

**VI Jornada de Enfermería de Salud Mental
de la Región de Murcia.**

**“Los usuarios como
protagonistas de su salud
mental”**



LIBRO DE COMUNICACIONES

Murcia 13 de Mayo de 2016

Edita: Servicio Murciano de Salud.

Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Año de publicación: 2017

Depósito legal: MU 591-2017

ISBN: 978-84-697-3267-0

La presente obra incluye los resúmenes de las comunicaciones orales y tipo póster que se presentaron en la **VI Jornada de Enfermería de Salud Mental de la Región de Murcia**, así como las presentaciones con las que se daba difusión a los asistentes a la misma.

Agradecer a los autores, principalmente enfermeras y enfermeros de la red de Salud Mental de Murcia, que con sus trabajos de investigación contribuyen a generar dinámicas de enriquecimiento tanto en conocimiento como en actitudes para que no desistamos en nuestro empeño diario de prestar los mejores cuidados a los pacientes.

Coordinación de la obra

Almela Bernal, Joaquín

Hurtado López, Ana María

Pujalte Martínez, María Luisa

Comité organizador / científico

Presidenta

Hurtado López, Ana M^a. *Enfermera Especialista Salud Mental, Directora Enfermería H^o Román Alberca*

Secretario

Almela Bernal, Joaquín. *Enfermero Especialista SM, Supervisor de Área H^o Román Alberca*

Vocales

Fernández Jiménez, Ana M^a. *Enfermera SM, CSM jumilla*

González Muñoz, Enrique José. *Enfermero Especialista SM, Supervisor de Gestión Enfermería del H^o Román Alberca*

López Espejo, Silvia. *Enfermera Especialista SM, CSM Caravaca*

López García, Esther. *Enfermera Especialista SM, CSM Mula*

Lozano baños, Fuensanta. *Enfermera Especialista SM, CSM jumilla*

Maroto Hernández, Ángel Andrés. *Enfermero Especialista SM, CSM Yecla*

Martínez Martínez, Jacoba. *Enfermera Especialista SM, CSM Yecla*

Murcia López, José Antonio. *Enfermero Especialista SM, Supervisor de U.R.M.E. H^o Román Alberca*

Pujalte Martínez, M^a Luisa. *Enfermera Especialista SM, Coordinadora programa EIR de Salud Mental*

Sáez Sáez, Carmen. *Enfermera Especialista SM, Supervisora de UCE H^o Román Alberca.*

PRESENTACIÓN

Considero que el autor y la autoridad principal en la vida de una persona es la propia persona. Nuestro objetivo, entonces, debería ser acompañarla en sus distintos momentos vitales.

En mi opinión, los relatos en el proceso de recuperación y de cuidados, deben hacerse, transcribirse y leerse, a través de la voz de los propios usuarios, no podemos hacer trajes a nuestra medida, para que los vistan otros.

A lo largo de la vida, veremos cambiar las necesidades de las personas que atendemos, las nuestras también. En ocasiones los usuarios de los servicios de salud mental necesitarán de cuidados inmediatos, otras veces de cuidados de transición, otras de planificación; aquí estamos todos que, de alguna forma, podemos pasar a formar parte de la historia de sus vidas.

Como responsable de la organización de los servicios en este Hospital, intento organizar los servicios para que estos cambios de actitud tengan cabida y reconducir las actuaciones de los profesionales sanitarios hacia espacios de auténtica metamorfosis, constante y dinámica, como la vida misma.

Es difícil justificar la creación de servicios de acuerdo a categorías diagnósticas, más todavía hacerlo de acuerdo a nuestras creencias, muchas veces lejos de evidencias y de experiencias. Pero lo imperdonable sería hacerlo dando respuesta a las necesidades de los profesionales.

Creo que flexibilizar sobre nuestra actuaciones, permeabilizar nuestros recursos, templar nuestras actitudes –basadas en el respeto- y asumir que los modelos de intervención se tienen que adaptar a los cambios sociológicos y legislativos, es una obligación, en ningún caso un capricho.

En esta dirección es evidente que tenemos que avanzar hacia la personalización de las intervenciones y de los planes de cuidados. No solo no podemos ser patrones de las ropas que otros han de llevar, sino que además, debemos entender que en cada momento de sus vidas, necesitarán distinto equipaje.

Nosotros les acompañaremos en su viaje, facilitándoles las herramientas que necesiten para seguir cambiando, evolucionando, viviendo; lo que todos quisiéramos para nosotros mismos. Si fuéramos capaces de hacer esto, nos podríamos dar por satisfechos.

Espero que el encuentro de Enfermería de Salud Mental sea un espacio para la reflexión sobre estos aspectos y sobre los motivos para hacer, también, nuestra propia metamorfosis.

Asunción de Concepción Salesa

Directora del Hospital Psiquiátrico Román Alberca

PRÓLOGO

“Los usuarios como protagonistas de su salud mental” ha sido el lema que ha enmarcado la VI Jornada de Enfermería de Salud Mental de la Región de Murcia 2016.

Esta Jornada ha sido posible gracias al esfuerzo, entusiasmo y colaboración del grupo de enfermeros del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Área IV, Área V y de la ayuda inestimable de M^a Luisa Pujalte, integrante del comité organizador y científico.

El objetivo que nos planteamos era, como en otras ocasiones, hacer posible un espacio de encuentro para poder compartir nuestras experiencias, vivencias...en nuestra práctica clínica diaria como enfermeros especialistas en salud mental, tanto dentro como fuera de nuestra región. En esta ocasión, hemos querido compartir este espacio con otros profesionales relacionados con la salud mental y con los usuarios y familiares que son protagonistas, como nosotros, de este quehacer diario de prestación de cuidados, dándole oportunidad para que en primera persona nos relaten sus experiencias tanto a nivel individual como asociativo.

En este libro de comunicaciones podréis encontrar las comunicaciones que se expusieron de forma oral y en poster, y la ponencia que nos presentó Amaia Vispe.

Espero que haya sido del interés y el agrado de todos, y que nos haya ayudado a ampliar la visión de los cuidados en salud mental, reflexionar sobre dónde estamos y cómo nos encaminamos hacia prácticas que favorezcan cada vez más que los usuarios sean protagonistas de su salud mental.

Presidenta del Comité Organizador y Científico

Ana María Hurtado López

PONENCIA.....	11
“¿HACIA UN NUEVO PARADIGMA? ENFERMERAS EN BUSCA DE UN MODELO AJUSTADO A LA RECUPERACIÓN.”	11
MESA COMUNICACIONES LIBRES	24
“EXPERIENCIAS QUE BUSCAN DAR AL USUARIO EL PROTAGONISMO DE LA INTERVENCIÓN”	24
1. USUARIOS INGRESADOS DE FORMA INVOLUNTARIA EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS.	24
2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA EL FOMENTO DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO EN UNIDADES PSIQUIÁTRICAS AGUDOS.	33
3. TALLER DE AUTOGESTIÓN DE MEDICACIÓN DIRIGIDO POR ENFERMERÍA PARA FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSICÓTICO.....	43
4. APRENDIENDO DE OTRAS EXPERIENCIAS AMPLIAMENTE RECONOCIDAS: MURCIANOS EN TRIESTE.	53
5. EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE COMO EJE DE LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.....	62
6. PROYECTO ECOS: TODAS LAS VOCES TIENEN CABIDA.	72
COMUNICACIONES SELECCIONADAS FORMATO PÓSTER	78
1. ASESORAMIENTO ENFERMERO EN LAS APLICACIONES MÓVILES DISPONIBLES PARA EL USUARIO DE SALUD MENTAL.	78
2. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL.	82
3. EL ESTIGMA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: LA ACTITUD DE LOS PROFESIONALES Y LA VISIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES.	87
4. EL RIESGO SUICIDA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	90
5. EMPODERAMIENTO EN LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL: ACCIONES Y BENEFICIOS.	93
6. ¿ES MÁS EFECTIVA LA RELAJACIÓN A NIVEL GRUPAL QUE INDIVIDUAL PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN FOBIAS ESPECÍFICAS?	96
7. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN SALUD MENTAL.....	99
8. FOMENTANDO EL AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD: APRENDIZAJE DE TÉCNICAS EN SALUD MENTAL.	102
9. FOMENTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE LA UNIDAD REGIONAL DE MEDIA ESTANCIA (URME): UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	105
10. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PIEZA CLAVE PARA LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL.....	108
11. IMPORTANCIA DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3 EN LA EVOLUCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.	111
12. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELAJACIÓN INFANTO-JUVENIL EN CENTRO DE SALUD MENTAL.	114
13. INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL	117
14. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA URA DE SAN ANDRÉS.	120
15. LA RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL DESDE ENFERMERÍA: EL MODELO TIDAL O MODELO DE LA MAREA HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PIEZA CLAVE PARA LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL.....	124
16. LA SALUD FÍSICA COMO PARTE DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL.	127
17. LAS VIVENCIAS DE LOS EIR DE SALUD MENTAL, EN TORNO A LA SUJECIÓN FÍSICA. UN ESTUDIO CUALITATIVO.	130
18. MINDFULNESS: UNA HERRAMIENTA PARA QUE NIÑOS Y ADOLESCENTES SEAN PROTAGONISTAS DE SU SALUD MENTAL.	134
19. PATERNALISMO EN EL MEDIO SANITARIO Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE: PINCELADAS APLICADAS A SALUD MENTAL.....	137
20. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA EN UNA UHSM.....	141
21. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO PARA PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA.	144

22.	PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN FAMILIARES DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS.....	148
23.	REGISTRO DE VALORACIÓN EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.	151
24.	SALUD MENTAL Y HáBITOS DE VIDA SALUDABLE, NECESIDAD DE AMBOS PARA UNA BUENA PRÁCTICA ENFERMERA.	155
25.	YO DECIDO LO QUE A QUIEN QUIERO.	158
26.	YO DECIDO ACEPTAR LAS NORMAS.....	162

PONENCIA

“¿Hacia un nuevo paradigma? Enfermeras en busca de un modelo ajustado a la recuperación.”

Autora: Amaia Vispe Astola

Profesión: Enfermera Especialista en Salud Mental

Centro de trabajo: Servicio Canario de Salud.

Thomas S. Kuhn fue un historiador y filósofo, y un reconocido estudioso de la ciencia y su funcionamiento. Haciendo un brevísimo resumen podemos decir que Kuhn plantea que la ciencia pasa por momentos de CIENCIA INMADURA (que son los momentos en los que existen diversas tendencias o escuelas).

Cuando una escuela se impone al resto se establece un paradigma teórico que proporciona un marco conceptual de los fenómenos estudiados en esa disciplina. Una vez determinado el paradigma, se entra en el período de CIENCIA NORMAL, donde se empieza a progresar en la investigación, dentro del susodicho paradigma.

Cuando se van acumulando los problemas que no se resuelven en esa matriz teórica, se detiene el progreso, y se llega a una situación de crisis que acarrea la sustitución del paradigma por otro alternativo. Éste es el período de CIENCIA REVOLUCIONARIA, en el que se entabla la lucha entre paradigmas enfrentados.

La elección entre paradigmas, aunque parezca increíble, se basa en criterios extra-lógicos como pueden ser: la persuasión, la popularidad, la capacidad para progresar o resolver cuestiones inmediatas e intereses económicos o de prestigio profesional.

En un campo como el nuestro, la psiquiatría, donde conviven diferentes paradigmas, es interesante señalar que Kuhn afirmaba que los diferentes paradigmas son inconmensurables, es decir, no pueden compararse unos con otros porque cada uno establece su propio campo teórico, y no hay un consenso teórico común previo desde donde hacer esa comparación.

Podemos decir que ningún paradigma parte de la misma definición de enfermedad, salud, entorno y persona.

Kuhn no cree que la ciencia sea exclusivamente objetiva e independiente de su entorno social. Si en la actualidad predomina el llamado "paradigma biológico", Kuhn nos enseña que un paradigma puede ser sustituido por otro cuando se acumulan los problemas que no se resuelven en el mismo.

Por poner un par de ejemplos:

En el **British Journal of Psychiatry** se publica en 2012 un artículo especial firmado por 29 profesionales de la salud mental británica que se titula "**La psiquiatría más allá del paradigma**"

actual" y la **Asociación Británica de Psicología** publica un manifiesto en 2013 que se titula "**Tiempos para un cambio de paradigma**".

Quizás, como apuntan estos importantes textos, el cambio del paradigma biológico nos lleve a un paradigma basado en lo social con enfoque narrativo... Hacia un modelo posmoderno, constructorista.

Ahora me gustaría hacer un alto en el camino para recomendarles unos cuantos libros que han marcado nuestra manera de pensar y de mirar.

"**Sobre la locura**": del psiquiatra Fernando Colina. Todo lo que escribe es bueno y nos hace reflexionar.

"**Terapia Narrativa**": de Martin Payne. En donde nos hace una introducción a la Terapia Narrativa en primera persona. Muy ameno para leer y entender.

"**Medios narrativos para fines terapéuticos**" de White y Epston. Es una delicia leer este libro. Habla de los relatos dominantes que inundan nuestras vidas y nuestras conversaciones.

"**Psicoterapia con casos imposibles**": de Duncan, Hubble y Miller. De este libro hemos aprendido casi todo. No les dejaré indiferentes.

"**Reflexiones sobre la construcción social**": de Gergen y Gergen, imprescindible para introducirnos de manera fácil en las ideas de la construcción social.

Y la lectura definitiva, aquella que hizo en mi cabeza un "clack" es la tesis doctoral de Martín Correa-Urquiza, "**RadioNikosis: la rebelión de los saberes profanos**", publicada en 2009. En esta tesis el autor hace un extenso y respetuoso estudio de Radio Nikosi para el ámbito del conocimiento psiquiátrico y psicológico y las prácticas en la salud mental. Muy recomendable.

Si continuamos hablando de modelos o paradigmas (que son simplemente una manera de "ver" el mundo y a las personas que en él habitamos) diremos algo muy contundente: no es posible definir el papel de la enfermera, en el cuidado hacia las personas, sin partir de un determinado modelo, el cual siempre estará presente en nuestras intervenciones de forma implícita o explícita.

Y es que muchas veces se nos olvida que para nuestro trabajo es imprescindible e inevitable partir de un modelo o paradigma. Una visión del ser humano, de la vida, de la muerte, de la salud y de la enfermedad. En fin, una concepción del ser humano. Y dependiendo del modelo que tengamos en la cabeza, cuidaremos.

Los manicomios no sólo están entre los muros que los rodean sino que también pueden estar dentro de nuestras cabezas.

Pero sigamos con una pequeñísima revisión histórica...

Claro, y en psiquiatría nosotros, los enfermeros, no somos prescriptores, entonces ¿qué hacemos? ¿Hablamos con ellos? ¿Los acompañamos? Y les repito que nuestra escucha,

nuestro apoyo, nuestra ayuda y nuestro cuidado dependerán del modelo o paradigma que tengamos en la cabeza.

Vamos a reflexionar un poco sobre los diferentes modelos... Ya que tenemos que elegir uno, o varios, o por lo menos saber cuáles son los diferentes modelos que hay. Una cosa que ayuda mucho a ajustarse a los demás profesionales (psiquiatras, psicólogos) y hablar en el mismo lenguaje (aunque no compartamos la misma visión acerca de la psiquiatría) es conocer qué campo teórico copa su conocimiento.

Al psicoanalista le podremos hablar en términos de estructura psicótica, neurótica o perversa (y quedará encantado). Al cognitivo-conductual le podremos hablar de procesamiento de la información y las consecuencias que eso tiene en la conducta del paciente, y al sistémico coméntale algo de la familia disfuncional. Eso siempre funciona.

Paradigma psicoanalítico. Si nosotros pensamos en el individuo como un MOTORHIDRÁULICO u olla a presión con sus pulsiones, represiones, consciente, inconsciente, ello, yo y superyó. Todas y cada una de las conversaciones que tengamos con y sobre el paciente tendrán que ver o con su infancia reprimida o su gran ego o sus limitaciones inconscientes, sus deseos inconfesables, sus traumas enterrados... Siempre con lo oculto, lo prohibido, el pecado a descubrir... ¡¡¡Señor Freud, perdone usted!!! Creo que el paradigma psicoanalítico está muy bien para teorizar sobre las vidas de las personas pero nosotros, enfermeros, somos de una naturaleza más práctica y por mucho que tengamos catalogados los deseos y pulsiones de nuestros pacientes... Esto no nos ayuda a acompañarlos a la compra, a que sepan defenderse ante trámites burocráticos, a mejorar su autoestima ni a encontrar un significado a sus vidas. Así que auf wiedersehennherr Freud.

