

El Cuidado en Salud Mental: nuevas Demandas, nuevas Intervenciones

III Jornada de Enfermería en Salud Mental de la Región de Murcia

Lorca, 26 de Abril de 2013.

Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Campus de Lorca,
Universidad de Murcia



Edita: Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud.
Subdirección General de Salud Mental

ISBN: 978-84-96994-90-4

D.L. MU 343 - 2013

Coordinadores:

1. Isidora Díaz García. Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Lorca.
2. José Manuel Robles Brabezo. Enfermero Especialista en Salud Mental. Supervisor Gestión de Cuidados Área III de Salud de la Región de Murcia.

Colaboradores

COMITÉ CIENTÍFICO

Solanger Hernández Méndez. Enfermera. Supervisora de Calidad, Investigación y Seguridad del paciente Área III de Salud de la Región de Murcia.

Ángeles Fernández Sánchez. Enfermera. Centro de Salud Mental de Lorca.

Miguel Ángel Sanz Peñalver. Enfermero. Supervisor Unidad de Formación y Docencia Área III de Salud de la Región de Murcia.

Juana Vera Piernas. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Manuela Salas Lario. Enfermera. Profesora Universidad Campus de Lorca.

Beatriz Ros Romera. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Méndez de Lorca

COMITÉ ORGANIZADOR

M^a Isabel Ortuño Pascual. Enfermera. Centro de Salud Mental de Lorca.

Lidia Franco López. Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Lorca.

M^a Mar Baños Martín. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Méndez de Lorca

M^a Carmen Jurado Barroso. Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Méndez de Lorca

M^a José Belmonte García. Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Lorca.

M^a del Pilar Sánchez Castillo. Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Lorca.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 2
2. PONENCIAS	
2.1 ¿Educamos en Salud Mental?	Pág. 6
2.2 Interrelación investigación y nuevas demandas.	Pág. 11
2.3 Gestión de la información enfermera.	Pág. 14
3. COMUNICACIONES ORALES	
3.1 Seísmo en Lorca 2011. Intervención Enfermera en CSM.	Pág. 25
3.2 Novedosa Intervención Enfermera en Salud Mental: el Reiki.	Pág. 29
3.3 Test de Frindisk combinado con medición de glucosa alterada como estrategia potencial de cribado para la prevención de diabetes tipo II.	Pág. 43
3.4 Administración de Olanzapina de Liberación Prolongada en un programa de intervención grupal//individual.	Pág. 47
3.5 La colaboración multiprofesional (psicología-enfermería) en un programa de intervención grupal para pacientes hospitalizados en unidad de agudos	Pág. 54
3.6 La visita domiciliaria en el cuidado a personas que padecen Trastorno Mental Grave (TMG).	Pág. 58
3.7 Trabajar en la calle: una manera diferente de cuidar a las personas sin hogar con problemas de salud mental”.	Pág. 64
4. TALLERES DE TRABAJO	
4.1 Actividades en sala. Unidad de Águdos de Corta Estancia.	Pág. 73
4.2 Cuidados en Salud Mental Infanto- Juvenil.	Pág. 79
4.3 Actuación enfermera en el programa de tratamiento intensivo en las adicciones “Matrix”: un enfoque integral.	Pág. 83
4.4 Cuidados en Salud Mental Comunitaria. Tratamiento Asertivo Comunitario	Pág. 89
5. PONENCIA DE CLAUSURA	
5.1 Relación de Ayuda en Enfermería	Pág. 96

1. INTRODUCCIÓN.

La Enfermera Especialista en Salud Mental se define como el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de **cuidados de enfermería** especializados llevados a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental (1)

El cuidado en Salud Mental está enmarcado dentro del modelo de atención integral y holística de la persona y su entorno. Teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales que rodean al ser humano.

A través del Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera especialista en Salud Mental, organiza y presta los cuidados individualizados y centrados en la respuesta del individuo, con el fin de obtener unos resultados esperados de forma eficiente.

III Jornada de Enfermería en Salud Mental de la Región de Murcia.

Las Jornadas de enfermería en salud Mental nacen como necesidad del colectivo enfermero en salud mental, de poner en común y compartir las experiencias en el cuidado al individuo, familia y comunidad en los diferentes dispositivos asistenciales de la red de salud mental de la Región de Murcia,

Los cambios producidos en el concepto de salud y las nuevas demandas en los cuidados de salud mental, hacen necesario una puesta al día de los profesionales, que permitan conocer nuevos enfoques y nuevas intervenciones con el fin de optimizar los recursos existentes y prestar una atención integral en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

Hasta la actualidad se han realizado dos jornadas.

1ª. Hº Psiquiátrico Román Alberca de Murcia: “Somos especialistas ¿y ahora qué?”. 6 de mayo de 2011

2º. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena: “Un espacio para compartir experiencias”. 27 de abril de 2012.

1.1 OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Dar conocer los nuevos enfoques de actuación enfermera para optimizar los recursos existentes y prestar una atención integral en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental

Objetivos Específicos:

- Identificar las nuevas demandas de cuidado en Salud Mental.
- Determinar las nuevas intervenciones surgidas.
- Poner en común estrategias llevadas a cabo en cada uno de los recursos de Salud Mental de la Región de Murcia.

1.2 METODOLOGÍA.

La metodología a seguir en la Jornada es eminentemente práctica y participativa, a partir de unos conocimientos teóricos. Los contenidos, tanto teóricos como prácticos se desarrollarán a través de una mesa redonda, 2 mesas de comunicaciones orales, 4 talleres de trabajo y una ponencia de clausura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE núm. 123 de 24/05/2011.

2. PONENCIAS.

2.1 ¿EDUCAMOS EN SALUD MENTAL?

Dra. Concha Rivera Rocamora. Enfermera. *Profesora Enfermería de Salud Mental. Universidad de Murcia.*





LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Planes de Estudio (B.O.E.)

235 créditos

- 19 Mayo 1994
- 14 Julio 1999
- 12 Diciembre 2000



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Titulo de Grado en Enfermería (B.O.E. 2010)

1ª Promoción 2009-2013.

- 240 créditos (30 curso itinerario)
- 4 años.
- Trabajo Fin de Grado.



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Título de Grado en Enfermería (B.O.E. 2010)

- Universidad Católica San Antonio, 2008.
- Facultad Ciencias Sociosanitarias, Campus de Lorca, 2010.



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Los rasgos distintivos del cuidado enfermero son la polivalencia, la flexibilidad, el conjunto de disciplinas y somos responsables de las siguientes áreas:

- Prevención de las enfermedades.
- Mantenimiento de la salud.
- Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- Educación para la salud.
- Formación, administración e investigación en Enfermería.



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Cursos de Posgrado:

**Especialista Universitario en
Complementos de Formación en Enfermería
Itinerario de Grado**

- Presencial.
- 30 créditos. 45 Alumnos.
- 1.050 Euros



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Máster Universitario en Salud, Mujer y
Cuidados.

- Presencial.
- 60 créditos. Alumnos.
- 2.500 Euros.



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

- Diplomado + Curso Itinerario = Grado
- Grado + Máster → Doctorado
- Grado + Especialidad (2 años) → Doctorado



LORCA
III J. ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Doctorado (R. Decreto 99/2013):

- 3 años tiempo completo.
- 5 años tiempo parcial.
- Pre-inscripción.
- 400 Euros por curso.

2.2. LA INTERRELACIÓN ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LAS NUEVAS DEMANDAS EN EL CUIDADO.

Dra. Eva Abad Corpa. Enfermera. *Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).*

La investigación en enfermería, en tanto que ciencia aplicada, tiene como objetivo desarrollar el conocimiento que guía y apoya tanto la práctica como el desarrollo disciplinar de la Enfermería, dirigiendo sus investigaciones a aumentar el corpus de conocimientos de esta ciencia, así como a la aplicación de los mismos sobre la asistencia y los servicios de enfermería con el fin último de que su implementación en la práctica clínica consiga llevar la ciencia hasta la sociedad.

Esta perspectiva implica que las investigaciones enfermeras deban dirigirse a aumentar, validar, actualizar y consolidar los conocimientos de los profesionales sobre todos los aspectos específicos relacionados con la prevención, la asistencia y la gestión de los cuidados sin olvidar otros aspectos más generales como son la calidad y la gestión de los servicios y de las organizaciones sanitarias cuyo resultado, de igual manera, debe ser implementado en la práctica clínica diaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus esfuerzos por mejorar la salud global hace hincapié en su actual Plan Estratégico a Medio Plazo 2008-2013, en el déficit de conocimientos que dificultan el aprovechamiento de las posibilidades de mejorar la salud de las personas al no basar siempre las políticas sanitarias en la mejor evidencia disponible: *“la evidencia científica disponible es la base para establecer las prioridades y medir los resultados, y es por tanto esencial para formular las estrategias sanitarias a nivel tanto nacional como mundial”*.

A lo largo de las últimas décadas, la investigación en la disciplina enfermera ha crecido enormemente gracias al esfuerzo de toda la profesión en sus diferentes ámbitos. En esta lucha, los profesionales de Enfermería no se han conformado con los límites impuestos desde el orden académico; desde diferentes ámbitos han sido muchos los profesionales que han desarrollado estudios de investigación en cualquiera de las áreas de interés de la Enfermería: gestión, asistencia y docencia. La presencia cada vez mayor de las enfermeras en los congresos nacionales e internacionales, en las convocatorias de proyectos, en la publicación de trabajos científicos es un hecho cada vez más consolidado y representa el deseo de seguir creciendo y mejorando nuestro conocimiento acerca de nuestra disciplina y acerca de nuestros cuidados.

Los profesionales enfermeros que prestan sus cuidados en el Sistema Nacional de Salud (SNS), son uno de los colectivos más importantes de dicho sistema y que más puede contribuir a la mejora de la salud de la población con la traslación a la práctica clínica de los resultados de sus investigaciones y por su cercanía a los problemas ciudadanos. No podemos obviar el impacto científico y social que puede llegar a tener una mayor producción de conocimiento por parte de uno de los mayores colectivos sanitarios del SNS. En esta misma línea se posiciona la OMS cuando manifiesta que debemos *“Potenciar las alianzas, pues el logro de un resultado sanitario deseado rara vez se atribuye a una sola intervención o a la labor de una sola organización o un solo colectivo”*.

Las políticas de financiación de la investigación no pueden estar ajenas a una disciplina científica que pretende generar conocimiento para preservar la salud y el bienestar de las personas, aportando conocimientos relacionados, entre otros, con los estudios coste/efectividad sobre la aplicación de las tecnologías, el desarrollo de nuevos productos y servicios, las características sociales y antropológicas de los colectivos, los análisis relativos a la calidad de la prestación de los servicios y la práctica clínica basada en la evidencia (PCBE).

El Instituto de Salud Carlos III, como organismo público de investigación y órgano de apoyo científico-técnico al servicio del SNS, tiene la responsabilidad de fomentar y contribuir a la vertebración de la investigación en el SNS y a su conexión con el resto del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Con respecto a la investigación en cuidados, el objetivo europeo de crear una red de colaboración de impulso de la investigación en enfermería se consolidó bajo el nombre de “Unidad de investigación en cuidados de salud (Investén-isciii)”, formada por profesionales de enfermería y ciencias afines relacionados con las unidades de apoyo a la investigación en Consejerías, Hospitales y Centros de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y del propio Instituto.

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), partiendo de una estructura descentralizada, ha trabajado en el desarrollo de una estrategia a nivel estatal para organizar y facilitar la investigación en enfermería y su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados sean de la mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables provenientes de la investigación rigurosa. También defiende que la investigación en cuidados debe estar presente en todos los niveles del SNS, atención primaria, comunitaria y hospitalaria, y en todos los ámbitos de servicios de salud y socio-sanitarios que ofrezcan asistencia sanitaria a la población.

La enfermería española debe ser partícipe de este momento y de esta inquietud que se expande más allá de nuestro territorio nacional y sumarse a los esfuerzos de otros países europeos e intercontinentales en su deseo de mejorar e impulsar la labor investigadora de sus profesionales. La consecución

del acceso a las titulaciones académicas superiores y el creciente interés por la innovación e investigación hace que asistamos a un momento crucial para el desarrollo de la investigación en Enfermería. Nuestras políticas deberían fomentar que los cuidados de salud ganen protagonismo en nuestro sistema sanitario, en nuestras instituciones, y sobre todo se dirijan a contribuir al bienestar de nuestros pacientes y la población tal y como lo reflejan los principios básicos de la actual, y futura, Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología: *poner las actividades de investigación, desarrollo e innovación al servicio de la ciudadanía.*

2.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ENFERMERA ANTE UNA NUEVA DEMANDA O NECESIDAD DETECTADA

M^a Dolores Castillo Bueno. *Enfermera. Técnico de Gestión de Información Sanitaria. Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria*

¿Tiene la investigación repercusión en la práctica enfermera del día a día?

Probablemente el siguiente escenario clínico nos suene a todos. En más de una ocasión nos hemos encontrado ante dudas que hemos tenido que resolver para la toma de decisiones:

Ana es enfermera en un Centro de Salud Mental (CSM). Entre los pacientes que tiene asignados se encuentra Antonio. Paciente de 35 a. recién llegado a la ciudad y al CSM.

- Diagnosticado de esquizofrenia desde hace 10 años. Viene con informe del médico de cabecera con diagnóstico de Síndrome Metabólico (SM).
- Actualmente sin síntomas positivos.
- Ha tenido dos ingresos hospitalarios (1 mes)
- En tratamiento con antipsicóticos desde que fue diagnosticado: actualmente Olanzapina.
- Buena adhesión al tratamiento y al CSM.
- Sintomatología negativa (abulia/apatía) que le favorece el mantenimiento de conductas como el sedentarismo y la mala higiene.
- Exceso de consumo de coca cola y de tabaco.
- Suele tener una dieta rica en grasas.
- Síntomas del SM: Sobrepeso (99 KI), aumento de la circunferencia de la cintura (100cm) , Triglicéridos 150mg/dl y presión arterial de140/90mmHg
- Vive con los padres (que son mayores. El padre también diagnosticado de SM, no tiene seguimiento)

Ana traslada a un compañero su duda: "... en pacientes con las mismas características y con los mismos diagnósticos médicos que Antonio, ¿que será mas eficaz para el control del SM las intervenciones individuales de educación para la salud o las intervenciones grupales, junto con otros pacientes que tengan las mismas características?..."

Cuando nos enfrentamos a una situación similar. Cuando tenemos que tomar una decisión... Cuando nos surgen dudas o necesidades de información... tenemos varias opciones:

- Hacer lo que aprendimos cuando nos formamos....pero de eso...hace ¿cuántos años?
- Hacer lo que en nuestro centro se hace habitualmente con ese tipo de pacientes...pero...realmente ¿estamos totalmente de acuerdo con lo que se hace?, además en otros CSM se hacen otras intervenciones: variabilidad en la práctica...
- Consultar a un compañero o compañera....pero... ¿se les plantea a ellos la misma duda?
- Consultar en libros, revistas, en bases de datos... pero ¿sabemos que buscar?, ¿dónde?, ¿cómo...¿tenemos tiempo para buscar?...

