuidados culturales de Leininger (1) trata sobre la importancia de brindar unos cuidados de enfermería adecuados a la cultura del paciente demandante de dichos cuidados. Creemos que para esto, necesitamos conocer un mínimo de datos referentes a sus tradicio-

nes de salud, donde se incluirán las creencias de salud o de sanación y sus prácticas religiosas, conocimiento del idioma, apoyo y recursos sociales. Así como su satisfacción con el sistema público que le atiende.

Según Marta Lucía Vásquez (2), las dimensiones que inciden en la diversidad cultural de los grupos humanos y que deben tenerse en cuenta en el cuidado de enfermería son:

- Etnicidad y religión ya que estos son modeladores de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud.
- Consecuencias de la Inmigración, que a pesar de las diversas causas (económicas, políticas, religiosas y sociales), tienen en común tres rasgos importantes: la ruptura sociocultural, familiar y con el modo de vida. Las diferencias culturales, sociales y de idiomas.
- Las dificultades de acceso a las redes sociales y entre estas a los servicios de salud.

Desde esta perspectiva se realiza el presente trabajo, cuyo objetivo fundamental se centra en conocer la percepción que tiene un grupo de emigrantes africanos sobre el Servicio Murciano de Salud.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Para la obtención de los datos se ha utilizado un cuestionario ad hoc que recoge información sobre variables sociodemográficas y culturales, y percepción de las asistencia sanitaria recibida. Esta última, media a través de preguntas referidas a: percepción de apoyo y recursos sanitarios disponibles, conocimiento de su religión y cultura por parte del personal sanitario y sentimiento que generó su visita sanitaria. El cuestionario se completaba con dos preguntas referidas al conocimiento sobre la confidencialidad de sus datos.

Abordamos el estudio desde los tópicos-estereotipos de que la percepción de una buena asistencia sanitaria en el/la inmigrante está condicionada por: 1) Un buen conocimiento de su cultura, 2) El componente místico-religioso que pueda presentar la expresión de sus dolencias y 3) La preferencia de género a la hora de ser atendido

Valoramos igualmente el nivel de conocimiento del español y la demanda de herramientas de comunicación, apoyo y recursos sociales disponibles.

Analizamos la experiencia que tiene el inmigrante africano que ha conectado con el Servicio Murciano de Salud, partiendo del estudio de una serie de problemas detectados a través de pictogramas. Ante la necesidad de encontrar soluciones reales, se observa que es el propio inmigrante quien nos da un abanico de respuestas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra está compuesta por 20 sujetos, de los que el 60% (12) son mujeres y el 40% (8) varones. La edad media de los sujetos es de 31,10 años (desv. típ.=8,81), con un mínimo de 19 años y un máximo de 62. El 45% es soltero y el 55% restante está casado. Asimismo, el 45% de los sujetos encuestados no tiene hijos, el 55% restante sí.

La mayoría de los sujetos (8 = 40%) proceden de Marruecos. Hay un 15% (3) que procede de Nigeria, un 10% (2) proceden de Guinea y Mali. En el resto de países, que incluyen a Argelia, Costa de Marfil, Senegal, Guinea Konakri, y Burkina, aparece 1 sujeto en cada uno.

Todos los participantes representan la primera generación radicada en España, ya que todos ellos vinieron de sus respectivos países de procedencia.

En cuanto al área de residencia, el 90% vive en un entorno urbano, mientras que el 10% restante lo hace en el medio rural.

Respecto a su religión, el 85% de los sujetos dice que profesa la religión musulmana y el resto (15%) la cristiana. Todos ellos se consideran practicantes.

Respecto al conocimiento del idioma español, la mayoría de sujetos (40%) considera que su conocimiento es nulo (Tabla 1).

RESULTADOS

Preguntados los sujetos por el centro sanitario al que acudió en su primera visita, el 45% (9) respondió que acudió a un centro de atención especializada. El 55% (11) restante acudió a un centro de atención primaria.

Todos los sujetos encuestados afirman haber acudido en su primera visita a un centro sanitario por motivos físicos (Tabla 2).

Respecto a la pregunta relativa a si los sujetos habían consultado previamente con un sanador, el 90% (18 sujetos) respondió que no. Sólo dos (10%) de ellos afirmaron haber realizado este tipo de visitas antes de acudir a un centro sanitario.

A la pregunta referida al apoyo y recursos sociales con los que cuentan para ser atendidos en caso de enfermedad u otras situaciones de necesidad, el 75% (15) respondió que cuentan con la ayuda de los servicios sociales de las administraciones públicas y de los centros de atención a los necesitados (Tabla 3).

En cuanto al conocimiento de su religión, como variable a tener en cuenta para mejor conocimiento del personal sanitario respecto de sus dolencias y expresiones, sólo una persona considera que el conocimiento del personal sanitario respecto a su religión es malo. El 20% (4) lo considera regular, el 50 % (10) bueno y el 25% (5) muy bueno.

En cuanto a las preferencias de género en el momento de ser atendidos, el 50% (10) respondió no tener preferencias y el otro 50% indicó que prefería ser atendido por personal sanitario de su mismo género. Los varones manifiestan más preferencia porque el personal sanitario sea del mismo género, mientras que las mujeres se muestran más abiertas a aceptar cualquiera de los géneros.

Respecto al sentimiento que le generó su visita a un centro sanitario, el 95% (19) de los sujetos encuestados afirma que percibió una buena calidad en la atención recibida. Sólo un sujeto expresó haber tenido un sentimiento de mala calidad de los servicios sanitarios recibidos. Específicamente, el 65% (13) de las personas comunicó que había echado en falta un intérprete en su primera visita a un centro sanitario, el 15% (3) expresó el deseo de la existencia de pictogramas ilustrativos y el 20% (4) echó de menos otras cosas.

Preguntados los sujetos si sabían que toda la información personal que se recoge es absolutamente confidencial, el 60% (12) confirmó que sí y el 40% restante (8) indicó que desconocía este hecho.

Por último, a la pregunta de si conocen el significado de la confidencialidad. El 50% (10) afirma que sí conoce dicho significado, el otro 50% lo desconoce.

Las personas que no conocen que la información personal es confidencial tampoco conocen el significado de confidencialidad. De las 12 personas que saben que la información personal es confidencial, dos de ellas no conocen el significado de confidencialidad. Por lo tanto, podría decirse que el conocimiento de que la información personal es confidencial está asociado al conocimiento del significado de dicha confidencialidad.

CONCLUSIONES

1. El 70% de los participantes tienen nulo o bajo conocimiento del idioma español. El 80% precisan intérpretes o pictogramas como necesidad básica para entendernos.
2. El 95% afirma que recibió una buena calidad en los cuidados prestados. Este hecho nos hace suponer que a pesar del desconocimiento que pueda tener el personal sanitario sobre la cultura que tiene el grupo demandante de cuidados, el hecho de carecer de ciertos recursos en su país de origen hace que perciban muy positiva la atención recibida en España.
3. El hecho de que un 90% no haya visitado a un sanador/a, desmonta la idea de un posible componente religioso-místico en la expresión de sus dolencias.

4. El 50% no da importancia al género a la hora de ser atendidos. Por consiguiente, se desmonta también la hipótesis inicial de que el componente religioso puede condicionar la preferencia de género a la hora de ser atendido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Merriner T. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.
2. Vásquez ML. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. Revista Investigación y Educación en Enfermería. www.tone.udea.co/revista (Consultado 18 Nov 2008).
3. Checa F. La inmigración como proceso de integración. Index Enfermería Digital 2003; 42.
4. Spector RE, Muñoz MJ. Las culturas de la Salud. Madrid: Pearson Educación; 2003.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	40,0
Bajo	6	30,0
Medio	3	15,0
Alto	3	15,0
Total	20	100,0

Tabla 1. Conocimiento del idioma español

	Frecuencia	Porcentaje
Infecioso	7	35,0
Parto o aborto	2	10,0
Traumático	4	20,0
Otros	7	35,0
Total	20	100,0

Tabla 2. Motivos de consulta sanitaria

	Frecuencia	Porcentaje
Servicios sociales	15	75,0
Sin familia ni otros recursos	2	10,0
Familia, amigos, conocidos	2	10,0
Servicios sociales, familia, amigos y conocidos	1	5,0
Total	20	100,0

Tabla 3. Apoyo y recursos asistenciales

LA CENICIENTA QUE NO QUERÍA COMER PERDICES O... CÓMO APRENDER A DECIR BASTA EL CUENTO, UNA HERRAMIENTA PSICOEDUCATIVA DESDE EL PSICODRAMA EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

M^a. Lourdes Alcalá Aranda

INTRODUCCIÓN

Érase una vez un cuento que aterrizó en mi pantalla de ordenador, (una amiga me lo había enviado).

Lo leí y lo leí, quedando hechizada por sus contenidos y por las preciosas ilustraciones que le acompañaban. Sabía que no quedaría archivado en el almacén de PowerPoint.

Lo envié a mis amigas enfermeras de Salud Mental, teniendo como respuesta lo que era de esperar: “qué bonito....gracias, voy a trabajar con él en el grupo de psicoeducación”- dijo una- “qué bueno, lo voy a utilizar en mi grupo” (otra).

Y así fue, cómo el cuento se convirtió en protagonista, de una de mis sesiones de grupo con mujeres, que acuden a la Unidad de Salud Mental donde trabajo.

Acostumbro a trabajar con distintos recursos (artículos, juegos, expresión corporal, relajación, música) que facilitan la comprensión de los contenidos y ayudan a favorecer la consecución de objetivos de cada sesión.

Hoy, tengo ganas de contaros por dónde anduve transitando, y vamos viendo cómo resueña en cada uno, hacia dónde va, hacia dónde vamos. Decidimos viajar a la aventura de crear juntas, entregándonos al juego a partir del cuento, con esa entrega que es necesaria para que algo nuevo acontezca, dejando circular el protagonismo, en ese momento de creación compartida.

DESARROLLO

Intento explorar una experiencia grupal y para ello me apoyo en un cuento (La cenicienta que no quería comer perdices) que sirva de pasaporte a un viaje, que nos lleve a descubrir paisajes interiores a través de técnicas psicodramáticas que faciliten la expresión de sentimientos, emociones y actitudes en el marco de la espontaneidad y la creatividad.

Se trata de descubrir qué materias de expresión, mezcladas con otras, qué composiciones de lenguaje favorecen el pasaje de las intensidades emocionales, bucear en la geografía de los afectos, inventar puentes para hacer la travesía...

UN BREVE PASEO POR EL PSICODRAMA

El Psicodrama es un método para coordinar grupos por medio de la acción, y fue creado a partir de y para grupos humanos. Su cuerpo de teoría básico es la sociometría, que puede ser definida como la ciencia de las relaciones interpersonales.

El Psicodrama cumple con todos los requisitos de un método:

- Es un camino para abordar un objetivo
- Es un conjunto de procedimientos que se sistematizan en pasos, técnicas y recursos dramáticos.
- Ofrece una trama básica en secuencias (Caldeamiento, dramatización, compartir y Conceptualización) que le da consistencia.
- Se deriva de una teoría con la cual es coherente.

LA TEORÍA DE LOS ROLES

El concepto de rol es un concepto que Moreno (Padre del Psicodrama) definió como “la más pequeña unidad de conducta”. Para Moreno, el Yo surge de los roles y no al revés, o sea que para él, el Yo también es un concepto vincular. Los primeros roles están ligados a las funciones fisiológicas: Ingeridor, defecador y mingidor (roles psicósomáticos).

En algunos textos Moreno dice que después de los roles psicósomáticos surgen los psicodramáticos (rol de rescatador, de rebelde, de conciliador), y en otros considera que los roles sociales (rol de madre, de maestro, de enfermera) anteceden a éstos.

Los roles se van desarrollando como “unidades de conducta”, desde las conductas más simples hasta las más complejas, y siempre en relación con otro u otros, de forma que cada rol tiene su complementario; por ejemplo madre-hijo, maestro-alumno, enfermera-paciente. Cuando un rol se patologiza, el rol complementario es patológico; por ejemplo: madre permisiva-hijo manipulador.

Cuando nuestra espontaneidad está afectada, nuestros roles se vuelven rígidos y limitados; cuando en cambio, hay un buen desarrollo de la misma, podemos desempeñar nuevos roles o ser más creativos en nuestros roles sociales. Es entonces cuando el psicodrama interviene ayudándonos a liberar nuestros roles de sus complementarios patológicos, al mismo tiempo que amplía y hace más creativo nuestro repertorio de roles.

TEORÍA DE LA TÉCNICA

El psicodrama recrea la vida, y para hacerlo, debe tomar los elementos de la vida misma.

- El protagonista. Es aquél sobre quien se centra la acción dramática. En un grupo, es en quien se produce el entrecruzamiento entre la temática grupal y la historia individual; es el portavoz dramático.
- El Yo auxiliar. Es un miembro del grupo que ha sido escogido por el protagonista para jugar una parte en la representación psicodramática.
- El Director. Es quien lleva la secuencia dramática, instrumenta las técnicas y los recursos del psicodrama, funciona como nexo entre el grupo y el protagonista y coordina el espacio de compartir.
- El espacio dramático. Es el espacio físico donde se realiza la dramatización, aunque es mucho más que eso: es el lugar del “como si “dramático: como si esto fuera mi lugar de trabajo, como si este fuera mi paciente, como si ésta fuera la época de mi adolescencia.
- La Audiencia. Es la parte del grupo que no participa directamente durante una dramatización, pero que siempre participa, aun con el silencio, lo que se refleja al momento de compartir.

Ahora voy a dar paso al cuento, pieza protagonista de esta comunicación.

“LA CENICIENTA QUE NO QUERIA COMER PERDICES”- Nunila López, Myriam Cameros.

“La Cenicienta tenía tantas, tantas ganas de ir a la fiesta... que al final lo consiguió. Pero se puso tan ansiosa... que a la mañana siguiente no se acordaba de nada (llegó a las 12, pero a las 12 del día siguiente).

Pero ahí estaban esos dos señores, con el zapato de cristal de tacón de palmo y de punta... esperando para que se lo probara. Al principio no le cabía el pie, pero apretó y apretó hasta que le “cabió” y metió la pata.... ¡Porque se tuvo que casar con el príncipe!

Al príncipe le encantaban las perdices, pero la cenicienta es vegetariana, no come ni carne, ni pescado, ni lleva chupa de cuero, aún así tenía que cocinar las perdices porque era la comida preferida del príncipe. Se las cocinaba a la plancha, al horno, rellenas, fritas...- ¡Éstas están saladas! ¡Éstas están crudas! ¡Éstas están quemadas! - gritaba el príncipe malhumorado, porque nunca cocinaba las perdices a su gusto, ¡qué disgusto! Y lo peor, tenía que ir subida en los zapatos de tacón de palmo y de punta. ¡Qué vértigo!

Al principio intentó poner la espalda recta, pero se caía hacia atrás, así que se fue inclinando y por su espalda se fueron deslizando todas sus ideas e ilusiones. Y la planta del pie chafada completamente. ¡Eso es horrible! En la planta del pie están reflejados todos nuestros órganos. ¿Qué hacemos en Occidente con todos los órganos chafados? ¡No, si es que aquí no se practica la ablación porque no saben ni dónde cortar!

La Cenicienta cada vez se encontraba peor: enferma, deprimida, perdida... Un día decidió contarle: ¡Qué rollo de príncipe, de zapatos y de perdices!

“No te quejes de los zapatos, mi príncipe es moderno y yo voy subida en unas plataformas de medio metro”, le decía la vecina moderna “No te quejes, a mi príncipe le encantan las vacas y necesito ocho microondas para calentarle la cena”, le dijo la amiga autóctona. “No te quejes, ¿dónde vas a estar mejor que con un príncipe?” le regañaba la reina madre. “¿Pero tú no eras vegetariana y te gustaba andar descalza?”, le decía el colega republicano con perro.

Así que la Cenicienta se confundía más con los comentarios de la gente, dejó de contarle y se quedó sola. Sólo tenía a su príncipe “amado”, la espalda torcida, los pies chafados y el corazón destrozado.

Y un día tuvo la suerte de verse a sí misma. en la Perdicería ¿Quién es la última? - Preguntó-Y le dio por reírse de sí misma, de lo inocente que había sido pensando que un príncipe la salvaría. Después de años viviendo con uno, se dio cuenta de que los príncipes no te salvan... Tampoco los camioneros, ni los disc-jockeys, ni las pasteleras... Dejó de sentirse culpable, se perdonó y se dio cuenta que la única capaz de salvarte... Eres TÚ MISMA

Así que la Cenicienta dijo BASTA y apareció el hada, que era una vasta (he de contaros que las hadas son gorditas, peludas y morenas, que están dentro de nosotras y sólo salen cuando dices basta). En cuanto el hada vio a Cenicienta la abrazó y la estrujó, y la Cenicienta en el momento que se sintió recogida se puso a llorar ¡Hacia tanto, tanto que no lloraba!