Luego llegaron los ORDENADORES y a nivel heurístico se utilizaron por los **cognitivo-conductuales** como metáfora para explicar lo que nos pasaba en el cerebro. Os sonará la memoria a largo plazo, la memoria a corto plazo... Como si nuestro cerebro estuviera ordenado en pequeños cajones donde guardar la información que procesan nuestros sentidos. Es la información desplazándose por circuitos mentales, lo que dio lugar a la analogía cognitivista del cerebro como un ordenador. Y aquí acabamos haciendo psicoeducación a usuarios y familiares (como si no fueran ellos los primeros expertos en el tema), trabajando en habilidades sociales y convenciéndoles que tienen una enfermedad mental y la necesidad de una adherencia terapéutica y una concienciade enfermedad que no es otra cosa que "usted haga lo que yo le diga". Como dice Fernando Colina, "exigir, tantear o conseguir que el psicótico se reconozca enfermo tienemás de confesión religiosa o judicial que de ejercicio clínico". Programando y reprogramando cerebros. Así que goodbyeMíster Beck.

La CIBERNÉTICA es la ciencia que estudia la comunicación y el control de las máquinas y los seres vivos, y va un paso más allá y nos explica el funcionamiento de la información en un sistema, y a nosotros los profesionales como simples observadores, pudiendo catalogar lo que vemos como normal o anormal (más académicamente hablando como funcional o disfuncional) y así nos encontramos la **terapia familiar estructuralista** que define la familia funcional, el individuo funcional y los correctos sistemas de comunicación entre ellos. La familia es descrita como una "estructura" determinada, que el terapeuta puede modificar. El terapeuta es capaz de "descubrir" loque está mal en el sujeto o en la familia, y utilizando una serie de técnicas a través de las cuales "arreglar" lo previamente disfuncional.

CiaosignorMinuchin. Nosotras no creemos en la disfuncionalidad. Nosotras creemos en las capacidades y fortalezas.

Hilando un poco con la teoría de Kuhn de cómo se forma el conocimiento, en nuestra opinión no está claro que la Psiquiatría haya estado nunca realmente en un período de "ciencia normal", es decir, que haya predominado un paradigma de forma tan completa que no haya habido voces discordantes de consideración. En psiquiatría ha habido un constante movimiento pendular a lo largo de la Historia entre, por decirlo así, somaticistas y psicologicistas, con distintos vaivenes.

Hasta los años 50 aproximadamente del pasado siglo fue predominante el psicoanálisis para luego, con la llegada de la clorpromazina, irse instaurando un paradigma biológico que todavía no es hegemónico ni mucho menos. No olvidemos que fue sobre los años 60 cuando hicieron acto de presencia las orientaciones sistémica o cognitiva, sin que eso significara la muerte del psicoanálisis, tantas veces anunciada y nunca certificada. Creemos que puede decirse que es posteriormente, hacia los años 80 y 90, cuando el paradigma biológico va haciéndose predominante, tomando como ejemplo la publicación del DSM-III y el DSM-III-R y en clara relación temporal con la aparición de los psicofármacos de elevado precio (primero los antidepresivos ISRS y, posteriormente, los antipsicóticos denominados atípicos). Parece coincidir con esos momentos que el paradigma biológico inicia su supremacía, pese al cual, resisten las otras orientaciones psicologicistas citadas, aunque más bien en ámbitos psicológicos, sociológicos o filosóficos, más que en ámbitos psiquiátricos. Este paradigma biológico se va convirtiendo cada vez más en *biocomercial*. Pero esto es otro asunto para otro momento.

Si algún paradigma predomina en la actualidad, como hemos dicho, en los ámbitos psiquiátricos clínicos donde desempeñamos nuestro trabajo, es el biológico. A partir de los mecanismos de funcionamiento de los psicofármacos se desarrollan hipótesis causales sobre los trastornos subyacentes. Como los neurolépticos mejoran algunos síntomas psicóticos y bloquean la dopamina, se asume que los síntomas psicóticos derivan de un exceso de dopamina. El problema es que tales hipótesis no han sido demostradas y podrían acabar llevando a teorizar un déficit de aspirina como causa de cefalea. Se trata de un modelo neuroquímico simplón y carente de pruebas, poco preocupado por los efectos secundarios y mucho más influido por intereses comerciales de la industria farmacéutica de lo que nos gustaría admitir.

Nos encontramos entonces con cerebros averiados sin solución que llevan a que tratemos a nuestros pacientes como seres limitados, mitad niños mitad tontos, que no son capaces de controlar ni su cerebro, ni sus pensamientos, ni sus deseos, ni sus decisiones, ni sus vidas, teniendo que ser adiestrados por expertos profesionales. Todo esto no deja margen de esperanza ni para ellos ni para nosotros. Aquí no podemos decir adiós porque esto es lo que nos encontramos en nuestra práctica cotidiana.

Nosotras, como muchos de vosotros, venimos de tradiciones modernistas, de modelos normativos, del modelo biomédico, que consideran que existe una realidad objetiva en la que encontrar lo patológico. Los modelos o paradigmas a los que he hecho referencia (psicoanalítico, cognitivo-conductual, el sistémico estructuralista y el biomédico) son ejemplos de modelos modernistas o normativos, es decir, presuponen una realidad externa objetiva e independiente del observador que puede ser captada y descrita. El mundo es de una manera y

nuestro modelo lo descubre y lo explica todo (y lo que todavía no ha conseguido explicar lo acabará haciendo con la ayuda de nuevas tecnologías aun sin descubrir). Frente a esto, la posmodernidad considera inalcanzable un saber completo sobre la realidad y entiende los diferentes paradigmas como mapas con los que moverse en esa realidad. Mapas que no tienen un valor de verdad sino de utilidad. Nosotras no rechazamos los modelos sino que los empleamos en lo que puedan ser útiles sin enamorarnos de ninguno de ellos ni hacer encajar al paciente como sea en esas verdades absolutas.

Un ejemplo de ciencia moderna es la física clásica newtoniana que pretendía explicar de forma completa el funcionamiento del mecanismo del universo. Lo que hizo tambalearlos cimientos de la física clásica fue el principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg. Este principio dice: no es posible conocer a la vez la posición y la velocidad de una partícula subatómica en un momento determinado. Para hacerlo, el observador ha de proyectar luz sobre la partícula, pero cuando lo hace, su curso quedar modificado por el impacto del fotón emitido.

¿Qué quiere decir esto? Qué el observador (los profesionales), por el mero hecho de observar alteramos lo que observamos (conductas de los pacientes). No se puede describir la realidad sin tener en cuenta quien la describe. Así es que, si no es posible una observación sin influir en lo observado, se cuestiona la existencia de una realidad exterior objetiva y única. A este desplazamiento de la atención desde el sistema observado (paciente) al sistema observante (profesional) se ha denominado "cibernética de segundo orden" y para poder explicarlo, la terapia familiar se ha valido de ideas provenientes del construccionismo social.

Pero ¿en qué se fundamentan las ideas construccionistas? 4 premisas fundamentales.

1. Las ideas son construidas socialmente.

Al relatar la evolución de un grupo cultural incipiente explican cómo se va construyendo entre los miembros del grupo, lo que después será considerado la realidad única e inmutable.

Un poco de imaginación. Entre los miembros de una hipotética sociedad emergente, las costumbres y distinciones serán frágiles al comienzo, fácilmente intercambiables. Como el grupo es incipiente, está aún cercano el motivo y el cómo se decidieron las cosas. Son capaces de recordar: "eso es como decidimos hacerlo". Existe alguna conciencia de que existen otras posibilidades. Empiezan a emerger instituciones como la maternidad o el cuidado del niño, entre otras. Para los hijos de la siguiente generación, las decisiones de cómo hacer las cosas no son tan inmediatas, pero aún pueden recordar: "así es como decidieron hacerlo nuestros mayores".

Según el grupo evoluciona, para los individuos de la siguiente generación, el recuerdo de que las cosas se hicieron de una manera consensuada se va perdiendo. De modo que van ganando terreno afirmaciones como: "así es como se hizo siempre". Estas generaciones y las posteriores empiezan a actuar como si siempre existiesen tipos de personas que son madres, obreros, granjeros... Con toda probabilidad se escribirán leyes sobre cómo hay que construir las casas, cuándo, dónde... Se identificarán ciertas personas más adecuadas para hacerlo. Emergen las instituciones.

En la cuarta generación el "así es como se hizo" se convierte en "así es como es el mundo: esta es la realidad".

2. La realidad se construye a través del lenguaje.

Para los posmodernos el lenguaje que usamos construye nuestro mundo y nuestra ciencia. Es en el lenguaje cuando las sociedades construyen sus visiones de la realidad. Los únicos mundos que podemos conocer son los mundos que compartimos en el lenguaje. "El mundo está fuera, pero las descripciones del mundo no. El mundo no habla. Sólo lo hacemos nosotros". Lo importante cuando se produce el cambio (a nivel psicoterapéutico) implica un cambio en el lenguaje. El lenguaje es siempre cambiante. Los significados son siempre indeterminados, y por tanto mutables. El significado no lo da una palabra, sino una palabra en relación con su contexto. Por ello el significado preciso de una palabra es algo a negociar entre dos o más conversadores. Y esto es esperanzador.

3. Las realidades se organizan y mantienen a través de las historias.

Para dar sentido a nuestras vidas, las personas nos enfrentamos a la tarea de ordenar nuestra experiencia de los acontecimientos a través del tiempo de tal forma que conseguimos un reconocimiento coherente de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Este recuerdo adopta una forma que es la auto-narrativa. Desde un punto de vista posmoderno, no hay significados escondidos en las historias, no hay una "esencia" a capturar de la experiencia humana. Un concepto clave en la terapia narrativa es que en cualquier vida hay siempre más eventos que no son historiadados (a estos eventos se les llama excepciones), que no nos hemos contado y que no hemos introducido en nuestra historia. Y esto significa que hay historias alternativas en todos nosotros y que podemos reescribir nuestras vidas. Y esto también es esperanzador.

4. No hay verdades esenciales.

La auto-imagen o los self se construyen socialmente a través del lenguaje y se mantienen a través de la narrativa (a través de lo que nos contamos nosotros mismos, a través de lo que nos cuentan de nosotros). Diferentes imágenes nuestras aparecen en diferentes contextos (madre, hija, profesional, amiga, enferma...) Ninguno de ellos es más verdadero que otro. Aunque sí es cierto que presentaciones particulares del self son preferidas por las personas dentro de las culturas. Los terapeutas posmodernos trabajan con personas para ayudarles a vivir narrativas que apoyen el crecimiento y el desarrollo de los self preferidos. Esto nos abre posibilidades.

Pero ¿qué efectos tiene esto a nivel práctico, en la clínica?

Con llegada de las ideas construccionistas se abandonó la idea de una "descripción real" de lo que le ocurría a la familia para sustituirla por el concepto de realidades interpretadas alumbradas por el sistema observante. Se pasó de la búsqueda del Universo objetivo a la del Multiverso, donde muchas visiones de distinto observador convivían.

Con la llegada de ideas construccionistas a la terapia se facilitó también una posición de mayor cooperación entre paciente y terapeuta.

El terapeuta ya no tiene como objetivo el revelar una realidad, hasta ahora invisible para la familia, sino que propone o hace posible una de las múltiples alternativas. Las preguntas ya no son sólo herramientas para obtener información, sino instrumentos para conseguir un cambio.

Para el posmodernismo, la vida humana es demasiado lábil, única, polifacética, incierta y compleja como para que se puedan alcanzar "conclusiones" mediante el "conocimiento experto". No podemos encajar la vida en generalizaciones, ningún "experto" puede generalizar

acerca de ella, únicamente se pueden formar hipótesis imposibles de comprobar. Los pensadores posmodernos no niegan que la investigación cuidadosa puede ofrecer útiles sugerencias sobre lo que podría ser "real" pero nos mueve a ser cautelosos ante afirmaciones universales. El "conocimiento experto" es parcial, provisional, unilateral y muchas veces distante de los conocimientos concretos y específicos de la vida cotidiana.

La posmodernidad no venera el conocimiento local, ni hace de él una bucólica forma de "sabiduría popular". El error "modernista" fue elevar la ciencia sobre el resto del saber; la posmodernidad intenta no incurrir en el mismo error. Contraponer posmoderno a moderno implica una dicotomía contraria a la intención posmoderna. El término posmoderno no es antimoderno.

Por tanto, la posmodernidad no sostiene que "lo que sabemos, pensamos y hacemos es mejor que lo que sabían, pensaban y hacían antes"; más bien, que no tenemos un "conocimiento experto" de lo que es verdadero y nunca podremos tenerlo; siempre estamos empezando nuevamente y arribando a conclusiones parciales.

La crucial diferencia entre conocimiento "experto" y conocimiento "experiencial" es que este último es significativo, no "objetivo". Encarna el significado que la persona brinda a sus experiencias.

En relación con ese "conocimiento experto" vamos a mencionar de manera superficial una idea muy interesante sobre el poder y el saber desarrollada por Foucault.

Michel Foucault fue un filósofo francés que intentó demostrar que las ideas básicas que la gente considera verdades permanentes sobre la naturaleza humana y la sociedad cambian a lo largo de la Historia.

Foucault propone que la gente de la sociedad occidental ha desarrollado, lenta pero continuamente, su capacidad para mantener posiciones de poder gracias a su conocimiento experto y que instituciones como la medicina, la psiquiatría, las clases sociales, la ley y la moral sexual perpetúan ese poder. Además, el poder no se establece por medio de la amenaza y la fuerza, sino de la defensa del conocimiento del especialista que lo insta en primer lugar y por la oculta persuasión que mueve a la gente a "interiorizar" su inferioridad haciendo de ella una "verdad", a crear continuamente su propia identidad subordinada.

El Panóptico es una forma arquitectónica inventada por Jeremy Bentham en el siglo XVIII. Bentham lo propone como un modelo "ideal" para la organización o distribución de personas en el espacio de forma tal que las convirtiera en "cuerpos dóciles". La consideraba ideal en el sentido de que aumentaría la eficacia de las personas a la vez que reduciría al mínimo los esfuerzos necesarios para supervisarlas. Como forma arquitectónica, el Panóptico constituía un edificio circular con un patio en el centro, o una serie de edificios con un patio central. El edificio podía tener varios niveles, cada uno de ellos con la altura de una sola habitación. Cada nivel estaba dividido en espacios pequeños, en habitaciones, y cada habitación tenía una ventana trasera que dejaba entrar luz natural y una amplia apertura al patio central. No había ventanas laterales con lo cual las personas no podían tener contacto directo entre ellas. Las personas que se encontraban en esas habitaciones eran objeto de observación perpetua. La torre central estaba situada de tal manera que las personas de las habitaciones no podían ver a los guardias. De este modo, se sentían objeto de una mirada omnipresente. Este mecanismo

de poder tenía el efecto de "incitar" a las personas a actuar como si estuviesen siendo observadas en todo momento. La mirada omnipresente que sentían los ocupantes de las estancias individuales era, en efecto, una mirada normalizadora. Esas personas se sentían constantemente evaluadas según las normas y reglas determinadas por la organización. Esto permitió que los individuos fueran "captados y fijados por escrito", y esto facilitó la confección de estadísticas y el establecimiento de normas, es decir, la construcción de conocimientos globales sobre las personas.

Un gran ejemplo de desarrollo de conocimientos globales basados en conductas particulares lo tenemos en Emil Kraepelin, que fue el padre de los conceptos actuales de esquizofrenia (demencia precoz) y de trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva), que desarrolló la parte inicial de su trabajo clasificatorio, base de las actuales clasificaciones psiquiátricas, en un manicomio en Estonia donde ni siquiera hablaba el idioma de los pacientes ya que él era alemán. En estas condiciones tan lamentables de observación Kraepelin construye sus categorías que nosotros tomamos ahora como si fueran clases naturales, como si fueran reales. (Jean Garrabe, en su historia de la esquizofrenia).