Hay un enfoque, un procedimiento de trabajo, que nos puede ayudar, y que nos aproxima al conocimiento científico, a los resultados de la investigación, para aplicarlos a los pacientes y a sus cuidados: es la **PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PCBA)**. Esta orientación de nuestro trabajo comenzó aplicándose a la medicina (Medicina Basada en la Evidencia), y tuvo sus comienzos en 1992. Posteriormente enfermería lo denominó ENFERMERÍA BASADA EN LAS EVIDENCIAS (EBE). Pero es mas global llamarla PCBE, que abarca a diferentes disciplinas.

ALGUNAS DEFINICIONES DE PCBE:

- Utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales (D. Sacket)
- Utilización de las mejores evidencias científicas disponibles para, una vez consultado el paciente, decidir la mejor alternativa para este paciente.
- Aplicación del método científico para definir el tratamiento óptimo del paciente individual.
- Combinación de la evidencia científica, con la experiencia clínica y los valores y expectativas de los pacientes para tomar decisiones que pueden ser aplicadas a pacientes individuales, grupos de pacientes o de personas.
- Proceso de aprendizaje de por vida, autodirigido, y basado en problemas.

No voy a exponer aquí sobre COMO y CUANDO nació la PCBE, pero si **PORQUE** es una alternativa muy válida para la toma de decisiones en nuestro trabajo asistencial diario:

- Porque hay una imparable progresión de las publicaciones científicas y un rápido desarrollo del cuerpo de conocimiento, lo que provoca que, a los pocos años de la formación, los criterios aprendidos durante la misma sobre cuidados estén obsoletos y prosigan en el tiempo una tendencia descendente.
- Porque hay una gran cantidad de información, alguna de ella de escasa utilidad y relevancia, para la práctica clínica y para contrastar si las conclusiones de los estudios son generalizables y aplicables a nuestro paciente.
- Porque hay una necesidad de sintetizar la literatura científica para extraer conclusiones.
- Porque las fuentes tradicionales de conocimiento no siempre están bien adecuadas.
- Porque el profesional asistencial sufre una gran escasez de tiempo.
- Porque, a veces, tenemos una imposibilidad mantenernos actualizados en nuestro campo de actuación.

Por otro lado, el desarrollo de las Nuevas Tecnologías, y la difusión y empleo de Internet se ha ido desarrollando y es una buena aliada de la PCBE.

Hoy es una realidad el acceso electrónico a síntesis de la evidencia y el acceso en el mismo punto de atención cabecera del paciente mediante PDA o conexiones inalámbricas a la información que puede contribuir a la toma de decisiones. Sin embargo, al igual que en las publicaciones científicas, es imprescindible tener en cuenta la calidad de la información sanitaria a la que se puede acceder. Se están tomando diversas iniciativas para ayudar a los usuarios a encontrar y a usar información sanitaria de alta calidad a través de Internet, aunque los numerosos instrumentos disponibles no siempre aportan una solución al problema.

Otro reto positivo, aunque algunos compañeros lo pueden ver como un inconveniente, es que el paciente y su familia se están incorporando paulatinamente a la toma de decisiones. Además, ellos también buscan en Internet y tienen acceso a esas síntesis de evidencias, acudiendo a nosotros con mucha información sobre el proceso, pero no toda la información que pueden encontrar es de calidad, y tenemos que saber, además, orientarles para que vayan a los sitios de reconocida calidad. Cuanta más información de calidad tengan tanto el paciente como la familia sobre la enfermedad mas colaborarán en los cuidados.

ALGUNAS VENTAJAS DE LA PCBE PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LOS PACIENTES:

Para los profesionales sanitarios:

- Facilita la integración de la formación con la práctica clínica y la actualización de conocimientos de forma rutinaria.
- Mejora la comprensión de la metodología científica, pasando de meros lectores pasivos de artículos o libros, a realizar una lectura crítica que nos permita la elección de aquellos artículos metodológicamente correctos. Aunque es necesario relativizar lo que venga avalado por la evidencia sin perder por ello la capacidad crítica, nuestra experiencia y las preferencias de los pacientes.
- Incrementa la confianza en la toma de decisiones, reduciendo la incertidumbre en las decisiones del día a día, al acercar la actividad sanitaria todo lo posible a los mejores resultados actualizados de la investigación clínica.
- Aumenta la capacidad para utilizar fuentes de información bibliográfica y sus hábitos de lectura; así como las posibilidades actuales de búsqueda de información con las nuevas tecnologías de la información y comunicación.
- Facilita una mejor distribución de los recursos sanitarios. Aunque no se trate solo de reducir costes, sino de buscar una mayor calidad en la atención individual.

Para los pacientes:

- Disminuye la variabilidad de la práctica clínica.
- Tienen acceso a las prestaciones más eficaces.
- El interés de las intervenciones está centrado en el paciente: incorporación de este en la toma de decisiones.
- Ofrece una oportunidad de comunicación adicional y operativa con los profesionales sanitarios al objetivar los pros y los contras de cada opción diagnóstica y/o terapéutica y vehicular su participación real en la toma de decisiones que le afecten.

CINCO ETAPAS PARA LA PCBE:

Siguiendo el enfoque de la PCBE, y cuando queremos responder a nuestras dudas o necesidades de información tenemos que seguir cinco pasos:

1. Formulación de la pregunta clínica, convirtiendo las necesidades de información en una pregunta que pueda ser respondida.
2. Realización de la búsqueda, rastreando las mejores evidencias para responder esa pregunta clínica concreta: estrategia de búsqueda: que tipo de recursos, en que base de datos, etc....

3. Lectura crítica de lo encontrado, evaluar de forma crítica la evidencia de lo encontrado y su aplicación a la práctica clínica específica: calidad metodológica, mi tipo de paciente, resultados que espero, etc.
4. Aplicación a la práctica clínica, integrando nuestra evaluación de la literatura con nuestra especialización clínica y con los datos concretos de nuestro paciente o nuestra situación de salud planteada.
5. Evaluación de la práctica clínica y de nuestra capacidad para realizar las primeras cuatro etapas y buscar maneras para mejorar ambas.

Aunque para incorporar la evidencia científica en la práctica asistencial diaria, no es imprescindible que todos los profesionales desarrollen las cinco etapas y que cuenten con las competencias para ello; pero sí con las básicas que le permitan formular adecuadamente las preguntas clínicas, acceder a resúmenes de evidencia y a bases de datos específicas y tener un criterio de selección crítico.

ORGANIZACIONES HERRAMIENTAS Y RECURSOS QUE NOS AYUDAN A LA PCBE

Hay organizaciones que han nacido con el objetivo principal de elaborar recursos *pre-evaluados* que aproximen a los profesionales sanitarios asistenciales los resultados de la investigación. Además de elaborar estos recursos, facilitan y promueven la difusión de la evidencia entre los profesionales sanitarios.

CUALES SON LOS RECURSOS PRE-EVALUADOS:

1. **Sistemas:** Sistemas Informatizados de Apoyo a la Toma de Decisiones (SIATDs). Integran y resumen todas las evidencias provenientes de la investigación, pertinente e importante sobre un determinado problema clínico, que se actualiza conforme aparezcan nuevas evidencias y que vincula automáticamente (a través de la historia clínica electrónica) las circunstancias específicas del paciente con la información relevante. Los datos de cada paciente se introducen en un programa de ordenador y seorean con programas o algoritmos de una base informatizada, lo que resulta es la generación de recomendaciones específicas para cada pacientes.

2. **Sumarios:** integran las mejores evidencias disponibles de las capas inferiores (estudios, sinopsis de estudios, síntesis y sinopsis de síntesis) sobre problemas clínicos específicos, se actualizan de forma periódica. Incluyen: Guías de Práctica Clínica (GPC) y Servicios de Respuestas a Preguntas Clínicas (a interrogantes formulados por los profesionales). Las GPC son desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a los propios pacientes a tomar decisiones sobre circunstancias clínicas concretas. Cada

recomendación debe ir acompañada de los Niveles de Evidencia y de los Grados de Recomendación.

3. Sinopsis de síntesis: resumen de los resultados de una RS. Incluidas en revistas que rastrean, filtran y seleccionan artículos de las principales revistas.

4. Síntesis de evidencias: Revisiones Sistemáticas

5. Sinopsis de estudios: breve, pero detallado, resumen de un único estudio original.

Acompañados de comentarios orientados a resaltar la aplicabilidad clínica. Ventajas: garantía de que el estudio es de alta calidad y relevancia clínica, documentos breves y cómodos de leer.

6. Estudios originales individuales o primarios.

EJEMPLOS CERCANOS DE ORGANIZACIONES QUE NOS ACERCAN LAS EVIDENCIAS A LA ASISTENCIA DIARIA

1. ***PORTAL SANITARIO DE LA REGION DE MURCIA, www.murciasalud.es***
2. ***CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA LOS CUIDADOS BASADOS EN LAS EVIDENCIAS (CCEIJB).***

1. PORTAL SANITARIO DE LA REGION DE MURCIA, www.murciasalud.es: BIBLIOTECA VIRTUAL Y SERVICIO PREEVID

El Portal Sanitario de la Región de Murcia, www.murciasalud.es, está destinado a la formación clínica, a la investigación sanitaria y a ofrecer información a los distintos profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, incluyendo la valoración crítica de las evidencias científicas (PCBE).

El Portal está gestionado por el Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria (CTIDS), que tiene encomendada la realización de todas aquellas actividades en materia de documentación sanitaria y de bases de datos relacionadas con la información científico-sanitaria. Tiene funciones como:

- Organizar, custodiar, gestionar, adquirir o elaborar, mantener y controlar los fondos de documentación científico-técnica de carácter sanitario (*Biblioteca Virtual (BV)*).
- Transferir conocimientos para la toma de decisiones en el ámbito clínico y de gestión; incluyendo la búsqueda y valoración crítica de las evidencias científicas; a través, en su caso, del servicio de respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas clínicas (*Servicio PREEVID*)

- Ofrecer formación específica a los profesionales sanitarios en la búsqueda, lectura crítica y aplicación de las mejores evidencias a la práctica, apoyándose en IDEA (Interface Dinámico de Enseñanza, Aprendizaje y Trabajo Colaborativo), que es una plataforma de educación virtual y trabajo en grupo desarrollada por el CTIDS.
- Diseñar y desarrollar líneas de investigación relacionadas con la implantación y efectividad de la PCBE en los servicios sanitarios públicos.

Sobre la Biblioteca Virtual (BV). De acceso libre para los profesionales sanitarios de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, tras darse de alta en el Portal sanitario. Cuenta con recursos (Bases de datos, revistas, etc.) ordenados según el Modelo de las “6S” (DiCenso A, Bayley L, Haynes B. ACP Journal Club 2009) para la PCBE, tiene la posibilidad de pedir artículos a texto completo, nos proporciona tutoriales interactivos y ayudas para el manejo de los recursos de la BV, etc.

Sobre el Servicio PREEVID. Dirigido a los profesionales sanitarios de la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud. Ofrece respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas que les surjan desde la actividad asistencial. La respuesta se proporciona tras una búsqueda protocolizada y resumen de las conclusiones de las referencias encontradas. Con las respuestas se constituye una base de datos (Banco de Preguntas) disponible para todos los usuarios.

Las preguntas deben ser lo más específicas posibles. Siguiendo el esquema PICO:

- Pacientes (descripción breve del tipo de paciente concreto o problema de salud)
- Intervención (definida de forma clara y concreta)
- Comparación de la intervención (esta puede ser opcional)
- Resultados esperados con la intervención.

2. INSTITUTO JOANNA BRIGGS (IJB) PARA LOS CUIDADOS BASADOS EN LAS EVIDENCIAS Y SUS CENTROS COLABORADORES: CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL DEL IJB (CCEIJB).

- Creado por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Adelaida/Hospital Royal Adelaida (Australia) 1995.
- Unifica la evidencia derivada de fuentes como la experiencia, la especialización y todas las formas de investigación rigurosa, con la interpretación y utilización de una buena praxis en los cuidados de salud.
- Sus actividades se dirigen fundamentalmente a las disciplinas de enfermería, matronas, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia

ocupacional y en general a los profesionales de la salud, así como a los usuarios de los servicios de salud, sus familias y cuidadores.

- El Instituto creó la Colaboración Internacional Joanna Briggs para: Compartir experiencias; Contribuir a los esfuerzos internacionales de mejora de la salud; y Promover formas más eficaces y apropiadas para aumentar la calidad de los cuidados de la salud. Existen más de 30 Centros Colaboradores del JBI repartidos por todo el mundo, lo que permite una mejor disseminación de los resultados de la investigación a nivel mundial.
- La creación del CCEIJB fue en 2004, a iniciativa del Instituto Carlos III y a través de su Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén. Para que tuviera una representación verdaderamente sólida entre la enfermería española, desde el Instituto Carlos III se promovió la participación de las Comunidades Autónomas (CCAA), por lo que se creó un Convenio entre el Instituto de Salud Carlos III y prácticamente todas las CCAA. Murcia lo firmó en 2005.
- Algunas de las actuaciones fundamentales que ha tenido el CCEIJB, en base a sus objetivos están: formación de enfermeras para la realización y difusión de Revisiones Sistemáticas (RS); creación del JBI COnNECT Plus España (Red clínica de Evidencia on-line sobre Cuidados y Procedimientos), con traducción de sus documentos; puesta en marcha del Proyecto de implantación de buenas prácticas en Centros comprometidos con la excelencia en cuidados (Guías RNAO)

Sobre la realización y difusión de Revisiones Sistemáticas (RS)

En base al convenio, el CCEIJB ha formado a enfermeras/os de todas las CCAA en realización de Revisiones sistemáticas (RS); liderazgo de RS con las credenciales del IJB, Lectura crítica, metanálisis, implementación de evidencias, etc.:

	TOTAL	EN MURCIA
FORMACIÓN: (Oct.2012)		
RS:		
ACREDITACIÓN LIDER RS:	317	32(11)
LC:	74	9
METAANÁLISIS/IMPLEMEN	20	1
TC	-	4
RS EN MARCHA	13	4
FINALIZADAS/PUBLICADAS	3	1

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	<i>DEPENDENCIA. BIENESTAR. INCONTINENCIA. MATERNOINFANTIL. SALUD MENTAL. GÉNERO Y SALUD. SEGURIDAD DEL PACIENTE. INSTRUMENTOS DE MEDIDA. ESTILOS DE VIDA.</i>	FINALIZADA - 1 RS de BIENESTAR EN DIFERENTES ETAPAS DEL PROCESO - 1 RS de INSTRUMENTOS DE MEDIDA - 1 RS de SALUD MENTAL - 1 RS de MATERNO-INFANTIL
--------------------------------	---	---

Sobre el JBI CONNECT Plus España:

- Es una Red clínica de Evidencia on-line sobre Cuidados y Procedimientos para fundamentar las decisiones clínicas.
- Recursos: RS, Resúmenes de Evidencias, Best Practice, Procedimientos recomendados basados en la evidencia, hojas informativas dirigidas a la población, Informes técnicos y protocolos de RS.
- Los recursos están mayoritariamente en español, tras realizar la traducción el CCEIJB.
- Actualmente el acceso es mediante cuenta de usuario temporal (con duración limitada), que debe solicitarse al CCEIJB y de forma gratuita, posible gracias a la suscripción realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sobre la implantación de buenas prácticas en Centros comprometidos con la excelencia en cuidados (Guías RNAO)

El proyecto de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados BPSO, tiene el objetivo de fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Con ello se pretende crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados

que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.