Primero empezó llorando por el príncipe, por tantas perdices muertas y por los zapatos. Luego siguió llorando al recordar que su madrastra la maltrataba, que su padre la trataba peor y que sus hermanas casi se mueren por querer usar una 38 de Zara. Lo lloró todo, todo... (Hasta lo que nació en el hospital en vez de en casa) Lloró también dos vidas anteriores... por si acaso, (para no repetir karma).

Y se sintió mejor que nunca... ¡Vacía! (Con el miedo que le daba a ella quedarse vacía). Ahora sólo tenía que llenarse de cosas bonitas. Sabía que teniendo al hada basta al lado, lo conseguiría. En primer lugar dejó al príncipe, (a pesar de que cuesta mucho dejarlos, es tan difícil que a veces repites dos o tres príncipes más). Luego dejó los zapatos y las perdices.

Y una vez sola, descubrió que quería disfrutar de su cuerpo, que tan castigado había estado. Descubrió la danza libre, que no es tan libre pero que te hace sentir libre. En esta danza da igual que calces un 42, que peses 90 kilos, que midas 1'92 o que tengas 80 años.

Y así fue como encontró en el camino de la transformación a otros seres: Como a la Ratita Presumida, que ha empezado a engordar y ahora liga más... La Bella Durmiente y Blanca nieves que se están despertando (desintoxicándose del Prozac). Caperucita Roja que le había salido violento el cazador, debido a sus dioptrías emocionales, no le vio la escopeta. Pinocho que está harto de sus mentiras y sabe que necesita la verdad y el Hombre de Hojalata, que llorando, encontró su corazón. Una vez libres, pudieron realizar sus sueños, ayudándose entre sí.

La Cenicienta montó un restaurante cabaret vegetariano llamado “Me sobra armonía”, donde además de comer no paraban de bailar. Ahora están encantadas de haberse conocido, pero también muy enfadadas por el papel que han tenido que representar en los cuentos durante siglos: “niñas pasivas esperando que les pidan la mano y les quiten la vida”

SE ACABÓ, han empezado un cuento nuevo: ÉRASE UNAS MUJERES QUE NO ESTABAN SOLAS Y UNAS PERDICES QUE VOLABAN FELICES

Y bueno, fin, fin... ya sabemos que los finales no existen, todo continúa...

A Cenicienta le va muy bien en el restaurante y ha contratado a un montón de colegas. Ahora abre también por las noches, con el nombre “Me falta armonía” “La Ratita presumida ha conseguido llegar a una talla 42 y vive sola y feliz. La Bella Durmiente y Blanca nieves han conseguido cambiar el prozac por otras yerbitas. Se han hecho muy, muy amigas. Caperucita da talleres a mujeres maltratadas, de” cómo superar la ceguera familiar” El hombre de hojalata está enseñando a llorar a hombres y ha montado un grupo llamado “Hombres que aúllan con los lobos” “Pinocho sigue buscando la verdad: ya ha probado con la Gestalt. El diablo, las constelaciones familiares, las flores de Bach... La reina madre ha abdicado y se ha ido de cocinera al restaurante vegetariano. Insiste en que el jamón bueno no es carne. El amigo republicano con perro, desde que ha salido en este cuento no para de ligar.

El hada basta sigue apareciéndose cada vez que una mujer dice: BASTA

Este cuento está dedicado a todas las mujeres valientes que quieren cambiar su vida y a todas aquellas que la perdieron y nos iluminan desde el cielo

Y ahora... pasaré a contaros todo lo que sucedió:

Se dividió el trabajo en dos sesiones con un intervalo semanal.

En la primera sesión:

Distribución de las distintas escenas a las participantes del grupo

Cada una lee dos o tres escenas del cuento y muestra las ilustraciones al grupo

Lo que salió tras la lectura grupal:

Sus comentarios:

“Es bonito y divertido aprender así”

“Unas dicen basta antes y otras después”

“...Y muchas, nunca”

“El caso es darse cuenta”

“nos damos cuenta que necesitamos libertad”

“Es verdad, cuando alguna relación nos va mal siempre esperamos a otro príncipe y...repetimos príncipe... y no nos damos cuenta que así no vamos bien...qué pasada este cuento”

“Te das cuenta cuando estás ya fatal, fatal...”

“Cuando te das cuenta, ya estás enferma”

“Yo veo que este cuento, tiene un fondo triste... es la cruda realidad”

“La felicidad no depende de lo que tienes al lado, pero aguantas”

“Hay un tope”

“Todos los cambios dan miedo”

“Es importante pedir ayuda”

“la verdad es que parece increíble, todo lo que hemos sacado con un cuento”

En esta primera sesión de observación destacaría:

- Cohesión del grupo
- Comunicación entre ellas
- Expresión de emociones
- Identificación con las escenas
- Emociones de entusiasmo, risas
- Satisfacción con lo trabajado en la sesión

Las Enfermeras de Salud Mental de Mallorca, disponemos de un espacio de Supervisión mensual a cargo de una Psicóloga (Psicodramatista) que nos da formación en Psicodrama. Es una plataforma para supervisar y orientar nuestra praxis con los pacientes y todo lo que acontece como reacción en nuestro mundo emocional, a través de técnicas psicodramáticas.

En este espacio trabajamos el contenido de la experiencia de la primera sesión con el cuento.

Aportando los elementos que se habían manifestado:

Cohesión del grupo, expresión de emociones

Revivimos la sesión:

- 1) Realizando una lectura del cuento entre todas
- 2) La Directora nos solicitó que eligiéramos una escena del cuento
- 3) Una vez elegida tuvimos que poner título
- 4) votamos la escena a trabajar
- 5) Trabajamos la escena

Pasé a preparar la segunda sesión con el grupo, siguiendo los pasos tras la sesión de Enfermería y psicodrama apoyada y supervisada por la psicóloga que nos dirige.

Segunda sesión:

Objetivo: Es observar la respuesta de las mujeres, tras la experiencia de compartir el cuento y ver cómo se puede representar una escena con técnicas psicodramáticas, para movilizar la expresión de sentimientos, emociones y actitudes.

- 1) Relectura del cuento
- 2) Elección de escenas, las escenas elegidas:
 - "En la cama, con tiritas"
 - "Cuando se prueba el zapato"
 - "Cuando están en grupo"
 - "La danza libre"
 - "Pero, se puso tan ansiosa"
 - "Haciendo equilibrios, se caen las ideas"
 - "Con las amigas"
 - "En el restaurante de noche:"Me falta armonía"
 - "En dirección hacia cosas bonitas"
 - "Con el hada basta"
 - "Cuando se ve reflejada en el cuchillo en la perdiceria"
 - "No se acordaba de nada"
 - "Y metió la pata"
 - "En la cama con tiritas, enferma"
- 3) Títulos de las escenas:
 - "La desilusión"
 - "Antes de empezar cayó"
 - "Segura de lo que hago"
 - "Descubrió la buena vida"
 - "Parecía que se divertía pero no se divertía"
 - "Haciendo equilibrios"
 - "Cuando se decidió a hablar escuchó"
 - "No debería haber bares sin armonía"
 - "Una manera de divertirse"
 - "Consiguió unir a todos los compañeros"
 - "Curada, pero con cicatrices"
 - "Los zapatos me aprietan"
 - "Arrepentida de su príncipe"
 - "Las heridas dejan huella"

4) Se procedió a votar la escena para trabajarla. La más votada fue:

- “Cuando se decidí a hablar, escuchó”

5) Trabajamos La escena. La actuación comienza cuando el protagonista, la escena y el escenario ya están definidos

Directora

Protagonista: El amigo republicano con perro

Yo auxiliares: La Cenicienta

La Reina madre

Vecina moderna

Amiga autóctona

Espacio dramático: sala de grupos

La audiencia: resto del grupo que forma el público

Se utilizó la técnica del soliloquio (monólogo, una acción consistente en hablar sin un interlocutor real presente que escuche, es pensar en voz alta o hablar con uno mismo. En el arte dramático se utiliza para dar a conocer a los espectadores los sentimientos y pensamientos del personaje).

A continuación paso a transcribir algunos momentos de cómo se desarrolló la escena:

Amigo Republicano con Perro: "No entiendo a Cenicienta, como puede ser que si ella es vegetariana y no le gustan las perdices... Ahora con el príncipe cambie"... "No te entiendo" le dice a Cenicienta

A partir de aquí se genera la interacción entre el protagonista y los yo-auxiliares

Cenicienta: "¿Que podría hacer yo, para que tú me entendieras?"

Amigo Republicano con Perro: "Ser más consecuente contigo misma"

Cenicienta: "He cambiado para complacer al príncipe"

Amigo republicano con Perro: "Eres feliz"

Cenicienta: "A ratos"

Amigo republicano con perro: "No puedes hacer las cosas para complacer a los demás, porque a los demás le gusta que las hagas, no tienes cogidas las riendas de tu vida. ¿Y tus amigas que te dicen?"

Interviene la vecina moderna: "Haces lo mismo que tu amiga autóctona...Haz lo que yo hago...decídetes de una vez"

Cenicienta: "Me gustaría ser como tú...hacer lo que yo quisiera, pero me lo impide el entorno, siempre quiero evitar discusiones...yo se que tenéis razón pero como escapar de esto"

Amigo republicano con perro: "es triste oírte decir eso, te resignas a una vida que no quieres para ti...me siento incomodo aquí, no comparto tu comportamiento y tu actitud"

Interviene la reina madre: "No les hagas caso ¿crees que encontrarías a otro príncipe? Acuérdate del refrán: más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer"

Amigo republicano con perro: "Pues, si sigues así...escuchando esas cosas estarás toda tu vida entre perdices... Reacciona"

Amiga autóctona: "Deberíamos pensar en nosotras, todo lo que podríamos hacer... nos hemos creído el cuento que nos contaban de pequeñas y así nos va"

Cenicienta: "Podría recapacitar y cambiar algo, algunas cosas, no todas..."

Vecina moderna: "Por qué no nos vemos en el bar Armonía y charlamos del tema"

Lo que la audiencia expresó (el resto del grupo que observó la escena):

“Real como la vida misma”

“Me he visto reflejada”

“Es increíble”

“He encontrado al hada basta”

“Estoy al principio del cuento”

“Se me apareció el hada basta, dije basta...pero he vuelto a comprar perdices...que tonta”

“Yo no he encontrado al hada basta”

“El amigo republicano es fuerte y sabe lo que quiere, pero juzga mucho”

“Quieren ayudar a cenicienta”

“No le dan el camino”

“Le dan armas equivocadas”

“Cenicienta está pidiendo ayuda”

“Está más sola que la una”

“Los amigos le dan lo que pueden”

“No todas las formas de ayuda son correctas”

“Al final escuchó, lo que nadie le había dicho, que tenía que ser ella misma...empezando a cambiar algunas cosas”

El cierre lo hizo el protagonista: “El amigo republicano con perro” quién expreso:

“Que se había sentido incomodo(a)”

“Estaba diciéndole, lo que a mí me cuesta hacer en la vida real”

“He tenido momentos de bloqueo”

“Me sudaban las manos”

“me molestaba que Cenicienta no me escuchara”

“ha sido una experiencia positiva y divertida...da que pensar”

CONCLUSIONES

Concluir diciendo que ha sido una satisfacción haber tenido la oportunidad de descubrir el cuento de Nunila López (autora) y Myriam Cameros (ilustradora), que ha brindado tantas posibilidades.

Me motivó a:

- Compartirlo con el resto de mis compañeras y amigas
- Utilizarlo en nuestro espacio de supervisión de psicodrama, como “objeto intermediario” para explorar el mundo de nuestras emociones
- Elegirlo como herramienta psicoeducativa en el grupo de mujeres, donde se creó un espacio que facilitó la expresión de emociones desde el juego, el disfrute, la lectura, el actuar, el entender, el compartir, el sentir, el pensar, el escuchar, el estar, el ayudar, el decir, el cambiar...
- Descubrir quién había detrás de este cuento. Tuve la suerte de contactar con su autora, simpática y entrañable mujer que un día decidió “vivir del cuento”. Aporté mi granito de arena, para posibilitar la auto-publicación del cuento. Ahora mantenemos relación telefónica y me ha enviado siete cuentos más para continuar explorando.

Y como guinda, me motivó a presentar esta comunicación para poder compartirla con todos vosotros, porque los cuentos nos dan alegría, vibración emoción y disfrute.

Gracias a todas las personas que me ayudaron a poner este punto y...seguido.

Continuará...

BIBLIOGRAFÍA

- LOPEZ BARBERA, ELISA Y POBLACION, PABLO. Introducción al Role-playing pedagógico. Editorial Desclee de Brouwer, .(2000). S.A. Bilbao

- MORENO, JOSEPH J. Activa tu música interior: Musicoterapia y psicodrama. Ed. Herder. . (2004). Barcelona
- FONSECA FABREGAS, LUIS ERNESTO Y PROL. DE JAIME G. ROJAS-BERMUDEZ. Más allá del monigote: Lecciones de psicodrama. Editorial Hamalgama. (2005). Las Palmas
- BUCHBINDER, MARIO J. Poética de la cura. Editorial letra viva. Instituto de la máscara. (2005).Argentina
- MARTINEZ BOUQUET CARLOS. La Ruta de la Creación. Editorial Aluminé. . (2006).Barcelona
- LOPEZ SALAMERO NUNILA, CAMEROS SIERRA MYRIAM. La Cenicienta que no quería comer perdices. Editorial Nido de Boas. (2009). Barcelona

ACTUALIZANDO CUIDADOS ENFERMEROS EN PSICOGERIATRÍA

Margarita Llinas Villaran, Antonia María Mut Barceló

Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA). Palma de Mallorca. Illes Balears

INTRODUCCIÓN

El Psicogerítrico en el que trabajamos está ubicado dentro del Hospital Psiquiátrico en el Área de Salud Mental de las Islas Baleares, gestionado por GESMA; empresa pública del Govern Balear constituida como tal en el año 1993.

GESMA se define como una empresa pública sanitaria, que ofrece servicios personalizados de carácter sociosanitario, de salud mental y comunitaria para mejorar la salud, autonomía y bienestar de los ciudadanos de Mallorca y las islas Baleares, deseando ser líder en dicho tipo de atención orientada hacia las personas, familias y la sociedad promoviendo la competencia y el compromiso ético de sus profesionales.

GESMA incluye varias infraestructuras en dos áreas:

1. Área sociosanitaria:

- Hospital Joan March (1993)
- Hospital General (1994)

(Hospitales de agudos reconvertidos en centros de atención sociosanitaria en 2002, siguiendo los principios del Pla Sociosanitari de les Illes Balears).

2. Área de Salud Mental:

2-1. Área de hospitalización: 163 plazas (Hospital Psiquiàtric) con:

- Unidades de larga estancia
- Unidades de media estancia
- Unidad de subagudos
- Unidad de discapacitados mentales con trastornos de conducta
- Residencia Psicogerítrica
- Además de talleres ocupacionales y club social.

2-2. Área de recursos comunitarios: 189 plazas

- Unidades de Rehabilitación Comunitaria (UCR): 4
- Servicios de Atención de Rehabilitación Comunitaria (SARC), con pisos tutelados, supervisados y minirresidencias.
- Servicio de Inserción Laboral (SIL)

DESARROLLO

La Residencia Psicogerítrica (Psicogerítrico "Pare Catany") es una unidad hospitalaria suprasectorial de carácter residencial para pacientes mayores de 60 años con una patología psiquiátrica residual que debido a sus déficits o deterioros, producto de su enfermedad, necesitan de una atención constante y no pueden ser atendidos en un recurso residencial normalizado.

Consta de 60 camas distribuidas en tres plantas en las que los pacientes se ubican según grado de dependencia, estando los de mayor dependencia en la planta baja.

RECURSOS HUMANOS:

Médico
Psicóloga
Trabajadora Social
Fisioterapeuta
Enfermería: Coordinadoras Enfermería: 2
 Enfermeras/os. 10
 Auxiliares Enfermería. 41

METODOLOGÍA

Hasta hace poco estábamos trabajando sin ningún tipo de metodología definida, atendiendo las necesidades de nuestros usuarios de forma generalizada y trabajando por tareas preestablecidas para cubrir dichas necesidades.

Actualmente queremos dirigirnos hacia una atención centralizada en las necesidades de la persona y su entorno (trabajar aplicando cuidados mas personalizados).

Hemos utilizado el modelo de cuidados de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades básicas del individuo, y según el cual, el principal objetivo de los cuidados básicos es la satisfacción de dichas necesidades, ayudando a la persona a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad o supliendo su autonomía.

Función Enfermera

Según V. Henderson, la función de los enfermeros consiste en: "Atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, restablecimiento, o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte. Actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios".

Por ello nos fijamos un objetivo:

- Asignar a cada paciente una enfermera referente:
- Realizar su valoración y plan de cuidados.
- Atención más personalizada
- Mayor coordinación entre enfermera-auxiliar para el intercambio de información.

Se asignó a cada enfermera como referente (de forma aleatoria) un grupo de pacientes (de 6 ó 7 usuarios).