El éxito del mecanismo de poder representado en el Panóptico depende en gran medida de que la fuente de poder no sea visible para los que lo padecen. Proporciona una forma de control muy económico y eficaz. A través de este poder las personas se someten a "verdades" normalizadoras que prefijan sus vidas y sus relaciones.

Los análisis de Foucault de las situaciones de poder/saber/control examinan muchas instituciones que son, o creen ser, benévolas. La forma en que la gente poderosa establece y mantiene su poder usando "técnicas de dominación" que requieren del "conocimiento experto", la benevolencia aparente, la vigilancia y el fomento de la subordinación interiorizada son semejantes al poder institucional en los hospitales psiquiátricos.

Hasta aquí la parte más teórica.

Nosotras trabajamos en la comunidad con personas diagnosticadas de TMG. Ahora queríamos hablarles de las personas que son diagnosticadas de un TMG y sobre todo de las ideas que hacen que las veamos muchas veces como "pacientes imposibles".

Analicemos de qué manera catalogamos a un paciente imposible...

Históricamente la imposibilidad se ha atribuido siempre al paciente (sobre todo si ya tiene un diagnóstico de TMG): (no hay nada que hacer, esto no va a cambiar), y muchas veces el camino hacia el caso imposible se abre desde la misma expectativa de imposibilidad. Es decir, la profecía autocumplida que se llama. Una vez puesta en marcha la expectativa de que el caso es difícil, dicha expectativa puede ser sorprendentemente inamovible, quedando la persona "desindividuada" y terminando por ser equivalente a su etiqueta. Una vez ocurrido esto, los profesionales distorsionamos la información recibida para ajustarla a dichas expectativas o ideas sin ser conscientes de ello. Es decir, y aunque suene duro, dejándonos llevar por nuestra rutina profesional podemos estar transformando un caso con buenas perspectivas en uno totalmente perdido.

De la mano de Chema Rodríguez de Castro vamos a clasificar este tipo de ideas (quizás les suene alguna):

- Ideas imposibilitadoras: “Nunca se podrá recuperar de un trastorno mental grave”, “no hay nada que puedan hacer por sí mismos”, “no pueden hacer ningún cambio significativo respecto a sus problemas o sus vidas”, “necesitarán ser medicados el resto de su vida”.
- Ideas culpabilizantes: “La familia ha causado el trastorno mental grave”, “los pacientes y sus familias presentan resistencias”, “los pacientes interpretan papeles y realmente no quieren cambiar”, “algunos actos de los pacientes son búsqueda y demanda de atención”, “algunos actos de los pacientes son manipulaciones en busca de beneficios”.
- Ideas desresponsabilizadoras: “Las personas enfermas son incapaces de controlar o cambiar su conducta”, “la conducta del paciente queda determinada por el trastorno mental grave”.
- Ideas invalidantes y desautorizadoras: “Los clientes o sus familias no saben nada acerca del trastorno mental grave, necesitando ser adiestrados por expertos en salud mental”, “los trastornos mentales graves son exclusivamente trastornos cerebrales y el único remedio efectivo es la toma de medicación de por vida”, “los profesionales sabemos lo que le conviene hacer al paciente o a su familia respecto a múltiples aspectos de sus vidas”.

Evidentemente las personas no dejan de tener sus propias teorías acerca de sus problemas, de sus dificultades y de su situación vital. Cuando dichos puntos de vista son ignorados, atacados o desautorizados, como hemos visto, no es sorprendente la aparición de “resistencias” o incumplimientos terapéuticos. En este momento muchas veces el paciente empieza a convertirse, para el profesional, en un caso imposible. Y el profesional se convierte, para el paciente, en una persona poco interesada o evidentemente equivocada. Llegados aquí las intervenciones han pasado de ser relaciones de ayuda o cuidado para convertirse en confrontaciones.

Nosotras trabajamos con una serie de **ingredientes que alimentan la alianza, la colaboración o el ajuste necesario para poder cuidar a las personas** (que al final es a lo que nos tememos que dedicar).

Respeto

Trabajamos para supervivientes, para veteranos de las intervenciones psiquiátricas/psicológicas.

Vemos al psiquiatrizado como un héroe en el "drama de la terapia" y creemos, que no sólo dispone de todo lo necesario para resolver sus problemas, sino que puede que haya empezado a hacerlo o tenga una buena idea de cómo conseguirlo.

Desafortunadamente, esos veteranos de la tristeza han sido frecuentemente maltratados por el sistema sanitario y perciben a los profesionales como personas que no tienen en cuenta sus deseos, no dan crédito a su malestar e incluso no creen en sus desgraciadas historias. Llamarlos veteranos nos ayuda a verlos de nuevo como seres humanos. Pasan de ser "crónicos" o "graves" a "supervivientes" o "veteranos".

Expectativas de éxito

Nos centramos en los recursos y habilidades de las personas, más que en sus limitaciones.

Nos centramos en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Porque ellos nos enseñan cómo trabajar y cómo resolver los dilemas que les ayuden a centrar su atención en crear expectativas para el cambio. Nosotras estamos convencidas de que todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver problemas. Es nuestra tarea acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

Estamos más preocupadas por trabajar desde las capacidades y fortalezas que desde las debilidades y dificultades, pasando de un enfoque de riesgo, a otro enfoque basado en el desafío y en las potencialidades. Si preguntamos por fortalezas e historias de éxito, éstas aparecerán y terminarán convirtiéndose en el motor del cambio que se moverá también en esa misma dirección, positiva y apreciativa (Coperrider y Whitney, 2005).

Aceptación positiva e incondicional

Los vemos sanos y capaces.

Las personas no son el problema, el problema es el problema. Nosotras trabajamos con la convicción de que si los vemos sanos y capaces, y utilizamos un lenguaje que representa esto que pensamos, construimos junto a ellos historias alternativas a enfermedad, a cronicidad, a incapacidad...

Trabajamos con perspectiva

Admitimos que el cambio en la persona es constante y nos comportamos como si fuera inevitable y contagioso.

Si admitimos que el cambio es constante, nos comportaremos como si fuera inevitable. Un pequeño cambio en una parte del sistema produce cambio en otra. El feedbackes circular, lo que hacemos repercute inexorablemente en los otros y viceversa, porque el cambio es contagioso, crea un efecto de onda expansiva en el resto.

Cooperación

Creemos que cada unos de ellos tiene una forma única de cooperar, y que nuestra tarea es identificar y utilizar esa manera de cooperación.

Cooperación, cooperación, cooperación, hacia sus objetivos, desde su postura, con su lenguaje (Beyebach, 2005).

Autodeterminación

Sabemos que somos los que sugerimos y la persona, la que elige.

De Shazer (1984) tras su "declaración de muerte a la resistencia" asume y con esto nos enseña que las personas quieren cambiar realmente. Su punto de vista es que no existela resistencia (especialmente cuando no esperamos que la haya). Es verdad que las personas no siguen siempre nuestras sugerencias, pero esto no lo consideramos resistencia. Cuando esto ocurre,

simplemente nos están enseñando cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar.

Validación

Pensamos que es importante reconocer y validar lo que la persona ha estado pensando y sintiendo.

La validación incluye incluso respetar la validez de ideas y conductas muy inusuales. Pero la validación no nos debe constreñir a pensar que la historia de la persona es la única explicación posible de la situación. La validación de perspectivas permite generar nuevas ideas. Las personas, normalmente, después de darse cuenta de que no hay necesidad de defender o discutir sobre la validez de una posición o "idea delirante", suelen abandonar aquellos aspectos de sus creencias que no son de utilidad. La validación le concede a la persona espacio y comodidad para encontrar maneras de solucionar sus problemas guardando las apariencias.

Excepciones

Aprovechamos los periodos libres de problema porque éstos también existen.

Nosotras pensamos que las personas son ricas en experiencias vividas y que sólo una parte de estas experiencias pueden relatarse pero que gran parte de ellas quedan fuera del "relato dominante" acerca de las vidas. Estos "acontecimientos extraordinarios" constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad, para la generación de relatos alternativos. Los "relatos dominantes" se ponen en marcha una vez que la persona es diagnosticada. Nosotras intentamos no ignorar los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas y así mirar y que se miren de otra manera. Por esto tomamos con reserva las notas o informes clínicos de otros profesionales. Sabemos que es mejor acercarse a la persona sin ideas preconcebidas, atentos a nuevas oportunidades. Sólo tenemos que leer con detenimiento cómo habla el DSM-IV o cualquier informe de alta sobre un paciente. Es muy difícil encontrar algo respetuoso o amable. No suele haber ninguna mención a algún aspecto positivo o a algo que haga bien. Y esto también está en relación con el hecho de que a los profesionales nos resulta difícil no colocarnos en situación de superioridad respecto a los pacientes.

Dignidad

Sabemos que la persona desmotivada no existe.

Es posible que no comparta nuestra motivación, pero no hay duda de que posee la suya y es muy fuerte. Es por esto que damos muchísima importancia a sus objetivos personales. Protegiendo en todo momento su dignidad. Sus objetivos nos proporcionan una visión clara de la teoría de la persona y una ruta hacia una conclusión satisfactoria.

Tranquilidad

No tenemos prisa.

Nos gusta aplicar la máxima castellana del "vísteme despacio, que tengo prisa" (Beyebach, 2006), salvo que sean las personas quienes insistan en acelerar el ritmo. Una tarea demasiado

exigente puede llevar a las personas al fracaso y, por consiguiente, hacerles sentir desmoralizados o incluso humillados.

El objetivo de tomarse el pulso como profesional es resistir la **ansiedad**, la **urgencia**, el **pesimismo** y la **sobreabundancia de responsabilidad**. Estos estados de ánimo contribuyen a la predicción o anticipación de la imposibilidad.

Flexibilidad

Respondemos con flexibilidad.

Usamos teorías que promueven la mejora, ayudan a las personas a conseguir sus objetivos y proporcionan espacio para ser cuestionadas tanto por parte de los profesionales como por parte de las personas a las que atendemos. Sabemos que la teoría perfecta no existe. Utilizamos aquella que resulte más aplicable a nuestro veterano. Nos colocamos en una posición de igualdad, intentando mostrar un compromiso en la ayuda o alivio del malestar de las personas.

No somos policías de la realidad

No hacemos ningún intento de negar la realidad, la tomamos como auténtica, porque sabemos que no necesitamos ser un policía de la realidad. Nosotras no tenemos como objetivo el revelar una realidad. Tenemos la creencia de que existen múltiples "realidades" y múltiples significados de la misma. Y nuestras preguntas no son herramientas para obtener información sino instrumentos para conseguir el cambio.

"Si yo tuviese que desear algo, no desearía riquezas ni poder, sino la pasión de la posibilidad, el ojo que en todas partes ve la posibilidad eternamente joven, eternamente ardiente. El placer decepciona, la posibilidad no" (Soren Kierkegaard).

Porque intentamos tener un pensamiento posible, y esto es básicamente una forma de mirar la vida, apreciando lo que nos rodea. Es actuar con asertividad. En el trabajo dejamos de suponer un problema tras otro para convertirlo en una oportunidad para aprender y crecer. Nuestra narración sobre lo que vivimos pasa a ser optimista y positiva. Contamos lo mejor y nos centramos en hacerlo crecer. Implica salirnos del ciclo del miedo, la tristeza y la compasión para pasar a comprender al otro desde el reconocimiento y el amor, la valentía y la alegría. Los miedos son el enemigo de la creatividad. El pánico paraliza.

Todos estos ingredientes van a darle seguridad dentro del sistema, una conexión emocional y un camino hacia propósitos compartidos.

CONCLUSIÓN

Nuestro desafío como profesionales:

- Desafiar las ideas que culpabilizan a la familia.
- Oponernos a las ideas que ven a las personas como irresponsables.
- Luchar contra las ideas que desautorizan o invalidan a las personas.

Nuestra competencia como profesionales:

- Transmitir expectativas de éxito. "**Lo conseguiré**". Ilusión, esperanza, proyección al futuro. Sensación de conseguir una meta. Creencia en el futuro donde los problemas estén mejorados, resueltos, con una vida más satisfactoria.

- Expectativas de control interno. "**Depende de mí**". Atribuir el resultado de los logros personales a uno mismo. Transmitir la sensación de que las cosas dependen de uno mismo. Creer en que la actitud propia es causa de que ocurran las cosas.

- Expectativas de autoeficacia. "**Soy capaz**". Confiar en los recursos internos personales. Mostrar sensación de capacidad y competencia atribuidos a uno mismo. Creer que posee los recursos necesarios para múltiples facetas de sus vidas.

Por todo esto, con los pacientes veteranos es crucial ir más allá que las etiquetas diagnósticas, es decir, darles el beneficio de la duda. Pensemos que detrás de cada etiqueta se esconde una invalidación y ésta cuando se hace crónica se convierte en imposibilidad. Démosle al paciente una experiencia competente de aceptación y fijémonos en qué puede hacer o que está haciendo ya.

No todos los días llueve, a veces sale el sol, y el cambio en las personas, señoras y señores, es inevitable.

MESA COMUNICACIONES LIBRES

"Experiencias que buscan dar al usuario el protagonismo de la intervención"

1. Usuarios ingresados de forma involuntaria en una Unidad Psiquiátrica de Agudos.

Autor/es: Guerrero Pintor, Rubén¹; Molina Máiquez, Dolores; Cano Sánchez, Ana Belén; López Serrano, Nuria; Ruiz Giménez, Paloma.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Servicio Murciano de Salud.

Email de contacto: guerreropintor@gmail.com

Introducción

El internamiento psiquiátrico involuntario de un enfermo mental se considera una medida terapéutica excepcional, que se realiza por indicación médica en beneficio del paciente. Implica una pérdida de libertad personal, motivo por el que requiere un control judicial (1,2,3,4).

La asistencia psiquiátrica se centra en el usuario como protagonista ubicado en la comunidad. En la psiquiatría comunitaria se pretende que la hospitalización sólo sea necesaria por periodos de duración limitada, en circunstancias concretas, y siempre encuadrada en un abordaje terapéutico y un programa asistencial amplio que trate de evitar la institucionalización de los pacientes psiquiátricos crónicos y graves.

Las Unidades Psiquiátricas de Agudos (UPA) surgen en España en la década de los ochenta. Ubicadas en hospitales generales, para el abordaje intensivo y multidisciplinar de patología aguda; con la finalidad de estabilizar al paciente en crisis, cuando el tratamiento ambulatorio no es posible o recomendable (5). La brevedad del ingreso persigue evitar el hospitalismo y el deterioro de los vínculos con el medio externo, aunque esta brevedad sólo es posible si se asume el ingreso como un momento concreto en la continuidad de cuidados del usuario (6).

Desde la creación de algunas de las primeras Unidades el enfoque grupal ha estado presente (7). La UPA del Hospital Morales Meseguer no es una excepción, presta servicio en las consultas de día del área de salud, que incluye los municipios de Abanilla, Abarán, Alguazas, Archena, Blanca, Ceutí, Cieza, Fortuna, Las Torres de Cotillas, Lorquí, Molina de Segura, Ojós, Ricote, Ulea y Villanueva del Segura. En total, el área del Morales abarca una población de 183.932 personas. No obstante, la experiencia que se presenta aquí se ciñe a la realizada de

manera continuada en los últimos cuatro años, ligada al análisis de la realidad actual del servicio. (8)

Objetivos

Mostrar un análisis de la realidad de los usuarios, que ingresen en la unidad de agudos y pertenecientes al Área VI Vega Media de la Segura de Murcia durante 2011-2014.

Metodología

Se examinan, registran y analizan los datos para visualizar un análisis de la realidad de los pacientes, que ingresen en la unidad de agudos y pertenecientes al Área VI Vega Media de la Segura de Murcia durante el periodo que va desde 1 de Enero de 2011 hasta el 1 de Enero de 2014.

Para la revisión sistemática, se han realizado búsquedas bibliográficas dentro de las bases de datos disponibles desde la biblioteca virtual de murciasalud.es. Las búsquedas se han realizado en UpToDate, PubMed, Cochrane, CUIDEN, Scielo, guías de práctica clínica. El período de búsqueda fue de Enero a Marzo de 2016.