En 2011, se inició la convocatoria pública dirigida a instituciones sanitarias, sociosanitarias y universitarias. 33 presentaron su candidatura. Finalmente, 8 instituciones fueron admitidas, y se firmaron acuerdos de compromiso de tres años de duración (2012-2014).

Las CCAA implicadas fueron: Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid, Cataluña, Islas Canarias y Murcia.

En nuestra Región es el Área III de salud con el Hospital Rafael Méndez de Lorca, junto con la Universidad de Murcia, quien realizan la implantación de las Guías de Buenas Prácticas en cuidados de la RNAO. Concretamente cinco Guías:

- Cuidado y manejo de la Ostomía
- Lactancia materna
- Valoración y manejo del dolor
- Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería
- Profesionalidad en enfermería.

Después de hacer este rápido repaso por temas relacionados con la PCBE, me volvería a preguntar...

¿Tiene la investigación repercusión en la práctica enfermera del día a día?...

Volviendo al escenario clínico con el que hemos comenzado, pienso que si, que Ana puede resolver su duda, pues tiene acceso a herramientas que le ayudarán a la toma de una decisión, junto con Antonio y su familia: si tiene formación en búsquedas de evidencias cuenta con la BV, si no cuenta con esa formación o no tiene tiempo para hacer una búsqueda, puede realizar una pregunta clínica al Servicio PREEVID...

Aunque pienso que los resultados de la investigación no siempre se aplican en el día a día asistencial por motivos como la falta de difusión o deficiente acceso por parte de los enfermeros asistenciales a dichos resultados. Pero esto no solo es compromiso de los profesionales asistenciales (e investigadores), sino que TAMBIÉN LA ORGANIZACIÓN tiene una gran responsabilidad.

Para realizar el cambio son necesarios:

- La formación (dirigida fundamentalmente a la utilización de los hallazgos de la investigación).
- Cambios de política y procedimientos: sobre investigación y difusión
- Adquisición de habilidades sobre metodología de investigación e interpretación de sus resultados.

- Conocimiento profundo de los problemas de la práctica clínica, de investigación y planificación de cambios.
- Y tener disposición y capacidad para la toma de decisiones.

En definitiva, enfermería investiga, pero no siempre su práctica diaria está basada en la investigación pues FALLAN ALGUNOS DE LOS ESLABONES QUE ENLAZAN LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA Y VICEVERSA.

Desde aquí os invito a que os forméis en la utilización de la PCBE y a que integréis, en vuestro quehacer del día a día, este modelo de cuidados, veréis que además de obtener mejores resultados, vuestro trabajo será mucho más estimulante.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Atención sanitaria Basada en la Evidencia. Su aplicación a la práctica Clínica. Grupo ASBE (Atención sanitaria Basada en la Evidencia). Consejería de Sanidad.2007.
2. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. ACP Journal Club. Editorial: Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Ann Intern Med. 2009 Sep 15;151(6)

3. COMUNICACIONES ORALES

3.1 SEISMOS EN LORCA 2011. Intervención Enfermera en CSM.

Autores: Antonia Sánchez López, Ascensión Albacete Belmonte, Jesús Valera Bernal.

INTRODUCCION

Tras los seísmos acaecidos en Mayo de 2011 en la ciudad murciana de Lorca, se plantea desde Centro de Salud Mental, la posibilidad de recibir una afluencia masiva de pacientes afectados por los mismos, por lo que se considera adecuado planificar y desarrollar un plan de actuación ágil y organizado que de respuesta efectiva e inmediata.

Para ello, se forma un Equipo de Intervención en Crisis (EIC) integrado por una enfermera y dos psicólogos clínicos con experiencia en intervenciones en cuadros postraumáticos, con el objetivo de vehiculizar una asistencia específica que permita contener, redefinir y tratar el conjunto de la clínica reactiva que las distintas personas afectadas por los seísmos desarrollen. Dicha asistencia principalmente se plantea en formato grupal; el global perseguido es prevenir la aparición de Trastorno de estrés post-traumático.

En el Equipo de Intervención en Crisis creado, la misión de enfermería va a consistir en un primer momento, en la recepción y cribaje, mediante entrevista individual, de pacientes que acudan a este Centro de Salud Mental derivados desde Atención Primaria con demanda relacionada con los seísmos, realizando su derivación, si procede, al psicólogo clínico del Equipo de Intervención en Crisis; así mismo, realizar el registro pertinente, la organización de grupos, la participación como coterapeuta en el desarrollo de dichos grupos, así como llevar a cabo un seguimiento al alta; la experiencia del manejo de técnicas de relajación por parte de enfermería es uno de los aspectos relevantes aportados dentro del proceso de intervención grupal diseñado.

Por otro lado, conviene indicar que se formaron dos dispositivos más con una psicóloga clínica en cada uno ellos, que actuarían en los Centros de Salud de Lorca Centro, La Viña y San Diego, donde Enfermería de Salud Mental sería el nexo de comunicación entre estos equipos y el Centro de Salud Mental.

OBJETIVOS

1. Atender de forma integral y adaptada, las necesidades del paciente derivado a este CSM desde Atención Primaria tras los seísmos.

2. Evitar la duplicidad de tratamientos en pacientes que ya estén siendo atendidos en los dispositivos existentes en Centros de Salud.
3. Registrar todo paciente que acuda con demanda confirmada por seísmo, así como aquellos pacientes que siendo usuarios del CSM son propuestos para tratamiento por EIC.
4. Formar y participar activamente como coterapeuta en los Grupos de Intervención en Crisis.
5. Enseñar a normalizar a la mayor brevedad, reacciones físicas que pueden presentarse ante situaciones de crisis.
6. Generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones de estrés.
7. Aplicar técnicas de reducción de ansiedad dentro del programa de intervención grupal planificado.
8. Comparar el nivel de ansiedad, así como el de sensaciones corporales antes y después de la intervención por psicología clínica y enfermería en el proceso grupal desarrollado.
9. Describir la efectividad de la intervención de enfermería tras los seísmos de Lorca 2011.

METODOLOGÍA

Inicialmente, enfermería realizó acogida de forma individual en pacientes con demanda específica por seísmos, realizando derivación posterior a psicólogo clínico de EIC, para valoración clínica y concretar formato de intervención (individual, grupal o mixta).

Los pacientes pertenecientes a CSM con clínica reactiva de espectro postraumático derivados por otros profesionales fueron incluidos en el EIC.

En aquellos pacientes en los que se decidió abordaje grupal, se procedió a citarlos a la mayor brevedad posible, siendo informados del tipo de tratamiento y adquiriendo un compromiso terapéutico.

Se realizó registro de pacientes que serían tratados tanto de forma individual, como de aquellos que pasarían a formar GIC.

Se administraron las siguientes pruebas psicométricas: Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1994) y, cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984); dicha administración se realizó al inicio del tratamiento y a la finalización del mismo, con el objetivo de obtener resultados comparativos. Así mismo, también fueron cumplimentadas dichas pruebas en aquellos pacientes tratados de forma individual.

Como coterapeuta, se enseñaron Técnicas de afrontamiento al estrés, así como Técnicas de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y Técnicas de respiración abdominal, con la finalidad de dotar al paciente de las estrategias necesarias para reducir, controlar la ansiedad y sus síntomas.

Se realizó un seguimiento al alta de cada paciente a los 6 meses y al año del alta.

DESARROLLO

La intervención grupal, consistió en 4 sesiones, una vez a la semana, siendo tratados mediante este tipo de formato, un total de 27 pacientes repartidos en dos grupos diferentes.

Cada sesión tenía una duración de entre 90-120 minutos, de los cuales 75 minutos eran para la intervención de psicología clínica, siendo los 45 minutos restantes para enfermería. Es importante destacar que cada sesión contaba con contenidos y objetivos específicos.

Al finalización de la intervención grupal, tras valoración previa, se procedía por psicología clínica, o bien a dar el alta en aquellos casos resueltos, o bien a indicar seguimiento individual en los casos que requirieran mayor carga de intervención psicológica al no haberse resuelto de forma evidente la clínica tratada; la intervención de enfermería en los casos de seguimiento consistió en la adscripción de dichos pacientes en grupo de relajación como refuerzo del tratamiento.

RESULTADOS

El 80% de los pacientes completaron el tratamiento grupal programado, siendo el 85% mujeres y el 15% varones, con una media de edad de 41 años.

El STAI-E en varones se situó en un percentil 95 en pretest y 70 en posttest, mientras que en mujeres fue de un 90 en pretest y 65 en posttest, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,016$).

En relación a los resultados obtenidos en el BSQ, en Pretest obtuvieron una puntuación media de 23, siendo de 15 en Posttest. ($p=0,021$).

La resolución a la finalización de la intervención grupal por parte del EIC fue de un 87%.

CONCLUSIONES

La rápida formación de un Equipo de Intervención en Crisis, hizo que el resto de profesionales del Centro Salud Mental de Lorca pudiese continuar con sus tareas asistenciales sin mayor repercusión.

Se confirma que una rápida intervención en la población afectada por desastres naturales fue decisiva en la pronta recuperación y normalización tras el desastre vivido.

Hasta la fecha no se han producido reacogidas por reactivación de pacientes tratados en los GIC.

En seguimiento tanto a los 6 meses, como al año, los pacientes referían mantener su mejoría, señalando una buena capacidad de afrontamiento a las dificultades tras la intervención grupal realizada.

En la actualidad se continúa trabajando de forma individual con psicología clínica y de forma grupal en relajación con enfermería, siendo los resultados obtenidos hasta el momento muy positivos.

BIBLIOGRAFÍA

Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobics cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1984, 52: 1090-1097.

Spielberger, C-D- Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. STAI-Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. 1994. Madrid: TEA.

Cautela, J.R y Groden, J . Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos. 1985. Barcelona: Martínez Roca.

Martín, J. C, Moreno, P. Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas.2007. Bilbao: Desclée Brouwer.

Valera. J, Albacete. A, Sánchez. A, Martín. J.C. Intervención psicológica grupal en un centro de salud mental con afectados por los seísmos de Lorca (Murcia). *Avances en psicología clínica*. Capítulo del V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. 2012. Santander. 947-950.

3.2 Novedosa intervención enfermera en salud mental: El Reiki.

Autores: M^a Luisa Pérez Lapuente; Rocío Polo Muñoz.

RESUMEN

Los síntomas de ansiedad en la adolescencia son factores de riesgo que influyen negativamente en el desarrollo de la persona. Se ha realizado un estudio de caso con el objetivo de describir y evaluar la efectividad del tratamiento con Reiki, tratamiento natural y complementario basado en los cambios energéticos de la persona, aplicado en junio del 2012 a una chica de 15 años con trastorno de ansiedad generalizada reflejado por presentar una puntuación directa de 61 y una total de 67 en la Escala de Spence. Tras obtener el consentimiento informado de los padres y la chica, el tratamiento constó de cuatro sesiones de Reiki de 45 minutos dos días a la semana durante dos semanas consecutivas. Como resultado obtuvimos una reducción significativa de los signos y síntomas que presentaba la paciente debido a su cuadro ansioso, observando una considerada disminución de la puntuación directa y total de 37 y 58 respectivamente y con la medición de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y su autorregistro. Como conclusiones destacamos que el Reiki resultó efectivo para reducir la ansiedad en nuestro estudio.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, Terapias complementarias, Reiki, Terapias Energéticas, Toque terapéutico.

ABSTRACT

Symptoms of anxiety during adolescence are risk factors which have a negative effect on the individual's development. The present work consists of a case study which aims to describe and assess the effectiveness of a treatment with Reiki, a natural complementary treatment based on the patient's energetic changes. The treatment was applied in June 2012 to treat the generalized anxiety disorder (GAD) of a fifteen-year-old girl who presented a direct score of 61 and a total score of 67 on the *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)*. Consent was given by both the patient and her parents, and the Reiki treatment consisted of four 45-minute sessions twice weekly over two consecutive weeks. As a result, there was a significant reduction in the signs and symptoms of anxiety in the patient, whose SCAS direct and total scores decreased to 37 and 58, respectively. The patient's heart rate, blood pressure and self-control also improved. We conclude that Reiki proved effective in reducing the patient's anxiety in our study.

KEYWORDS: Anxiety, complementary therapies, Reiki, Energy Therapies, Therapeutic Touch.

INTRODUCCIÓN:

La ansiedad viene definida como un proceso emocional con una función protectora. Es un proceso cognitivo unido a los procesos de miedo y estrés (1). Las respuestas cognitiva, la fisiológica y la motora se encuentran siempre presentes e íntimamente interrelacionadas cuando se activa un estado de ansiedad anormal, por lo que al modificar cualquiera de ellas, automáticamente se modifican las otras dos (2). La ansiedad es uno de los problemas psicológicos más importantes y frecuentes en niños y adolescentes, habiéndose creado la necesidad, tanto en contextos clínicos como educativos, de instrumentos fiables y válidos para su evaluación y diagnóstico precoz, de tal forma que se la pueda detectar antes de que produzca secuelas indeseadas o se convierta en trastorno clínico (3).

Los niños y adolescentes con Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) suelen preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, inclusive cuando ni siquiera se les evalúa. Asimismo les preocupa la puntualidad y los acontecimientos catastróficos (4). Pueden ser conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos y acostumbran repetir sus trabajos debido a una insatisfacción descomunal con resultados que no son perfectos. Buscan excesivamente la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y otras preocupaciones (5).

Son varias las ciencias que actualmente estudian ampliamente el fenómeno de la ansiedad, como la psicología, el psicoanálisis y la medicina, la cual se presenta mediante un desagradable estado de inquietud, temor y tensión (6). Nuestro interés es tratarlo desde el paradigma enfermero y desde una perspectiva novedosa como son las terapias naturales o integradas.

En los últimos años el uso de terapias integradas está en auge. Cada vez más profesionales de la salud reconocen su importancia. En 1992 se creó la Office of Alternative Medicine (OAM), como parte de los National Institutes of Health (NIH), cuya función es evaluar los tratamientos alternativos y determinar de qué modo proporciona mayor eficacia, fue entonces cuando se incorporó formalmente la medicina alternativa (7). Es hora de profundizar en el uso adecuado de estas terapias como prácticas enfermeras habituales ayudando así a lograr una mejor armonía en el ser humano (8).

La Organización Mundial de la Salud (9), recomendó en 2002 la regulación de las terapias naturales dada la escasez de datos científicos sobre su inocuidad y eficacia.

Según el informe de 2011 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (10), ningún país occidental las ha regulado globalmente.

Se han analizado 139 técnicas de terapias naturales cuya evidencia científica respecto a su eficacia es deficiente y aunque la mayoría no tiene efectos secundarios, no están del todo exentas de riesgos. Este informe es quizá un primer paso para la regulación de terapias que pueden aportar ventajas sobre el ser humano.

Las terapias naturales se clasifican en cinco áreas según el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de EEUU, encontrando en último lugar las Técnicas sobre la base de la energía: Qi-Gong o Chi-kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos (10).