Se realizó la valoración de cada paciente, en la que se determina el grado de dependencia y autonomía en cuanto a autocuidados y ABVD, utilizando la escala de Barthel, las de Norton/Braden (UPP) y la de Downton (caídas).

Estamos actualmente cumplimentando los planes de cuidados, determinando los problemas de autonomía o suplencia (mayoría de nuestros usuarios).

A pesar de ello existen siempre problemas de colaboración que requieren la intervención de otros profesionales, por lo que es importante dirigirnos hacia la consecución del plan terapéutico interdisciplinar, donde se consideran las valoraciones de todos ellos. En definitiva, todo el equipo camina hacia la realización de los planes terapéuticos individualizados integrales.

Los enfermeros, además del grupo de pacientes asignados; diariamente y por turno se reparten a los pacientes de la unidad; de manera que uno asume dos plantas (más autónomos) y el otro la planta baja (mas asistidos). Del mismo modo, al auxiliar de enfermería se le asigna por turno y día un nº. de pacientes, de 5 a 10 dependiendo de la planta.

Detectadas otras necesidades y para el buen funcionamiento y organización de la unidad consideramos otros puntos:

1. Ropa personalizada:

- Conseguir que todos los residentes tengan su propia ropa personalizada suficiente e identificada con su nombre.

Para ello se confeccionó un protocolo de marcaje de ropa y a fecha de hoy todos los pacientes disponen de su propia ropa identificada. Esto ha supuesto un gran esfuerzo; ya que clasificar, marcar y seleccionar ropa de 60 personas de verano e invierno supone una gran dedicación por parte del personal auxiliar para cubrir dicha necesidad de nuestros usuarios, a la que también esta colaborando notablemente la Trabajadora Social.

2. Distribución de comedores por plantas:

Hasta ahora todos los residentes compartían el mismo espacio durante las comidas. Ahora las comidas y toma de medicación se realizan en cada planta; y antes y después de la comida y cena se procede al lavado de manos; con ello conseguimos los siguientes objetivos:

- Disponer de mas tiempo para el aseo y acicalamiento del usuario (a petición del propio personal)
- Atención más personalizada hacia el usuario en los horarios de las comidas y toma de medicación
- Estimular la movilidad del usuario, con el soporte y supervisión de la fisioterapeuta.
- Evitar la aglomeración en el comedor, tanto de personal como de usuarios
- Retomar hábitos saludables de higiene (lavado de manos e higiene bucal)

Aunque las meriendas de las tardes se realizan conjuntamente en el comedor de planta baja y es, en este espacio de tiempo, cuando aprovechamos para realizar conjuntamente algunos actos sociales como son las celebraciones y los aniversarios, por ejemplo.

3. Uso y cumplimentación de los registros:

- Motivar al personal para la cumplimentación y uso de los registros.

En reuniones de enfermería se va explicando la importancia, no sólo legal de los registros para la historia clínica, sino tan necesaria para mantener constancia de la realización de nuestro trabajo e importante e imprescindible para la comunicación interdisciplinar en el cuidado del paciente.

- Registros para la continuidad de cuidados

Las propias enfermeras han diseñado varios tipos de registros internos:

- Seguimiento de interconsultas.
- Informe de enfermería para traslados provisionales.
- Ficha básica de higiene del paciente.

4. Necesidad de formación del personal.

- Dar formación específica para enfermería en Salud Mental.

La Subdirección de Enfermería facilita en horario de trabajo la formación continuada del personal. Actualmente se imparten los cursos:

- Comunicación en Salud Mental
- Metodología enfermera
- Prevención infecciones nosocomiales
- Contención Mecánica
- Introducción a la RCP básica
- Urgencias Psiquiátricas

ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Un 50% de nuestros usuarios utilizan los recursos de rehabilitación existentes en el ASM. De los cuales un 22% son usuarios de Laborterapia (talleres de cerámica y jardinería) y un 47% asisten a talleres de TO.

Desde la propia unidad se organizan excursiones, viajes, salidas dependiendo de la época del año aproximadamente cada dos meses donde participan todos los profesionales del equipo.

Desde el Club Social se realizan cuatro salidas semanales con nuestros usuarios, dos de ellas incluyen comida o cena. Así como se celebran también eventos sociales y de la comunidad (fiesta de carnaval, fiestas locales,etc.).

HERRAMIENTAS PARA TRABAJAR EN EQUIPO

Utilizamos:

- Las reuniones multidisciplinarias semanales donde se tratan temas referentes a los pacientes y su enfoque para la resolución de problemas .

- Reuniones periódicas de enfermería: Temas de pacientes y organización del trabajo en la unidad.

- Las reuniones quincenales con el equipo de laborterapia y TO para control y organización de la asistencia y participación de los usuarios en las distintas actividades, permitiendo así priorizar y canalizar esfuerzos.

- Las reuniones para la organización y desarrollo con el equipo de la unidad de actividades de ocio comunitario y tiempo libre mensuales propias de la unidad (excursiones, salidas, viajes...) dependiendo de la época del año.

Además:

- Las asambleas semanales de los pacientes donde pueden expresar sus opiniones, quejas, demandas y donde además se les informa de las salidas o excursiones que se realizaran en el mes, etc.

CONCLUSIONES

Al trabajar siguiendo una metodología aplicada somos capaces de explicar y relacionar conceptos teóricos con la práctica diaria de los cuidados y como estos conceptos van encajando con nuestro quehacer diario poniendo nombre a todas esas acciones que las enfermeras saben hacer a la perfección, pero mas raramente sabemos explicar, razonar y justificar.

Trabajar con un número tan elevado de usuarios y personal implica un gran esfuerzo por parte de todos los profesionales; el uso de metodología y el hecho de distribuir a los pacientes según su nivel de autonomía ha permitido una mayor calidad asistencial y personalizada. El trabajo más personalizado y metodológico facilita el abordaje más directo de las necesidades de nuestros usuarios y favorece la satisfacción del personal al conseguir los objetivos formulados.

BIBLIOGRAFÍA

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8 ed. Barcelona : Masson; 2008
- Tejedor MJ, Etxabe MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona : Glosa; 2008

- Luis Rodrigo MT, Fernández C, Navarro MV. El pensamiento de Virginia Henderson, en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona : Masson; 2000
- Govern de les Illes Balears. Gestió Sanitària de Mallorca. Memòria 2007. Palma (Mallorca): GESMA; 2008
- Govern de les Illes Balears. Gestió Sanitària de Mallorca. Plà estratègic GESMA: juny 2008 - abril 2011. Palma (Mallorca): GESMA; 2008

SALUD MENTAL VS SALUD FÍSICA. CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL DE A CORUÑA

Álvarez Castro, Carlos; Blanco Presas, Manuela; Fernández Fernández, Esperanza; Lantes Louzao, Sara; Sanmartín Márquez, Rosario; Suárez López, Paula

INTRODUCCIÓN

La necesidad de prestar atención a la salud física de los pacientes con trastornos psicóticos es claramente una prioridad que no se ignora hoy día por parte de todos los profesionales que estamos trabajando en el ámbito de la salud mental.

En las primeras etapas del cuidado del paciente psiquiátrico, las actuaciones de los cuidadores se circunscribían al ámbito de impedir que los pacientes se hiciesen daño a sí mismos o a otras personas, se trataba de “mantenerlos tranquilos”. Con el paso del tiempo y la llegada de la medicación psiquiátrica, el concepto de enfermedad mental y los cuidados han ido cambiando con las exigencias de las nuevas situaciones. No es de ahora el reconocimiento de que la propia psicopatología (tanto por sintomatología negativa como por positiva) lleva intrínsecas una serie de actitudes y comportamientos de los pacientes por los cuales presentan un importante déficit de autocuidados en la mayoría de los casos, tanto en brotes agudos como en la cronicidad, con el paso de los años.

Además del riesgo para la salud física que entraña la propia psicopatología, los pacientes con trastornos psicóticos son candidatos a tener otros riesgos añadidos, por la adopción de hábitos insalubres, como una mala nutrición, el sedentarismo o el consumo habitual de tabaco u otros tóxicos.

Además está demostrado que los antipsicóticos, sobre todo los llamados “atípicos”, presentan diferentes efectos secundarios que pueden perjudicar la salud física del paciente, entre ellos el riesgo que se presenta de 2 a 4 veces mayor que en el resto de la población a presentar un cuadro de síndrome metabólico. Aunque en recientes estudios se reconoce que las compañías farmacéuticas empiezan a hacerse cargo del problema y los últimos tratamientos lanzados al mercado ya conllevan menos riesgo para la salud física, aún así se sigue insistiendo en que se investigue para crear nuevos fármacos en los cuales los efectos secundarios perjudiciales para el organismo estén reducidos al mínimo o desaparezcan.

Todos los profesionales de la salud mental debemos ser conocedores del problema, y las enfermeras y enfermeros debemos poner en marcha actitudes y actividades cuyo objetivo sea prevenir o preservar la salud física del paciente con trastorno mental severo, y en el caso de existir ya complicaciones, aplicar los cuidados necesarios encaminados al tratamiento.

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD

El concepto de salud integral que 30 años después de su definición tiene en nuestros días máxima vigencia nos indica cómo debe ser nuestra actuación enfermera para con los pacientes.

La experiencia, en cambio, nos demuestra en ocasiones que deberíamos revisar de cuando en vez conceptos como el nombrado anteriormente, ya que, por poner un ejemplo, enfermeras que hemos trabajado en unidades de cuidados intensivos hemos visto en la práctica diaria que cuando ingresa un paciente diagnosticado de alguna enfermedad psíquica, en la mayoría de las ocasiones, no se incluye en la pauta médica el tratamiento psiquiátrico, y las valoraciones y diagnósticos enfermeros en muchos casos, posiblemente contagiados por la visión de lo más evidente, suelen obviar también los problemas mentales de los pacientes. Esto ocurre también

a la inversa, en las unidades de agudos, como en los hospitales de día o en las unidades de salud mental, por poner ejemplos de algunos dispositivos, tendemos a ver y a planificar cuidados atendiendo básicamente a los problemas que conciernen a la enfermedad mental, olvidándonos muchas veces de explorar otros campos dónde también puede haber problemas o riesgo de presentarse.

Los pacientes psicóticos tienen una esperanza de vida un 20% menor que la población general y según las conclusiones de un estudio elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias perteneciente al Instituto Carlos III, se sabe que un 65% de este exceso de mortalidad es debido a causas naturales.

Las principales causas son respiratorias, con un 42%, cardiovasculares, que comportan un 30% y el cáncer, con un 18'5% de mortalidad superior a la población general. Además de esto hay que añadir la alta prevalencia de enfermedades como la diabetes o el síndrome metabólico. Según un estudio hecho en el 2005 por psiquiatras españoles, un 66% de los pacientes con esquizofrenia presenta hipercolesterolemia, un 25% padece obesidad, un 18% tiene hipertensión y un 5% sufre diabetes.

Observando esta presencia de complicaciones físicas en los pacientes psicóticos, en el hospital de día de psiquiatría de A Coruña estamos realizando planes de cuidados individualizados que diagnostican los problemas reales y potenciales que pueden presentarse a este respecto.

A continuación describiremos la población ingresada en este momento, que es una muestra representativa de los enfermos tipo que suelen ingresar en nuestro hospital de día y describiremos los diagnósticos más frecuentes relacionados con la salud física que aparecen en los enfermos ingresados en la actualidad.

POBLACIÓN DIANA DE LOS CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA:

En este momento tenemos ingresados un total de 28 pacientes, 18 hombres y 10 mujeres. Atendiendo a los principales factores de riesgo, hemos sacado los siguientes datos: Un 36% del total de pacientes presentan sobrepeso (más del 20% superior al peso ideal), haciendo distinción de sexos, un 22% de los hombres presentan obesidad mórbida, que en caso de las mujeres se ve aumentada en un 50%. En este momento sólo tenemos una paciente ingresada con problemas de peso por debajo del ideal. Con respecto al consumo de tabaco, que resulta muy preocupante y estamos llevando a cabo actuaciones específicas dentro de nuestra comunidad, nos encontramos que un 72% de los hombres son fumadores, y en el caso de las mujeres, las cifras nos dan un 50% de fumadoras. Hay que tener en cuenta que más de la mitad del total de fumadores, consumen más de 20 cigarrillos por día, siendo habitual el consumo de más de 40 cigarrillos/día. De todos los pacientes ingresados a día de hoy, solamente cinco de ellos hacen ejercicio de manera habitual (al menos dos veces por semana), uno de ellos ciclismo y los otros cuatro caminan habitualmente. El resto de pacientes no hace más ejercicio que el practicado dos veces por semana en el hospital de día. Con respecto a la medicación antipsicótica pautaada, un 21% de los pacientes se encuentra a tratamiento con un antipsicótico, el 79% restante tienen politerapia antipsicótica (además de otros fármacos), un 39% están a tratamiento con la combinación de dos antipsicóticos, un 21% de tres, un 18% está a tratamiento con la combinación de cuatro antipsicóticos diferentes y un paciente, que supone el 3'5%, está en este momento tratado con cinco antipsicóticos. Cuatro pacientes, es decir, un 14%, no se encuentra a tratamiento con antipsicóticos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES RELACIONADOS CON LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES (SE ENUNCIAN CON LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO)

- **00001 Desequilibrio nutricional: por exceso, relacionado con un aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por: peso corporal superior en un 20% al ideal según estatura y constitución corporal, infomación y observación de patrones alimentarios disfuncionales, sedentarismo.**

- NOC: 1612 CONTROL DEL PESO

- NOC: 1009 ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN DE NUTRIENTES

- NIC:

- Asesoramiento nutricional.
- Aumentar el afrontamiento.
- Ayuda para perder peso.
- Asesoramiento nutricional.
- Control de la hiperglucemia.
- Enseñanza: dieta prescrita.
- Fomento del ejercicio.
- Control del peso.
- Monitorización nutricional.
 - Se determinan la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente, facilitando la identificación de las conductas alimentarias que hay que cambiar.
 - Establecemos metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
 - Se proporcionan dietas adecuadas a las posibilidades individuales de consecución y preparación de los alimentos.
 - Se instruye en aspectos de nutrición y elaboración de alimentos.
 - Se valora el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
 - Se realiza una medida del peso semanal o quincenal, según posibilidades.
 - Se evalúa el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita, explicándole su finalidad.
 - Se le instruye sobre los alimentos permitidos y los que no debe comer, ayudándole a acomodar sus preferencias de comidas a su dieta, incluyendo a su familia en este proceso.

- **00102 Déficit de autocuidados: alimentación, relacionado con: deterioro de percepción o cognitivo y falta de motivación, manifestado por incapacidad para obtener o preparar los alimentos.**

- NOC: 0303 CUIDADOS PERSONALES: COMER

- NIC:

- Ayuda en el autocuidado: alimentación.
- Enseñanza: dieta prescrita.
- Fomentar la implicación familiar.
 - Se le pone al paciente la dieta adecuada de acuerdo con sus necesidades, atendiendo a la economía y a la posibilidad de preparación de alimentos.

- 00092 Intolerancia a la actividad.

- NOC: 0005 TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD

- NIC:

- Control de la energía
- Fomento del ejercicio
- Facilitamos al paciente la alternancia de períodos de descanso y actividad, para conseguir mayores momentos de energía.
 - Se le anima a que comience a hacer ejercicio con un programa adecuado a sus necesidades y que pueda formar parte de su rutina diaria.
 - Se hacen ejercicios en el hospital, supervisando que los realice de forma adecuada.
 - Se potencia su motivación proporcionando una respuesta positiva a sus esfuerzos.
 - Se ponen en su conocimiento recursos de la comunidad, como gimnasios, actividades de asociaciones vecinales, etc...

- 000126 Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad y tratamiento, relacionado con falta de información o mala interpretación de ella, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones.

- NOC: 1812 CONOCIMIENTO: CONTROL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- NOC:1808 CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN

- NIC

- Ayuda para dejar de fumar
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Enseñanza: medicamentos prescritos
 - Se explican las ventajas de dejar de fumar, haciéndole ver que los síntomas físicos de la abstinencia son temporales.
 - Se le ayuda a identificar los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar y las situaciones que incitan a ello.
 - Se le ayuda a elegir el mejor método para él.
 - Durante su estancia en el hospital de día se disminuye su consumo hasta lograr el abandono del hábito.
 - Se le ayuda al paciente a tolerar mejor los momentos de estrés, preparándole para momentos difíciles.
 - Fomentamos la toma de decisiones responsables en la elección del propio estilo de vida.
 - Se proporcionan por escrito y de forma detallada la medicación pautada, las dosis y los horarios, asegurándonos de su comprensión.
 - Se informa al paciente sobre el propósito y la acción de cada medicamento.

- 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud, relacionado con deterioro perceptivo o cognitivo, manifestado por falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.

- NOC: 1823 CONOCIMIENTOS: FOMENTO DE LA SALUD

- NIC

- Educación sanitaria
- Enseñanza: individual

- Asesoramiento nutricional
- Prevención del consumo de sustancias nocivas.
- Determinamos las necesidades de enseñanza del paciente, valorando su nivel educativo y sus capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Se incorporan estrategias para potenciar la autoestima del paciente. Se le enseñan algunas que pueda utilizar para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos.