Desarrollo

La UPA recibe al año unos 270 ingresos, de los cuales, ingresos involuntarios son 15% y voluntarios el 85% restante correspondiente a nuestra población diana y con una media de días de ingreso de 18,80 días y 12,37 días respectivamente, según cálculos realizados con los datos del servicio de control de gestión de dicho hospital.

Conclusiones

Los usuarios pertenecientes a la Vega Media que precisan ingreso en UPA mayoritariamente son ingresos voluntarios con lo que permite más permeabilidad en el efecto terapéutico que realiza todo el equipo multidisciplinar en este servicio, permitiendo así la necesidad un menor número de días de ingreso evidente respecto a los usuarios que ingresan de forma involuntaria, por distintos motivos. Lo que permite por otra parte devolver al usuario a la comunidad para su funcionamiento basal, ya que el 96% de las altas a hospitalarias se realizan a su domicilio, un 3% a otra institución ya que muchos de ellos procedían de estas instituciones anteriormente y el 1% a otros servicios.

Bibliografía

1. Barrios Flores LF. Uso de medios coercitivos en psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*. 2003;11:141–63.
2. Patrocinio Polo JA. El internamiento de los presuntos incapaces. Aspectos procesales y sustantivos [consultado 18/02/2016]. Disponible en: <http://www.futuex.com/index.php?id=2040>
3. Espejel Jorquera C. El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Comentarios al art. 763 L.E.C. Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2004; 4:47–62.

4. García García L. Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos. In: La respuesta judicial ante la enfermedad mental.
5. Fernández Carbonell MJ, Dasí C, García ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Anales de psicología 2012; 28, 2: 378-386.
6. Melendo JJ, González C. La unidad de agudos como elemento terapéutico. RevAsoc EspNeuropsiq 1987; VII, 21: 189-202.
7. García E, Zamarro ML. Psicoterapia breve en instituciones públicas: a propósito de dos casos clínicos. RevAsocEspNeuropsiq 1990; X, 32: 89-95.
8. <http://www.murciasalud.es/bvms.php?idsec=5>. [En línea] Consultado en Enero y Febrero 2016.

VI Jornadas de Enfermería en Salud Mental Región de Murcia
"Los usuarios como protagonistas de su salud mental"

USUARIOS INGRESADOS DE FORMA INVOLUNTARIA EN UNA UPA



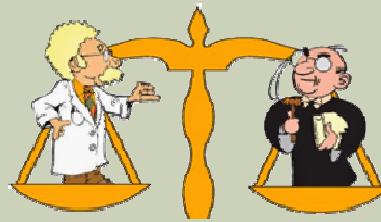
AUTORES: Guerrero Pintor, Rubén; Molina Málquez, Dolores; Cano Sánchez, Ana Belén, López Serrano, Nuria, Ruiz Giménez, Paloma.



INTRODUCCIÓN

□ El internamiento psiquiátrico involuntario de un enfermo mental es:

- ✦ Medida terapéutica excepcional
- ✦ Por indicación médica
- ✦ En beneficio del paciente.
- ✦ Implica una pérdida de libertad personal
- ✦ Requiere un control judicial.



UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

□ La asistencia psiquiátrica se centra en el usuario como protagonista ubicado en la comunidad.

- ✦ La hospitalización sólo necesaria por periodos de duración limitada
- ✦ En circunstancias concretas
- ✦ Desde un abordaje terapéutico y un programa asistencial amplio que trate de evitar la institucionalización.



UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

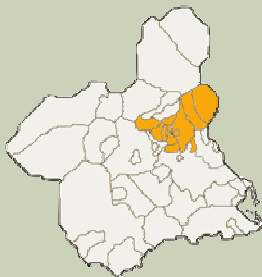
▣ Las Unidades Psiquiátrica de Agudos (UPA) surgen:

- ✦ El abordaje Intensivo y multidisciplinar de patología aguda
- ✦ Finalidad de estabilizar al paciente en crisis
- ✦ Cuando el tratamiento ambulatorio no es posible o recomendable
- ✦ La brevedad del ingreso persigue evitar el hospitalismo y el deterioro de los vínculos con el medio externo.



UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

▣ La UPA del Hospital Morales Meseguer incluye los municipios de Abanilla, Abarán, Alguazas, Archena, Blanca, Ceutí, Cieza, Fortuna, Las Torres de Cotillas, Lorquí, Molina de Segura, Ojós, Ricote, Ulea y Villanueva del Segura. El área del Morales abarca una población de 183.932 personas



OBJETIVO / METODOLOGÍA

OBJETIVO:

- Mostrar un análisis de la realidad de los usuarios, que ingresen en la unidad de agudos y pertenecientes al Área VI Vega Media del Segura de Murcia durante 2011-2014.

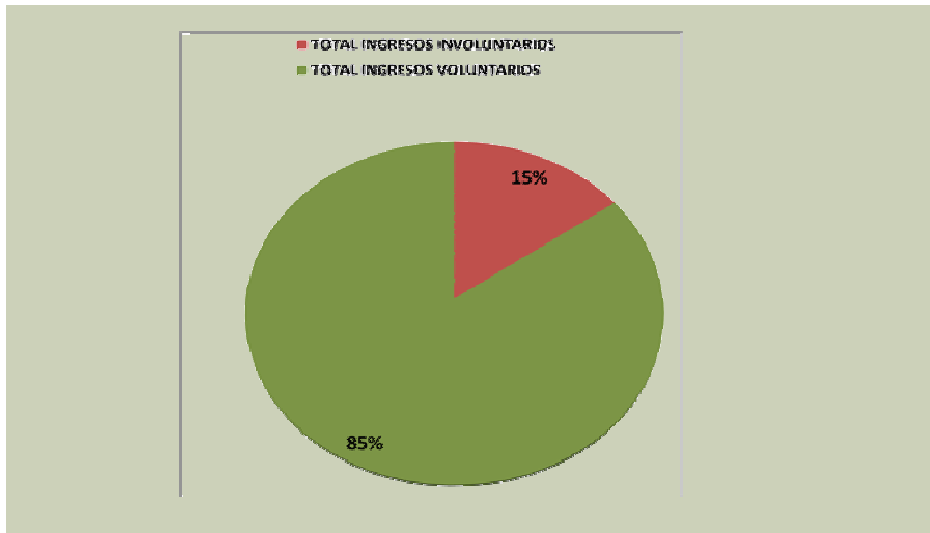
METODOLOGÍA:

- Se examinan, registran y analizan los datos para visualizar un análisis de la realidad de los pacientes, que ingresen en la unidad de agudos y pertenecientes al Área VI Vega Media del Segura de Murcia durante el periodo que va desde 1 de Enero de 2011 hasta el 1 de Enero de 2014.

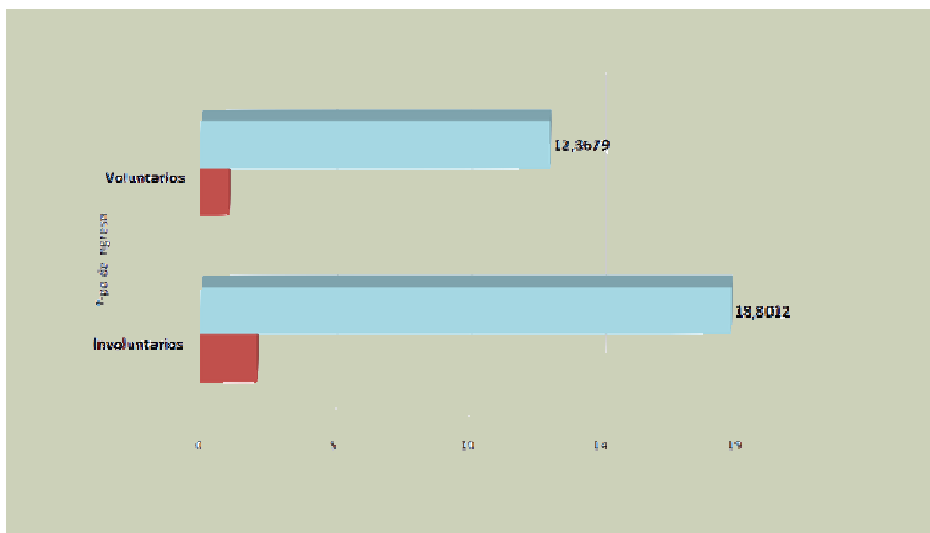
INGRESOS POR AÑO Y POR SEXO



INGRESOS VOLUNTARIOS/INVOLUNTARIOS

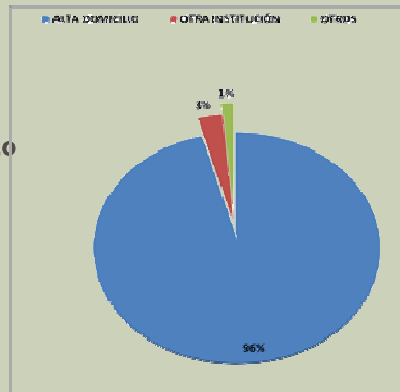


DÍAS DE INGRESO



CONCLUSIONES

- Los usuarios pertenecientes a la Vega Media que precisan ingreso en UPAs:
 - Mayoritariamente son ingresos voluntarios
 - Menor número de días de ingreso
- Permite devolver al usuario a la comunidad para su funcionamiento basal



BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios Flores LF. Uso de medios coercitivos en psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*. 2003;11:141-63.
2. Patrocinio Polo JA. El Internamiento de los presuntos Incapaces. Aspectos procesales y sustantivos [consultado 18/02/2016]. Disponible en: <http://www.futuex.com/Index.php?id=2040>
3. Espejel Jorquera C. El Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2004;4:47-62.
4. García García L. Enfermedad mental e Internamientos psiquiátricos. In: *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*.
5. Fernández Carbonell MJ, Dasí C, García ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de psicología* 2012; 28, 2: 378-386.
6. Melendo JJ, González C. La unidad de agudos como elemento terapéutico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1987; VII, 21: 189-202.
7. García E, Zamarro ML. Psicoterapia breve en Instituciones públicas: a propósito de dos casos clínicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1990; X, 32: 89-95.
8. <http://www.murciasalud.es/bvms.php?idsec=5>. [En línea] Consultado en Enero y Febrero 2016.

Gracias por su atención

2. Habilidades de comunicación para el fomento del ambiente terapéutico en Unidades Psiquiátricas Agudos.

Autor/es: Elisa Pulido Albertus¹; Ana Maravillas González Fajardo; Judith Romero Baeza; Elena María Soto Martínez.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Hospital Morales Meseguer.

Email de contacto: pulidoalbertus@gmail.com

Introducción

En las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría tanto las conductas agresivas como los estados de agitación psicomotriz son frecuentes en la práctica clínica. La disponibilidad de personal bien entrenado es importante para evitar los incidentes violentos.

Los comportamientos disruptivos se pueden prevenir mediante acciones encaminadas a potenciar el ambiente terapéutico de los dispositivos. La implantación Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación a enfermeros/as disminuye el número de conductas disruptivas, número de contenciones farmacológicas y físicas y aumenta la satisfacción de los pacientes.

Objetivos

- Determinar la efectividad del Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación dirigido a los enfermeros de salud mental.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo mediante el diseño, implantación y posterior valoración de un "Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación a enfermeros/as".

El programa está dirigido enfermeros/as de dos de las cuatro Unidades de Psiquiatría que participan en el estudio. La intervención formativa a los enfermeros/as se desarrollará en 12 sesiones de sesenta a noventa minutos cada una, con una frecuencia semanal.

Para la recogida de datos vamos a emplear una Subescala de riesgo e "Insight", criterios de resultado Noc relacionado con la etiqueta diagnóstica *Riesgo de violencia dirigida a otros o autodirigida*, Hoja de Registro de Conductas Disruptivas (RADI 2003.4), Hoja de Registro de medidas de contención y Cuestionario de satisfacción para pacientes.

Resultados

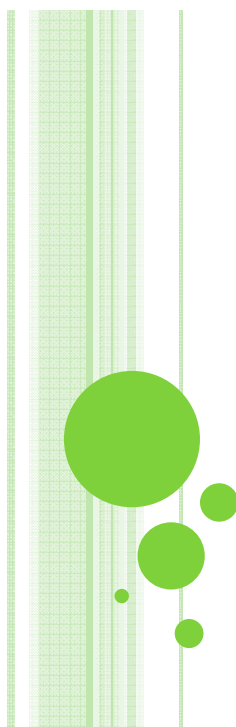
Con respecto a la prevención del comportamiento violento, el estudio muestra que la valoración de los pacientes (53.7%) y la comunicación frecuente con ellos (32.6%) son las prácticas más importantes. Señala que la adquisición de habilidades de comunicación va a favorecer la relación de ayuda, ésta es una de las principales funciones de los cuidados de enfermería, disminuyendo así el número de conductas disruptivas, uso de contenciones y aumenta la satisfacción del paciente.

Discusión /Conclusiones

La adquisición de habilidades de comunicación disminuye la incidencia de conductas disruptivas y ante la aparición de estas conductas existe menor uso de otro tipo de contención diferente a la verbal por ello es importante desarrollar un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación.

Bibliografía

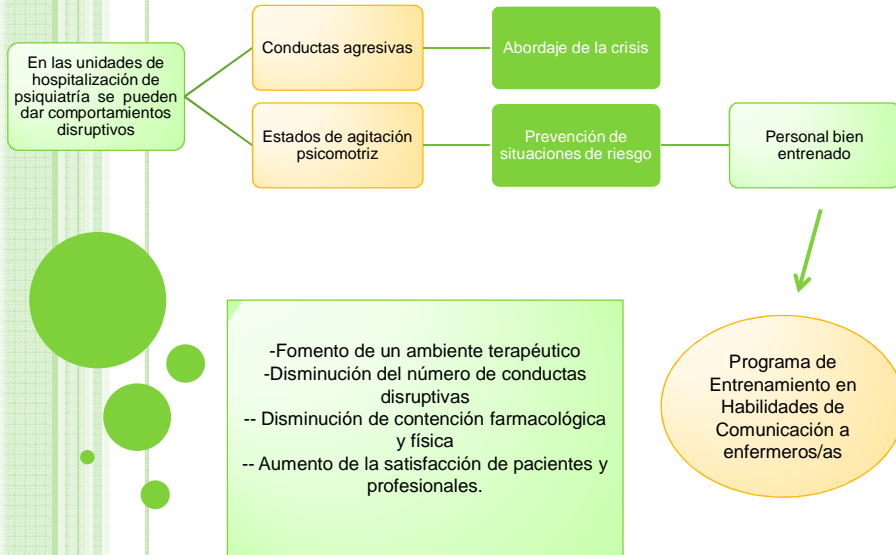
1. Gascón J., Rojo J.E., Salazar A., Tomás S. Guía Práctica del Manejo Terapéutico y Prevención en el Paciente Agitado. Madrid: Ed.Máster Line & Prodigio, S.L.; Diciembre 2012: 11 (2) 345-383.
2. Lemonidou C., Priami M., Merkouris A., Kalafati M., Tafas C., Plati C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) abr.-jun. 2010:16 (2) 87-98.
3. García M.C. Atención de Enfermería de Urgencias al paciente agitado. Hygia de Enfermería. 2003 (54) 34- 40.



HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA EL FOMENTO DEL AMBIENTE TERAPEÚTICO EN UNIDADES PSIQUIÁTRICAS DE AGUDOS.

Elisa Pulido Albertus, Judith Romero Baeza, Ana Maravillas González Fajardo, Elena M^a Soto Martínez
Enfermeras Especialistas Salud Mental.