Cabe mencionar a Marta Rogers, quien introdujo un paradigma muy alejado de la medicina tradicional. Su marco teórico se centra en el manejo de los campos de energía del ser humano y su entorno para lograr la integridad y la armonía con la finalidad de maximizar el potencial de salud por medio de métodos no invasivos (11).

Nuestro interés en profundizar en este campo se debe a que, tras una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la efectividad de las terapias naturales, encontramos diversos beneficios que aporta el Reiki, una terapia integral milenaria y sanadora.

Reiki es un término proveniente de Japón que significa la confluencia de la energía universal (rei), con nuestra fuerza vital personal (ki). Es una energía que actúa a todos los niveles: ilumina, limpia, desintoxica, desbloquea y relaja. Reiki es un método terapéutico de curación natural que utiliza la energía universal canalizada a través de la imposición de manos del terapeuta para restaurar la salud y generar bienestar (12).

Toda persona puede acceder a esta terapia, basta con quererlo. La persona actúa únicamente como antena pero también se beneficia de sus efectos. El único requisito para poder practicarlo es el de “iniciarse”, mediante un seminario introductorio, por parte de un maestro de Reiki formado y con experiencia en este sistema de curación natural.

Buff y Pressman (7) explican que el Reiki restaura la energía agotada y elimina los bloqueos de energía (...), no es religión, pero sí tiene un aspecto espiritual, aporta mayor conciencia y más paz emocional. El terapeuta no transmite su energía personal, utiliza esa energía vital universal, siente en qué lugares se agotó la energía y la envía a esas áreas del cuerpo donde está agotada.

La fuerza vital universal conecta con nuestra fuerza vital personal influyendo en nuestro estado anímico, mental, espiritual o en el organismo, todo depende de la intensidad con que actúe y de nuestra receptibilidad y disposición a conectar.

Nuestros sentimientos y estructuras de pensamiento se reflejan en nuestro estado de salud. Salazar Soto (13) comenta que el Reiki restablece y equilibra la energía del cuerpo y la mente, la abre al conocimiento y la sabiduría, desbloqueándola y liberándola de enfermedades y traumas, ya sean hereditarios, de gestación o de cualquier otro momento de la vida; llena de energía positiva cualquier ambiente, hogar o lugar de trabajo, haciéndolos espacios realmente armoniosos.

El Reiki como método de curación se usa ampliamente para la variedad de síntomas psicológicos y físicos (14). Se utiliza para la relajación, como una forma de ansiolítico y tranquilizante, para aliviar el estrés, para aumentar la autoestima y estabilizar el estado de ánimo. Por todo esto, es por lo que queremos comprobar el efecto del mismo en un caso de TAG.

En relación a la medicina integral debemos destacar que gran cantidad de personas recurren a ella. Diversos autores afirman que el éxito de la mayoría de las terapias naturales se basa en que el tratamiento es personalizado, gracias a que se le dedica el tiempo necesario a cada paciente de forma privada y se establece una relación de confianza entre el paciente y su terapeuta. Las escuelas de salud holísticas o globales insisten en que el estado subjetivo debe tenerse en cuenta más que los diagnósticos hechos con ayuda de aparatos (15).

Partimos de la idea del ser humano como un “TODO”, un conjunto formado por un poco de mente racional, un poco de espíritu, un poco de cuerpo (la parte biológica), una parte de la sociedad que está en continuo contacto con el medio que lo circunda y además cuenta con una serie de valores y una cultura concreta. Todo le influye, todo se relaciona entre sí, nada va “desconectado” del conjunto y si algún componente se “desconectase” el TODO entraría en conflicto de un modo u otro. Habría un problema que remediar, pero revisando cada una de las esferas dañadas. Hay autores que señalan la existencia de una interacción entre nuestras emociones, pensamientos, actos y nuestro organismo (16). Nuestra forma de ser, la personalidad, nuestra conducta y, como hemos mencionado anteriormente, el ambiente, nuestra sociedad y cultura nos influyen de un modo u otro en nuestro bienestar tanto físico como psíquico.

A pesar de la existencia de estudios sobre eficacia de algunas terapias complementarias y de los comentarios de boca en boca sobre la efectividad de

muchas de éstas, aún hay personas que no las prueban por el miedo a lo desconocido, por la confianza ciega y exclusiva en la medicina alopática o por la gran variedad de prejuicios y estereotipos que se dan en nuestra sociedad.

Con nuestro estudio pretendemos usar la metodología cuantitativa con la finalidad comprobar la efectividad de la terapia con Reiki de una manera más objetiva, basada en el modelo biomédico de atención de la salud de la medicina alopática.

Como objetivo general pretendemos evaluar los efectos de la terapia Reiki en una adolescente de 15 años con trastorno de ansiedad generalizada. Como objetivos más específicos, evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida en la Escala de Spence antes y después del tratamiento con Reiki y evaluar si el tratamiento con Reiki disminuye el grado de ansiedad de la adolescente.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio de caso, seleccionado de una muestra previamente elegida con criterios de conveniencia.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó la Escala de Ansiedad para Niños de Spence, SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) (17). Dicha escala muestra una muy alta consistencia interna que oscila entre .80 y .93 (17,18,19,20) y consta de gran validez (21, 22).

Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca "0", a veces "1", muchas veces "2" y siempre "3". Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuyo resultado no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad (22).

Se utilizó la SCAS ya que "los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes pueden agruparse de acuerdo con las categorías del DSM-IV-TR (23) y proporciona una visión dimensional adecuada de dichas categorías, lo que la convierte en una buena prueba de *screening* diagnóstico de este tipo de problemas" (3).

Ha sido ampliamente utilizada en contextos clínicos para la valoración y evaluación con fines terapéuticos. Indica la naturaleza y extensión de los síntomas de ansiedad para ayudar en el proceso de identificación de los niños y adolescentes con riesgo de sufrir problemas de ansiedad en el desarrollo y para el seguimiento de los resultados de las intervenciones para prevenir el desarrollo de la ansiedad. Evalúa seis dominios de ansiedad, como ansiedad

generalizada, pánico/agorafobia, fobia social, ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo y los temores a lesiones físicas. El cuestionario está diseñado de manera fácil y sencilla para que los niños lo completen en aproximadamente 10 minutos. Para interpretar los resultados de la escala se recurrió a los percentiles, que son puntuaciones estandarizadas que se calculan a partir de la distribución total de puntuaciones dentro de la muestra de la comunidad. Se consideró una puntuación normal la media de 50 puntos con una desviación típica de ± 10 . La escala de Spence sugiere utilizar una puntuación directa de 60 como indicativo de los niveles subclínicos o elevados de ansiedad. Debido a que hay diferencias entre la edad y sexo se utilizó la tabla correspondiente para el análisis de los datos de chicas entre 12 y 15 años de edad (SCAS Girls Aged 12-15).

Los criterios de inclusión requerían que las chicas comprendidas entre 12 y 15 años, presentaran una puntuación elevada en la Escala de Spence, la cual mantiene un percentil entre 30 y 100 y una puntuación directa entre 0-6 y 114, considerando elevado un percentil a partir de 60 y una puntuación directa de 39 puntos, indicando, por lo tanto, un nivel de ansiedad elevado.

Los criterios de exclusión fueron presentar un percentil inferior a 60 y una puntuación directa inferior a 39, ya que indican que no existe un problema de ansiedad. Además se consideró otro criterio de exclusión que los padres no firmaran el consentimiento informado o que la misma adolescente no quisiera ser tratada con Reiki.

La muestra fue seleccionada tras pasar 10 cuestionarios (SCAS), que median el grado de ansiedad, a chicas de 15 años las cuales realizaban estudios de 4^o de la ESO. Estos test se administraron entre los meses de mayo y junio de 2012.

De toda la muestra se seleccionó la que obtuvo mayor puntuación en la SCAS, se llamaba Consuelo, tras lo cual se le comunicó a ésta y se les facilitó a los padres dicha información y la hoja de consentimiento informado. En ella se dejó escrito el teléfono de la enfermera y el correo electrónico para que los padres pudieran contactar con ella. A los días, los padres se pusieron en contacto con la enfermera iniciada en Reiki solicitando verbalmente que se le aplicara dicha terapia. Para analizar los datos se utilizó una aplicación disponible online de la traducción de la escala en español (24).

Posteriormente se entrevistó brevemente a la muchacha para confirmar sus respuestas y permitir que expresara verbalmente su ansiedad, proporcionándole una escucha activa.

Una vez firmados los consentimientos por parte de Consuelo y de sus padres, a ésta se le aplicó un tratamiento completo de Reiki durante cuatro sesiones

realizadas en junio de 2012, los días martes y viernes desde las 20 horas a las 20.45 horas, durante dos semanas consecutivas en la vivienda familiar de la adolescente facilitándole así que perdiera el menor tiempo posible en los desplazamientos y no alejándola de su entorno habitual. Posteriormente se realizó el post-test y se compararon resultados.

Además como recursos materiales se hizo uso de una camilla transportable, música relajante, incienso como recurso de aromaterapia y cromoterapia para ambientar la sala. Se pidió a la familia que respetara la intimidad de la adolescente en las sesiones, requiriéndoseles que durante los 45 minutos de la sesión se evitara cualquier tipo de ruido (llamadas telefónicas, música, electrodomésticos, etc.) con el fin de no provocar interrupción en el proceso.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS:

A continuación, tras la evaluación de los seis dominios citados anteriormente que indican si existe o no trastorno de ansiedad generalizada, se muestra las puntuaciones obtenidas tanto en cada subescala, como en la escala total y se procede a su interpretación. La chica obtuvo una puntuación directa antes de las sesiones de Reiki de 61 y total de 67,

Tabla 1

ANTES DEL TRATAMIENTO CON REIKI.

<u>Puntuación directa subescala</u>	<u>Rango Subescala</u>	<u>Percentil</u>	
1. Ansiedad generalizada	14	0-18	65 Bastante elevado
2. Pánico/agorafobia	7	0-27	60 Elevado
3. Fobia social	11	0-18	60 Elevado
4. Ansiedad por separación	12	0-18	75 Muy elevado
5. Trastorno obsesivo-compulsivo	13	0-18	70 Muy elevado
6. Temores a lesiones físicas	4	0-15	55 Normal
P. TOTAL SUBESCALAS (SCAS)	61	0-114	
PERCENTIL	67	BASTANTE ELEVADO	
CONCLUSIÓN: GRADO DE ANSIEDAD BASTANTE ELEVADO, SUPERIOR AL 85% DE LA POBLACIÓN DE SU MISMA EDAD.			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

DESPUÉS DE LAS CUATRO SESIONES DE REIKI.

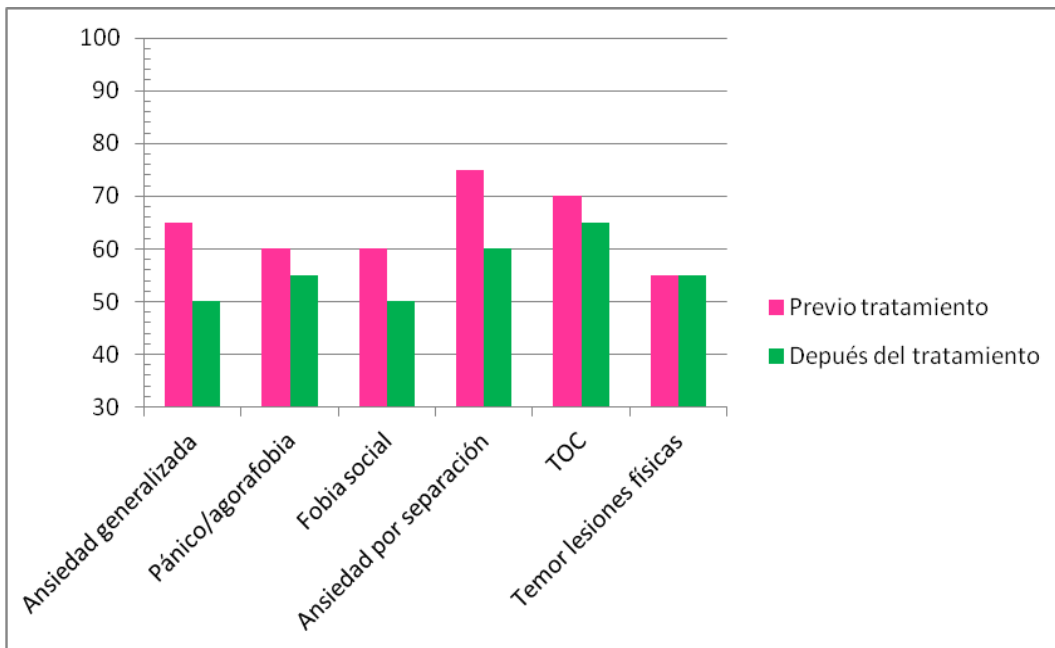
<u>Percentil</u>	<u>Puntuación directa subescala</u>		<u>Rango</u>	<u>Subescala</u>
1. Ansiedad generalizada	7	0-18	50	Normal
2. Pánico/agorafobia	4	0-27	55	Normal
3. Fobia social	6	0-18	50	Normal
4. Ansiedad por separación	6	0-18	60	Elevado
5. Trastorno obsesivo-compulsivo	10	0-18	65	Elevado
6. Temores a lesiones físicas	4	0-15	55	Normal
P. TOTAL SUBESCALAS (SCAS)	37	0-114		
PERCENTIL:	58	NORMAL		
CONCLUSIÓN: GRADO DE ANSIEDAD NORMAL.				

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que se produjo una disminución significativa en el grado de ansiedad que presenta esta joven, tras las cuatro sesiones de Reiki obteniendo una puntuación directa de 37 y total de 58. Para observar dicha disminución de la ansiedad, a continuación se representa gráficamente la variación de las puntuaciones antes y después de las sesiones.

Figura 1

MODIFICACIONES DEL GRADO DE ANSIEDAD



Fuente: Elaboración propia

Las terapias de biocampo, como el Reiki, contemplan la ansiedad como un estado de desequilibrio y/o bloqueo energético que se debe desbloquear para recuperar la armonía, el equilibrio y la paz del individuo. Los desequilibrios y bloqueos en el campo energético producen enfermedades y problemas de salud (25). Con la finalidad de desbloquear el campo energético usamos el Reiki.

La aplicación de una única sesión de Reiki produce un incremento de la actividad parasimpática y una mejora del equilibrio vegetativo inmediato, así como, un descenso del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Estos cambios apoyan la teoría sobre la capacidad del Reiki para influir en los mecanismos de regulación del organismo en situaciones de desequilibrio (26). En nuestro caso aplicamos cuatro sesiones. Es posible trabajar todos los niveles de la respuesta humana a través de la canalización de Reiki. En cuatro semanas se modifican significativamente la disposición para aprender, el bienestar físico y psicológico, el afrontamiento, la autoestima, el ambiente familiar y la conducta terapéutica (27). La mejoría en el estado físico y mental de las personas con el uso de estas terapias es algo relevante y a tener en cuenta. Ofrecen la posibilidad de facilitar la resolución de determinados bloqueos emocionales en conexión con estados negativos de salud, abriendo una puerta a una mejor comprensión de la vida y, por tanto, a una inyección de equilibrio y armonía en la persona (...) Tal vez haya llegado la hora de profundizar en el uso adecuado de estas terapias como prácticas enfermeras habituales ayudando así a lograr una mejor armonía en el ser humano (8).