ACTIVIDADES INDIVIDUALES Y GRUPALES

Los diagnósticos descritos son los cinco más presentados en los pacientes de hospital de día con relación a su salud física, y las actividades descritas las realiza el personal de enfermería con supervisión de la enfermera responsable, a nivel individual. Asimismo también se realizan una serie de actividades grupales con el propósito de fomentar la consecución de la adopción de hábitos saludables en los pacientes, existe un grupo de cocina un día a la semana, dónde se instruye a los pacientes a preparar los alimentos de modo saludable, y un grupo de ejercicio físico, dos veces por semana, donde se realizan diferentes ejercicios comprobando su correcta realización.

Además se proyecta la instauración de dos grupos semanales a mayores, uno sobre nutrición y ejercicio, que será llevado a cabo de modo multidisciplinar (por la enfermera y el terapeuta ocupacional, con ayuda de la psicóloga del centro) y otro encaminado a ayudar a los pacientes a dejar de fumar con un método en el cual se han especializado varias enfermeras de nuestro equipo de salud mental.

CONCLUSIONES

En el año 2007 un grupo de psiquiatras a nivel europeo se reunieron en Madrid y elaboraron un decálogo para concienciar a todos los profesionales sanitarios sobre la necesidad de tomar las medidas que sean precisas para que los pacientes con trastorno mental severo puedan tener la misma esperanza de vida que la población general. Siendo plenamente conscientes del problema, en el Hospital de Día de Salud Mental de A Coruña, desde el equipo de enfermería y coordinados con el resto de profesionales que en él trabaja, queremos adoptar las estrategias que sean necesarias para alcanzar un objetivo común: disminuir en todo lo posible las complicaciones físicas que puedan presentar nuestros pacientes, disminuyendo los factores de riesgo añadidos, tratando todos los problemas que se planteen, tratando integralmente al individuo y educando hacia estilos de vida más saludables. Con esto pretendemos que nuestros pacientes logren la máxima esperanza de vida y también que su vida diaria sea más plena y puedan disfrutarla con el máximo de salud deseable. Para ello queremos realizar un seguimiento de los pacientes poniéndonos en contacto con las unidades de salud mental a las que sean derivados éstos al alta, para tener datos sobre su estado de salud y su mantenimiento en los hábitos aprendidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Dickerson y col. Schizophrenia Bulletin (Ed Esp), 2007;2(2);107-113
- ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2008 SEP;36(5):251-264. J. Saiz Ruiz; J. Bobes García; J. Vallejo Ruiloba.(et.al)
- GUÍA PRÁCTICA DE INFORMES DE ENFERMERÍA EN SAUD MENTAL. Mª Jesús Tejedor García, Mª Pilar Etxabe Marceil.
- NANDA 99-00 Traducción AENTDE mayo 2001
- Etiquetas Taxonomía NIC 2ª Traducción AENTDE febrero 2004
- Etiquetas Taxonomía NOC- 2ª Ed 2ª Traducción AENTDE febrero 2004

- Samplablo Lauro I, Angril Paxeras. Actualización en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2004; 40 (3): 123-132.
- Sanz Pozo B, De Miguel Díez J, Camaralles Guillem F. Métodos no farmacológicos en la deshabitación tabáquica. Rev Clin Esp 2004; 204 (1): 37-39
- VIVIR “SALUDHABLEMENTE”. Programa hábitos de vida. Ed. Por laboratorios Lilly.

EL SILENCIO TERAPÉUTICO, UNA HERRAMIENTA MÁS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Elizabeth Collado Gámez, M^a. del Mar Fernández Pérez, M^a. del Carmen Tena Dolz

El silencio proviene de la palabra latina *silentium* y se define como la abstención a hablar. A su vez éste, se puede entender como un elemento dentro de la comunicación no verbal. Así, Kakperek (1997) (1) define la comunicación no verbal como un término usado para describir todas las formas de comunicación humana no controladas por el habla, incluyendo en ésta el uso del silencio. En la comunicación, el silencio constituye un significativo recurso paraverbal, principalmente cuando se usa como pausa reflexiva.

Tras una revisión bibliográfica se observa que el silencio ha sido conceptualizado de distintas formas según autores (2) (3) (4) (5) (6):

En el psicoanálisis tradicional, Freud (1911) (7) considera el silencio como algo negativo, en otras palabras, como el mayor poder de resistencia en los pacientes. Contraponiendo a Freud, Firenczi en la misma época, 1911 (8), elabora una postura contraria, aludiendo al silencio como una forma de descarga de impulsos o como una retención o un acumulo de los mismos. Siguiendo en la línea de Freud, Abraham en 1919 (9) sugiere que la palabra es representada como una descarga de afecto y el silencio es representado como una defensa en el individuo. En 1949 Fliess (10) clasificó el silencio según estados libidinales, percibiéndolo como una defensa contra las sensaciones del cuerpo, pensamientos y/o emociones. En 1973 Shafii (11) consideró que la utilización del silencio en la terapia permitía al paciente verbalizar sus pensamientos y fantasías, conceptualizándolo como una forma de inhibición. Por otra parte, Stream en 1969 (12), puntualizó que aunque la mayor parte de las intervenciones terapéuticas requieren el uso de la palabra, existen pacientes que requieren intervenciones no-verbales, como lo es el empleo del silencio, puesto que presentan fijaciones en la fase no verbal de su desarrollo.

Pero el silencio no siempre se ha entendido únicamente desde el punto de vista del paciente, ya Reik en 1926 (13) establece una diferenciación entre el silencio del paciente y el silencio del terapeuta, aspecto en el que voy a centrar el desarrollo de mi comunicación.

Robert Langs en 1988 (14) evaluó la importancia del uso del silencio terapéutico y planteó que, aunque en ocasiones, éste puede provocar contratransferencia, también puede ser utilizado como una herramienta de intervención. Por ejemplo, sugiere que responder a los pacientes con silencio, intensifica su tolerancia o su frustración. Es por tanto que advierte que el silencio debe ir acompañado de forma inherente de sinceridad y respeto en un ambiente cálido.

Aull and Stream en 1967 (15) destacaron que la utilización del silencio puede conllevar algunos riesgos. Tras un estudio que llevaron a cabo con seis pacientes concluyeron que el uso prolongado del silencio era una forma de intervención, pudiéndose obtener del empleo del mismo aspectos positivos y negativos. Por una parte la utilización del silencio puede sentirse como una pérdida, una retirada por parte del terapeuta, perjudicando la alianza terapéutica, y por otra parte, el uso del silencio puede ofrecer gratificación, aceptación y entendimiento contra los impulsos y miedos inaceptables del paciente.

En la práctica enfermera y siguiendo los criterios que se proponen en la taxonomía NANDA-NOC-NIC (16) (17), existen una serie de intervenciones enfermeras (NICs), en las que se podría valorar un uso implícito del silencio terapéutico. Éstas son las siguientes:

• Acuerdo con el paciente (4420)

Uno de los aspectos que se tiene en cuenta dentro de esta intervención es el ambiente, en concreto, las circunstancias en las que se desarrolla el proceso comunicativo. El ambiente, es uno de los siete indicadores dentro de la comunicación no verbal que Emly en 1995 (18) des-

cribió de forma etológica en uno de sus estudios y que conceptualizó de la misma forma en la que se ha descrito anteriormente.

- **Apoyo emocional (5270)**

En esta intervención se trata de favorecer el llanto al paciente, manifestándole apoyo y permaneciendo a su lado en el proceso patológico. Aspectos que en el quehacer enfermero se pueden llevar a cabo mediante la utilización del silencio terapéutico.

- **Asesoramiento (5240)**

Una de las intervenciones que incluye este NIC, es el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza y el respeto, favoreciendo así la expresión de pensamientos, emociones y/o sentimientos.

- **Contacto (5460)**

En esta intervención se proporciona consuelo y comunicación a través de un contacto táctil, de tal modo que el paciente se sienta comprendido y se cree una buena relación empática. Le May, en 1986, en su publicación “The human connection” (18), destaca el uso del tacto como una de las herramientas más utilizadas por las enfermeras en situaciones en las que los pacientes se sienten intranquilos, vulnerables o se encuentran en situaciones de estrés, ya que éste proporciona confort y tranquilidad. ¿Podemos entonces estar hablando de la posibilidad de una “tensión arterial terapéutica” dentro de la práctica enfermera en salud mental?. El tacto es un tipo de comunicación entendible, cuando otras no lo son, dadas las circunstancias en las que vive el paciente. No hay que olvidar, que es muy importante cuando se emplea el tacto en un proceso comunicativo tener en cuenta las normas culturales, es decir, tener en cuenta la conveniencia o no del uso y aceptación del tacto según culturas.

- **Disminución de la ansiedad (5820)**

Esta intervención incluye la creación de un ambiente que facilite el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y dónde el paciente pueda expresar sus sentimientos, percepciones y miedos.

- **Enseñanza Individual (5606)**

En esta intervención se le proporciona al paciente el tiempo necesario para conseguir que lleve a cabo preguntas y aclare sus dudas. Proporcionar este tiempo al paciente implica permanecer en silencio.

- **Estimulación de la integración familiar (7100)**

Se incluye en esta intervención la escucha que se les proporciona a los miembros de la familia estableciendo así una relación de confianza. En una publicación de un estudio realizado por Burley-Allen en 1995 titulada “Escuchar, una habilidad olvidada” (20), afirma que las enfermeras en nuestra práctica diaria empleamos aproximadamente un 45% de nuestro tiempo a escuchar. Bub en 2006 (21) afirma que el acto de escuchar es también considerado un proceso activo a pesar de que en ocasiones, ha sido considerado un proceso pasivo y complicado, ya que la persona que escucha (el terapeuta) mediante este acto observa, utiliza todos sus sentidos y evalúa la comunicación que se establece, proporcionando empatía al paciente.

- **Mediación de conflictos (5020)**

Se permite que tanto el enfermo como los familiares expresen sus preocupaciones y sentimientos, utilizando diversas fórmulas de comunicación entre las que se encuentra la escucha activa, para facilitar la resolución del conflicto. Aspecto que más adelante se detalla dado que

la taxonomía NANDA-NOC-NIC la incluye como una intervención más en la práctica enfermera (16) (17).

• **Potenciación en la disposición de aprendizaje (5540)**

Se incluye esta intervención puesto que como en anteriores intervenciones que se han señalado, se trata de fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.

• **Presencia (5340)**

Nelms (1996) (22) describe la presencia como un cuidado humanitario, dividiéndola en dos partes, por un lado, en estar con el paciente, y por otro, en estar allí dónde el paciente lo necesite. Por lo que respecta a esta intervención incluye mostrar una actitud de aceptación y empatía hacia la situación que está experimentando el paciente, estableciendo una relación de confianza positiva, incluyendo estar presentes mientras el paciente se relaciona con sus familiares, actuando así de mediadores. A su vez, incluye permanecer con el paciente transmitiéndole sentimientos de seguridad y confianza en los momentos de ansiedad.

• **Prevención del suicidio (6340)**

Dadas las circunstancias en las que se encuentra inmerso el paciente nos relacionaremos con él a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y darle la oportunidad de hablar de sus sentimientos a través del empleo del silencio terapéutico.

Una vez nombradas las intervenciones de enfermería en las que el silencio terapéutico se podía encontrar implícito, es importante resaltar que en la taxonomía NANDA-NOC-NIC (16) (17), se recoge una intervención en la que el empleo del silencio terapéutico, como técnica de comunicación, se muestra de forma explícita. Esta intervención esta reconocida como escucha activa (4920).

Escuchar es el proceso psicológico que parte de la audición pero que contempla otras variables tales como la atención, la observación o el interés. La escucha activa es definida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como "gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente" (23). Además, la escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar, no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. En diferentes estudios, el concepto de escucha activa ha sido descrito como un proceso activo (Eckes 1996) (24), reflexivo y terapéutico (Kemper 1992) (25). La escucha puede servir como el primer escalón para conectar con el paciente y establecer una relación óptima de cuidados. Para poder desarrollar esta habilidad de forma efectiva, la persona que escucha, el terapeuta, necesita permanecer en silencio, proporcionando así un silencio terapéutico. Perry (1996) (26) añade, que no sólo el terapeuta debe permanecer en silencio desde el punto de vista de no emitir mensajes verbales, sino también desde el punto de vista de su mente, evitando así los prejuicios y cuidando los mensajes no verbales que emitimos. Es por esta razón por la que el terapeuta debe entrenarse y desarrollar de forma efectiva esta habilidad para poder utilizarla adecuadamente.

Imagino que tal vez ahora entiendan porque he iniciado mi comunicación con un silencio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kackperck L. (1997). Non-Verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing* 5, 275-279.
2. Fredriksson, L. (1999). Models of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing* 30(5), 1167 - 1176.
3. Chambers, S. (2003). Use of non- verbal communication skills to improve nursing care. *British Journal of Nursing*. Vol. 12, Nº 14.

4. Haumueller, M. E. (1994). Nurse-patient communications. *Accident and Emergency Nursing* 2, 216 - 219.
5. Calgagno, K. M. (2008). Listen up... Someone Important Is Talking. *Home Healthcare Nurse*. Vol. 26, Nº 6.
6. Lane, R., Koetting, M. G., Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology review* 22, 1091 - 1104.
7. Freud S. (1911). The dynamics of transference. In Strachey J, Stand edition, vol.12, (pp.99-108). London: Hogarth Press of and Institute of Psychoanalysis.
8. Ferenczi, S. On obscene words. First contributions to psychoanalysis (pp.132 - 153). London: Maresfield Reprints.
9. Abraham, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. *Selected papers on psychoanalysis* (pp.303 - 311). London: Hogarth Press.
10. Fliess, R. (1949) Silence and verbalization: a supplement to the theory of the analytical rule. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 21 - 30.
11. Shafii, M. (1973). Silence in the service of the ego: psychoanalytic study of mediation. *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 431 - 443.
12. Stream, H.S. (1969). Non-verbal intervention in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6(4), 235 - 237.
13. Reik, T. (1926). The psychological meaning of silence. *Psychoanalytic Review*. 55, 172 - 186.
14. Langs, R. (1988). *A primer of psychotherapy*. New York: Gardner Press.
15. Aull, G., Stream, H. S. (1967). *The psychoanalytic Forum* 2, 71 - 85.
16. Johnson, M. (2006). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Ed. Masson.
17. Tejedor, M, J., Etxabe, M. P. (2007). *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental*. Editorial Glosa.
18. Emly, M. (1995). A methodological framework for devising a non-verbal behaviour/model taxonomy for use with adults with a severe learning disability. MSc thesis, Leeds Metropolitan University.
19. Le May, A. (1986). The human connection. *Nursing Times* 19.11.1986, 82 (17): 28 - 30.
20. Burley-Allen, M. (1995). *Listening, the forgotten skill*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
21. .Bub, B. (2006). *Communication skills that heal*, Seattle, WA: Radcliffe Publishing.
22. Nelms, T.P. (1996). Living a caring presence in nursing: a Heideggerian hermeneutical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24, 368 - 374.
23. McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. 3ªed. Madrid: Harcourt; 2001.
24. Eches, L.M. (1996). Active listening. *Gastroenterology Nursing* 6, 219 - 220.
25. Kemper, B.J. (1992). Therapeutic listening: developing the concept. *Journal of Psychosocial Nursing* 7, 21 - 23.
26. Perry, B. (1996). Influence of nurse gender on the use of silence, touch and humour. *International Journal of Palliative Nursing* 2, 7 - 14.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIÓGENES

Nati López Bastida, Helena Serrano Peralta, Aina Baqués Munné, Conxi Aguilera Ortega, Mireia Latorre, Jordi Gil Martín

CSMA Sant Andreu (Fundació Vidal i Barraquer). Barcelona

INTRODUCCIÓN

El programa de intervención multidisciplinar con personas con síndrome de Diógenes surgió de nuestra inquietud, al detectar en el CSMA un elevado número de pacientes que hacía años que estaban identificados pero que la intervención había sido parada por problemas sociales, económicos o de dificultades en el manejo del diagnóstico.

Las características propias de las personas con síndrome de Diógenes implican que para ofrecer una atención adecuada, es necesario que los servicios de salud mental y los servicios sociales, entre otros, intervengan de forma coordinada y conjunta, por este motivo hemos creído necesario la creación de un equipo especializado que detecte, analice la situación social y sanitaria, diseñe el plan de trabajo, vincule a los servicios adecuados y haga el seguimiento de los casos.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Los múltiples factores psiquiátricos, sociales y de salud pública que presentan las personas con este diagnóstico hace necesaria la intervención de multitud de servicios:

- Equipo Diógenes
- Centro de salud mental
- PSI
- Centro de Servicios Sociales
- EAP's
- Red hospitalaria psiquiátrica y general
- Fiscalía
- Equipo de soporte a la comunidad (Mossos d'Esquadra, Guardia Urbana, etc.)