INTRODUCCIÓN

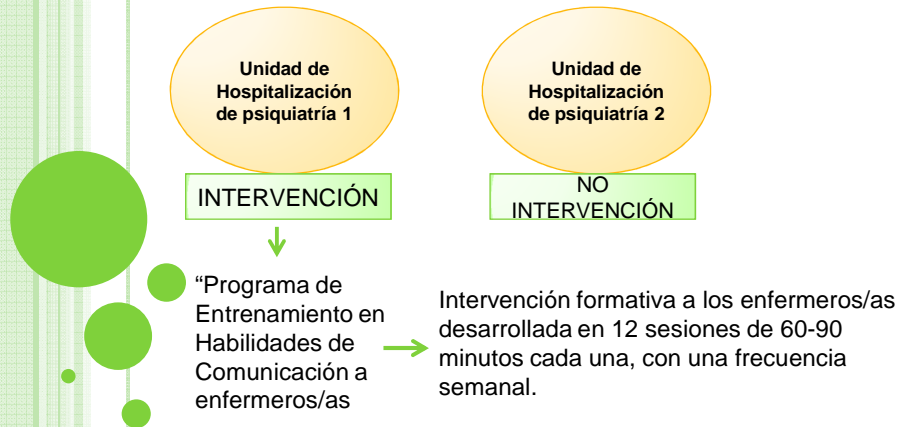


OBJETIVOS

General	Específicos
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la efectividad del Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación dirigido a los enfermeros de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de conductas disruptivas • Número de conductas que terminan en contención farmacológica o mecánica • Grado de satisfacción del paciente: Entorno del servicio y trato recibido

METODOLOGÍA

Estudio de tipo cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo mediante el diseño, implantación y posterior valoración de un "Programa de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación a enfermeros/as".

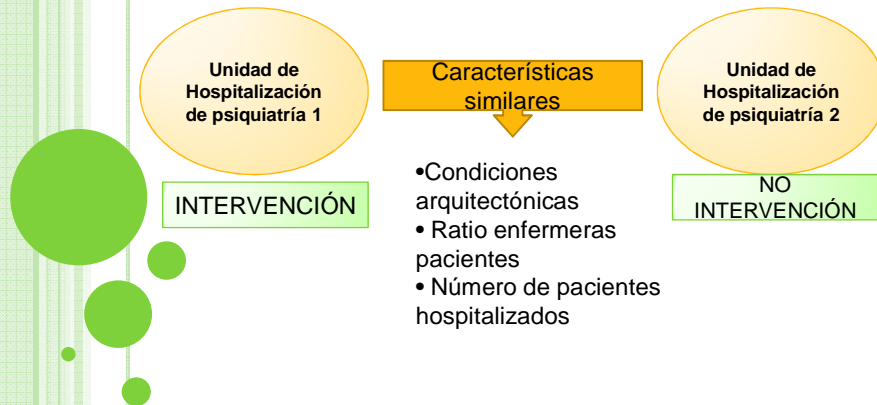


RECOGIDA DE DATOS:

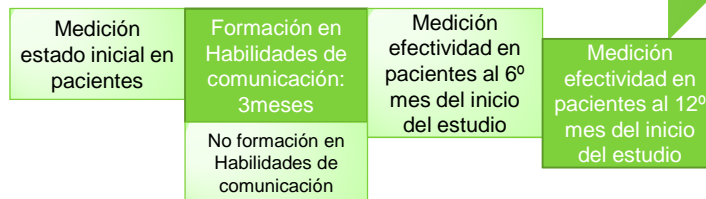
- Subescala de riesgo e "Insight"
- Criterio de resultado Noc relacionado con la etiqueta diagnóstica *Riesgo de violencia dirigida a otros o autodirigida*
- Hoja de Registro de Conductas Disruptivas (RADI 2003.4)
- Hoja de Registro de medidas de contención y Cuestionario de satisfacción para pacientes.

METODOLOGÍA 2. (DURACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO)

El estudio se va a realizar en las Unidades de Agudos de dos hospitales de especialidades de nivel II.

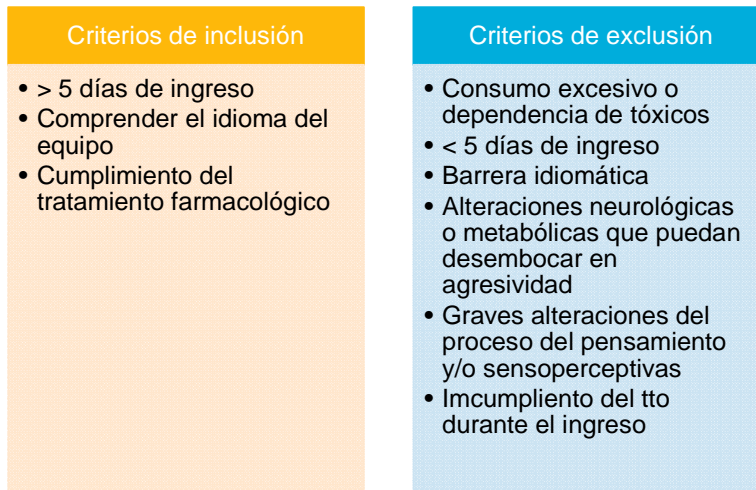


DURACIÓN DEL ESTUDIO: 12 MESES

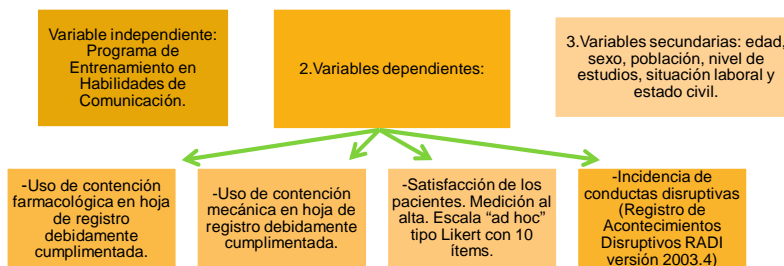


Se compararán los resultados entre ambas unidades de hospitalización, la que recibe la intervención y la que no.

METODOLOGÍA 3. (DESCRIPCIÓN DE SUJETOS)

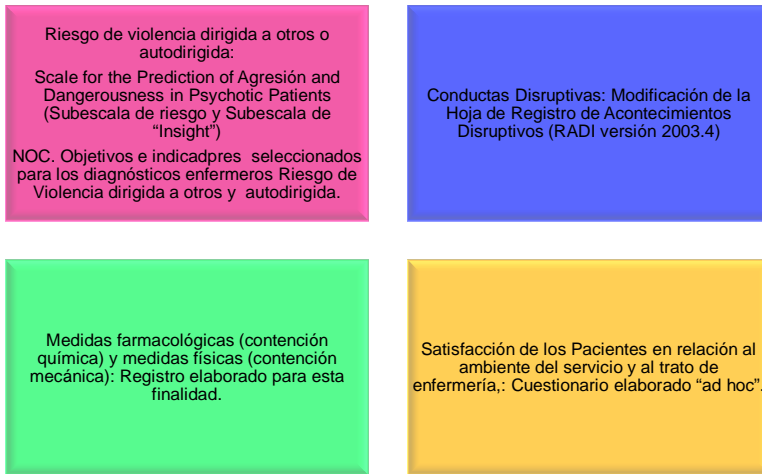


METODOLOGÍA 4. (VARIABLES)



Contenido del programa (teórico-práctico) : Consideraciones generales sobre las conductas disruptivas y prevención de comportamientos disruptivos. La comunicación terapéutica. La comunicación verbal y no verbal.. Estrategias para mejorar la comunicación con los pacientes. La empatía y contratransferencia. La escucha activa. Respeto. Entrevista motivacional. Habilidades de comunicación y sintomatología delirante, alucinatoria y/o alteraciones del pensamiento, de las emociones y de la cognición. Entrenamiento en resolución de problemas.

METODOLOGÍA 5. (RECOGIDA DE DATOS)



Las mediciones se realizarán 3 meses posteriores a la finalización del Programa de Entrenamiento .

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

La adquisición de habilidades de comunicación va a favorecer la relación de ayuda, ésta es una de las principales funciones de los cuidados de enfermería, disminuyendo así el número de conductas disruptivas, el uso de contenciones y produciéndose un aumento de la satisfacción del paciente.

Limitaciones del estudio:

- Durante el ingreso el paciente está en contacto con otros profesionales.
- Idiosincrasia de las unidades de psiquiatría que forman parte del estudio.
- Abandono del programa por parte de los profesionales.

ANEXOS

- Escala para la predicción de Agresión y peligrosidad en pacientes psicóticos .
- Bjorkly, S. (1993). Scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients.
- AGRESIÓN VERBAL
- AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS
- AGRESIÓN FÍSICA CONSIGO MISMO
- AGRESIÓN FÍSICA CONTRA PERSONAS
- AGRESIÓN FÍSICA CONTRA PERSONAS
- INTERVENCIÓN
- a.Ninguna
- b.Conversación con el paciente
- c.Observación
- d.Control del paciente
- e.Medicación inmediata vía oral
- f.Medicación inmediata vía parenteral
- g.Aislamiento (con intervalos)
- h.Aislamiento total
- i.Uso de contención
- j.Heridas que requieran tratamiento médico inmediato del paciente
- k.Heridas que demanden tratamiento médico inmediato para otras personas

- ITEMS HISTÓRICOS Puntuación (0, 1, 2)
- 1 Violencia Previa
- 2 Edad temprana en el momento de la primera conducta violenta
- 3 Inestabilidad en las Relaciones de Pareja
- 4 Problemas Laborales
- 5 Problemas Relacionados con el Uso de Sustancias
- 6 Trastorno Mental Mayor
- 7 Psicopatía
- 8 Inadaptación Temprana
- 9 Trastorno de Personalidad
- 10 Fracaso en Previa Alta o Liberación
- TOTAL de los Items Históricos: / 20
-
- ITEMS CLÍNICOS Puntuación (0, 1, 2)
- 1 Deficiencia en el Juicio
- 2 Actitudes Negativas
- 3 Síntomas Activos de Trastorno Mental Grave
- 4 Impulsividad
- 5 Respuesta Desfavorable al Tratamiento
- TOTAL de los Items Clínicos / 10
-
- ITEMS FACTORES DE RIESGO MEDIOAMBIENTALES Puntuación (0, 1, 2)
- 1 Deficiencia del Plan de Reinserción Social
- 2 Exposición a Factores Desestabilizadores
- 3 Falta de Apoyo Personal
- 4 Incumplimiento del Plan Terapéutico
- 5 Estrés
- TOTAL de los Items Factores de Riesgo Medioambientales / 10

Registro de Acontecimientos Disruptivos (RADI versión 2003.4) FAISEM.



Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Registro de acontecimientos disruptivos (RADI)

A cumplimentar por los/as monitores/as presentes en el turno en un plazo no superior a 48 horas, en caso de producirse un acontecimiento disruptivo (incidente que suponga una alteración importante en el funcionamiento cotidiano del dispositivo)

Dispositivo: _____ Código: _____

Fecha: _____ Día de la semana: De lunes a viernes (no festivo) Sábado, domingo o festivo

Turno: _____ Hora: _____ Duración aproximada (en minutos): _____

Lugar concreto donde ocurre el incidente: _____

Profesionales presentes en el turno	Categoría profesional	Directamente afectado
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

Usuarios implicados	Cód. Identificación	Provoca el incidente	Directamente afectado
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción del incidente: _____



Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Registro de acontecimientos disruptivos (RADI)

• Observaciones con anterioridad al incidente

	Días anteriores	24h. anteriores
¿Hubo alguna señal de alarma? <input type="checkbox"/> ns/nc <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El usuario que provoca el incidente tuvo algún cambio significativo de conducta? <input type="checkbox"/> ns/nc <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo alguna conducta de otras personas que contribuyeran al incidente posterior? <input type="checkbox"/> ns/nc <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo algún otro factor que contribuyera al incidente posterior? <input type="checkbox"/> ns/nc <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Conductas observadas durante el incidente

- Agresividad hacia sí mismo**
- Leve. Se araña la piel, se golpea o se arranca el pelo,...
 - Moderada. Se golpea la cabeza, se realiza pequeños cortes o hematomas, quemaduras menores,...
 - Grave. Se mutila, se realiza cortes o heridas profundas e internas, fracturas, pérdida de conciencia, intentos de suicidio,...
 - Suicidio.
- Conducta agresiva hacia objetos, instalaciones o mobiliario**
- Leve. Da portazos, tira la ropa, le pene todo perdido,...
 - Moderada. Da patadas a los muebles sin romperlos, ralla las paredes,...
 - Grave. Tira objetos o elementos del mobiliario por la ventana o escalera, rompe objetos, mobiliario o cristales, prende fuego,...
- Conducta agresiva hacia otros** Personal Otros usuarios Otras personas
- Leve. Insulta o realiza amenazas, verbalmente o a través de gestos amonanzantes,...
 - Moderada. Golpea, da patadas, empuja, tira del pelo (sin causar heridas a terceros),...
 - Grave. Agrede a terceros causando heridas, hematomas severos, fracturas, heridas internas, pérdida de conciencia,...
- Conducta disruptiva de contenido sexual, que afectan** Al personal A otros usuarios A otras personas.
- Leve. Se toca los genitales delante de terceros sin quitarse la ropa, acosa de manera insistente,...
 - Moderada. Se masturba o se exhibe desnudo delante de otras personas, realiza o pretende realizar roces o tocamientos a terceros,...
 - Grave. Agrede sexualmente a otra persona,...

 Fundación Andalusí para la Integración Social del Enfermo Mental

Registro de acontecimientos disruptivos (RADI)

Otras conductas disruptivas

Leve. Especificar: _____

Moderada. Especificar: _____

Grave. Especificar: _____

• **Intervenciones y consecuencias**

Personas que intervienen como consecuencia del incidente

Personal del turno de trabajo

Responsable del dispositivo/programa o personal de refuerzo

Personal sanitario

Fuerzas de seguridad

Otros. Especificar: _____

Consecuencias para el usuario que provoca el incidente:

Permanece en el dispositivo. No precisa de atención sanitaria

Tras el incidente, acude a algún dispositivo sanitario para ser valorado, sin quedar ingresado

General

Salud Mental

Tras el incidente, es ingresado en un dispositivo sanitario

General

Salud Mental

Otros. Especificar: _____

Consecuencias del incidente para las personas afectadas

Se restablece la normalidad, sin precisar atención ninguna de las personas afectadas

Tras el incidente, es necesario llevar al menos a una de las personas afectadas a algún dispositivo sanitario para ser valorada, sin quedar ingresada

General

Salud Mental

Tras el incidente, al menos una de las personas afectadas es ingresada en un dispositivo sanitario

General

Salud Mental

Otros. Especificar: _____

• **Otras observaciones**

MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN



“Lo más importante de la comunicación es escuchar lo que no se dice” Peter Drucker

3. Taller de autogestión de medicación dirigido por enfermería para favorecer la adherencia al tratamiento del paciente psicótico.

Autor/es: Beatriz Ortega Moreno¹, Lucía Ramírez Baena, Ainhoa Jurado Sánchez.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Centro de Salud Mental de Caravaca.

Email de contacto: beatrizom86@gmail.com

Introducción

El DSM 5 de la American Psychiatric Association incluye en su apartado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” a casi todos los trastornos que tienen síntomas psicóticos como característica definitoria.

El término psicótico hace referencia a presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, en ausencia de conciencia de su enfermedad, y/o presencia de otros síntomas positivos como lenguaje y comportamiento desorganizados.

El abandono del tratamiento antipsicótico y de indicaciones terapéuticas es frecuente en personas con psicosis, situación que se da aproximadamente en un 70% de los casos. La proporción de aquellos que siguen su tratamiento farmacológico, es de dos por cada diez al año de inicio de tratamiento.

Objetivos

- Presentar un taller de autogestión de la medicación dirigido por enfermería en el usuario psicótico de la Unidad de Rehabilitación de un CSM
- Explicar cómo su aplicación favorece la adherencia al tratamiento a través del empoderamiento

Metodología

Se realiza una revisión de artículos científicos tras búsqueda en las principales bases de datos (Pubmed, Dialnet, Cochrane). Se seleccionan artículos publicados en inglés o español, y entre los años 2006-2016.

Resultados

La OMS subraya la importancia del empoderamiento en salud mental definiéndolo como “grado de elección, influencia y control que los usuarios pueden ejercer en sus acontecimientos vitales”, e influye en su desarrollo como ser humano.

El taller de autogestión de la medicación tiene por objeto aumentar y fortalecer la autonomía del usuario, fomentando adquisición de un hábito. Para que las personas alcancen alto nivel de

autonomía se hace necesario hacerles partícipes de sus cuidados, empoderando al usuario psicótico de la Unidad de Rehabilitación del CSM.