Cassileth, Jain y Wesa (28) aseguran que las terapias que influyen en el cambio energético son efectivas para disminuir los síntomas de dolor y ansiedad, y mejorar la calidad de vida.

Como resultado obtuvimos una reducción significativa de los signos y síntomas que presentaba la paciente debido a su cuadro ansioso, confirmado así por el postest de Spence y con la medición de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y su autorregistro.

Conviene promover la investigación sobre la efectividad e inocuidad de las terapias complementarias para fomentar su utilización. La mejor manera es mediante ensayos porque, un tratamiento basado en la evidencia, parece ser lo más eficaz.

Hay una gran escasez de estudios publicados de calidad que proporcionen evidencia científica sobre la efectividad (de dichas terapias complementarias) en situaciones clínicas concretas llevando a cabo la aplicación de métodos científicos, no obstante no significa que sean ineficaces. Cantidad de testimonios de pacientes refieren satisfacción y percepción de una mejoría de los síntomas, bienestar y calidad de vida.

Cada vez hay mayor número de investigaciones al respecto, pero lo ideal sería, como manifestaron Peters y Woodham (16) contar con la colaboración de los médicos de familia y los hospitales universitarios. Esta idea ya se ha empezado a implantar en España en ciertos lugares y ha contribuido a reducir dos de los inconvenientes más habituales que dificultan llevar a cabo dichos ensayos, las escasas subvenciones dedicadas a financiar investigaciones de este tipo y los pocos sujetos que se brindan a colaborar en ellos.

Actualmente las terapias complementarias, con raíces en las antiguas prácticas curativas de Oriente, se están convirtiendo en una corriente de interés común. Los ensayos clínicos aleatorios que examinan la eficacia de Reiki o del Toque terapéutico, terapias del biocampo, están siendo evaluadas críticamente cada vez más mediante procesos sistemáticos, basados en la evidencia (29). El Reiki es usado tanto en el hospital de Jerez como en el hospital Ramón y Cajal de Madrid, donde una maestra de Reiki trató a pacientes de hematología, trasplantados de médula ósea, oncología y pediatría dos veces por semana, en sesiones de 20 minutos. Un tercio de los usuarios lograron reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo (30).

En relación a las investigaciones sobre las terapias complementarias basadas en el campo energético, cabe mencionar una revisión sistemática realizada por Coakley y Barron (31), donde se alega que son estrategias adicionales usadas por enfermeras que prestan asistencia integrada a

pacientes con cáncer con el fin de aliviar el sufrimiento y la angustia que sobrellevan.

En EEUU según el Centro Nacional para la medicina Complementaria y Alternativa el Reiki forma parte de dicha medicina. Lourdes Casillas, profesora de la Universidad Autónoma de Madrid y maestra de Reiki lo reitera y además añade que entre EE.UU, Europa y Canadá el 80% de la población utiliza una o más terapias complementarias y expone que en la Toscana, Italia, hay un proyecto de salud integral en el que se incluye el tratamiento con acupuntura, fitoterapia, homeopatía y las terapias manuales (32).

CONCLUSIONES:

Respecto al objetivo principal de nuestro estudio sobre evaluar el grado de efectividad de la terapia Reiki para disminuir la ansiedad en adolescentes, podemos concluir que el Reiki es efectivo para ello, aunque existen más estudios realizados en adultos que en adolescentes.

Respecto al objetivo específico que nos planteamos sobre el Reiki, cabe concluir que la aplicación de cuatro sesiones de esta terapia reduce significativamente el grado de ansiedad de la adolescente estudiada.

No podemos confirmar la hipótesis: “El tratamiento con Reiki es efectivo para disminuir la ansiedad en adolescentes de doce a quince años de edad” por la gran limitación del estudio. No se puede extrapolar los resultados a toda la población juvenil porque cometeríamos una serie de sesgos destacables, ya que solo hemos estudiado un caso. Sería conveniente seguir investigando sobre esta línea, calculando y haciendo una estimación del tamaño muestral, entre otros.

Son necesarias más investigaciones sobre el Reiki para poder establecer su rigor científico, y poder estandarizar las intervenciones, aunque actualmente disponemos de diversos estudios que avalan su eficacia.

Para futuras investigaciones sería conveniente ampliar la muestra y realizar ensayos controlados aleatorios de alta calidad para comprobar la eficacia del Reiki.

Además de administrar cuestionarios y analizar las puntuaciones sería de gran ayuda el uso complementario de los indicadores NOC para monitorizar los cambios a nivel emocional, fisiológico, conductual y cognitivo, en lo que coincidimos con Fernández (27), ya que son indicadores propios de la Enfermería.

Estamos animados a continuar con esta línea de trabajo, con el objetivo de dar a conocer e introducir cada vez más las terapias complementarias en nuestro entorno y nuestras vidas, dados los beneficios que reportan, beneficios que también deben ser estudiados.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Gómez Sánchez R, Gómez Díaz M, Gómez Sánchez R. Manual de Atención Psicosocial. Barcelona: Monsa-Prayma; 2012.
- (2) Psicología-online.com [Internet]. Valencia: Clínica Virtual Psicológica V. Mars; [acceso 15 de junio de 2012]. Bastida AM. Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología; [aproximadamente 13 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/infantil/miedos-ansiedad-y-fobias.shtml>
- (3) Carrillo F, Cobos M, Gavino A, Godoy A. Composición factorial de la versión española de la Spence Children. Psicothema [Revista en internet]. 2011 [acceso 5 de febrero de 2012]; 23(2): 289-294. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3884.pdf>
- (4) Bados A. Universidad de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Trastorno de Ansiedad Generalizada: naturaleza, evaluación y tratamiento. [acceso 3 de junio de 2012]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/357>
- (5) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- (6) Silva A. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. Psicologia: Ciência e Profissão [Revista en Internet]. 2010 [acceso 11 de junio de 2012]; 30(1):200-211. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100015&lng=en&tlng=pt
- (7) Pressman AH, Buff S. Medicina alternativa. México: Pearson Educación; 2001.
- (8) Aparicio MR, González AJ. Cuidadoras y terapias alternativas: un abordaje integral. Paraninfo Digital [Revista en Internet]. 2010 [acceso 6 de junio de 2012]; 10. Disponible en: <http://www.indez-f.com/para/n10/p108.php>
- (9) Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
- (10) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 19 de diciembre de 2011.

- (11) Avila G, Casique L. Influencia del Reiki como cuidado de enfermería en el bienestar de personas con diabetes. Desarrollo Científico de Enfermería [Revista en Internet]. 2009 [consultado el 25 de marzo de 2012]; 17(2):57-61. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-57.pdf>
- (12) Hillswitch J. Reiki: la fuerza curativa de la energía. Barcelona: RBA Libros; 2003.
- (13) Salazar Soto, H. [Internet]. Santiago de Chile: Solaris; 2012 [acceso 4 de marzo de 2012]. Reikianos: tus manos pueden curar. Disponible en: <http://www.reikianos.cl/content/view/25/36/>.
- (14) VanderVaart S, Gijzen VM, de Wildt SN, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of Reiki. Journal Of Alternative & Complementary Medicine 2009; 15(11):1157-1169. doi:10.1089/acm.2009.0036.
- (15) Stiftung W, Federspiel K, Herbst V. Guía de las terapias alternativas: principios, eficacia y riesgos. Madrid: OCU; 2001.
- (16) Peters D, Woodham A. Medicina integrada. Barcelona: Ediciones B; 2001.
- (17) Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. Journal of Abnormal Psychology 1997; 106: 280-297.
- (18) Essau CA, Sakano Y, Ishikawa S, Sasagawa S. Anxiety symptoms in Japanese and in German children. Behaviour Research and Therapy 2004; 42:601-612.
- (19) Servera BM, Balle M, Tortella FM, García BG. Propiedades Psicométricas de la Adaptación Catalana de la Escala de Ansiedad para Niños/as de Spence (SCAS). Psicología Conductual 2005; 13:111-123.
- (20) Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. Anxiety Disorders 2003; 17:605-625.
- (21) Muris P, Mayer B, Bartelds E, Tierney S, Bogie N. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. British Journal of Clinical Psychology 2001 septiembre; 40 (3):323-336. doi: 10.1348/014466501163724
- (22) Hernández L, Bermúdez G, Spence S, González MJ, Martínez JI, Aguilar J, et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología [Revista en internet]. 2010 enero-abril [acceso 5 marzo de 2012]; 42(1):13-24. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100002

- (23) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002.
- (24) The Spence Children's Anxiety Scale Website [Internet]. Elche: Scaswebsite; 2012 [acceso 22 de febrero de 2012]. Mireia Orgiles. Spanish European Version SCAS-Child. Disponible en: <http://www.scaswebsite.com/docs/scas-girls-12-15-scorer.pdf>.
- (25) O'Mathuna DP, Ashford RL. Toque terapéutico para la curación de las heridas agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (26) Díaz Rodríguez L, García La Fuente F, Tomás Rojas I, Rodríguez Alvarez E, García Royo C, Arroyo Morales M, et al. El Reiki como terapia alternativa en los cuidados de la salud. Rev Paraninfo Digital 2009; 7.
- (27) Fernández C. Reiki en la relación de ayuda. A propósito de un caso. Rev Paraninfo Digital 2008; 3.
- (28) Wesa K, Cassileth B, Jain S. The effectiveness of biofield therapies for decreasing symptoms of pain and anxiety, and improving QoL. Focus On Alternative & Complementary Therapies. [Revista en Internet]. 2011 febrero. [acceso 22 de mayo de 2012]; 16(1):62-65. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2042-7166.2010.01070_14.x/full doi:10.1111/j.2042-7166.2010.01070_14.x
- (29) Anderson J, Gill A. Effects of healing touch in clinical practise: A systematic review of randomized clinical trials. J Holist Nurs. [Revista en Internet]. 2011 septiembre. [acceso 24 de marzo de 2012]; 29(3):221-228. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228402>
- (30) Quijada P. Terapias alternativas en la consulta del médico. ABC. Sábado 13 de febrero de 2010; Sociedad.
- (31) Coakley AB, Barron AM. Energy therapies in oncology nursing. Semin Oncol Nurs 2012; 28(1):55-63. DOI: 10.1016/j.soncn.2011.11.006
- (32) Casillas Santana L. La profesión ante las terapias complementarias. Metas de Enfermería 2012;15(2):3.

3.3 TEST DE FRINDISK COMBINADO CON MEDICION DE GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS COMO ESTRATEGIA POTENCIAL DE CRIBADO PARA LA PREVENCION DE DIABETES TIPO II EN LOS USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE LA URSM DE CARTAGENA

AUTORES: Antonio Alcaraz Vivancos, Aitziber García Martínez de Estarrona, Antonio Pardo Caballero, Juana María Mateo Castejón, Cristina Banacloig Delgado, María Dolores Flores García

INTRODUCCION:

A pesar de los esfuerzos para controlar la epidemia de diabetes, el número de personas que la padecen está aumentando considerablemente¹, siendo la prevalencia aún mayor en personas con Trastorno Mental Grave². La tendencia ascendente se atribuye a factores como el envejecimiento de la población y los cambios en estilos de vida³.

La American Diabetes Association, American Association of Clinical Endocrinologists y la OMS, han establecido la prediabetes (PD) como entidad nosológica al existir suficientes pruebas epidemiológicas de que representa un estadio temprano de la diabetes, por ser muy prevalente, potencialmente prevenible, por haberse identificado un grupo de factores de riesgo bien definidos y por existir la posibilidad de reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas, mediante intervenciones sobre estos factores^{3,4}. La PD duplica la presentación de la diabetes tipo 2 (DM2) y eleva el riesgo absoluto de evolucionar a DM2 entre 3 y 10 veces en 3 años^{3,4}.

Para detectar precozmente la DM2 se utiliza la medición de la glucosa en sangre, el uso de las características demográficas y clínicas con las pruebas previas de laboratorio y la recogida de datos, mediante cuestionarios, acerca de la presencia y el grado de diversos factores etiológicos asociados a la DM2 como es el Test de Frindisk (TF)⁴. Por otro lado, se considera el síndrome metabólico (SM), como un cuarto criterio equivalente a PD⁴.

OBJETIVOS:

- 1.-Determinar la prevalencia de usuarios de la URHB con alto riesgo de padecer diabetes tipo 2
- 2.-Comparar los datos obtenidos a través de la medición de glucosa en sangre, TF y SM

METODOLOGIA

En el programa de monitorización de la salud física (PMSF) de la URSM de Cartagena se ha aplicado a los usuarios incluidos en el mismo durante el periodo comprendido entre octubre 2012 y marzo 2013 el TF. Población a estudio 102 pacientes activos.

-TEST DE FRINDISK: Se compone de 8 preguntas con puntuaciones predeterminadas y estima la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos 10 años.

Las variables utilizadas para valorar el riesgo son: edad, Índice Masa Corporal (IMC), perímetro abdominal, practica regular de ejercicio físico, consumo diario de frutas y verduras, tratamiento farmacológico antihipertensivo, antecedentes personales de glucemia elevada y antecedentes familiares de diabetes.

A partir de 12 puntos se deben comenzar a modificar hábitos dietéticas y de ejercicio físico puesto que el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 es ya moderado. A partir de 14 puntos se considera ya un riesgo alto.

-SINDROME METABOLICO

Se han utilizado los criterios de la Asociación Americana del Corazón /Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre AHA-NHBLI (2005), donde las variables utilizadas para valorar la existencia de Síndrome Metabólico son: obesidad abdominal, triglicéridos, HDL- colesterol, Tensión Arterial y glucemia.

-DETERMINACION DE GLUCEMIA

Se han utilizado los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2012) para la detección de diabetes no diagnosticada a través de la determinación de glucemia en sangre en ayunas.

Se ha elaborado una base de datos en SPSS versión 15.0 para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

RESULTADOS

De una población de 102 pacientes incluidos en el PMSF, se ha descartado a 14 pacientes por tener ya diagnosticada DM tipo I o II y a 10 pacientes por no haberseles realizado el TF. Se han obtenido resultados del TF en 78 pacientes (76,47%)

1.-Según las puntuaciones obtenidas en el TF se ha clasificado a los pacientes por grupos de riesgo:

- < 7 puntos (riesgo bajo): 21,8 %
- 7-11 puntos (riesgo ligeramente elevado): 42,3 %
- 12-13 puntos (riesgo moderado): 11,5 %
- 14-20 puntos (riesgo alto): 24,4 %
- > 20 puntos (riesgo muy alto): 0 %

Las características del grupo de 28 pacientes (35,9 %) que presentan una puntuación igual o mayor de 12 son:

- 67,9 % son hombres, con una edad media de 45,54 años, 60,7% fumadores, 32,1 % hipertensos, 32,1 % con sobrepeso y el 64,3% con obesidad, 89,3% con perímetro abdominal de riesgo, el 48% con prediabetes y el 60,9 % presenta síndrome metabólico.

2.-Si se comparan los datos obtenidos en los diferentes métodos para detectar precozmente la DM tipo 2 se han encontrado los siguientes resultados:

- A través de la medición de glucosa en sangre se ha detectado que un 27,9 % (n=61) presentan cifras de glucemia dentro del rango de la prediabetes.
- Un 37,5 % (n=56) presentan los criterios diagnósticos de síndrome metabólico.