La finalidad del programa es que las personas con síndrome de Diógenes se mantengan viviendo en la comunidad en condiciones sanitarias y sociales adecuadas, evitando la repetición de las conductas patológicas a través del seguimiento y tratamiento del equipo Diógenes.

OBJETIVOS

- Detectar la población con Sd. de Diógenes y las personas con riesgo de padecerla.
- Diagnosticar y evaluar las necesidades sociales y sanitarias.
- Elaborar, ejecutar y evaluar el plan de intervención:
 - Seleccionar las prestaciones y los recursos adecuados para cada caso.
 - Garantizar que los usuarios se beneficien de los servicios ofertados.
 - Coordinar los servicios para asegurar la continuidad de la atención.
 - Velar por la calidad de los servicios dados.
- Elaborar una cartera de recursos con posibilidades de utilización correcta.

Población diana

La población a la cual se dirige el "Programa Multidisciplinar de Intervención con Pacientes con Síndrome de Diógenes" son aquellas que presentan:

- Conductas graves de acumulación de basura, de pertenencias deterioradas y de objetos sin valor.

- Aislamiento relacional voluntario.
- Reclusión domiciliaria con resistencias a abandonar su domicilio.
- Abandono de la higiene personal y de de su vivienda como de la cura de su salud, hasta llegar a estados de desnutrición y de deterioramiento físico grave.
- Rechazo de las ayudas familiares y sociales.
- Ausencia de suministros básicos en el domicilio.
- Riesgo en los domicilios de daños estructurales, incendios (por la acumulación) y peligro para la salud pública (habitualmente en estos domicilios proliferan insectos y roedores)

Características y funciones del Equipo Diógenes

El desarrollo y gestión del programa implica la creación de un equipo formado por: coordinador/a, trabajador/a social, enfermería y PSI que colaboren estrechamente con los otros servicios sanitarios y sociales que intervengan en el caso.

Funciones del equipo

- Detección de personas con conductas de riesgo en el medio abierto.
- Intervención en los casos detectados y derivados al equipo.
- Coordinación con los servicios socio-sanitarios y otras instituciones implicadas.
- Movilización de recursos para mejorar las condiciones de habitabilidad del domicilio y seguimiento para que se lleven a cabo en un período de tiempo prudente.
- Tramitación y gestión de las necesidades hospitalarias o de recursos específicos adecuados (unidad de agudos, subagudos, residencia, pisos tutelado, ...)
- Gestión de servicios de protección socio-sanitarias: tramitación de prestaciones económicas, servicio de ayuda en el domicilio, teleasistencia, servicios de comida al domicilio,...
- Si es posible el retorno al domicilio, mantener el seguimiento para evitar la repetición de conductas.

METODOLOGÍA

Los casos pueden ser derivados al Equipo Diógenes por cualquier profesional de la red sanitaria y/o social a través de la hoja de derivación (Anexo I)

La información del caso será recopilada por la coordinadora que hará la primera valoración e informará al resto del equipo para iniciar las actuaciones pertinentes.

Se realizará una reunión del Equipo Diógenes y de los equipos que han intervenido en el caso.

Es prioritario realizar una visita al domicilio para valorar su estado y el de la persona.

Es necesario valorar la situación socio-familiar para conocer la red familiar y social con la que se puede trabajar.

Poner en conocimiento de los servicios sociales de zona la situación del domicilio para iniciar las actuaciones pertinentes:

- Limpieza de choque
- Adecuación del domicilio (arreglos)

Valoración por el Equipo Diógenes de las necesidades sanitarias de la persona:

- Según el estado nutricional y/o físico se gestionará un ingreso hospitalario o bien, se articularán los servicios necesarios de carácter ambulatorio.
- Según el estado psiquiátrico, el paciente será derivado al centro de salud mental de zona con la posibilidad de ingreso en la red psiquiátrica.

El Equipo Diógenes realizará coordinaciones periódicas con todos los equipos implicados, para garantizar la continuidad de la intervención.

Si es posible el retorno del paciente a su domicilio habitual, es necesario acordar con los servicios sociales de zona, la obligatoriedad de la limpieza de choque y la articulación de los recursos de ayuda a domicilio como trabajadora familiar o auxiliar de limpieza para evitar la repetición de conductas y promocionar su cura personal.

Si se valora la imposibilidad de retorno al domicilio por las condiciones físicas o psiquiátricas del paciente será necesaria la implicación de la administración para buscar un recurso alternativo al domicilio.

Los pacientes que retornen al domicilio, serán atendidos por el Equipo Diógenes durante el período de tiempo necesario para favorecer la no repetición de conductas y mantener la vinculación con los servicios correspondientes (CSMA, ABS,...)

EVALUACIÓN

La implementación del Programa de Intervención Multidisciplinar con Pacientes con Síndrome de Diógenes requiere de un sistema de información y registro que posibilite la posterior evaluación de los resultados y de la calidad del proyecto.

El grado de logro de los objetivos de cada uno de los casos será parte de la evolución.

La evaluación se realizará a través de las escalas:

- Cuestionario de la calidad de vida (WHOQOL-10)
- Cuestionario de habilidades de la vida cotidiana (Life Skill Profile)

Que se realizarán al inicio del programa y se repetirán anualmente.

También realizaremos la evaluación del proyecto a través de los cuestionarios de satisfacción a los profesionales que han intervenido.

Organización del equipo

- Coordinación
- Enfermería
- Trabajo social
- PSI
- Supervisión externa

Documentación equipo Diógenes

- Protocolo de derivación
- Plan de atención
- Actas coordinaciones
- Escalas de evaluación
 - Cuestionario de habilidades de la vida cotidiana (LSP).
 - Cuestionario de la calidad de vida (WHOQOL-10)
 - Cuestionario de satisfacción de los profesionales.

CONCLUSIONES

El Programa de Intervención Multidisciplinar con Personas con Síndrome de Diógenes surgió de nuestra inquietud al tener identificados en nuestro CSMA un elevado número de pacientes desde hacía años con conductas de acumulación y propias del Sd. De Diógenes con los cuales no se había podido intervenir dada la dificultad de coordinación entre los servicios de la red de salud mental y social, y por las resistencias de estos pacientes a ser atendidos. Esta resistencia hace difícil el abordaje sin una coordinación adecuada y estable entre los diferentes profesionales que habrán de intervenir, que dadas las características de los casos, serán muchos y de diferentes servicios. Por estas dificultades valoramos que era importante crear un equipo que atendiera de forma específica estos casos de difícil abordaje.

Este equipo se encargará de la gestión de los casos y asegurará una coordinación adecuada entre todos los servicios que garantice una atención integral, con una resolución favorable del caso a todos los niveles, sanitario, social, comunitario, etc. Y facilitar, si es posible, el retorno al domicilio y la autonomía del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Fontenelle LF. Diogenes syndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding. *Gen Hosp Psychiatry*.2008 May-Jun;30(3):288-90
- Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther*.2001 Summer;27(2):117-21. Review.
- Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P. Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: case reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci*.1999;36(1):29-34
- Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975 Feb 15;1(7903):366-8

CALIDAD PERCIBIDA EN RELACIÓN CON LA FIGURA DE LA ENFERMERA REFERENTE EN UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL

Isabel Membiela Jurado, M^a. Francisca Serrano Prieto Ignacio Isla Castillo, Manuela Sanchez Redondo, Araceli Calzadilla Peñalta, Teresa Moreno Caballero
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. H. Los Morales. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Estrategia de Cuidados para el Sistema Sanitario Público Andaluz:

“Cuidarte” es una estrategia innovadora que ha permitido, por un lado, identificar la situación actual de los cuidados enfermeros y los logros alcanzados en los últimos años y, por otro, analizar qué se está haciendo en otros sistemas sanitarios y con qué resultados, cuáles son las mejores prácticas profesionales en enfermería y, sobre todo, qué espera la ciudadanía en materia de cuidados:

- Los andaluces dispondrán de una enfermera de referencia para atender sus problemas de salud en cualquiera de los dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada.
- "Existen retos muy importantes que tienen relación con el envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas o la oportunidad que se abre en relación a los estudios superiores y el Acuerdo de Bolonia que va a dar una mayor capacitación de la profesión enfermera para los próximos años"

Desde las expectativas de los pacientes y familiares incluidas en el Proceso de TMG se incluye

- Que el psiquiatra y, en general, el personal del Equipo de Salud Mental, les traten con consideración y cariño, mostrándoles interés por su evolución y recordando su nombre y pequeños detalles sobre su persona.
- Acceder a todos los miembros del Equipo de Salud Mental, lo que implica tener citas, no sólo con el psiquiatra, sino con el psicólogo, trabajador social y otros miembros.
- Que el paciente tenga desde el inicio de su incorporación al proceso unos referentes.

Entre las características de calidad de este proceso se señalan:

- La persona dispondrá de una enfermera referente que será la responsable del diseño, seguimiento y evaluación del PCI.

El Hospital Reina Sofía de Córdoba incluyó entre sus objetivos la elaboración del plan funcional de asignación de enfermera referente de cuidados para las distintas Unidades de Enfermería.

La utilización informática de la aplicación Modulo de cuidados precisa de la aplicación de la enfermera referente así como de la enfermera colaboradora.

DESARROLLO

Se entiende por Enfermera Referente aquella que valora e identifica necesidades de cuidado del paciente y su familia, planifica las intervenciones necesarias y evalúa los resultados alcanzados, estableciendo los canales necesarios para que continúen cuando el paciente es dado de alta.

En enero de 2006 la asignación de enfermera referente es uno de los objetivos de enfermería.

En enero de 2007 se incluye dentro de los objetivos de la unidad de gestión clínica, al igual que el facultativo referente (psiquiatra o psicólogo).

En nuestra unidad la asignación del enfermero referente se está haciendo desde el 2006, continuando en la actualidad.

Una semana antes de ingresar el paciente en nuestra unidad (CT), se reúne el equipo que está de mañanas, se lee el informe de derivación y se le asigna un facultativo referente ((psiquiatra o psicólogo) y un enfermero referente. Si el paciente tiene enfermero referente asignado de algún ingreso anterior, el enfermero referente sería el mismo que tuvo asignado anteriormente,

El enfermero referente es el encargado de hacer la valoración inicial y pasar las escalas necesarias para la valoración (escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP) y elaborar el plan de cuidados utilizando instrumentos estandarizados y taxonomía NANDA.

Al mes del ingreso del paciente y una vez realizadas las valoraciones se reúne todo el equipo que lleva a ese paciente y de forma consensuada prioriza sobre los problemas detectados que debe actuar, estableciendo objetivos, intervenciones para resolver esos problemas e indicando que profesionales deben trabajar ese problema, y la fecha de revisión. Todo esto queda recogido en el documento PIT, que da una visión general de los problemas de ese paciente.

La persona dispondrá de una enfermera referente que será la responsable del diseño, seguimiento y evaluación del PCI. El PCI forma parte del PIT y se registrará en la historia clínica así como su seguimiento y evaluación.

Este trabajo está realizado en la comunidad terapéutica de Córdoba referido a la actuación de la enfermera referente en este dispositivo analizando las funciones que realiza en colaboración con otros profesionales y las propias de enfermería.

También analizaremos el grado de satisfacción de los usuarios de la comunidad terapéutica en relación a los cuidados de la enfermera referente, a través de unas encuestas realizadas en el año 2007 y 2008.

Funciones del enfermero referente en la comunidad terapéutica.

- Hacer la valoración inicial (Virginia Henderson) y pasar las escalas necesarias.
- Se realizará una valoración enfermera, haciendo hincapié en la capacidad para el autocuidado y en la detección de necesidades no cubiertas del paciente, así como en la capacidad de cuidados del medio familiar.
- Elaboración, seguimiento y evaluación del plan de cuidados.
- Revisión y seguimiento del PIT (plan individualizado de tratamiento), junto con el resto de referentes del paciente (Psiquiatra, psicólogo y trabajadora social).
- Elaboración de pautas de actuación específicas del paciente que debe realizar durante su estancia en la unidad. Estas pautas son acordadas con el paciente y en algunas son elaboradas entre el enfermero y el facultativo referente.
- Elaboración del informe de continuidad de cuidados. Se elaborará un informe de continuidad de cuidados al alta o derivación del paciente a cualquier dispositivo, con el fin de garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles asistenciales de la red sociosanitaria.
- Coordinación con el enfermero referente de su ESM, generalmente vía telefónica.

Pautas Individuales:

- Asignación diaria de dinero, para sus gastos diarios (tomar café, refrescos...).
- Asignación diaria de tabaco, para los pacientes que fuman e indicaciones acerca de las

normas en la unidad.

- Visitas de familiares y/o amigos.
- Llamadas telefónicas (si pueden llamar y recibir llamadas).
- Entrevistas individuales con el paciente y con la familia, al igual que entrevistas conjuntas.
- Salidas para realizar compras: productos para la higiene personal, ropa, calzado, tabaco, bono-bus....
- Salidas al banco, para sacar el dinero necesario para todo el mes.
- Salidas autónomas, para dar un paseo, visitar amigos, ir al cine....
- Salidas terapéuticas individuales o con grupos pequeños para enseñarles a manejarse por la ciudad (sobre todo a pacientes que vivían fuera y que al ser dados de alta van a vivir en Córdoba); arreglar papeles como renovar DNI, ir a la farmacia a por su tratamiento, renovar tarjeta del autobús....
- Salidas a peluquería, dentista...
- Salidas de ocio y tiempo libre, que generalmente suelen ser para la mayoría de pacientes, salvo que esté contraindicado su asistencia por algún motivo. Algunas de estas salidas son: pasar el día en el campo, visitar otra ciudad, ir 4-5 días a la playa, un día de piscina, comida de navidad....
- Permisos para ir al gimnasio 2-3 días en semana.
- Permisos para ir a sus casas, estos son negociados con el paciente, facultativo referente y enfermero referente.
- Permisos para asistir a cursos de formación.
- Permisos para sacarse el carné de conducir.

Durante los años 07 y 08 se ha realizado para el desarrollo de las estrategias de personalización de los cuidados la realización de una encuesta encaminada a conocer cual es el grado de conocimiento que los pacientes tienen del personal que los atiende. Los resultados de estas encuestas son los siguientes.

ENCUESTA PERSONALIZACIÓN CUIDADOS

USML. Salud Mental. (H. Los Morales)

1.- ¿El personal que le atendió, habitualmente, le dio a conocer su nombre y le informo si era, enfermera, auxiliar, etc.?

Comunidad Terapéutica	Siempre	A veces	En alguna ocasión	Rara vez	Nunca
Año 07	7 87,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 12,5 %
Año 08	6 75%	2 25%	0 0%	0 0%	0 0%

2.- ¿El personal que le atendió, habitualmente, le dio a conocer su nombre en cada turno?

Comunidad Terapéutica	Siempre	A veces	En alguna ocasión	Rara vez	Nunca
AÑO 07	5 62,5 %	1 12,5 %	1 12,5 %	0 0	1 12,5 %
AÑO 08	5 62,5%	3 37,5%	0 0%	0 0%	0 0%

3.- El personal que le atendió, ¿le ha dado una atención personalizada? (le llaman por su nombre, conocen su edad, etc.)

Comunidad Terapéutica	Siempre	A veces	En alguna ocasión	Rara vez	Nunca
AÑO 07	8 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
AÑO 08	7 87,5%	1 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%

4.- ¿Ha sido informado con claridad por el personal de enfermería sobre la información de la Unidad, (horarios, costumbres, funcionamiento...)?

Comunidad Terapéutica	Siempre	A veces	En alguna ocasión	Rara vez	Nunca
AÑO 07	7 87,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 12,5 %
AÑO 08	6 75,00%	2 25,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%

5.- ¿El personal que le atendió ha estado dispuesto a responder habitualmente a sus preguntas?

Comunidad Terapéutica	Siempre	A veces	En alguna ocasión	Rara vez	Nunca
AÑO 07	4 50 %	3 37,5 %	0 0 %	0 0 %	1 12,5 %
AÑO 08	4 50,00%	2 25,00%	1 12,50%	1 12,50%	0 0,00%

6.- ¿Cómo se encuentra de satisfecho con la atención sanitaria que ha recibido en la Unidad Clínica?

Comunidad Terapéutica	Muy Satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
AÑO 07	2 25 %	4 50 %	2 25 %	0 0 %	0 0 %
AÑO 08	3 37,5%	4 50,00%	1 12,5%	0 0,00%	0 0,00%

7.- ¿Recomendaría esta Unidad a otras personas?

Comunidad Terapéutica	Sin dudarlo	Nunca	Tengo dudas
AÑO 07	6 75 %	1 12,5 %	1 12,5 %
AÑO 08	7 87,5%	1 12,50%	0 0,00%

8.- Conoce a su enfermero/a referente:

Comunidad Terapéutica	Si	No	Tengo dudas
AÑO 07	7 87,5%	1 12,50%	0 0,00%
AÑO 08	8 100,00%	0 0,00%	0 0,00%

9.- Considera positivo para sus cuidados el tener una enfermera referente dentro del equipo que le atiende?