El taller se centra en que los usuarios sean partícipes de decisiones entorno a su enfermedad y tratamiento y activos en adhesión farmacológica y gestión (valorar cuando se acabará, solicitar recetas,...).

Los criterios de inclusión para la participación en el taller son: edad entre 18 y 65 años; medicación oral prescrita; y no tener diagnóstico de retraso mental ni deterioro cognitivo avanzado.

El taller, realizado por Enfermería Especialista en Salud Mental, se desarrolla en 1 sesión psicoeducativa de 1 hora de duración a la semana, durante 3 semanas, con posterior seguimiento semanal de preparación individualizada de pastillero para la administración de tratamiento farmacológico.

Así, en las sesiones se abordarán la siguiente temática:

- 1ª sesión: Concepto de enfermedad mental, psicosis, causas.
- 2ª sesión: Síntomas, positivos y negativos, tipos de tratamiento.
- 3ª sesión: Tratamiento farmacológico, mecanismo de acción, prevención de brotes y recaídas.

Una vez terminada cada sesión, cada usuario realiza la preparación de su pastillero semanal, bajo la supervisión de Enfermería, que ayudara ante las dudas y las dificultades.

Acabado el taller de 3 semanas de duración, Enfermería hace un seguimiento semanal a cada usuario. Con el tratamiento farmacológico de cada persona que ha participado en el taller, el usuario trae el pastillero al centro una vez por semana, y prepara la medicación allí con ayuda de Enfermería si es necesario. De este modo, se supervisa la correcta preparación y administración de farmacoterapia, valorando adherencia al tratamiento y adquisición de conciencia de enfermedad o insight.

Conclusiones

El empoderamiento en Salud Mental es un tema ampliamente abordado necesariamente, al ser importante para normalización social y comunitaria del usuario.

El usuario psicótico, tan estigmatizado socialmente, es complicado en su adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, lo que hace que delegue sus responsabilidades y decisiones en casi todo momento.

El taller de autogestión de medicación busca que la persona se haga dueña de su tratamiento, de su enfermedad, y en definitiva, de su vida, aumentando su grado de autonomía y de toma de decisiones.

Bibliografía

- WorldHealthOrganization. Empoderar a los individuos, empoderar a las comunidades. In: WorldHealthOrganization. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2010.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Lucena R, Serán I, Posada B, Gálvez ME. Del acto al pensamiento: el proceso en la Comunidad Terapéutica. *Cínica Contemporánea* 2013;4(2):135-151.
- Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. [Internet] *PsychiatrServ.* 2010; 61(2): [aprox. 3 pant].

TALLER DE AUTOGESTIÓN DE MEDICACIÓN DIRIGIDO POR ENFERMERÍA PARA FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSICÓTICO



Beatriz Ortega Moreno (1)

Lucía Ramírez Baena (1)

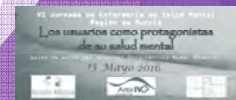
Ainhoa Jurado Sánchez (2)

(1) Enfermeras Especialistas en Salud Mental

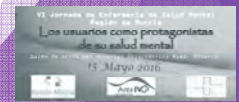
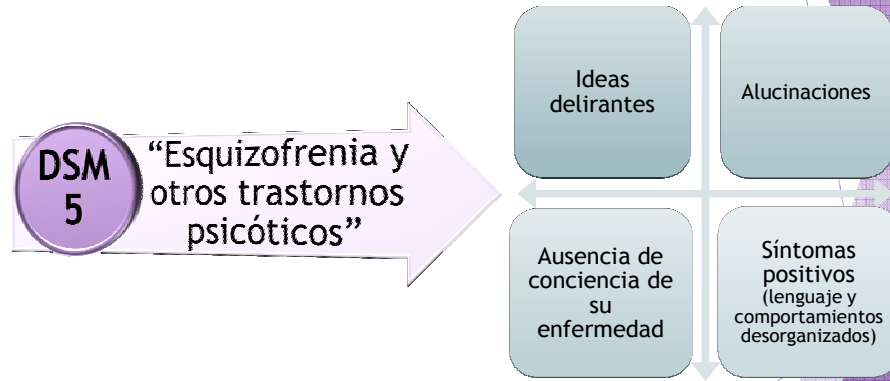
(2) EIR Salud Mental - UD Salud Mental Región de Murcia

ÍNDICE

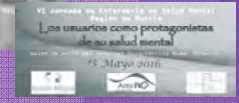
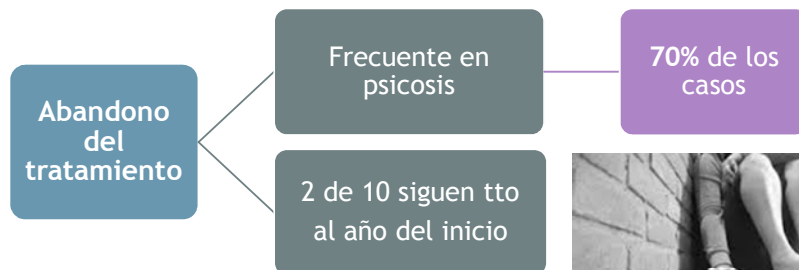
- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ OBJETIVOS
- ▶ METODOLOGÍA
- ▶ DESARROLLO
- ▶ CONCLUSIONES
- ▶ BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN



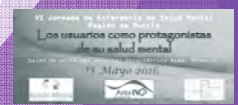
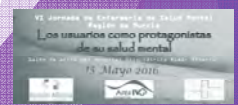
OBJETIVOS

Presentar un taller de autogestión de la medicación dirigido por enfermería en el usuario psicótico de la Unidad de Rehabilitación de un CSM

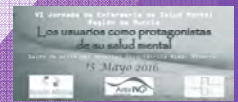
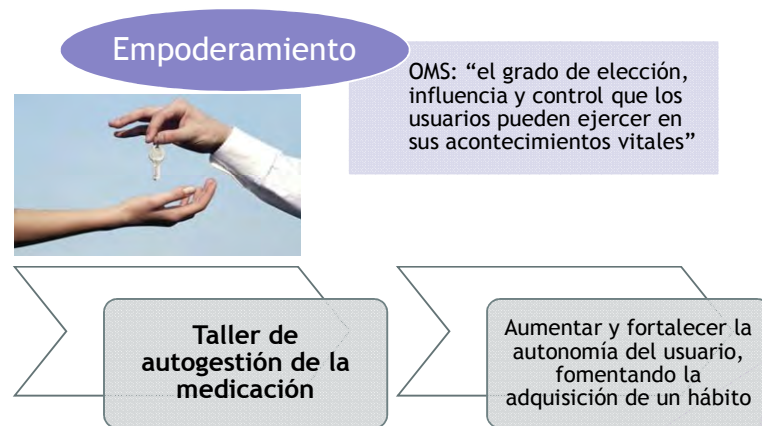
Explicar cómo su aplicación favorece la adherencia al tratamiento a través del empoderamiento

METODOLOGÍA

- ▶ REVISIÓN SISTEMÁTICA
 - ▶ BASES DE DATOS CIENTÍFICAS
 - ▶ INGLÉS, ESPAÑOL
 - ▶ 2006 - 2016



DESARROLLO



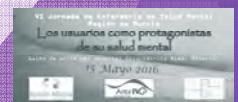
DESARROLLO

▶ TALLER DE AUTOGESTIÓN DE MEDICACIÓN

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
1. Edad entre 18 y 65 años
 2. Medicación oral prescrita
 3. No retraso mental ni deterioro cognitivo avanzado



- ▶ ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL
- ▶ 1 SESIÓN PSICOEDUCATIVA SEMANAL, DURANTE 3 SEMANAS
- ▶ POSTERIOR SEGUIMIENTO SEMANAL, CON PREPARACIÓN DE TTO INDIVIDUALIZADO



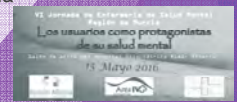
DESARROLLO

► TALLER DE AUTOGESTIÓN DE MEDICACIÓN

- SESIONES:

- 1ª sesión { • Enfermedad / Causas
- 2ª sesión { • Síntomas / Tipos de tto
- 3ª sesión { • Tratamiento farmacológicos /
Prevenición de recaídas

- Al final de cada sesión, preparación individualizada de medicación supervisada por Enfermería



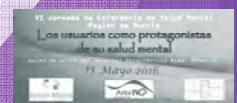
DESARROLLO

Acabado el taller

Seguimiento semanal

Prepara la medicación semanal junto a Enfermería

Enfermería valora continuamente adherencia al tto e insight

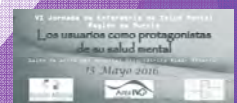
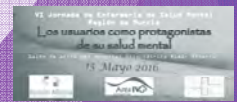


CONCLUSIONES

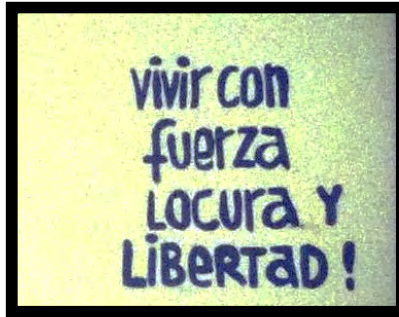
- ▶ El empoderamiento en Salud Mental es necesario para la rehabilitación psicosocial
- ▶ En el usuario psicótico, es difícil la adherencia terapéutica y la conciencia de enfermedad
- ▶ El taller de autogestión de medicación busca que la persona se haga dueña de su tratamiento, aumentando su grado de autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ World Health Organization. Empoderar a los individuos, empoderar a las comunidades. In: World Health Organization. Empoderamiento del usuario de salud mental - declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2010.
- ▶ American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- ▶ Lucena R, Serván I, Posada B, Gálvez ME. Del acto al pensamiento: el proceso en la Comunidad Terapéutica. *Cínica Contemporánea* 2013; 4(2):135-151.
- ▶ Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. [Internet] *Psychiatr Serv.* 2010; 61(2): [aprox. 3 pant].



MUCHAS GRACIAS



4. Aprendiendo de otras experiencias ampliamente reconocidas: murcianos en Trieste.

Autor/es: Sandra López Gallego¹, Silvestre Martínez Benítez, Ana Isabel López García.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Email de contacto: sandra.lopezgallego@hotmail.com

Introducción

Desde 1987, la OMS ha reconocido la experiencia de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica. En 2010, el Departamento de Salud Mental de Trieste fue confirmado como Centro Colaborador de la OMS para la Salud Mental. En los últimos 30 años, más de 50 países de Europa y de otros continentes han visitado sus servicios de salud mental para emprender caminos similares en el campo psiquiátrico, con el apoyo técnico de los colegas de Trieste. El promedio anual de visitas cada año es de 1000 personas. Anualmente se celebra por el Departamento de Salud Mental un seminario internacional gratuito.

Objetivo

Dar a conocer a los profesionales de enfermería la red de salud mental de Trieste.

Metodología

En marzo y noviembre de 2013 algunos profesionales de salud mental del Servicio Murciano de Salud guiados por nuestra inquietud y convicción en los beneficios de la atención comunitaria, hicimos una visita para conocer de cerca la red de salud mental de Trieste.

Posteriormente en los seminarios de 2014 y 2015 mayor número de profesionales se sumaron a esta iniciativa. Las buenas sensaciones del personal y la motivación que nos reportó comprobar que otra forma de trabajo es posible, y vislumbrar el camino que debemos seguir en la atención predominantemente comunitaria, hace que queramos extender a todos los profesionales su conocimiento.

Desarrollo

En la red de salud mental de Trieste, los usuarios permanecen con todos los derechos de ciudadanía y viven dentro de la comunidad, con apoyo diverso según las diferentes necesidades. Para las personas que necesitan ayuda a largo plazo, se crearon apartamentos (con 55 camas) que hospedan a pequeños grupos, en un ambiente agradable.

Nacieron autoorganizaciones de familiares y otras de usuarios, que colaboran con los Servicios y expresan bastantes satisfacciones. Su intervención es muy eficaz en la promoción de la imagen

de las personas con trastornos mentales, para luchar contra el estigma, la discriminación y la exclusión.

El punto de fuerza del Departamento reside en los Centros de Salud Mental, que operan durante las 24 horas en cuatro áreas geográficas de la ciudad, cada uno con 8 camas. Los Centros proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento para los episodios agudos. Cada uno de estos centros lo integran unos 40 profesionales, de los cuales aproximadamente **30 son enfermeros**.

El departamento gestiona su presupuesto, enfatizando su destino en oportunidades laborales y de ocio. Todo el tratamiento farmacéutico es gratuito, mirando mucho que el gasto en este sentido sea el mínimo posible, con tratamientos muy reducidos.

Creando oportunidades de trabajo, se pudo garantizar una integración efectiva en el entorno social. El Servicio coordina 15 cooperativas sociales, que a través de becas de trabajo han integrado alrededor de 375 personas en los últimos 15 años.

El Servicio Psiquiátrico de "Diagnóstico y Tratamiento" creado en el Hospital general y equipado con 6 camas, brinda la primera respuesta a la emergencia psiquiátrica y actúa como un filtro para orientar a los usuarios hacia los servicios territoriales básicos.

El número de Tratamientos Sanitarios Obligatorios, con un promedio de 8 por cada 100.000 habitantes en los últimos 10 años, es **el más bajo** que se registra en Italia.

Conclusiones

Actualmente, los resultados avalan la experiencia de Trieste. Desde hace más de 30 años la ciudad de Trieste (240.000 habitantes) vive sin manicomio. Las 1.182 camas de hospital de 1971 se convirtieron en 140 camas distribuidas en el territorio. Un único lugar de atención fue sustituido por 40 diferentes servicios, que garantizando distintas funciones y tareas lo más personalizadas posibles, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria.

Los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica.

Bibliografía

Basaglia, F. Istituzione negata. Torino: Einaudi; 1968.

Dell'Acqua G, Dezza MGC: The end of the mental hospital: a review of the psychiatric experience in Trieste. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1985; 316(suppl): 45-69.

Evaristo P. Psiquiatría y salud mental. Trieste: Asterios Editore; 2000.

Evaristo P. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31 (110), 345-351.

Rotelli, F, De Leonadis O, Mauri D. Desinstitucionalización: otra vía (la reformapsiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los “paísesavanzados”). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1987;7 (21).

Rotelli, F. Per la normalità. Trieste: Edizioni E; 1994.

“40 años desde el manicomio...”



DSM Trieste

Sandra López Gallego

ETAC Murcia (Hospital Psiquiátrico Román Alberca)

Trieste



Trieste



la salute mentale

2009

I numeri della salute mentale a Trieste:

- **4.200** sono le persone che contattano i servizi
- **1.200** per la prima volta
- **50** anni è l'età media
- **60%** le persone con disturbo mentale severo
- **9.000** le giornate di ospitalità nei CSM
- **1/3** delle persone sono visitate a domicilio o in altri luoghi della città
- **220** persone sono titolari di borsa di lavoro e partecipano a percorsi di formazione e inserimento lavorativo
- **25** trovano lavoro
- **400** sono i soci delle cooperative sociali che provengono dall'area dello svantaggio
- **1/3** di loro soffre di disturbi mentali severi
- **7** Trattamenti Sanitari Obbligatori ogni 100.000 abitanti in media all'anno (**25** ogni 100.000 è la media nazionale)
- sono abolite le terapie di shock, le pratiche di contenzione, le porte chiuse e ogni pratica restrittiva
- nessuno è internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario
- **19 milioni** di Euro è il costo complessivo del DSM nel 2009 (5 miliardi di vecchie lire costava l'ex OPP nel 1971, oggi sarebbero **31 milioni** di €)

San Giovanni



San Giovanni



San Giovanni



RED DE SALUD MENTAL DE TRIESTE



Red de salud mental



La Maddalena (CSM)



CONGRESO ANUAL GRATUITO



www.triestesalutementale.it/

¡¡Gracias por vuestra atención!!



5. El paciente con trastorno mental grave como eje de la coordinación de enfermería de Salud Mental y Atención Primaria.

Autor/es: M^a Ana Pedreño Aznar¹, Miriam Sanz Velasco, M^a Mar García López, Rebeca Sánchez Marín.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: CSM adultos Cartagena.