En 56 pacientes se han podido obtener los datos de los 3 métodos. De esos 56 pacientes, un 39,3 % no tiene ningún criterio de riesgo en ninguno de los tres métodos, un 28,6% cumple al menos un criterio en uno de los métodos, en un 16,1% coinciden dos métodos y en un 16,1% coinciden los tres métodos. Es el TF el método que más pacientes a detectado (23 pacientes), síndrome metabólico (21) y determinación de glucemia (15 pacientes).

Comparando entre sí los tres métodos:

- Un 43,5 % de los pacientes con riesgo a partir de 12 puntos en el TF presentan cifras de glucemia consideradas prediabetes frente al 15,2 % de los pacientes con riesgo menor de 12 ($p=0.031$). 10 pacientes presentan cumplen criterios de riesgo en ambos métodos.
- Un 60,9 % de los pacientes con riesgo a partir de 12 puntos en el TF presentan criterios de síndrome metabólico frente al 21,2 % de los pacientes con riesgo menor de 12 ($p=0.005$). 14 pacientes cumplen criterios de riesgo en ambos métodos.
- Un 42,9% de los pacientes que presentan criterios de síndrome metabólico presentan cifras de glucemia

consideradas prediabetes frente al 17,1 % de los pacientes sin criterios de síndrome metabólico ($p=0,060$). 9 pacientes cumplen criterios de riesgo en ambos métodos.

CONCLUSIONES

La identificación precoz de las personas con riesgo elevado de desarrollar diabetes, permite la puesta en marcha de medidas educativas preventivas que hacen posible modificar e incluso revertir ese estado de alto riesgo y retrasar la aparición de la enfermedad. Cada método de detección presenta una mayor o menor utilidad como cribado y/o prevención de la misma y en conjunto aumentan su eficacia. El Test de Frindisk permite detectar un número mayor de pacientes y es posible utilizar sus variables de riesgo modificables para observar cambios tras la aplicación de medidas preventivas (disminución peso, perímetro abdominal, realización de ejercicio y consumo de frutas y verduras). Presenta una mayor coincidencia con la presencia de síndrome metabólico, el cual es útil para valorar también los triglicéridos y el colesterol HDL pero es más difícil de utilizar para ver cambios. La determinación de glucemia es útil para poder diagnosticar la enfermedad pero por sí sola como medida preventiva puede no ser tan eficaz al ser tan variable y no ser útil para valorar cambios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.
- 2.-Marc de Hert et al. Enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves. 1. Prevalencia, repercusión de los medicamentos y discrepancias en la asistencia sanitaria. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
- 3.-Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. 2012
- 4.-Ryden, L. et al. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):525.e1-e64

3.4 ADMINISTRACIÓN DE OLANZAPINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL/INDIVIDUAL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA

Autores: Miriam Zapata Valera, Miriam Sanz Velasco.

1. Introducción

- Los nuevos retos a los que nos vemos expuestos, como enfermeros especialistas en salud mental, nos obligan a innovar el “como” y “donde” desempeñamos nuestros cuidados enfermeros.
- El desarrollo de nuevos fármacos antipsicóticos de larga duración de administración hospitalaria (ALDAH) nos ha obligado, desde el Servicio de Psiquiatría de Cartagena, a ofrecer un servicio hospitalario en el que se dispensen cuidados de enfermería para el seguimiento grupal/individual del Trastorno Mental Grave (TMG) y la administración segura de ALDAH,
- Consideramos que el tratamiento psicoterapéutico al TMG no debe estar separado de la administración del tratamiento farmacológico de esta patología. Por esta razón ante el requerimiento de la administración hospitalaria de ALDAH, desde nuestro servicio creamos un dispositivo que pudiese ofertar al paciente un tratamiento integrador.
- Con esta comunicación presentamos nuestra experiencia, en el pilotaje de 12 meses de duración, del Programa de administración de olanzapina grupal e individual (PAOg-i).

2. PAOg-i

2.1. DEFINICIÓN

- La olanzapina de liberación prolongada (OLP) es un antipsicótico atípico indicado en pacientes con trastorno mental grave suficientemente estabilizados durante el tratamiento agudo con olanzapina oral. Según ficha técnica del producto, el paciente debe permanecer bajo supervisión, tras la administración del fármaco, en centros sanitarios durante al menos 3 horas para detectar posibles signos y síntomas indicativos de sobredosis de olanzapina (Síndrome post inyección).
- El Servicio de Psiquiatría ha puesto en funcionamiento un dispositivo especializado para la administración hospitalaria de este fármaco asegurando el control, seguimiento y seguridad del paciente.
- El Programa de administración (PAOg) es un recurso asistencial de administración de OLP para pacientes ambulatorios dentro del

Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Cartagena, con un seguimiento y atención tanto individual como grupal.

- El Programa de administración (PAOi) es un servicio de atención a pacientes ambulatorios para la administración de OLP dentro del dispositivo de Urgencias Psiquiátricas, perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Cartagena.

2.2. POBLACIÓN DIANA

Paciente con prescripción de OLP perteneciente al Área II del SMS, derivado por su psiquiatra de referencia (desde CSM, RHB, ETAC u otros) y/o desde el psiquiatra de UHP tras prescripción en informe de alta.

2.3. OBJETIVOS:

- Administrar OLP según las recomendaciones de seguridad de la ficha técnica del fármaco.
- Establecer el flujo de pacientes y circuito PAOg//PAOi.
- Ofrecer una atención integral al paciente en tratamiento con OLP.

2.4. PROCEDIMIENTO

2.4.1. DERIVACIÓN.

- La petición se realizará a través del informe de derivación remitiendo este vía fax al administrativo de la UHP. Este confirmara la derivación con 2 citas, una de valoración inicial con el psiquiatra responsable del programa y con enfermería para valoración inicial.
- Tras la aceptación del paciente en el programa se remitirá a su psiquiatra la confirmación de la inclusión de este, también vía fax al CSM.
- Tras la primera consulta con los responsables del programa el paciente será derivado al POAG o POAi, según criterios de inclusión.

A. Criterios de inclusión:

A.1. Pacientes derivados por su psiquiatra de referencia e incluidos en el programa por el facultativo responsable de este.

A.2. Pacientes que tras la primera entrevista con enfermería y psiquiatría accedan a la inclusión de este programa y firmen los consentimientos para la administración del fármaco.

A.3. Inclusión en PAOg: pacientes psicopatológicamente estables según criterio del facultativo responsable del programa (sin ingresos en urgencias psiquiátricas o planta de hospitalización de agudos al menos durante las dos últimas dosis). Los pacientes que no cumplan este criterio se les administrará este medicamento en PAOi y se realizará el seguimiento y control desde los

profesionales de esta unidad, hasta que alcancen la estabilidad psicopatológica, valorada tras dos meses por los responsables del programa.

A.4. Inclusión en PAOi: pacientes psicopatológicamente inestables según criterio del facultativo responsable del programa (con ingresos en urgencias psiquiátricas o planta de hospitalización de agudos al menos durante las dos últimas dosis) y/o que consientan la administración del fármaco pero no en la inclusión en PAOg.

B. Criterios de exclusión:

B.1. Pacientes que no den su consentimiento para la administración del fármaco y/o no acudan a la administración del fármaco durante más de dos meses.

B.2. Pacientes que se desplacen a otra área de salud.

B.3. Pacientes que por prescripción médica se les retire la administración del fármaco.

2.4.2 PRIMERA CONSULTA MÉDICA

- Se realizará una valoración del paciente para determinar su estabilidad psicopatológica y derivación al PAOg o PAOi.
- Se entregará el consentimiento informado para la administración del fármaco.
- Se explicará y dará por escrito información sobre el fármaco a administrar.

2.4.3 PRIMERA CONSULTA ENFERMERÍA (se pedirá que venga acompañado de su cuidador principal):

- Se realizará en una primera valoración por la enfermera responsable del programa.
- Se explicará el funcionamiento del grupo tanto al paciente como al familiar.
- Se le dará la cita para la primera dosis de la administración del fármaco dentro del programa; en PAOi o PAOg. En este último caso se asignará al paciente uno de los grupos ya formados.

2.4.4 ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO: el fármaco se administrará según las instrucciones incluidas en ficha técnica del producto.

2.4.5. PAOg:

A. OBJETIVOS

A.1. Administración segura del fármaco.

A.2. Asegurar el seguimiento y adherencia al tratamiento del paciente.

A.3. Mejorar la percepción subjetiva del paciente y cuidador principal del estado de salud y sobrecarga, respectivamente.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN GRUPAL

B.1. Se realizará cada 28 días, coincidiendo con la administración de la dosis del fármaco.

B.2. Es un grupo guía abierto y heterogéneo, de un máximo de 8 pacientes.

B.3. La incorporación al programa viene descrita anteriormente.

B.4. La salida del grupo podrá darse por:

- Decisión voluntaria del paciente.
- Por incapacidad física del paciente para acudir (por enfermedad médica u otro). La incorporación será inmediata a la recuperación de la situación de salud previa.
- Por descompensación psicopatológica del paciente (con ingreso en U3-Urgencia Psiquiátrica y/o UHP). La reincorporación al grupo pasará por la valoración de la estabilidad psicopatológica del paciente por los responsables del programa.
- Por incomparecencia del paciente durante más de dos meses consecutivos o más de 4 meses discontinuos en un año, sin negativa del paciente a continuar en el programa.

B.5. El objetivo del grupo será centrarse en el problema en común y hacer que el paciente mejore el funcionamiento en su situación vital.

C. DESCRIPCIÓN DE CADA SESIÓN

C.1. Bienvenida y toma de constantes (TA, FC, Sat O2 y peso).

C.2. Administración de la medicación IM (según ficha técnica del producto).

C.3. 1º PARTE GRUPO:

- Presentación de nuevas incorporaciones si las hubiese.
- ¿Cómo te ha ido el último mes?
- Repaso de proyectos individuales para el mes.
- Lo mejor del mes.
- Lo peor del mes.
- Nuevas propuestas individuales para el proyecto del mes.
- Toma de constantes (registrando estas en “constantes vitales” del Selene).

C.4. 2º PARTE GRUPO:

- “Hablando del tema del mes”: cada mes se tratará un tema elegido por el grupo del listado de “Temas del mes” o de las propuestas por parte del grupo. Siendo una dinámica abierta a todos los integrantes

del grupo, potenciando desde los profesionales que los distintos participantes hagan una búsqueda activa de información o elaboren experiencias propias, para aportarlas al grupo alrededor del tema.

- Por parte del profesional se orientará y dará una base teórica y conocimiento del tema elegido.
- Por último se elegirá el tema para el mes siguiente.
- Toma de constantes (registrando estas en “constantes vitales” del Selene).

C.5. Valoración por parte del psiquiatra.

C.6. Intervención de enfermería individual sobre las necesidades detectadas sobre los pacientes integrantes del grupo.

C.7. Citación de los pacientes para el mes siguiente.

D. PAOi:

D.1. OBJETIVOS

- Administración segura del fármaco.
- Asegurar el seguimiento y adherencia al tratamiento del paciente.

D.2. PROCEDIMIENTO

- El paciente acudirá al Servicio de Urgencias del H^a Santa M^a del Rosell, dando los datos en admisión para ser atendido en Urgencias Psiquiátricas.
- Al ingreso en la unidad se acogerá al paciente y se realizará una valoración psiquiátrica y enfermera.
- Se facilitará al paciente el pijama hospitalario y se recogerán pertenecías hasta el alta.
- Se pedirá la medicación prescrita por vale amarillo al servicio de farmacia.
- Se administrará la medicación según procedimiento.
- Se tomarán constantes (TA, FC, Sat O2) y nivel de conciencia cada hora.
- Se registrará el Formulario PAOi y los registros en Selene de valoración inicial, constantes y administración depot en medidas conductuales.
- Al alta se apuntará en cartilla de OLP la cita de la próxima administración.

3. Experiencia tras 12 meses de pilotaje del PAOg-i:

3.1. Población atendida en PAOg-i:

- El número de pacientes atendidos hasta este momento en el programa es de 11, todos ellos derivados tras alta hospitalaria con prescripción de OLP en informe de alta. Que hasta el momento no haya habido ninguna derivación desde dispositivo extra hospitalario se debe al hecho que durante estos 12 meses de pilotaje se decidió por los responsables del programa no abrir la vía de derivación extra hospitalaria, hasta no asegurar la viabilidad del proyecto.
- El número de abandonos del programa ha sido del 18%, que representa en nuestra población 2 pacientes (uno incluido en PAOi y otro en PAOg). Los motivos del abandono fueron por cambio de área de salud y por cambio de prescripción farmacológica
- De los 11 pacientes atendidos 6 son mujeres y 5 hombres, el 36% tienen < de 30 años, el 46% tienen entre 30-50 años y el 18 % tienen > de 50 años. Un 81% no tenía patología orgánica diagnosticada al inicio del programa, del 19% restante, había un paciente diagnosticado de HTA y otro de DM tipo II. Estos dos pacientes no mantenían control de sus patologías crónicas orgánicas en la inclusión del programa, con cifras altas de TA y glucemias. Una paciente durante su permanencia en el programa ha sido diagnosticada de HTA por su MAP. En la actualidad las tres pacientes con patología orgánica crónica hacen seguimiento de esta y mantienen cifras dentro de la normalidad.
- Al inicio del programa 7 de los 11 pacientes tenían un IMC<25, 1 estaba en un IMC entre 25-30 y 3 tenían un IMC>30.El aumento de peso a lo largo de los meses de programa ha sido de 4,7 kg, de media, habiendo pasado 3 de los pacientes de un IMC<25 a >25.
- Los cuidadores principales fueron en un 55% madres, en un 28% hijos y en un 18% hermanos.
- Todos los pacientes de nuestra población presentaban al menos un ingreso en los 12 meses previos (todos habían sido derivados desde informe de alta hospitalaria). El 63% de los pacientes no han vuelto a cursar ingreso hospitalario ni en UHP, ni en urgencias psiquiátricas. Del 37% que si ingresaron dos de ellos han sido abandonos del programa, otro tras el ingreso paso del PAOi al PAOg y el cuatro mantiene una evolución tórpida de su TMG.
- La distribución por diagnósticos es la siguiente: 56% Esquizofrenia, 18% Trastorno delirante crónico, 9% T.Bipolar, 9%, T.Esquizoafectivo y 9% Psicosis injerta.
- El 81% de los pacientes fueron incluidos desde un inicio en el PAOg, del 19% restante, un paciente fue tratado en PAOi hasta su abandono y otro incluido inicialmente en el PAOi consintió a su inclusión en PAOg.
- Al inicio del programa, según los datos recogidos por los test de Moriski-Green y de salud de Golberg, nuestra población en un 62,5%no tenía un

cumplimiento correcto de la medicación, el 87,5% se consideran casos para síntomas crónicos en Golberg y un 37,5% para síntomas agudos.

4. Previsión futura del programa:

4.1. Incorporación del PAOg-i dentro de la cartera de servicios ofertada por el Hospital de Cartagena, de la red de salud mental del Área II:

- Presentación del programa a la comisión hospitalario para la incorporación a la cartera de servicios.
- Presentación del programa en el CSM Cartagena para abrir la derivación a este servicio de pacientes atendidos en el Área II.