Comunidad Terapéutica	Si	No	Tengo dudas
AÑO 07	7 87,5%	1 12,50%	0 0,00%
AÑO 08	8 100,00%	0 0,00%	0 0,00%

CONCLUSIONES

- Personalización de los cuidados.
- Mayor coordinación entre profesionales del mismo dispositivo y de otros dispositivos.
- Vínculo de confianza del paciente con su enfermero referente.
- Mayor grado de implicación y conocimiento del paciente.
- Mayor calidad de los cuidados.
- Atención integral y continuada.
- Aumento del grado de satisfacción de los pacientes en la relación con el equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- TRASTORNO mental grave: proceso asistencial integrado. [Sevilla]: Consejería de Salud, [2006]
- Plan Estratégico del SAS. Una propuesta de gestión pública diferenciada
- CUIDARTE, una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI

SALUD MENTAL Y CENTROS DE ATENCIÓN A LA MUJER. COORDINACIÓN, ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN

Montserrat Fernandez Rubio, M^a. Ángeles Durán Los Arcos

Hospital de Día Psiquiátrico I. Pabellón blanco. Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental pueden tener dificultades para desenvolverse en situaciones cotidianas y creemos que en el campo de la sexualidad y la concepción de un hijo; estas dificultades se multiplican, puesto que la gestión de la sexualidad y de la posible maternidad-paternidad es una decisión de especial trascendencia.

En este escenario en el que personas con trastorno mental toman decisiones a este respecto, los profesionales de Salud Mental debemos cuestionarnos los tipos de apoyo que necesitan y la capacidad de autodeterminarse para hacer un acompañamiento en términos éticos.

¿Cómo gestionar el conflicto entre la beneficencia dirigida a la persona que toma la decisión de tener un hijo y la beneficencia referida al niño que va a nacer?

Aplicamos el principio de la No Maleficencia con el que garantizamos no ocasionar daño.

Desde los dispositivos de Salud Mental, pensamos que es importante intervenir realizando un análisis individual en el que se valore:

- Situación clínica de la paciente
- Nivel de funcionamiento y tratamiento farmacológico pautado
- Situación convivencial (valorar grado de apoyo o de riesgo)
- El grado de afectación, si la hubiere, en su capacidad para la toma de decisiones personales, especialmente en cuanto a la sexualidad y capacidad parental se refiere (La capacidad de entender las consecuencias de sus decisiones)

Con todo ello es nuestro objetivo asesorar y coordinar en temas de concepción, anticoncepción y educación sexual.

Debemos tener presente en nuestra actuación la tendencia a la protección y disminución de riesgos, pero respetando su autonomía.

DESARROLLO

El Hospital de Día es un Servicio integrado dentro de la Red de Salud Mental de Navarra y cuenta con 20 plazas. Está dirigido a personas mayores de 16 años en situación clínica aguda y subaguda que acceden a través de los Centros de salud Mental o desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y que requieren:

- Valoración diagnóstica
- Tratamiento de su situación clínica de forma intensiva
- Inicio de Programas de Rehabilitación
- Tratamientos en situación de crisis aguda

La atención se presta en régimen abierto en hospitalización parcial, durante un periodo breve de tiempo (estancia media de unos 30 días). El tratamiento incluye el abordaje farmacológico, psicoterapéutico y socio-familiar. Se elabora por cada paciente un plan personalizado que es desarrollado tanto en intervenciones individuales como grupales, tales como: taller, habilidades sociales, actividad física, ludo terapia, taller de expresión, terapia de grupo, etc.

El régimen horario de los usuarios es de 9 a 16h.

Se recogen en todos los pacientes en la primera Valoración de enfermería, al ingreso, los datos de:

- Edad Fértil
- Relaciones sexuales
- Historia menstrual
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Así como los riesgos potenciales de embarazo e infección por transmisión sexual.

En el periodo de Septiembre del 2008 a Enero del 2009 han ingresado en nuestro Hospital de Día 43 mujeres y 19 hombres.

RESULTADOS

1. Incidencia de personas que han precisado atención especializada:

De todas las intervenciones realizadas, doce de ellas, requirieron atención especializada del Centro de Atención a la Mujer (19.35%). De las cuales nueve son mujeres (20,93%) y tres son hombres (10,52%)

2. Protocolo de coordinación:

La enfermera psiquiátrica se pone en contacto con la enfermera/educadora del Centro de Atención a la Mujer de referencia y se expone la necesidad a cubrir.

3. Tipos de atención que se ha precisado:

De los 12 casos:

- 3 mujeres y 1 hombre recibieron asesoramiento y educación sexual.
- En 7 usuarios se implementó método anticonceptivo, de los cuales en 2 mujeres fueron anovulatorios , 3 para colocación de DIU y en 2 hombres se realizó vasectomía.
- En 1 mujer se asesoró y acompañó en Interrupción Voluntaria del Embarazo.

4. Demandas desde el CAM:

Para éstas intervenciones se necesitó del CAM las citas y el CAM necesitó de Hospital de Día Psiquiátrico:

- La información sobre situación psicopatológica de la paciente y riesgos.
- Protocolo de analítica si administración de anovulatorios.
- Informe psiquiátrico exponiendo la toma de tratamiento teratogenico en caso de embarazo y acompañamiento si la situación social lo requiere.

CONCLUSIONES

- Han precisado atención especializada en el CAM el 19% de los usuarios de HD
- La importancia de la sensibilización para detectar riesgos relacionados con la sexualidad
- Conveniencia de realizar protocolo de evaluación y de coordinación
- Nuestra experiencia sobre la accesibilidad y rapidez de los Centros de referencia de Atención a la Mujer.
- La buena relación en ambas direcciones facilita una resolución eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. Marta Iañez, Educadora Social. Revista Salud Mental Info. Junio del 2006.
2. Etica de los derechos humanos. Moncho i Pascual, Josep Rafael. Editorial Tecnos.
3. Etica, tecnología y valores en la sociedad global. Queraltó, Ramon. Editorial Tecnos.
4. Los factores relacionados con una condición psiquiátrica o el retraso mental influyen en las decisiones anticonceptivas. Network en español: Invierno 1999, Vol. 19, No. 2.

PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNOS MENTALES EN PROGRAMA DE INSERCIÓN: PREVALENCIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Pedro Rodríguez Picazo, Natalia Pérez Alonso, Juan Manuel Agulles, Manuel Gallar Pérez-Albadalejo

Centro Acogida e Inserción Personas sin Hogar Ayto. Alicante, Fundació Salut i Comunitat. Escuela Enfermería Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

Desde los años 80, gran parte de la literatura sociológica, viene constatando profundos cambios sociales en las sociedades desarrolladas, que llevan a poner en cuestión los modelos explicativos de la pobreza clásica, enfrentándose a las concepciones de los economistas marginalistas o las teorías de las “expectativas racionales” de Becket.

Estos cambios fundamentales se han resumido por varios autores (Aglietta, 1979; Harvey, 1992; Mingione, 1993; Arrighi, 1999, entre otros), y los podemos sintetizar en éstos:

- El paso del objetivo del pleno empleo en las economías bajo un modelo de acumulación llamado fordista, al paro estructural de las economías posfordistas.
- La privatización y desmantelamiento de amplios sectores del llamado Welfare State (Estado de Bienestar).
- La desinversión en los incentivos salariales y mejoras laborales, y su orientación hacia la reinversión en nuevas tecnologías y procesos de modernización técnica de los sectores productivos para hacerlos menos dependientes de la fuerza de trabajo.
- La suburbanización residencial y la crisis urbana. La privatización paulatina del mercado inmobiliario y la distribución.
- Los procesos de vulnerabilidad y exclusión social, insertos en una dinámica de movilidad social descendente; o lo que otros autores denominan proletarización.

Crisis social y enfermedad mental

A partir de los años 70 tuvo lugar en la mayoría de los países occidentales la llamada Reforma Psiquiátrica, que se solapó con los procesos de reestructuración del Estado de Bienestar. Esto suponía que, a la voluntad de normalizar la situación de muchos enfermos mentales pasándolos al circuito de la salud pública y haciendo desaparecer paulatinamente las instituciones psiquiátricas (lo que se ha llamado desmanicomialización), se le superponían unos procesos de desestructuración social y contención de la inversión pública (la llamada austeridad de los gobiernos neoliberales). En la práctica, esto ha supuesto una reformulación del tratamiento de la enfermedad mental, que no se ha visto acompañada de los recursos necesarios para prestar la atención propuesta.

Esto ha llevado a que sean en muchos casos las familias las que soporten la presión de la atención al enfermo mental, aumentada por la situación de crisis estructural del modelo, siempre con la amenaza del desempleo, y el estancamiento de los recursos destinados a paliar las necesidades sociales; todo ello dentro de unas políticas elitistas y excluyentes de redistribución del beneficio que ha generado que en la actualidad, uno de cada cuatro ciudadanos padezca alguna enfermedad mental en la Unión Europea.

A parte de esto, hay que contar con el incremento a nivel general de las patologías psíquicas que muchos autores achacan a las condiciones sociales más que a una predisposición genética o a causas biológicas (González Duro, 2002; Lipovetsky, 2007).

De manera que, en lo referente al colectivo de personas sin hogar representado en nuestra población de referencia, podemos entender dos procesos diferenciados dentro de una misma dinámica de desestructuración social:

1. Casos con una patología diagnosticada que, al no acceder a un recurso específico, y viniendo de familias en situación de vulnerabilidad, acaban sufriendo procesos de inadaptación que pueden derivar en conflictos dentro de la unidad familiar, no adherencia al tratamiento, agresividad contra el entorno más cercano y, finalmente, la salida del hogar y la posibilidad de caer en un proceso de exclusión social donde salud mental y problemática social se retroalimentan.
2. Casos en los que, sin haber diagnóstico previo de salud mental, encontramos trastornos que pueden haberse visto desencadenados por las situaciones de estrés ambiental que supone estar inmerso en procesos de exclusión. Estos sucesos vitales adversos como la pérdida del empleo, la ruptura familiar, el alejamiento del lugar de residencia, y los sucesos asociados a la estancia en la calle, pueden derivar en desequilibrios y trastornos de la conducta que, a la llegada al centro, pueden ser detectados y tratados por el área psicológica.

Prevalencia de trastornos mentales en personas sin hogar

Es difícil evaluar los motivos por los cuales las personas se encuentran en la calle y la etiología que genera el problema de salud mental; la carencia de redes familiares, la ruptura de lazos emocionales pueden ser un motivo de catarsis que genere la enfermedad (Vázquez, 2006). Sánchez et al (2005). concluyen a este respecto, en un estudio de usuarios con trastornos mentales, que la ausencia de estas redes reducían la percepción de apoyo social, desembocando en mayor aislamiento social y menor autoestima de los pacientes. Situación que, sumada a sucesos vitales estresantes, puede generar una situación de exclusión.

Con el presente estudio pretendemos describir la prevalencia de trastornos mentales en el colectivo de personas sin hogar que no presentan simultáneamente trastornos adictivos, así como exponer las principales actividades de enfermería llevadas a cabo en diversos aspectos, como la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio epidemiológico de prevalencia.

Muestra

De la población de personas sin hogar, se ha estudiado una muestra de 178 personas de ambos sexos, de los cuales 150 (84%) son hombres y 28 (16%) mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 60 años de edad

Criterios de inclusión

Las citadas personas conforman la totalidad de usuarios del CAI de Alicante que se han beneficiado del Programa de Inserción durante el año 2008, por el que recibieron la intervención de un equipo interdisciplinar constituido por profesionales de Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Educadores.

Criterios de exclusión

En el análisis no se incluyeron aquellos casos con historia de conducta adictiva como único trastorno mental.

Tampoco se incluyeron aquellos cuadros agudos intervenidos en la consulta de enfermería, con resolución total del episodio (crisis agudas de ansiedad, episodios de insomnio,...) en las 24-48 horas posteriores al suceso.

Registro de datos

De los sistemas de registro informático de datos personales de usuarios del CAI de las consultas de Enfermería, Psicología y Trabajo Social se obtuvieron los diagnósticos de salud mental establecidos según el DSM-IV, así como los parámetros de adherencia al tratamiento, proceso en el cual, junto con el pleno consentimiento e implicación del paciente en su intervención (Informe OMS 2003), se produce una coincidencia entre el comportamiento del paciente y las pautas que se proporcionan desde el Equipo de intervención (Mion, 1994). Para medir el grado de adherencia al tratamiento que tuvieron los usuarios del programa se evaluaron los siguientes indicadores:

- Acudir a citas programadas con unidad de referencia.
- Implicación e ingesta programada de tratamiento farmacológico (si precisó) habilitado desde consulta de enfermería.
- Nivel de percepción y rechazo de enfermedad.
- Cumplimiento terapéutico de pautas proporcionadas desde Equipo de intervención.

Análisis estadístico

Los datos fueron sometidos a una valoración estadística básica mediante el paquete estadístico SPSS v.16.

RESULTADOS**Prevalencia de trastornos mentales**

De las 178 personas que han pasado por el Programa de Inserción, al 23% (n=41) le fue diagnosticado algún tipo de trastorno mental. En la tabla I se reflejan los resultados de prevalencia de trastornos mentales en dichas personas, entre los que destacan los trastornos esquizofrénicos y los de control de impulsos, seguidos de los trastornos de personalidad, ansiedad y estado de ánimo.

Tabla I. Prevalencia de trastornos mentales detectados en la muestra

Muestra	
Trastorno mental	n=178
Trastornos de la personalidad	3%
Esquizofrenia y otros trastornos	4%
Patología dual	2%
Trastornos cognoscitivos	1%
Trastornos de ansiedad	3%
Trastornos del estado de ánimo	3%
Trastornos facticios	1%
Trastornos del control de impulsos	4%
Problemas de relación	1%
Problemas objeto de atención clínica	1%

Con respecto al total de personas diagnosticadas de algún tipo de trastorno mental, una quinta parte corresponden a trastornos psicóticos y otra quinta parte a trastornos de control de impulsos (tabla II).

Tabla II. Proporción de trastornos mentales detectados en la submuestra de usuarios diagnosticados

Submuestra	
Trastorno mental	n=41
Trastornos de la personalidad	12.5%
Esquizofrenia y otros trastornos	20.5%
Patología dual	10.5%
Trastornos cognoscitivos	3%
Trastornos de ansiedad	12%
Trastornos del estado de ánimo	12%
Trastornos facticios	2.5%
Trastornos del control de impulsos	19.5%
Problemas de relación	2.5%
Problemas objeto de atención clínica	5%

Por otra parte, se observó que el 70% de los pacientes tratados fueron varones. Y el 13% padecían trastorno asociado a abuso de sustancia: no compatibles con diagnóstico establecido por DSM IV de patología dual.

Adherencia al tratamiento

Sobre el proceso de intervención multidisciplinar y de adherencia al tratamiento, se obtuvieron los siguientes datos:

- El 56% de la población sujeta a estudio no cumplió los criterios evaluados de adecuada adherencia al tratamiento.
- El 28% de los pacientes precisó de tratamiento farmacológico, orientado en su mayor parte a esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- La patología más frecuente tratada fue esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en un 64% de los casos.
- Los motivos de baja por incumplimiento del plan fueron de un 51%, según las razones principales:
 - No percepción/negación de la enfermedad: 59%
 - Presión por el contexto: 20%
 - Otros motivos: 21%

El 49% restante mantiene la intervención en la actualidad.

Es importante referir la alta tasa de casos de abuso de sustancias en esta población, el 60% de las personas entrevistadas a su ingreso en el centro.

DISCUSIÓN

No existen muchos estudios que cuantifiquen la magnitud del problema de la Salud Mental –y menos investigación enfermera– en las personas sin hogar en España. Algunos de los estudios claves suelen estar desarrollados por ONG y Fundaciones que detallan algunas de las

enfermedades más presentes en esta población, Fundació Arrels en Catalunya de 1999 planteó el predominio de trastornos psicóticos y de personalidad –que apoyan nuestros datos, pero difieren en discapacidad psíquica y trastornos bipolares–. También queremos reforzar el hecho que este análisis no pretende ser una muestra representativa de la realidad pero si representativo del acceso habitual del colectivo a nuestro centro.

La prevalencia de patología mental presente en el colectivo de personas sin hogar es superior a la población general. Muñoz et al (2003) plantean una prevalencia de problemas de salud mental en torno al 50%. El porcentaje hallado en la muestra objeto de este estudio es del 23%.

En lo referido al número de personas sin hogar para España, no se han encontrado series temporales fiables. Una de las problemáticas en la medida estadística de este colectivo es que la idoneidad de los procedimientos censales no es comparable al resto de la población, por la idiosincrasia de la persona sin hogar. De igual forma los centros de atención a esta población, no tienen unificados instrumentos de medida y análisis. Además, contamos con que en cada Comunidad Autónoma se pueden dar diferencias significativas que hagan variar considerablemente el perfil de la atención. No obstante, los estudios a nivel nacional e internacional, presentan algunas constantes significativas: varones desempleados, en edad productiva, divorciados o separados. Más allá de estos trazos, cualquier significación estadística (a nivel nacional) requeriría de unos procedimientos de muestreo específicos.