Email de contacto: marpedazn@gmail.com

Introducción

Se expondrá el caso clínico de una paciente con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, que habiendo ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, continúa recorriendo el circuito de asistencia por los diferentes servicios de Salud Mental y Atención Primaria. Esta paciente es incluida en el “Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento Intramuscular” que pretende mejorar la integración del paciente en la comunidad, la disminución del estigma asociado y la mejora de su salud física.

Objetivo

Comunicar, a propósito de un caso, la experiencia de coordinación asistencial entre el equipo de enfermería de los diferentes recursos de Salud Mental y el equipo de enfermería de Atención Primaria.

Metodología

Estudio de casos a partir de un caso clínico. De este modo se explicará la actual experiencia de coordinación existente entre la enfermería de los diferentes recursos de salud mental y la enfermería de atención primaria en el Área 2 de salud.

Desarrollo

Se expondrá un caso clínico buscado a tal efecto que aporte la información adecuada, en esta exposición participarán enfermeras de los distintos recursos, salud mental y atención primaria. Se recogerán los diferentes soportes de historia clínica electrónica de cumplimentación en cada ámbito asistencial.

Conclusiones

La coordinación entre los diferentes equipos asistenciales de enfermería de salud mental y atención primaria, facilita la adherencia terapéutica del paciente y disminuye el riesgo de recaídas. La atención coordinada entre salud mental y atención primaria facilita el control de

los factores de riesgo cardiovascular y de la salud física en general del paciente con trastorno mental grave. Igualmente facilita la integración de la persona en la sociedad, disminuyendo el estigma asociado a la enfermedad mental.

Bibliografía

1. Martínez J, Martínez C, Martínez M^ªD. Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento intramuscular. Murcia. Servicio Murciano de Salud, Consejería de Sanidad y Política Social, Subdirección General de Salud Mental. 2012.
2. Martín García-Sancho JC et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Junio 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf.
3. Roca Bennasar M, JL GV, LaheraForteza G, M MR, Pérez-Fuster Soto JV, P SG. Manual Recuperación funcional en la Esquizofrenia. Madrid: ENTHEOS S.L.U.; 2014.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salud Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
5. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014;348:g1173. doi: 10.1136/bmj.g1173.
6. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *Crump C et al J. Am J Psychiatry*. 2013 Jan 15.2 .*Nature*. 3 April 2014 / Vol 508 / Issue No. 7494. S16.
7. World Health Organization. Global Health Risk. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 156387 1. 2009.
8. Beary M, Hodgson R, Widgust H. A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications. *Journal of Psychopharmacology* 26(5) Supplement 52–61. 2012.



A PROPÓSITO DE UN CASO
EL PACIENTE CON
TMG COMO EJE
DE LA
COORDINACIÓN
DE ENFERMERIA
SM-AP

M^o Ana Pedreño Aznar (CSM)
Miriam Sanz Velasco (ETAC)
M^o Mar García López (CS Barrio Peral)
Rebeca Sánchez Marín (EIR)

A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIANELA CALVILLO ROSARIO

o DATOS PERSONALES:

- o Mujer de 44 años.
- o Casada con 2 hijas (11 y 14 años).
- o Ama de casa.

o ENFERMEDADES DE INTERÉS:

- o Hipotiroidismo desde 2002.
- o Dislipemia desde 2013.
- o Obesidad desde 2014.
- o Anemia ferropénica desde 2014.



A PROPÓSITO DE UN CASO

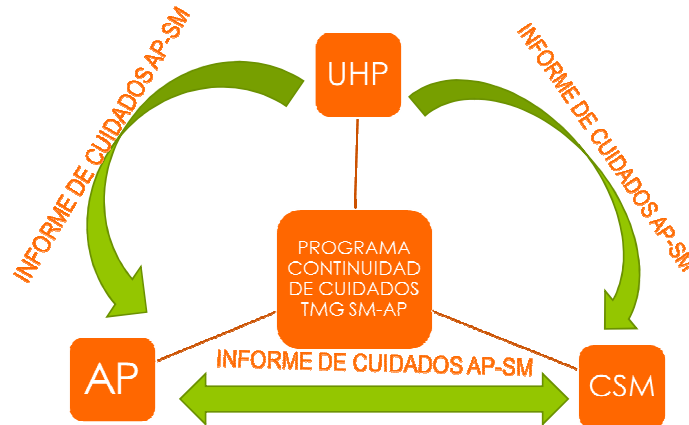
- o **2007- 2011 AP** dg de **Depresión**, inicia tto ADP (NEGATIVA DERIVACIÓN CSM).
- o 1º contacto psq. **2008 (Urg. Psiquiátricas H.Naval)**. NEGATIVA DE LA FAMILIA AL INGRESO, derivación CSM (no acude). Diagnóstico de **Depresión Mayor**. Prescripción de NLP sin adherencia.
- o De **2009-2012** no acude ni AP, ni CSM; solo toma ADP.
- o **2013** acude a CSM. Dg de T. **Esquizoafectivo (F29)**. Comienza con dosis bajas de NLP (quetiapina).
- o De **2013 a 2015 cinco ingresos en UHP**. Dg de **Esquizofrenia Paranoide (F20)**. Con la incorporación de NLP orales (clozapina-2014) + IM (Palmitato de paliperidona 2015).

A PROPÓSITO DE UN CASO

- o Último ingreso con **alta el 30/11/2015**. **Informe de Cuidados al Alta**.
- o Cita de administración NLP el **10-12-2015** en AP, gestionada por **Enfermera referente**.
- o Cita de Acogida en **CSM el 16/12/2015**. Se incluye en **Protocolo de Continuidad de Cuidados SM-AP**
- o A las citas de revisión en CSM con psiquiatría acude su marido, ella no.
- o Derivación en Enero de 2016 a RHB, solo acogida.
- o Mantiene **vinculación con enfermera y médico de AP**.

A PROPÓSITO DE UN CASO

EL PACIENTE CON TMG EN LA RED DE ATENCIÓN DE SM-AP



CUIDADOS AL ALTA DE LA UHP A CSM-AP

- **FUNCIÓN ENFERMERA REFERENTE AL ALTA DE LA UHP:**
 - Realizar INF.CUIDADOS.
 - Facilitar la continuidad TTO NLP IM a través de la gestión de citas (contacto con enfermera AP-SM).
 - Informar a paciente y familia del circuito de continuidad de cuidados.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Nombre	Martina	Sexo	F
Apellidos	Castellón	Fecha de ingreso	18/12/2016
Area de Salud	CSM	País	España
Hospital General Universitario San Carlos	CSM	Provincia	Murcia
C. Hospitalario	CSM	País	España
Código de C. Hospitalario	CSM	País	España
Código de C. Hospitalario	CSM	País	España

Informe de Cuidados de Enfermería

Motivo de Ingreso: Brote psicótico.

Causas que generan la actual situación:
 Paciente que ingresa en UHP, manifiesta alteraciones de la percepción (alucinación auditiva) e ideas delirantes, utiliza "estoy siendo hipnotizada". La familia de la paciente durante el ingreso nos comenta que en los días previos a éste le comentó a ver mal con cambios en su nivel de actividad y mayor retraimiento social. Durante su estancia en la unidad continúa con alteraciones de la percepción (alucinación auditiva) e ideas delirantes, conductas auto y heteroagresivas, y sintomatología negativa que mejora al día.

Antecedentes y anamnesis:
 La paciente hace alrededor de 6-7 años presenta episodio depresivo con síntomas similares al actual. Inicia seguimiento en CSII en su domicilio con antidepresivos. Clínica depresiva de base (triste con las cosas, llanto, insomnio, etc.).
 Ingresos previos en UHP el último en agosto del pasado año siendo diagnosticada de Esquizofrenia paranoide. Sigue revalorada en CSII con buena cumplimiento de los tratamientos.

Antecedentes físicos:
 NO ALC.
 Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox.
 Hipertensión arterial.
 Anamnesis.

Modelo de Referencia utilizado: V. Henderson.

Protocolos Asistencialistas en los que está incluida:
 Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide de curso continuo E20.
 CSII según: TMO, Programa NLP.
REGLIÓN 300/10/12/2016 DTA en su enfermera de Centro de Salud 10.38h.

Datos Persona de Referencia: Propio paciente
 Datos del Cuidador Principal: El marido - Cuidador familiar
 Consentimiento de sus Autocuidados:
 Paciente: Parcial
 Cuidador: Parcial
 Nivel de Autonomía Paciente: Autónomo

Motivo de Alta/Derivación enfermera:
 1. Traslado a domicilio.
 2. Continuidad de cuidados de enfermería CSII (Adultos): Cita en Centro de Salud Mental 18/12/2016 a las 8:30h.
 Seguimiento y administración de NAP.

Centro de Salud: IMAC	Enfermera de Referencia: GARCÍA LÓPEZ	Enfermera de Referencia: GARCÍA LÓPEZ
-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

PROXIMA DOSIS DE XEPLION 300mg ACUDIR SU CENTRO DE SALUD 10/12/2015 A LAS 10:35, EN CONSULTA DE SU ENFERMERA DE AP.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ACTIVOS QUE PRECISAN SEGUIMIENTO:
Confusión Aguda r/c: Delirio m/p: Agitación creciente#Alucinaciones#Percepciones erróneas
Resultados de Enfermería:

Criterios de Resultados de Enfermería al Alta:

Conocimiento cuidado de la propia salud. Puntuación al alta: 2
Afrontamiento de los problemas. Puntuación al alta: 2
Autocontrol del pensamiento distorsionado. Puntuación al alta: 3

Intervenciones de Enfermería:

Asesoramiento.	Enseñanza procedimiento/tratamiento.
Modificación de la conducta.	Manejo del delirio.
Acuerdo con el paciente.	Orientación de la realidad.
Enseñanza actividad-ejercicio prescrito.	Escucha activa.
Enseñanza medicamentos prescritos.	

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO:

1. Continuar fomentando la importancia de la toma del tratamiento, así como el cumplimiento de las citas con su psiquiatra.
2. Insistir en la importancia de una buena higiene del sueño.
3. Reiterar la necesidad de llevar una vida organizada tanto en los hábitos alimenticios como en las horas de descanso.
4. Realizar un seguimiento del desarrollo de sus pensamientos, por si volvieran a aparecer ideas delirantes.
5. Vigilar cualquier signo y/o síntoma de descompensación psicopatológica.

Fdo. Enfermero/a Responsable (1) Rebeca Sanchez Marin Cat. Profesional Enfermería/DUE

Fdo. Enfermero/a Responsable (2)..... Cat. Profesional Enfermería/DUE

En Cartagena a 3/12/2015

Debe entregar este informe a su enfermera de Atención Primaria y/o centro o institución que continúe su asistencia para transmitirle los cuidados que ha recibido en el hospital.

INFORME DE CUIDADOS AL ALTA DE LA UHP A CSM-AP

Centro de Salud: ISAAC PERAL CS

Enfermero de A. Primaria: MARIA DEL MAR GARCIA LOPEZ

Médico A. Primaria: SALVADOR RAMON GARCIA MESEGUER

A PROPÓSITO DE UN CASO

COORDINACIÓN ENFERMERÍA SM ÁREA II

- **Desde 2011:** encuentros informales a partir de la I Jornada de Enfermería de SM de la Región de Murcia.
- **En 2014** se formaliza en acta la periodicidad de las reuniones: cada tres meses coincidiendo con sesión clínica y alternando su realización en los distintos recursos del área.
- **PROPUESTAS GENERADAS:**
 - Vías de coordinación en distintos recursos SM (informes, contactos telefónicos...).
 - Plan para la solicitud de coordinación de enfermería SM Área II.
 - Coordinación con AP.
 - Formación e investigación.

A PROPÓSITO DE UN CASO

COORDINACIÓN ENFERMERÍA SM-AP AREA II

- Coordinación con dirección y supervisión de continuidad de cuidados de área (comunitaria).
- 2 sesiones.
- 4 subequipos SM-> 4 CAP cada equipo.
- **1ª sesión:** Estigma y "Protocolo de continuidad de cuidados TMG + IM". Protocolo OMI: "Seguimiento antipsicóticos". Proporcionamos contacto ESM.
- **2ª sesión:** TMG, sintomatología, abordaje st. alarma y recaída, manejo ILD.

Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería SM- AP



ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL



Protocolo
de continuidad de cuidados
de enfermería en pacientes
con trastorno mental grave
y tratamiento intramuscular


A PROPÓSITO DE UN CASO

ACOGIDA-CONSULTA ENFERMERÍA CSM

- **DÍA PREVIO acogida:** revisamos ag. Urgentes, TMG, Informe Cuidados al alta.

● **ACOGIDA:**

- Valoración y enganche paciente.
- Solicita admón en CAP.
- Contacto telefónico enfermera de AP.
- Comprobación de 1º admón ILD.
- Cita con enfermera de AP.
- Cita con enfermera de SM coincidiendo con psiq.
- **INFORME CUIDADOS SM-AP**

 Región de Murcia Comunidad Autónoma 1º Caso. URL	N.I.C.U.	AMMXX	Servicio	SALUD MENTAL ADULTOS
	Nombre	Martina	Número	XXXXXXXXXXXXXX
	Apellido	GEMEO Rosario	Nº S.S.	XXXXXXXXXXXXXX
	Sexo	Mujer	Fecha Cita	
	F. Nac.	09/12/1991 (aa MM/aa)	Proceder	CARTAGENA
	Edad	24 Años	Origen	XXXXXXXXXX
		C. Postal	XXXXXXXXXX	

INFORME ENFERMERÍA CSM
Cuidados de Enfermería de Salud Mental - Atención Primaria
ROGAMOS INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TMG.

CSM CARTAGENA	DERIVACIÓN A CENTRO DE SALUD DE BARRIO PERAL:
TEL: 96826726	TEL: 968220250 968314500
Enfermera de Salud Mental de referencia: AP Ana Pedroso Asar 55-216700	Enfermera de AP de referencia: AP del Mar García Lopez 55-112223
Plaguista de referencia: Iván Alonso López	Médico de Atención Primaria: Salvador Bustos García López
Cita con Enfermera Salud Mental: 29/03/2016 11:00	Cita con Enfermera en su CAP: 07/03/2016 10:55
Cita con Plaguista en CSM: 29/03/2016 12:00	Cita con JIAP: No tiene días pendientes.

Diagnóstico y tratamiento:
Esquizofrenia Paranoide F20
Xepion 150mg: 2amp (300mg) 28 días.
Vandral 150mg retard: 1-0-0
Lisperona 100 mg: 0-0-1
Alisiprop retard: 1-0-0
Lorazepam 1mg: 1-1-0 si ansiedad.
Eutirox: según pauta.
Zidovudina 1-1-1.
ACB: 1-0-0
Fenpropolol: 1-0-0.

Cuidados a reforzar:
Adherencia al st.
Alimentación saludable y ejercicio físico moderado.
Higiene del sueño.
Seguimiento de salud física según programas de AP si precisa.
Control analítico (según criterio manual).
Si no acude a cita de inyectable, ponerse en contacto con enfermera de salud mental de referencia, así como si presenta síntomas de descompensación de su patología de base.

Cartagena a 16-12-2015 Fdo: M. Ana Pedroso Asar

A PROPÓSITO DE UN CASO

CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA EN AP: Protocolo "Seguimiento antipsicóticos"

A PROPÓSITO DE UN CASO

CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA EN AP-SM



EN CADA CONSULTA

- TA
- Peso
- IMC
- ILD



SEMESTRALMENTE

- P.Abdominal
- F.C.



ANUALMENTE

- **Control analítico** (hemograma, bioquímica (glucemia basal, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico completo, creatinina, función hepática) y perfil hormonal (TSH y prolactina).
- ECG.

A PROPÓSITO DE UN CASO

¿Qué objetivos nos planteamos?

- Mejorar la **coordinación** AP-SM.
- Citas CAP en **PROGRAMADA**.
- Mejorar el **cumplimiento** de los pacientes y la **integración**.
- Detectar **precozmente** signos de alerta o recaída.
- Controlar los **FRCV** y fomentar **hábitos saludables**.