4.2. Evaluación del programa (al llegar a un tamaño muestral mínimo de 20 individuos).

5. Bibliografía.

1. Vinogradova S y Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona. Paidós 1996; Ficha técnica o resumen de las características del producto. Zypadhera. Disponible http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000890/WC500054429.pdf; Kadis AL y Krasner JD. Manual de Psicoterapia de grupo. México. Fondo de cultura económica 1974

3.5 LA COLABORACIÓN MULTIPROFESIONAL (PSICOLOGIA-ENFERMERÍA) EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE AGUDOS.

AUTORES: Estrella Olmos Villaplana, Miriam Sanz Velasco, Yolanda Blaya Sánchez.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Santa María del Rosell (HSMR), perteneciente al Complejo Universitario de Cartagena, es un dispositivo sanitario público que abarca a la población de las Áreas de Salud II y VIII del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Cuenta con un total de 36 camas de las cuales 10, pertenecen a la Unidad de Observación y Resolución de Crisis (urgencias psiquiátricas), 8 en planta abierta y 18 en planta cerrada para el tratamiento y cuidados intensivos de pacientes agudos ingresados en régimen de atención continuada 24h y de corta estancia, atendida por un equipo multidisciplinar.

A pesar de los avances en salud mental comunitaria, hay pocas referencias al tratamiento integral de los pacientes dentro de las unidades de hospitalización breves como estructura integrada en la red, no existiendo una cartera de servicios en la mayoría de ellos. Actualmente, se están produciendo cambios en las organizaciones sanitarias que suponen un reto y una oportunidad para introducir modificaciones en su actividad y funcionamiento.

En este sentido, la colaboración multiprofesional se revela una herramienta eficaz para mejorar la atención a pacientes hospitalizados intentando dar respuesta a las necesidades detectadas, optimizando los recursos disponibles.

Esta experiencia nace de la acción de los profesionales con el objetivo de coadyuvar al tratamiento de los pacientes, hasta ahora casi exclusivamente farmacológico, en un intento por crear un espacio y posibilitar un tiempo para la expresión y el conocimiento interpersonal, teniendo en cuenta las características de grupos de pacientes hospitalizados descritas por Vinogradova y Yalom (1996), entre otras: cambio rápido en la composición del grupo (al ser una estancia breve la mayoría de los pacientes solo participan en unas pocas sesiones), gravedad de la psicopatología presente, personal rotatorio etc.

El grupo se configura como un lugar de acogida de nuevos pacientes y de despedida de aquellos que reciben el Alta. Un espacio para la relación y la comunicación que ayuda a reducir la sensación de aislamiento. Una

oportunidad para el paciente de participar en su propio proceso; también de ser útil escuchando, tolerando, apoyando o conteniendo a otros. Para los profesionales, un lugar privilegiado para la observación y la escucha. Para los profesionales en formación, un lugar para el aprendizaje.

OBJETIVOS

General 1: Presentar la estructura de un programa de intervención grupal para pacientes hospitalizados en unidad de agudos de hospital general realizado por Enfermería y Psicología.

General 2: Analizar los primeros seis meses de experiencia.

Específicos:

1. Identificar las características de la población con la que estamos trabajando.
2. Identificar los puntos fuertes y débiles y las oportunidades de mejora

DESARROLLO

El Programa se diseñó constituido por cinco sesiones semanales (una por día de lunes a viernes) que se desarrollan de forma independiente. Las sesiones del lunes, jueves y viernes se asumen por personal enfermero. Las de martes y miércoles por su carácter de intervención psicoterapéutico se lleva a cabo de forma conjunta por enfermera y psicóloga clínica con estructura de sesión única, dividida en tres tiempos claramente diferenciados: a) acogida de participantes, presentación, información sobre el propósito del grupo y normas a guardar b) Presentación del tema o tarea y desarrollo del mismo y c) resumen final, devolución al grupo de lo tratado y cierre.

El criterio de inclusión es la voluntariedad del paciente. Se considera criterio de exclusión una grave perturbación cognitiva y/o conductual que interfiera marcadamente con la actividad grupal. El grupo por tanto, es abierto y voluntario.

La invitación a participar se realiza por personal de enfermería ya que, por su contacto diario y continuo con los pacientes, conocen el estado de los mismos y las variaciones que pueden presentar de un día a otro en ellos. Consultar el evolutivo realizado por enfermería durante la tarde-noche es de gran utilidad para el personal facultativo para conocer el estado general de la planta.

El grupo se lleva a cabo por terapeuta y coterapeuta, con un estilo activo y directivo.

Participan otros profesionales enfermeros y residentes de enfermería y psicología. Este último, como observador participante, realiza un registro del desarrollo de la sesión.

Los temas que se plantean incluyen los distintos aspectos de la enfermedad, pero también se abordan otras cuestiones como la vivencia del ingreso hospitalario, los problemas de adaptación social, relaciones familiares etc.

La tarea se introduce habitualmente con un soporte material (dinámicas grupales adaptadas, visionado de algún corto etc.), que ayude a dotar de estructura la sesión. El trabajo que surge, se continúa al día siguiente con menor o ningún soporte material y mayor énfasis en lo cognitivo, lingüístico y emocional. En muchas ocasiones, se aprovecha alguna incidencia ocurrida en la planta o entre los pacientes, para plantear el grupo de una manera más abierta. Otras veces, se les anima a que tomen la iniciativa y planteen aquello de lo que les interesaría hablar.

Evaluación. Se llevó a cabo sobre datos recogidos en una hoja de cálculo en los primeros seis meses de la experiencia. Se realizó un análisis descriptivo para conocer algunas de las características de la población participante: edad media, distribución por sexos, diagnósticos, tiempo de estancia etc. Se recogieron otros datos referentes a nº y tipo de grupos, número de participantes, y duración media de los mismos. Se obtuvieron indicadores referidos al nº de profesionales en formación que han participado. Se realizó un análisis mediante matriz DAFO de los puntos fuerte y débiles así como de las amenazas y oportunidades.

CONCLUSIONES

El grupo en Unidad de Agudos, apuesta por la incorporación de otros abordajes en el tratamiento de los pacientes que complementen a los biológicos. Concluimos la utilidad para el profesional y el paciente, evidenciándose la necesidad de objetivarla con instrumentos de evaluación sistematizados. Ofrece una oportunidad de aprendizaje para los profesionales y los futuros que en él se formen. El análisis DAFO identifica los factores estratégicos sobre los que sustentar los cambios organizacionales que favorezcan su continuidad.

BIBLIOGRAFÍA:

Vinogradova S y Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona. Paidós 1996.

Galletero JM y otros. La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. Avances en salud mental relacional, 2002, 1, 2. Disponible en <http://www.bibliopsiquies.com/asmr/0102/0102lpd.htm>;

Gonzalez de Chaves M, García Cabeza I ,Fraile Fraile JC. Dos grupos de psicoterapia de pacientes esquizofrenicos: hospitalizados y ambulatorios. Rev Asoc.Esp.Neuropsiq,1999,vol XIX,nº 72;

Martín B y Martínez JM. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. Rev Asoc.Esp.Neuropsiq, 2009,vol.XXIX,nª 103;.

3.6 LA VISITA DOMICILIARIA EN EL CUIDADO A PERSONAS QUE PADECEN TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

Autores: Manuel Artes Segura. María Delia Segura Martínez. Ana Isabel Alfonso Sánchez.

INTRODUCCIÓN:

El concepto Trastorno Mental Grave (TMG) designa a un conjunto de personas que padecen entidades clínicas diferentes, pero que a demás, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad.

En el proceso asistencia de la Junta de Andalucía se define (TMG) a toda persona que:

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

Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas:

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, F31 Trastorno bipolar, F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos y algunos Trastornos de personalidad.

Los pacientes con criterios de las categorías diagnósticas F23, F30 y F32, a pesar de ser trastornos episódicos serán incluidos en el proceso hasta que se confirmen de forma definitiva dichas categorías.

Las actividades llevadas a cabo por enfermería resultan claves en este proceso, pudiendo significar un cambio en la evolución de su enfermedad mental.

- En base a ello, resulta fundamental tener en cuenta las necesidades del paciente y el trabajo en red, para lo que se mantiene una coordinación con

Atención Primaria, Unidad de Hospitalización del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Hospital de Día, Servicios Sociales Comunitarios, Unidad de Estancias Diurnas de la Fundación Andaluza para la Integración del Enfermo Mental (FAISEM).

- Para completar la visión de una persona con Trastorno Mental Grave, resulta fundamental conocer el entorno de la misma, su vivienda, familia, medio social...
- En este sentido cobra aun más valor las visitas domiciliarias, que se adaptaran a cada usuario y familia de acuerdo con las necesidades emergentes del momento. Pueden ser urgentes o programadas, llevándose a cabo por enfermería (diplomada en enfermería y auxiliar de enfermería) y trabajadora social.

Definiremos como visita domiciliaria Urgente aquella que es pautada por el facultativo. La mayoría de los casos es la familia o cuidador la que demanda nuestra intervención. Se realiza cuando el paciente se niega a acudir al centro de salud mental, ha abandonado el tratamiento o existe alguna otra circunstancia que indique un empeoramiento agudo.

En esta visita valoramos in situ las necesidades del paciente y el grado de la urgencia, consultando vía telefónica con el facultativo, para la realizar las indicaciones oportunas: como puede ser administración/modificación de medicación, escucha activa, contención emocional e incluso llegando al traslado involuntario al hospital si fuera necesario.

Definiremos como visita domiciliaria Programada: cuando está establecida en el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).

Enfermería realiza Valoración Estructurada de Enfermería. Nos basamos en los Patrones Funcionales de V. Henderson y realizamos los Planes de Cuidados Individualizados de acuerdo con la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

OBJETIVOS de las visitas domiciliarias:

1. Establecer una alianza terapéutica.
2. Realizar una evaluación integral de la persona en el ámbito comunitario.
3. Mejorar la adherencia al tratamiento.

4. Mejorar la conciencia de enfermedad.

5. Asesorar, formar y apoyar al paciente, la familia y a los cuidadores.

DESARROLLO

Marco de actuación:

- Características: el Área Sanitaria Norte de Almería comprende una población de 143.000 habitantes aproximadamente.
- El número de pacientes en el programa TMG es de 294 (hasta diciembre de 2012). Cada paciente incluido en este programa tiene un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), elaborado por el equipo multidisciplinar. En el PIT se plantea un proyecto terapéutico definido y los objetivos a llevar a cabo en el año. Estos objetivos se marcan según las necesidades de cada paciente, orientados a favorecer las posibilidades evolutivas del usuario, mejorar la adherencia a tratamiento, establecer alianza terapéutica, aumentar la capacidad funcional y crear conciencia de enfermedad. Así como la rehabilitación e integración en la sociedad

Análisis de las visitas:

- Valoramos cómo se desenvuelve el paciente en su entorno, la relación con su familia, su autonomía en Actividades de la Vida Diaria (AVD): si precisa supervisión para su aseo personal, para realización de tareas domésticas o de gestiones, para administración de su dinero... Cómo utilizan su tiempo libre, interesándonos por sus hábitos de vida, damos consejos psicoeducativos.
- Enseñamos al paciente y a su familia o cuidador a reconocer los primeros signos y síntomas de una posible recaída, para que se pueda afrontar el problema desde el inicio.
- Comprobamos la medicación pautada, si se la está tomando bien, revisamos el botiquín (retirando medicación caducada y la de tratamientos anteriores). Instruimos al paciente y a su familia o cuidador en como tomar la medicación y a identificar los posibles efectos secundarios.
- Involucramos a la familia o cuidador como parte importante en el proceso terapéutico, para que actúen como intercomunicador entre el paciente y el centro. Para ello se le entrega una tarjeta, con el teléfono de la unidad, el nombre y el número de teléfono móvil de su enfermera referente, para que

puedan contactar con nosotros ante cualquier incidencia, sin que tengan que esperar a la cita programada.

- Apoyamos, asesoramos a la familia o cuidador para convivir con la enfermedad de forma digna, poniendo en práctica escucha activa y contención emocional.
- Comprobamos se he han conseguido los objetivos propuestos en visitas anteriores.

Potenciamos su autoestima, reconociendo sus aéreas positivas, reforzamos los logros conseguidos.

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS COMUNES SON:

NANDA 00097	Déficit de actividades recreativas.
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00079	Incumplimiento del tratamiento.
00095	Deterioro del patrón del sueño.
00108/109	Déficit de autocuidados.
00052	Deterioro de la integridad social.
00074	Afrontamiento familiar comprometido.
00120	Baja autoestima situacional.
00126	Conocimientos deficientes.

RESULTADOS:

El número de sesiones clínicas con Atención Primaria son cuatro anuales, en cada centro de salud y siempre que nos demanden por necesidad del paciente. La respuesta de la demanda puede ser presencial o telefónica.

Número de reuniones con Servicios Sociales Comunitarios. Mínimo una con cada zona. Catorce anuales.

Número de visitas: una media de 2.5 visitas anuales por paciente.

Número de familias atendidas 259.

El Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), se le realizó al 100% de los pacientes.

La coordinación con Unidad de Hospitalización del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, se realiza durante el ingreso del paciente.

Coordinación con Hospital de Día, mensual.

Nos coordinamos con el cuidador siempre que nos demande o creamos necesario.

Coordinación con Unidad de Estancias Diurnas de Faisem. Semanal y siempre que surja una demanda por parte del monitor.

CONCLUSIONES:

De nuestra experiencia podemos decir, que una parte muy importante en la atención y el cuidado de las personas que padecen TMG, es el seguimiento en sus domicilios, observando una mayor adherencia a los tratamientos, creando más conciencia de enfermedad, aumentando la alianza terapéutica, mejorando el proceso de enfermedad y la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares.

Paciencia y tolerancia. “La fuerza vence, la dulzura convence”.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIE 10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Ed Meditor, 2006.
2. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson 2001.
3. Proceso Asistencial de Trastorno mental Grave. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p>

_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/trastorno_mental_grave/03_destin
atraios_objetivos.pdf

4. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004.
Elsevier. Madrid 2003

3. 7 “TRABAJAR EN LA CALLE: UNA MANERA DIFERENTE DE CUIDAR A LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL”.

Autores: Roberto Brizuela Domínguez. Ana María Arrabal Polo.

RESUMEN:

El espacio terapéutico con personas sin hogar que padecen enfermedad mental está condicionado tanto por las particularidades que presentan este tipo de pacientes como por el entorno físico y social en que tiene que producirse dicho encuentro.

Las características principales de este tipo de pacientes consisten en que son una población que no demanda atención (sanitaria) , que tienen unas rutinas y hábitos determinados por la vida en calle y que presentan normalmente una larga historia personal de experiencias traumáticas relacionadas con contactos con los servicios de salud mental. Estas experiencias son de intenso sufrimiento y les hacen colocarse en una situación de aislamiento, desconfianza y rechazo a cualquier intervención que puedan serles ofrecidas.

Habitualmente se encuentran en la vía pública y quedan excluidos del acceso normalizado a las diferentes redes que se dan en la comunidad.

Bajo este marco de referencia los cuidados de enfermería se desplazarán a los lugares donde estos pacientes se encuentren, iniciándose in situ el principio de la relación terapéutica (enganche).