Las actividades de Enfermería deben, pues, incluir una serie de objetivos que satisfagan las necesidades de aquellas personas que se hallan en las circunstancias descritas:

- Programa de psico-educación: conocimiento de terapias utilizadas y sus efectos.
- Valorar presencia de efectos indeseables y comunicar.
- Ajustar pautas de tratamiento al ciclo vital del paciente, prevenir rechazo.
- En situación de crisis, rediseñar con equipo de intervención las dosis y vías de administración que aseguren la continuidad y eficacia del tratamiento.
- Trabajo en red con recursos específicos que facilitan el acercamiento y la percepción de enfermedad (CRIS, Centros de Día, Asociacionismo,...)

La estructura del Programa de Inserción no permite valorar a las personas que pasan por el Centro en el Programa de Acogida y que, tras tres días, si no hay demanda de cambio, abandonan el recurso; por lo que posiblemente estamos perdiendo parte de la información sobre el colectivo de Personas sin Hogar.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de nuestro estudio son las siguientes:

- Los problemas mentales más frecuentes son, esquizofrenia y trastornos psicóticos con un 20,5%, trastornos del control de impulsos con un 19,5% y Trastornos de la personalidad con un 12,5%.
- El grado de adherencia al tratamiento está directamente relacionado con la propia percepción de enfermedad, de manera que las personas más conscientes de su enfermedad, presentan mejores niveles de adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico asociado. Según nuestros datos el 59% de los usuarios con problemática de salud mental carecía de percepción de enfermedad y el 56% no cumplió con los criterios de correcta adherencia al tratamiento. Estos datos vienen a reforzar la importancia de intervenir ante la negación o no percepción de enfermedad ya que resulta clave para llegar a la aceptación del tratamiento.
- La ausencia de la enfermería en la literatura científica en este ámbito, evidencia la necesidad de incorporar y/o hacer visible esta figura si tenemos en cuenta la prevalencia de problemas físicos y psicológicos que requieren de una supervisión estrecha que posibili-

te el diagnóstico, el acceso a los recursos sociosanitarios, y una correcta adherencia al tratamiento, etc.

- En el marco de las problemáticas de salud mental en personas sin hogar, cobra especial sentido la necesidad del trabajo en red, la creación de protocolos de trabajo con salud mental, la dotación de una mayor accesibilidad a los tratamientos tanto de tipo farmacológico como psicoterapéutico, la creación de sistemas de intervención ajustados a la realidad y necesidades del colectivo.
- Uno de los principales handicaps de las personas sin hogar es la dificultad en el acceso a los recursos normalizados - movilidad geográfica, no prestaciones en la seguridad social, frecuentes accesos a través de urgencias hospitalarias- situación que se acentúa en los perfiles de salud mental. Proponemos como alternativas la concienciación y formación específica de los profesionales en este ámbito, que permita facilitar la intervención y el acceso económico a tratamientos farmacológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- Aglietta, M. Regulación y crisis del capitalismo. Madrid, Siglo XXI.1979
- American Psychiatric association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Barcelona: Masón 2003.
- Arrighi, G. El largo siglo XX. Madrid, Akal. 1999
- 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.
- Belloch, Sandín y Ramos. Manual de Psicopatología I, II. Editorial MCGraw Hill. 1ª Ed .1995
- Centro de Acogida e Inserción. Memoria 2008. Excmo. Ayto. Alicante.
- 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.
- González Duro, E. "El concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento", El rayo que no cesa, nº4. 2002
- Harvey, D. Urbanismo y desigualdad social. Madrid, Siglo XXI.1992
- Lipovetsky, G. La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Barcelona, Anagrama. 2007
- Manuel Muñoz López et al. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol.3, N.º 2, pp. 100 - 116, 2003. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos
- Megías F, Serrano, M.D, Enfermería en psiquiatría y Salud Mental pag 542. Ed. Paradigma
- Mingione, E. "New urban poverty and the crisis in the citizenship/welfare system: the Italian experience", ANTIPODE, Vol.25, nº3. 1993
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Harcourt, 2004.
- OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; -2003.
- Prohabitatge. Informe Salud FEANTSA 2006. 2-4
- Sánchez, M, Granados G et al. Influencia del entorno familiar en el apoyo social percibido por el enfermo mental crónico. [versión electrónica] Presencia 2005 jul-dic; 1(2)
- Serveis d'Atenció Social de la Direcció de Serveis d'Afers Socials de l'Ajuntament de Barcelona. Encuesta sobre la salud de las personas sin techo. Revista Arrels Fundació n 49, 1999
- Vázquez Souza, M.I. Enfermos Invisibles: Personas sin Hogar y Enfermedad Mental. Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar. Servicio Madrileño de Salud. <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/enferminvisiblesmayo06.html>

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

Isidora Díaz García, Jose Antonio Jiménez Barbero

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Lorca/Águilas. Murcia.

INTRODUCCIÓN

En el humo del cigarrillo se han encontrado más de 4.500 sustancias distintas que se pueden clasificar en:

1. Alquitranes: producen una acción cancerígena, siendo el más relacionado con el cáncer el 3-4 alfa benzopireno, causante del cáncer de pulmón, laringe, tráquea y vejiga.
2. El monóxido de carbono: actúa desplazando al oxígeno de la hemoglobina, produciendo un déficit de oxígeno en los tejidos.
3. Los irritantes: actúan alterando los mecanismos defensivos del pulmón, favoreciendo la aparición de infecciones y son responsables de la típica tos del fumador. Además, también tienen efecto cancerígeno.
4. La nicotina es la principal responsable de la adicción al mismo. Aproximadamente el 25% de ella atraviesa la membrana alveolo-capilar y en 15 segundos se difunde por el cerebro, donde posee receptores específicos. A nivel fisiológico se comporta como una droga simpaticomimética, de modo que la inhalación de un cigarrillo aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión de determinados grupos musculares, y altera la biodisponibilidad de diferentes neuroreguladores: aumenta la liberación de acetilcolina (modula la memoria y el rendimiento); de norepinefrina (focalización de la atención); b-endorfina (disminución de ansiedad).

A nivel neurológico ocupa los receptores colinérgicos en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas, cuya estimulación mediaría el placer experimentado por los fumadores y otras acciones reforzantes como la elevación del estado de ánimo, potenciación de la cognición y disminución del apetito. A largo plazo, se produce en los fumadores una regulación a la baja de los receptores de dopamina y al alza de los receptores nicotínicos colinérgicos, lo que se relaciona con su capacidad para producir dependencia y abstinencia.

Se puede decir que la adquisición del hábito² está condicionada por factores sociales (aspectos económicos, culturales, políticos) y por factores personales (búsqueda de nuevas sensaciones, personalidad débil, rebeldía a reglas y normas sociales, atracción por el riesgo, identificación con roles de triunfador, imitación de líderes e ídolos, factores estéticos, reafirmación de la autonomía y libertad).

EFFECTOS A CORTO PLAZO DEL TABACO

- Dificultad para respirar ante pequeños esfuerzos,
- Disminución de la resistencia en la práctica deportiva.
- Dolor de cabeza y embotamiento cerebral, que dificultan el período de aprendizaje y el rendimiento intelectual.
- Predisposición a padecer acné.
- Caída del cabello y la alteración de la elasticidad de la piel, produciendo sequedad, aparición precoz de arrugas... envejecimiento precoz.
- Conjuntivitis con escozor de ojos, lagrimeo y enrojecimiento de la conjuntiva.
- Falta de apetito y cansancio.
- Coloración amarillenta de los dientes, mal aliento.

EFECTOS A LARGO PLAZO

El tabaco produce entre el 10% y 20% de todas las muertes.

- En el aparato cardiovascular es responsable de 1 de cada 3 muertes que se producen por infartos de miocardio, embolias, trombosis e infartos cerebrales. Además, es causante de enfermedades invalidantes como la angina de pecho, hipertensión y falta de riego en las piernas.
- En el aparato respiratorio genera el 85% de las enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica, enfisema, bronquiectasias, limitando sustancialmente las relaciones físicas y la calidad de vida.
- Igualmente, se le atribuyen el 30% de todos los tipos de cánceres, sobre todo de pulmón, laringe, tráquea, vejiga...
- Aumenta el riesgo de padecer úlceras gástricas y duodenales y otros trastornos digestivos como ardores o diarreas.
- Favorece la aparición de faringitis y laringitis crónicas, afonía y alteraciones del olfato, dificultando la percepción de olores y afectando a la voz.
- Mayor riesgo de accidentabilidad laboral y de tráfico, debido a la distracción que supone encender el cigarrillo.
- Alteraciones de las encías y papilas gustativas, que hacen perder el sentido del gusto.
- Disminuye las defensas del organismo, siendo más propenso a infecciones.
- Disminución de la espermatogénesis.

Se ha estudiado que en las personas expuestas a estos ambientes (“fumadores pasivos”) aumenta un 30% el riesgo de cáncer y un 25% el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares³.

La prevalencia del tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos es de aproximadamente el 90 %, frente al 25-30 % de la población general y el 45-70 % de pacientes con otros trastornos psiquiátricos⁴.

Además se ha comprobado que los fumadores esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina mediante inhalaciones más profundas de los cigarrillos⁵.

En cuanto a la prevalencia en función del sexo, es más prevalente en los pacientes masculinos que en los femeninos. En el análisis de regresión logística, el género masculino, la duración de la enfermedad de 10-19 años, estar divorciado o separado, un nivel educativo más bajo y las dosis diarias de neurolépticos altas se asociaban significativamente con el hábito regular de fumar. Concluyendo tal estudio afirmando que las intervenciones para interrumpir o reducir el tabaquismo deben ser parte del tratamiento para los pacientes con esquizofrenia⁶.

Del mismo modo, distintos estudios⁷ defienden una posible interrelación fisiopatológica entre los síntomas de la enfermedad y los efectos de la nicotina, lo que justificaría tan alta prevalencia:

- En primer lugar, en la esquizofrenia los niveles basales de dopamina en regiones mesolímbicas se encuentran aumentados, incrementando considerablemente el efecto reforzador del consumo de nicotina, lo que podría explicar la existencia de mayores conductas de búsqueda de tabaco y dependencia entre pacientes esquizofrénicos.
- En segundo lugar, se han descrito correlaciones entre la esquizofrenia y diferentes factores asociados al consumo de tabaco. Así, por ejemplo, investigaciones sobre la heredabilidad del tabaquismo han descrito correlaciones entre éste y psicoticismo, impulsividad, dificultades de socialización.
- En tercer lugar, también se puede contemplar el consumo de tabaco como una forma de contrarrestar los efectos adversos de la medicación. De hecho, se ha comprobado que los pacientes esquizofrénicos incrementan el consumo de tabaco tras el inicio de tratamiento con haloperidol. Las interacciones entre el consumo de tabaco y la medicación se produ-

cen a dos niveles. Primero, la nicotina activa determinados enzimas metabólicos, como el citocromo P450 1A2, alterando los niveles plasmáticos de antipsicóticos y antidepressivos tricíclicos, incluyendo los neurolépticos de acción prolongada; al respecto se ha considerado el consumo de grandes cantidades de nicotina como un predictor de falta de respuesta al haloperidol y se ha observado que a medida que los pacientes fuman menos requieren menores dosis de neurolépticos depot. Ello significa que un paciente que fuma puede necesitar dosis más elevadas de medicación antipsicótica.

DESARROLLO EL PROCESO DE CAMBIO

El cambio de una conducta no es un hecho puntual⁸, sino que responde a un proceso descrito por Prochaska y Diclemente, en el cual se suceden varias etapas a lo largo de un tiempo generalmente prolongado, que podemos acelerar con nuestra intervención. El fumador se encuentra en una u otra fase en función del mayor o menor grado de motivación:

1. Fase de precontemplación: el fumador no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar.
2. Fase de contemplación: El fumador reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud.
3. Fase de preparación: el fumador está dispuesto hacer un intento serio de disminuir el consumo y hace planes específicos, como fijar una fecha y preparar un plan.
4. Fase de acción: pone en marcha el plan.
5. Fase de mantenimiento: mantiene su conducta durante más de 6 meses.

Las recaídas forman parte de este proceso y habitualmente son necesarios varios intentos antes de cambiar su conducta, siendo necesaria una atención continuada hasta consolidar el cambio.

JUSTIFICACIÓN

Es muy alta la proporción de pacientes con esquizofrenia que fuman. Se han informado cifras tan altas como el 88% (casi tres veces el de la población en general), y las mismas se mantienen altas incluso después de realizar ajustes por estado civil, consumo de alcohol y nivel socioeconómico⁹. Lo mismo ocurre cuando se realizan comparaciones con otros diagnósticos psiquiátricos: 40% a 50% de personas con ansiedad y depresión consumen nicotina¹⁰. Un estudio reveló que 68% de pacientes con esquizofrenia que fumaban se clasificaron como grandes fumadores (25 o más cigarrillos por día) comparados con 11% de la población de fumadores en general¹¹. La dependencia de nicotina sigue siendo el abuso de sustancias más generalizado en pacientes con esquizofrenia¹².

En una revisión Cochrane se intentó buscar ensayos controlados aleatorios sobre el efecto de la nicotina para la esquizofrenia, y evaluar si la nicotina modifica los efectos secundarios de los antipsicóticos. Lamentablemente no se encontró ningún ensayo que reuniera los criterios de inclusión para apoyar o refutar estas hipótesis. Se necesitan ensayos controlados aleatorios de buena calidad que investiguen los efectos de la nicotina en la esquizofrenia. Hasta el presente, no ha habido ninguna revisión sistemática que examinara el uso de la nicotina para la esquizofrenia¹³.

El uso de un formato grupal en una intervención para dejar de fumar tiene dos justificaciones fundamentales¹⁴:

1. Su eficacia se ha demostrado de forma rotunda, siendo en ello al menos equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (fuerza de evidencia A).
2. Su mejor relación coste-efectividad. Es posible que exista, además, un beneficio terapéu-

tico específico (evidencia tipo C). Dicho de otra forma, el abordaje grupal ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.

Según revisión Cochrane (2005)¹⁵, la asistencia a programas de grupo de abandono del hábito de fumar ayuda a los fumadores a abandonar el hábito. Los programas grupales son más efectivos para ayudar a las personas a dejar de fumar que el aporte de materiales de autoayuda sin instrucción cara a cara o el apoyo grupal. Las probabilidades de abandonar son más del doble.

En el tratamiento del tabaquismo de pacientes con esquizofrenia es conveniente intensificar intervenciones, poner en práctica técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales y la utilización de algún tratamiento farmacológico que ayude a controlar y/o reducir la aparición de recaídas en el consumo de tabaco¹⁶.

MARCO TEÓRICO

El marco conceptual de este taller está basado en el modelo de enfermería de Callista Roy, conocido como Modelo de Adaptación, que considera la salud como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

Elegimos este modelo porque un objetivo fundamental de la rehabilitación es ayudar al paciente con esquizofrenia a adaptarse, ya que la forma de cómo interpreta la persona su enfermedad es un factor fundamental en la rehabilitación. La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a mejorar la adaptación a su enfermedad utilizando para ello el plan de cuidados de enfermería. (Cook J.S et al. 1993).

El plan de cuidados de enfermería, es la forma dinámica y sistematizada de proporcionar cuidados de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto por cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Una de las herramientas utilizada para llevar a cabo la valoración son los patrones funcionales de M. Gordon.

PATRONES DE SALUD DISFUNCIONALES EN UN PACIENTE FUMADOR

PATRON 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD-CONTROL DE LA SALUD.

- Actitud frente a su enfermedad: negación llegando a creer que controla la situación y puede dejar de fumar cuando lo desee.
- Comienzo y evolución de la enfermedad: comienzo muy temprano, en torno a los 16 años.
- Aspecto general descuidado, envejecimiento precoz.
- Hábitos tóxicos: patrón habitual de consumo de cigarrillos. Asociación con otras sustancias estimulantes y/ o depresoras.

PATRON 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Apetito: disminuido, alimentación baja en calorías y poco variada.
- Ingesta de agua disminuida.
- Pérdida de olfato.
- Coloración amarillenta de los dientes.

PATRON 4: ACTIVIDAD EJERCICIO

- Disminución de la resistencia en la práctica deportiva, cansancio
- No participa ni desea hacerlo en actividades de consumo de energía, su ocio es mayoritariamente pasivo. Deterioro físico.

PATRON 5: SUEÑO-DESCANSO

- Sueño interrumpido, despertar precoz y pesadillas.

PATRON 6: COGNITIVO PERCEPTIVO

- Somnoliento y confuso.
- Dolor de cabeza y embotamiento cerebral, dificultando el aprendizaje y el rendimiento intelectual.

PATRON 7: AUTOIMAGEN-AUTOCONCEPTO

- El interés por el cigarrillo se antepone ante cualquier otro interés.
- Autoevaluación personal deteriorada.
- Sentimientos de incapacidad de cambio, infravaloración, inferioridad, inutilidad, tristeza.