A PROPÓSITO DE UN CASO

FUTUROS OBJETIVOS EN LA COORDINACIÓN SM-SM-AP

- Mejorar la atención del paciente con TMG, tanto sobre su patología orgánica como mental.
- Continuar la mejora de la comunicación entre las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos mediante los Informes de Cuidados.
- Establecer vías de comunicación fluida entre enfermería AP-SM: a través de reuniones periódicas, mejorando la comunicación a través de informes de continuidad y facilitando el contacto directo entre los profesionales.



¡MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!

6. Proyecto Ecos: todas las voces tienen cabida.

Autor/es: Francisco Valdivia Muñoz¹, Thaïs Matas Torralba.

Profesión autor principal: ¹Psiquiatra.

Centro de trabajo: CSM Murcia Infante.

Email de contacto: ecosmurcia@gmail.com

PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ECOS MURCIA

Miércoles 13 de Mayo de 2016



INICIOS: CÓMO Y CUÁNDO SURGIÓ ECOS

- La Asociación **ECOS** ha sido creada por un grupo de personas vinculadas a la salud mental desde sus diferentes posiciones y movidas por la convicción, el deseo y la necesidad de crear un espacio no existente en Murcia destinado al encuentro social, el ocio, la creatividad y la participación.
- Desde Enero de 2015

POR QUÉ Y PARA QUÉ...

- La Asociación ECOS surge con la intención de ser complemento a los recursos ya existentes, y dar mayor cobertura y alcance al componente vital y de recuperación que es el OCIO.
- Siempre en horario de TARDES y FINES DE SEMANA

OBJETIVO PRINCIPAL

- El objetivo principal de ECOS es abrir las puertas al contacto con los demás, crear una red social de personas con y sin diagnóstico, facilitar al disfrute del tiempo libre y al intercambio de experiencias.
- NI PACIENTES, NI EXPERTOS

DESDE ECOS SE PRETENDE...

- CREAR UNA RED SOCIAL, FAVORECIENDO EL ENCUENTRO ENTRE PERSONAS
- FOMENTAR EL DERECHO A UN OCIO INCLUSIVO Y NORMALIZADO FUERA DE LAS INSTITUCIONES
- PROMOVER EL APOYO MUTUO
- COMBATIR EL AISLAMIENTO
- LUCHAR CONTRA EL ESTIGMA
- REIVINDICAR LA DIFERENCIA COMO VALOR Y EL RESPETO COMO PRINCIPIO

DÍPTICO

PROGRAMACIÓN CHARLAS-DEBATES 2015-2016

Último lunes de cada mes // 18:30h

26 de octubre de 2015	Sexo
30 de noviembre 2015	Relaciones sociales
23 de diciembre 2015	Orgasmo
26 de enero de 2016	Ruigón
29 de febrero de 2016	Fármacos y farmacéuticos
25 de marzo de 2016	Escuchadores de Vozes
26 de abril de 2016	Suicidio
30 de mayo de 2016	Médicos de comunicación
27 de junio de 2016	Violencia (ejercida o recibida)
25 de julio de 2016	Protocolo de ingreso
26 septiembre 2016	El arte y la locura
31 de octubre 2016	Síndrome de la bata blanca
28 noviembre 2016	Naturaleza y salud
26 diciembre 2016	Lejos por nuestros derechos



CONTACTO
 José Palomares 699 240 056
 María Victoria 699 240 056
 Correo: 699 240 056
 Teléfono: 699 240 056
 www.ecosmurcia.org



¿QUE ES ECOS?

La Asociación ECOS es un espacio de ENCUENTRO autónomo donde facilitar la CREATIVIDAD y el OCIO, fomentando la PARTICIPACIÓN SOCIAL y la SALUD MENTAL.

OBJETIVOS

El objetivo principal de ECOS es abrir las puertas al contacto con los asuntos, al disfrute del tiempo libre y al intercambio de experiencias.
 ECOS es un espacio abierto a cualquier persona que tenga interés y sensibilidad hacia la locura como forma de ser y estar en el mundo.

- FAVORECER EL ENCUENTRO ENTRE PERSONAS, EL OCIO Y LA SALUD
- PROMOVER LA AYUDA MUTUA Y LA RECUPERACION
- COMBATIR EL AISLAMIENTO Y EL ESTIGMA
- FACILITAR LA PARTICIPACION DE LAS PERSONAS
- REIVINDICAR LA DIFERENCIA COMO VALOR Y EL RESPETO COMO PRINCIPIO



ACTIVIDADES

- CINE, TEATRO, NATURALEZA, MÚSICA, POESÍA, SALUD, ACCIÓN SOCIAL, DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO,...
- ENCUENTRO EN CAFÉ FICCIONES TODOS LOS MIÉRCOLES A LAS 18:00h
- CHARLA-DEBATE EL ÚLTIMO LUNES DEL MES EN ESPACIO PÁNICO

LUGARES Y DIAS DE ENCUENTRO

- Café Ficciones (C/ Fuencarría, 5, Murcia, (junto a O'Connell) Lunes y Miércoles 18:00h
- Café Inca (C/ Mariano Viqueira, 6, Murcia (cerca de Plaza S.ª Guadalupe) Miércoles 18:00h
- Café Felicidad (C/ Actor José Crespo, 4, Murcia, (junto a Inca)
- Y en Teatro La Merluquera, Fábrica de Murcia, Crails, Salles de exposiciones, etc.

FORMA DE ACCEDER Y ASOCIARTE

Conocer a alguna de las personas vinculadas a la Asociación. Llamar y contactar con alguno de nosotros.
 Para ser ocio y contribuir a que este proyecto siga adelante: Cuota mínima de 5€ al año.

ENCUENTRO · CREATIVIDAD · OCIO · SALUD

REDES SOCIALES

<http://Ecosmurcia.wordpress.com>

ecosmurcia@gmail.com

Y Facebook: [Ecosmurcia](#)

ACTIVIDADES 2016

- Encuentros 2 días a la semana (Café Ficciones e Itaca)
- Cine, teatro, escritura, senderismo...
- Charlas-coloquio los últimos lunes del mes (La casa Habitada)
- Audioteca
- Ciclo de proyecciones de cine y salud mental (a partir de Mayo)

GRACIAS POR VENIR



COMUNICACIONES SELECCIONADAS FORMATO PÓSTER

1. Asesoramiento enfermero en las aplicaciones móviles disponibles para el usuario de Salud Mental.

Autor/es: Lucía Ramírez Baena¹, Beatriz Ortega Moreno.

Profesión autor principal: ¹Enfermero Especialista en Salud Mental.

Centro de trabajo: Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Email de contacto: lucia_14_89@hotmail.com

Introducción

Actualmente, con el uso de nuevas tecnologías se ha extendido el término de aplicación informática para dispositivos móviles o tablets (apps). Éstos cuentan con multitud de funcionalidades, desde juegos hasta aplicaciones para realizar tareas cotidianas que amenizan el día a día. Se han creado infinidad de apps centradas en la salud, destacando el auge de las apps sobre Salud Mental y bienestar. Los usuarios de Salud Mental no son ajenos a este hecho, encontrándose frente a una amplia gama que les pueden ser de gran utilidad para el seguimiento de su enfermedad si cuentan con el asesoramiento necesario y la aplicación adecuada. Enfermería debe ser conocedora de estas aplicaciones y manejar las nuevas tecnologías para prestar una atención de calidad al usuario de Salud Mental que les proporcione la capacitación y empoderamiento perseguidos.

Objetivos

Analizar el estado actual de las apps en Salud Mental.

Destacar la importancia del asesoramiento enfermero con respecto a las apps en el usuario de Salud Mental.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura durante Febrero de 2016, en las siguientes bases de datos científicas: Medline, Scielo, Cuiden, Dialnet, Elsevier, Ovid y Cochrane. También se utilizaron los buscadores de Google Académico y Google Play. Los criterios de inclusión fueron: idiomas español/inglés; publicados en los últimos 5 años; que traten el tema de estudio. Se utilizaron los términos incluidos en los Descriptores en Ciencias de la Salud: "Aplicaciones Móviles"; "Capacitación de usuario de computador"; "Enfermería"; "Teléfonos Celulares"; "Salud Mental". El operador booleano utilizado en las distintas fórmulas de búsqueda relacionando los diversos descriptores fue AND.

Desarrollo

Los resultados fueron muy dispersos, encontrando 14 artículos relacionados con las aplicaciones móviles y enfermería, pero ninguno concreto en Salud Mental. Se encontraron gran cantidad de artículos (358) relacionados con la “capacitación del usuario de computador” en enfermería, pero menos de la mitad cumplían los criterios de inclusión. Para la fórmula de búsqueda con teléfonos móviles, apps y Salud Mental, únicamente se hallaron 2 artículos: uno para pacientes con trastorno bipolar (SIMPLE app); otro centrado en la detección del riesgo de depresión, ansiedad, trastorno bipolar y trastorno por estrés postraumático (WhatsMyM3 app).

Además de los resultados científicos, se consultaron otras fuentes de interés, encontrando gran diversidad de apps en Salud Mental en el idioma inglés (mHealth, Ginger.io, Talkspace, BellyBio, Optimism, ECBT Calm), siendo un número más reducido las disponibles en español/castellano. La mayoría de ellas están desarrolladas por diversos organismos como la Fundación de Salud Mental Española, Fundación Mundo Bipolar, la Sociedad Española de Psiquiatría, el Sistema de Salud Osakidetza (País Vasco), Hospital de la Fe (Valencia), las Universidades de Cataluña y Zaragoza, etc.

También existen app diseñadas específicamente para cada trastorno, como la esquizofrenia (Wizard, iDichotic, m-Resist), el trastorno bipolar (MoodStreamer, MoodRhythm, Personasque), la adherencia al tratamiento en la depresión (Mi calendario AD), la prevención del suicidio (Prevensuic), el TDAH en niños (TKT Brain), etc.

Para profesionales de la salud también existen apps en el ámbito de la Salud Mental (PsicoK) y concretamente en el mundo de la enfermería (Oxford Handbook Mental HealthNursing, Mental HealthNursing, Mental HealthAssessments).

Conclusiones

Las nuevas tecnologías están cambiando el modo de abordar la salud de los usuarios. Los profesionales sanitarios deben conocer y aplicar estas nuevas herramientas, que pueden ser clave para los usuarios de Salud Mental en la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas, monitorización de síntomas, recordatorio de citas, etc. Enfermería cumple un papel esencial en el asesoramiento, contribuyendo en la capacitación y empoderamiento del usuario en Salud Mental, personalizando cada aplicación según el problema de salud que se presente.

Bibliografía

Palmier-Claus JE, Rogers A, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Lavery L, et al. Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people’s everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiat*. 2013;13:34.

Parmanto B, Pramana G, Yu DX, Fairman AD, Dicianno BE, McCue MP. IMHere: a novel mHealth system for supporting self-care in management of complex and chronic conditions. *JMIR mhealthuhealth*. 2013;1:e10.

Musiat P, Goldstone P, Tarrier N. Understanding the acceptability of e-mental health—attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiat*. 2014;14:109.

Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health*. 2013;19:444–54.

Instituto Nacional de Estadística. Survey on equipment and use of information and communication technologies (ICT) in Households - Press Release 2013. 2013. http://www.ine.es/en/prensa/np864_en.pdf. Accessed 3 Feb. 2016.

eMarketer. Worldwide Smartphone Usage to Grow in 2014. 2014. <http://www.emarketer.com/Article/Worldwide-Smartphone-Usage-Grow-25-2014/1010920>. Accessed 16 Feb. 2016.

Markowetz A, Błaszkiwicz K, Montag C, Switala C, Schlaepfer TE. Psycho-informatics: big data shaping modern psychometrics. *MedHypotheses*. 2014;82:405–11.



Asesoramiento enfermero en las aplicaciones móviles disponibles para el usuario de Salud Mental



VI Jornada de Enfermería de Salud Mental de la Región de Murcia

Autoras: (1) Lucía Ramírez Baena y (2) Beatriz Ortega Moreno (Enfermeras Especialistas en Salud Mental).
(1) Hospital Rafael Méndez, Lorca. (2) Centro de Salud Mental de Caravaca, Caravaca de la Cruz. (SMS)

Introducción:

Actualmente, con el uso de nuevas tecnologías se ha extendido el término de aplicación informática para dispositivos móviles o tablets (apps). Éstos cuentan con multitud de funcionalidades, desde juegos hasta aplicaciones para realizar tareas cotidianas que amenizan el día a día. Se han creado infinidad de apps centradas en la salud, destacando el auge de las apps sobre Salud Mental y bienestar. Los usuarios de Salud Mental no son ajenos a este hecho, encontrándose frente a una amplia gama que les pueden ser de gran utilidad para el seguimiento de su enfermedad si cuentan con el asesoramiento necesario y la aplicación adecuada. Enfermería debe ser conocedora de estas aplicaciones y manejar las nuevas tecnologías para prestar una atención de calidad al usuario de Salud Mental que les proporcione la capacitación y empoderamiento perseguidos.

Objetivos:

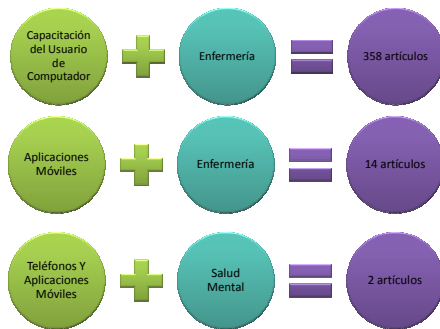
- Analizar el estado actual de las apps en Salud Mental.
- Destacar la importancia del asesoramiento enfermero con respecto a las apps en el usuario de Salud Mental.

Metodología:

Se realizó una revisión de la literatura durante Febrero de 2016, en las siguientes bases de datos científicas: Medline, Scielo, Cuiden, Dialnet, Elsevier, Ovid y Cochrane. También se utilizaron los buscadores de Google Académico y Google Play. Los criterios de inclusión fueron: idioma español/inglés; publicados en los últimos 5 años; que traten el tema de estudio. Se utilizaron los términos incluidos en los Descriptores en Ciencias de la Salud: "Aplicaciones Móviles"; "Capacitación de usuario de computador"; "Enfermería"; "Teléfonos Celulares"; "Salud Mental". El operador booleano utilizado en las distintas fórmulas de búsqueda relacionando los diversos descriptores fue AND.

Desarrollo:

Además de los resultados científicos encontrando los siguientes artículos, se consultaron otras fuentes de interés, encontrando gran diversidad de apps en Salud Mental en el idioma inglés, siendo un número más reducido las disponibles en español/castellano. La mayoría de ellas están desarrolladas por diversos organismos como la Fundación de Salud Mental Española, Fundación Mundo Bipolar, la Sociedad Española de Psiquiatría, el Sistema de Salud Osakidetza (País Vasco), Hospital de la Fe (Valencia), las Universidades de Cataluña y Zaragoza, etc.



Apps Salud Mental en general:

- mHealth, Ginger.io, Talkspace, BellyBio, Optimism, ECBT Calm

Apps para Esquizofrenia:

- Wizard, iDichotic, m-Resist

Apps para Trastorno Bipolar:

- SIMPLE app, MoodStreamer, MoodRhythm, Personasque

Apps para Depresión y Estrés Postraumático:

- WhatsMyM3 app, Mi calendario AD

Apps para Prevención del Suicidio:

- Prevensuic

Apps para TDAH en niños:

- TKT Brain

Apps para Profesionales de Salud Mental y Enfermería:

- PsicoK, Oxford Handbook Mental Health Nursing, Mental Health Nursing, Mental Health Assessments

Bibliografía:

• Palmier-Claus JE, Rogers A, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Laverty L, et al. Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. BMC Psychiat. 2013;13:34.
 • Parmanto B, Pramana G, Yu DX, Fairman AD, Dicianno BE, McCue MP. IMHere: a novel mHealth system for supporting self-care in management of complex and chronic conditions. JMIR mhealth uhealth. 2013;1:e10.

Conclusiones:

Las nuevas tecnologías están cambiando el modo de abordar la salud de los usuarios. Los profesionales sanitarios deben conocer y aplicar estas nuevas herramientas, que pueden ser clave para los usuarios de Salud Mental en la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas, monitorización de síntomas, recordatorio de citas, etc. Enfermería cumple un papel esencial en el asesoramiento, contribuyendo en la capacitación y empoderamiento del usuario en Salud Mental, personalizando cada aplicación según el problema de salud que se presente.