PATRON 8: ROL-RELACIONES

- El elevado coste económico de los cigarrillos le plantea ajuste del dinero mensual que reciben, priorizando el cigarrillo ante otras necesidades.
- Relación familiar: deteriorada, frecuentes discusiones con temática antitabaco.
- Rol personal: elude responsabilidades.
- Relaciones sociales: disminuidas, en ocasiones afinidad con grupo fumador.
- Es importante conocer la persona significativa del entorno del paciente, pues va a ser considerada como coterapeuta con habilidades para vigilancia y apoyo en el proceso.

PATRON 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Disminución de la espermatogénesis.

Si además es mujer:

- Utilizar anticonceptivos orales siendo fumadora aumenta en 20 veces el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- En fumadoras que consumen 20 cigarrillos diarios aparece la menopausia precozmente.
- Si estás embarazada, aumenta el riesgo de concebir un hijo de menos peso al nacer y de tener abortos espontáneos, partos prematuros y mayor riesgo de muerte prenatal.

PATRON 10: AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Escasas estrategias personales para la resolución de problemas, escasa tolerancia a la frustración.
- Estado de ansiedad y tensión variable, utilizan el cigarrillo como estrategia de control.

Además, se observan conductas desadaptativas tales como gasto excesivo de dinero relacionado con la compra de cigarrillos, priorizar el consumo de cigarrillos frente a la realización de actividades de la vida diaria...ante estas conductas surge la necesidad por parte del profesional de enfermería de planificar este programa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Afrontamiento inefectivo¹⁷ relacionado con una percepción de un nivel inadecuado de control y manifestado por abuso de agentes químicos (tabaco).

- Criterio de resultado NOC¹⁸: 1906 Control del riesgo: consumo de tabaco.
- Indicadores:
- Reconoce las consecuencias asociadas al consumo de tabaco. (1)nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.

- Desarrolla estrategias efectivas para disminuir el consumo de tabaco. (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.
- Disminuye el consumo de tabaco habitual. (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado.
- Intervenciones enfermeras NIC¹⁹:
 - Aumentar el afrontamiento.
 - Educación sanitaria.
 - Ayuda para dejar de fumar.
 - Facilitar la responsabilidad consigo mismo.
 - Identificación de riesgos.
 - Modificación de la conducta.
 - Terapia de Grupo.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO. “RESPIRA SIN HUMO, RESPIRA SALUD”

El programa como aproximación terapéutica, consistirá en impartir una sesión semanal psicoeducativas semidireccionales de 70 minutos aproximadamente. Desde la primera sesión se considerara a todos los pacientes en fase de precontemplación y el desarrollo del taller se mantendrá en esta fase hasta explorar las motivaciones del paciente y este, reconozca tener un problema de salud, momento en el que pasaremos a la fase de contemplación y prosigamos con el resto de fases del proceso de cambio de conducta.

No es posible determinar el número de las sesiones en cada una de las fases del proceso de cambio de conducta, pues va e estar influido por las motivaciones, dinámica de grupo...

Criterios de Resultado. NOC (Anteriormente detallados):

Criterios de inclusión:

- Pacientes que asisten a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Lorca/Águilas.
- Diagnostico de enfermería: Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con desconocimiento del impacto del consumo de cigarrillos en su calidad de vida y manifestado por falta demostrada de conductas generadoras de salud.
- Fumador: haber fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso un cigarrillo.
- Potencial de mejora del paciente hacia su enfermedad.

Número y características de los participantes:

El número de participantes es de 10 personas. Es un grupo cerrado, de manera que una vez formado el grupo se no se podrán incorporar posteriormente al grupo nuevos paciente. Es semi-directivo: es el terapeuta el que inicia la sesión, pero son los miembros del grupo los que desarrollan la sesión.

Terapeutas: El grupo será dirigido por un terapeuta (enfermera especializada en salud mental y un coterapeuta (residente de enfermería de salud mental durante tres meses de su rotación)). El comienzo del taller será el 6 de Noviembre 2008 hasta el 7 de mayo 2009.

Recursos: Sala de reunión, proyector, ordenador, Material de oficina: papel, bolígrafos, pizarra, mesa.

Organización de las sesiones

Las sesiones duran unos 70 minutos aproximadamente, aunque variara en función de la evolución y fluidez de la sesión, así como de la participación de los miembros del grupo.

Prepararemos la sala de manera que el grupo se disponga en círculo, ligeramente distanciados, unos de otros.

Todas las sesiones se caracterizan por la siguiente dinámica:

1. Los primeros 5 minutos se consideran un periodo de “calentamiento” comenzando con una conversación informal, no necesariamente relacionada con el tabaco, comentando con el grupo, por ejemplo, temas de actualidad, con el fin de establecer un ambiente sincero y fluido.
2. Pasados esos 10 minutos de coloquio se comienza con una rueda de presentaciones, paciente por paciente, en la que invitamos a comentar el registro semanal de cigarrillos. Cada participante expresará cómo le ha ido la semana, cuál ha sido el día que más ha fumado, así como el que menos ha fumado y posibles circunstancias asociadas. Favoreciendo la expresión de sentimientos.
3. Se invita al paciente a recordar los contenidos de la sesión anterior y a plantear cuestiones que hayan quedado pendientes de la sesión anterior, o dudas que hayan surgido.
4. Los 30 minutos restantes se expone el tema sobre el que vamos a hablar, invitando a los miembros del grupo que expresen lo que conocen del tema, participando activamente y procurando que ninguno de ellos monopolice la sesión.
5. Finalizando con el espacio reservado para dudas y reparto del registro semanal del consumo de cigarrillos.

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN Y NORMAS DEL GRUPO

- Lectura y comentario de las normas del grupo.
- Explorar expectativas.
- Presentación del programa.
- Examinar las discrepancias entre sus percepciones y las de otras personas sobre la conducta problema.
- Test de Fagerström (grado de dependencia a la nicotina), y el Test de motivación para dejar de fumar (Richmond). Entrega del Registro semanal de cigarrillos.

SESIÓN 2: PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS

- Lectura del registro de cigarrillos semanal. Examinar sus percepciones del consumo de tabaco personal.
- Explorar motivos por los que está incluido en el taller.
- Entrega del registro.

SESIÓN 3: EXPLORAR MOTIVOS (I).

- El terapeuta lanzará las siguientes preguntas:
 - ¿Estamos pensando seriamente en disminuir el consumo de cigarrillos?
 - No. (Precontemplación).
 - Si, en los próximos 6 meses (Contemplación).
 - Si, en los próximos 30 días (Preparación).
 - ¿Por qué fumamos? (explorar motivos).
- Pilares de la sesión: Fomentar la empatía, favorecer la discrepancia, manejar la resistencia, favorecer la autoeficiencia.

SESIÓN 4: EXPLORAR MOTIVOS (II)

- Comentar registro de motivos, favorecer discrepancia.

SESIÓN 6: EFECTOS DEL TABACO EN LA SALUD A CORTO PLAZO (I).

SESIÓN 7: EFECTOS DEL TABACO EN LA SALUD A LARGO PLAZO (I).

SESION 8: EFECTOS DEL TABACO EN LA FAMILIA, COMPAÑEROS...

- Consecuencias en su entorno (fumadores pasivos, familia, niños pequeños)

SESIÓN 9: BENEFICIOS PARA LA SALUD SI DEJA DE FUMAR.

SESIÓN 10: BALANCE DE LOS PROS Y CONTRAS DE SEGUIR FUMANDO.

- Listado de los pros y contras personales.
- Examinar motivación y valores.
- Reforzar su autoeficacia.
- Potenciar las afirmaciones automotivacionales.

SESIÓN 11: MARCAR OBJETIVOS PERSONALES.

- Cada participante establecerá el número de cigarrillos al cual le gustaría disminuir.
- Negociar un plan de disminución personalizado.

SESIÓN 12: ALTERNATIVAS AL TABACO (I):

- Alternativas (I): Masticar chicle o caramelos sin azúcar, beber zumos o agua, practicar ejercicio de relajación, ducharte o darte un baño, ver la TV, escuchar música, leer, limpiar la casa, practicar ejercicio físico, trabajos manuales, crucigramas, cocinar.
- Elaboraran su propia lista con las posibles alternativas (aquellas que consideren más útiles en su caso) para llevarlas a cabo durante la semana y poder reducir el consumo.

SESIÓN 13: ALTERNATIVAS AL TABACO (II)

- Acordar con un amigo una pequeña cantidad de dinero por cada cigarrillo que te fumes de más de los permitidos en esa semana.
- No fumar cuando te apetezca sino que esperes un mínimo de dos minutos antes de fumar y alarga este tiempo a medida que pasen los días.
- No fumar en ayunas. Aumenta los períodos de tiempo entre que te levantas y fumas el primer cigarrillo.

SESIÓN 14: ALTERNATIVAS AL TABACO (III)

- Después de comer o de cenar esperaremos, entre 5 y 10 minutos, antes fumar. Intentar no fumar en la "sobremesa".
- No aceptar los ofrecimientos de cigarrillos.
- Cambia de marca de cigarrillos. Cambia a una que no te guste demasiado y que sea baja en nicotina.
- Compra las cajetillas de una en una y hazlo sólo cuando se te haya acabado por completo.
- Fuma únicamente en horas pares o impares.

SESIÓN 15: ALTERNATIVAS AL TABACO (IV)

- Coloca el tabaco en sitios de difícil acceso y que no estén a la vista.
- Fuma con la otra mano.
- Elige ambientes en los que no se fume y no haya humo, evita las cafeterías.
- Sal con los amigos en un ambiente alejado del tabaco.

SESIÓN 16: ALTERNATIVAS AL TABACO (V).

- Hacer deporte, el ejercicio disminuye el síndrome de abstinencia.
- Dedícate a tus hobbies.
- El dinero que te estás ahorrando cada semana, tras finalizar el taller podrás utilizarlo en ropa, viajes...
- Mantener una dieta equilibrada.

SESIÓN 17: PERSONA SIGNIFICATIVA.

- Identificar persona que le pueda dar apoyo.
- Informar a su familia y amigos que está disminuyendo el consumo de cigarrillo. Comentar reacciones. Fomentar autoevaluación positiva.

SESIÓN 17: MANTENIMIENTO (I).

- Valorar situación actual y comparar con situación al inicio del taller.
- Mantener el número de cigarrillos el cual se habían marcado (sesión 11)

SESIÓN 18: MANTENIMIENTO (II).

- Reforzar logros alcanzados.

SESIÓN 19: SITUACIONES DE RIESGO

- Identificar las situaciones de alto riesgo.
- Encontrar refuerzos positivos para el mantenimiento.

SESIÓN 20: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- Desarrollar estrategias de afrontamiento frente a las situaciones de riesgo.
- Identificar fuentes de satisfacción sin tabaco.
- Fomentar su autoeficacia.
- Mantener un contacto de apoyo (Indicarle que puede llamarnos o concertar cita tras finalizar taller)

SESIÓN 21: RECAÍDA.

- Definición de recaída.
- Encontrar estrategias de afrontamiento alternativas.
- Elaborar un plan.

SESIÓN 22: CLAUSURA.

- Dudas.
- Realización del Anexo 1. Test de Fagerström (grado de dependencia a la nicotina), y el Anexo 2. Test de motivación para dejar de fumar (Richmond).
- Evaluación de los criterios de resultado determinados en la planificación.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS

La implementación de un Programa Psicoeducativo Grupal relacionado con el consumo del tabaco dirigido a pacientes con esquizofrenia, disminuirá el número de cigarrillos y la dependencia a la nicotina y aumentará la motivación para dejar de fumar.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo grupal relacionado con el consumo de tabaco para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Lorca/Águilas sobre la dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de motivación de los pacientes para dejar de fumar antes y después de la intervención.
2. Identificar el nivel de dependencia a la nicotina de los pacientes antes y después de la intervención.
3. Dotar a los pacientes de los recursos y competencias necesarias para un mejor manejo de la enfermedad y el tratamiento.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Programa Psicoeducativo Grupal relacionado con el consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos.

VARIABLES CONFUSORAS

- Tratamiento farmacológico.
- Estado clínico del paciente.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Motivación para dejar de fumar.
- Nivel de dependencia a la nicotina.
- Número de cigarrillos.

COVARIABLES

- Sociodemográficas:
 - Edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo, situación laboral, apoyo familiar, ingresos económicos y zona de residencia.
- Clínicas:
 - Edad de comienzo de la enfermedad, años de evolución de la enfermedad, episodios del estado de ánimo previos, número de ingresos, patrón estacional y enfermedades somáticas.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

1. Test de Fagerström (grado de dependencia a la nicotina).
2. Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar.
3. Registro de recogida de datos; Valoración de enfermería. Facilitará el registro, almacenamiento y posterior análisis de los datos, consta de 11 patrones funcionales según modelo de M. Gordón.
4. Registro semanal de consumo de cigarrillos.

METODOLOGÍA

El estudio se realiza en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental Lorca y Águilas, que cuenta con un censo actual de 37 pacientes. La recogida inicial de datos ha sido realizada por el personal de enfermería, el desarrollo e impartición de las sesiones del programa psicoeducativo relacionado con el consumo de tabaco.

La población de estudio estará constituida por el total de pacientes (20) diagnosticados de esquizofrenia que asisten a la unidad de rehabilitación y que son fumadores (incluso 1 cigarrillo por día), constituyéndose dos grupo por selección aleatoria simple:

1. Grupo experimental: constituido por 10 pacientes que van a recibir el programa psicoeducativo.
2. Grupo control: pacientes diagnosticados de esquizofrenia y fumadores que no reciben el programa formativo (10).

Se trata de un Ensayo Clínico Aleatorio. Para llevar a cabo la investigación se utilizará un diseño pre-post ensayo, contando para el estudio con un grupo experimental y otro control. Con el grupo experimental y el diseño pre- post ensayo podremos valorar la eficacia del programa psicoeducativo en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia fumadores y que asisten a la unidad de rehabilitación. El programa Psicoeducativo se compone de 22 sesiones.

La investigación comenzó el 6 de Noviembre de 2008 y actualmente se está impartiendo el programa psicoeducativo a los pacientes del grupo experimental, finalizará el 30 de junio con el análisis de los datos obtenidos.

LIMITACIONES: abandonos o retiradas durante la puesta en marcha del programa y la no aceptación del paciente a asistir a las sesiones.

CUESTIÓN ÉTICA: Si demuestra que el programa en el grupo experimental obtiene beneficios, el grupo control no obtendría tales beneficios y para eliminar esta limitación, al finalizar el programa, se llevaría a cabo en el grupo control.

CONCLUSIONES

La evaluación de los criterios de resultado anteriormente establecidos y la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados pre y post del programa psicoeducativo, en las variables dependientes del estudio: Motivación para dejar de fumar, nivel de dependencia a la nicotina, número de cigarrillos validará la hipótesis del estudio.

NOTAS

- ² Programa de información sobre el tabaquismo. Consejería de sanidad de la Región de Murcia. 2007.
- ³ Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Programa de información sobre el tabaquismo para jóvenes. Plan de Educación Para la Salud en la escuela. 2005 - 2010
- ⁴ O. Jiménez Suárez. E. Castro Álvarez. Actualización bibliográfica. ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? Reseña de Revistas. *Psiquiatría Pública*. Vol. 11, Núm.5-6, 1999
- ⁵ McEvoy, JP. Brown S. Smoking in first-episode patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (7): 1120-1121.
- ⁶ Salogangas, R. Honkonen, T. Tengard, E. Koivisto, A. Hietala, Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *EUROPEAN PSYCHIATRY*. 2006 NOV; 21(4).
- ⁷ O. Jiménez Suárez. E. Castro Álvarez. Actualización bibliográfica. ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? Reseña de Revistas. *Psiquiatría Pública*. Vol. 11, Núm.5-6, 1999
- ⁸ Millar W y Rollnick S. Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas. Editorial Paidós. Barcelona. 1999
- ⁹ Hughes, JR. Hatsukami DK. Mitchell JE. Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143(8):993-997. UI: 3487983.
- ¹⁰ Addington J. El-Guebaly N. Campbell W. Hodgins DC. Addington D. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(7):974-976. UI: 9659869
- ¹¹ Kelly C, McCreddie R. Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:327-331.
- ¹² Ziedonis DM. George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(2):247-254. UI: 9165635.
- ¹³ Punnoose S, Belgamwar MR Nicotina para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ¹⁴ Eduardo Olano Espinosa, S. Veiga, C. Nuez, A. González . Trastornos adictivos: Organó Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías. Vol 9. Nº1. Págs. 14-20. 2007
- ¹⁵ Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- ¹⁶ N. Sobradie, V. García-Vicent. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos*. 2007; 9(1):31-8.

- ¹⁷ Craft-Roseberg M, Heather T, Lavin MA, Sparks S. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación. 2003- 2004. Madrid: Elsevier; 2003.
- ¹⁸ Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid. Elsevier. 2005.
- ¹⁹ McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Intervention Classification (NIC). Madrid: Harcourt; 2004.