Para establecer este vínculo de confianza que permita trabajar con los pacientes debemos respetar el modo de vida de éstos (rutinas, tiempos, prioridades). Nuestro fin es poder proporcionar los cuidados necesarios con la relación interpersonal y afectiva como herramienta clave. Según se desarrolle esta relación aumentará el vínculo interpersonal y con ello la facilidad de trabajar y poder ofrecer una mayor calidad de vida.

Los modelos aplicados en el trabajo con estos pacientes se basan en el tratamiento asertivo comunitario, con una filosofía de rehabilitación y de trabajo en red, orientando las prácticas hacia su restablecimiento.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad mental, persona sin hogar, relación terapéutica, cuidados de enfermería, tratamiento asertivo comunitario, rehabilitación, restablecimiento.

METODOLOGÍA DE TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL.

Trabajar con personas sin hogar con patología mental es trabajar con pacientes “difíciles de abordar” porque no buscan activamente ayuda sanitaria, ni se

adaptan en muchos casos a las soluciones que se les ofertan desde los servicios de salud normalizados.

Tienen unas rutinas y hábitos determinados por la vida en calle que hace que seamos más flexibles a la hora de proveer nuestros servicios, incluida la localización y sus horarios. Normalmente presentan una larga historia personal de experiencias traumáticas relacionadas con contactos previos con los servicios de salud mental. Estas experiencias son de intenso sufrimiento y les hacen colocarse en una situación de aislamiento, desconfianza y rechazo a cualquier intervención que pueda serles ofrecida. Sus prioridades son otras (alojamiento documentación, seguridad...) y hasta que no se hayan satisfecho éstas, la salud mental no es una cuestión a valorar por ellos.

Es un trabajo de continuidad y seguimiento, no es un modelo de intervención que se basa sólo en crisis o en el abordaje de situaciones agudas. Se trabaja con una perspectiva longitudinal que asegure la continuidad del cuidado hasta que su situación vital se estabilice.

Susser, Golfinger y White (1990) señalan entre los principios generales para el trabajo clínico con personas sin hogar. (3)

1. Conocer directa y personalmente el contexto etnográfico y las instituciones sociales de la atención al sin hogar, antes de diseñar o emprender el programa
2. Examinar las actitudes, sentimientos y asunciones de en relación a los cuidados psiquiátricos y a la salud mental.
3. Considerar los sentimientos y actitudes de los profesionales sociales de los albergues e instituciones implicadas
4. Crear medios y lugares para establecer y fortalecer las alianzas terapéuticas imaginativos y adaptados a las necesidades de los sin hogar
5. En muchos casos posponer intervenciones que desde un punto de vista convencional serían consideradas prioritarias, ya que intentos prematuros de abordar la psicopatología pueden ser vividos como agresivos y reforzar experiencias negativas previas.
6. En caso de pacientes seriamente afectados se debe de considerar la posibilidad de hospitalización y un tratamiento involuntario, involucrándose ya desde el momento inicial las decisiones de seguimiento o continuidad de cuidados y definiéndose un miembro del equipo encargado en el seguimiento (“case manager”), planteando un tratamiento integral
7. Mantener una política de alojamientos dignos. Esto supone la presencia de alojamientos de emergencia o albergues, alojamientos de transición (segundo nivel), alojamientos de medio y largo plazo en la comunidad (tercer nivel). Asociado a esto vendría la necesidad de un trabajo de aprendizaje sobre la “vida en casa y la comunidad”, soporte profesional,

además, de prevención e intervención en crisis que puedan interferir en el alojamiento.

MODELOS ADOPTADOS

Los principales modelos adoptados en el trabajo en calle son el “Outreach” o modelo de búsqueda activa, el Tratamiento Asertivo Comunitario, el “Case Managment” o programa de continuidad de cuidados y el modelo de Recuperación.

En la práctica diaria se combinan elementos de cada uno de estos modelos, entendidos desde una filosofía de rehabilitación y de trabajo en red. (4)

1. OUTREACH o MODELO DE BÚSQUEDA ACTIVA

Es el modelo más característico del trabajo en calle con personas sin hogar.

Consiste en una serie de técnicas que facilitan el acercamiento y establecimiento de relaciones terapéuticas más estables, favoreciendo la accesibilidad.

Se trata de conseguir establecer una relación con el paciente, que permita un abordaje terapéutico. Como señala Levy, este es un modelo basado en las teorías ecológicas y del desarrollo. (5)

Esta intervención se puede dividir en fases, y como el desarrollo no es lineal, se puede avanzar y retroceder en la consecución de esta alianza terapéutica.

Las fases del modelo de outreach serían:

- Preenganche. Incluye la valoración, conseguir una comunicación y mantener la seguridad.
- Enganche. El objetivo es vencer la desconfianza del paciente en nosotros para permitir el desarrollo de una relación terapéutica.
- Contrato. En esta fase se trata de pactar los objetivos a conseguir con el paciente y su consecución.
- Implementación del contrato. Mantenimiento y consolidación de los objetivos.

2. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los programas de seguimiento o continuidad de cuidados son una amplia gama de programas de intervención a largo plazo que tienen como foco de atención los enfermos mentales crónicos. (6)

Con ellos intentan tanto asegurar la valoración de necesidades, como la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad.

En este modelo de trabajo la responsabilidad del tratamiento, rehabilitación y apoyo social del paciente en la comunidad recae en un equipo multidisciplinar, no es exclusiva por tanto de la figura del gestor.

Se trabaja en el medio comunitario tanto el seguimiento como la intervención en crisis, limitando la hospitalización. Este apoyo es individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente y se crea en función de nuestros recursos y las habilidades del paciente.

La atención asegura la provisión de todos los servicios y es ilimitado en el tiempo (24 horas los 7 días de la semana). La ratio pacientes-profesional es baja.

3. PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

El programa de continuidad de cuidados se basa en englobar estrategias para minimizar la fragmentación de servicios y aseguran la valoración de necesidades, la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad por medio de una figura clave (gestor de casos).

Desde la calle el equipo intentará cubrir las necesidades básicas del paciente y mejorar su calidad de vida, siendo flexibles en la atención y sin olvidar que ellos no buscan la asistencia sanitaria,

Vamos a apoyar la integración en la comunidad, estabilizando sus síntomas si es preciso y previniendo las recaídas.

Se deposita en el paciente un papel activo y productivo, posibilitando que él mismo maneje sus síntomas.

4. MODELO DE RECUPERACIÓN

La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar.

La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.

Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.

Las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.

Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.

La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o discapacidad.

El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.

El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia.

La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es fundamental para muchas personas en su proceso de recuperación.

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza el recorrido de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad.

Se incluyen los conceptos: esperanza, capacitación y empoderamiento. La esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida.

Los componentes del proceso de recuperación según Andresen, Oads y Caputi (7) son cuatro, que son:

- Encontrar esperanza y mantenerla, creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.

- Restablecimiento de una identidad positiva, el encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.
- Construir una vida con sentido y entender la enfermedad. Supone el encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir, y
- Asumir responsabilidad y control, sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO CON PERSONAS SIN HOGAR CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE Y CRÓNICA. (8)

A continuación pasamos a describir las fases de interacción por las que vamos a progresar en la atención de los pacientes.

Para ello hemos tomado por referencia las cuatro fases que describe Hidegard E. Peplau en la relación enfermera-paciente, que son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. (9)

Así mismo, nos fijamos en las teorías de la motivación de Maslow para describir que el paciente dará importancia a determinadas necesidades una vez tenga satisfechas las más básicas.

Además trabajamos con técnicas motivacionales, las cuales enfatizan el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores e intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. (10)

Este modelo motivacional se va ir aplicando progresivamente a lo largo del proceso de relación enfermera-paciente.

1. Fase de ORIENTACIÓN:

Es la primera fase de la relación. Para nosotros, supone la etapa más costosa y delicada del proceso de relación.

Previo al primer encuentro con el paciente, realizamos una valoración inicial del paciente, el estado en el que se encuentra, localización, horarios, hábitos y rutinas que presenta.

Debemos tener en cuenta que el paciente no ha demandado asistencia profesional y no suele estar muy habituado a mantener contacto muy prolongado con ninguna otra persona.

En esta etapa debemos iniciar la relación de ayuda de una forma no amenazante, dando al paciente tanto control como sea posible. Nuestras

visitas han de ajustarse a los tiempos e intensidad que el paciente tolere, no llegando nunca a agotarlo. Buscamos en un primer momento que el paciente nos reconozca, que le resultemos familiares y que acceda voluntariamente para que podamos volver a visitarle en otra ocasión.

En esta primera etapa vamos valorando las condiciones en las que está viviendo, su estado general, su estado físico y mental y vamos ofreciendo nuestra ayuda para que pueda percibirnos como agentes terapéuticos.

El paciente suele hacer demandas básicas, como comida, ropa de abrigo, calzado, mantas, documentación, etc.

Es importante tener en cuenta que debemos adoptar una actitud cercana, pero evitando la postura de querer organizar los problemas del paciente. El paciente es el que tiene que dirigir su proceso y nosotros adaptar nuestra posición a los tiempos que él vaya determinando.

2. Fase de IDENTIFICACIÓN:

En esta etapa la enfermera va cubriendo las necesidades que han sido percibidas y va explorando e incorporando otras necesidades que hasta este momento no hayan sido comentadas en el seno de la relación. Siempre iremos estimulando y motivando al paciente para que sienta que él está dirigiendo su propio proceso.

Estas nuevas demandas han de introducirse de forma muy gradual y atractiva para el paciente, siempre necesidades que aseguremos puedan llegar a realizarse, para evitar experiencias de frustración y desesperanza.

Nos fijamos en todo momento en las “capacidades latentes” del paciente, capacidades desde las cuales el paciente es capaz de continuar para la consecución de las nuevas necesidades que la enfermera le ha transmitido.

En este momento el paciente llega a confiar en las personas que le atienden, a medida que éstos van cumpliendo con las expectativas que tenía depositadas en nosotros en un principio. Somos en este momento las figuras que el paciente pueda tener como referenciales en su proceso de mejoría.

En esta etapa puede que el paciente haya aceptado ya un tratamiento y estén disminuyendo sus síntomas, retomando gradualmente el contacto con la realidad.

Estaremos atentos ante la posible aparición de sentimientos depresivos y le transmitiremos seguridad en esta nueva etapa.

3. Fase de APROVECHAMIENTO:

En esta etapa el paciente va cubriendo sus necesidades de una forma más autónoma y va permitiendo que se le introduzcan otras nuevas necesidades.

Es importante asesorar al paciente para la realización de otras tareas, valorando mucho el esfuerzo personal que está depositando en su recuperación.

Vamos también explorando los deseos del paciente en relación con sus planes de futuro, lugar en el que les gustaría vivir, tareas que les gustaría realizar, ocupación, relación con la familia de origen o amistades.

Es posible que observemos fenómenos de estancamiento o incluso regresiones en el proceso, más frecuentes en estas etapas. En este caso nuestra función será la de acompañarle de nuevo en estos momentos e infundirle respeto y seguridad para permitirle que elabore su experiencia y retome cuando crea conveniente su proceso de restablecimiento.

Por lo general en esta etapa el paciente da importancia al tratamiento que recibe, se preocupa de mantener su bienestar, se alimenta adecuadamente y acude a actividades ocupacionales. Es la etapa en la que quiere retomar el contacto familiar cuando éste existiera, y planifican más a largo plazo acerca de su vida.

4. Fase de RESOLUCIÓN:

Constituye la etapa en la cual el paciente se va liberando gradualmente de su identificación con el profesional de Enfermería.

El proceso interpersonal realmente acaba cuando se consigue una transferencia de esta identificación a otra figura referencial más estable o bien cuando el propio paciente recobra el control sobre su personalidad.

En esta fase el paciente elabora de forma adecuada su experiencia y el equipo le ayuda para que ésta le dirija a lo largo de su proceso de recuperación.

En esta etapa realizamos la derivación a los servicios de Salud Mental Comunitarios, asegurándonos que se consigue esta transferencia para que el paciente deposite en el nuevo profesional las diversas cuestiones que le van a facilitar continuar con su proceso de restablecimiento.

CONCLUSION

A modo de conclusión nos gustaría marcar algunas reflexiones que se plantean en el trabajo diario con este tipo de pacientes.

El trabajo de enfermería en calle es necesariamente un proceso experiencial y de reflexión constante. La autenticidad y honestidad profesional son claves

para que el paciente pueda depositar su confianza en nosotros y así retomar su proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida.

El proceso de relación es intenso y bastante costoso, pudiendo producirse fenómenos de desesperanza. Para ello se hace imprescindible el trabajo en equipo, en el cual cada profesional pueda depositar en el grupo aquellos aspectos más frustrantes y dolorosos que pueden aparecer en el desempeño de las funciones diarias con este tipo de pacientes.

Pero por otro lado, supone un proceso que resulta muy gratificante tanto a nivel personal como profesional.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Cabrera P. "La acción social con personas sin hogar en España". Cáritas española. Madrid, 2000.
- (2) Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. Los límites de la exclusión; Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Ed. Témpora. Madrid, 2003.
- (3) Susser E., Goldfinger S.M., White A. "Some clinical approaches to the homeless mentally ill". Community Mental Health Journal. 1990; Vol 26 (5): 363-480.
- (4) Vazquez Souza M. et al. Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar. Boletín de la asociación madrileña de salud mental. Otoño 2006: 12-20.
- (5) Levy J. "Homeless outreach: A developmental model." Psychiatric Rehabilitation Journal. 1998; Vol 22 (2): 123-132.
- (6) Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. "The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Managers" Psychiatric Rehabilitation Journal. 1999; Vol 23 (1): 47-56.
- (7) Andresen, R., Oades, L., & Caputi .The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003; 37: 586–594.
- (8) Ibáñez Heredia M., Brizuela Domínguez R. Los cuidados de enfermería de salud mental como elementos clave en el desarrollo del ambiente terapéutico; en el trabajo con personas sin hogar con patología mental grave y crónica. Intersalud, Febrero 2010
- (9) Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Ed Rol s.a. Barcelona, 1989.
- (10) Lizarraga S., Ayarra M., Entrevista motivacional. ANALES Sis San Navarra 2001. vol 24 (2): 43-53.

4. TALLERES DE TRABAJO.

4.1 ACTIVIDADES EN LA SALA DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE CORTA ESTANCIA.

AUTORES: María del Carmen Jurado Barroso, María del Mar Baños Martín, Juana Vera Piernas, Beatriz Ros Romera.

INTRODUCCIÓN:

El ingreso de una persona en la unidad de corta estancia de psiquiatría (con una estancia media entre 12 – 13 días), representa una situación excepcional en su vida, así como la distinta patología que puede presentar al ingresar el paciente. El ingreso se realiza en régimen de unidad cerrada con dispositivo y normas generales de prevención de cualquier acto de auto o heteroagresividad.

La unidad de la cual vamos hablar consta de 14 camas. Goza de un gran salón comedor y de un solarium para que los pacientes no tengan la sensación de permanecer encerrados entre cuatro paredes. En esta zona se suelen practicar diversas actividades que detallaremos más adelante. En estas zonas también se fuma ya que están habilitadas para ello y los pacientes se relacionan entre sí y con la familia.

Cuando el paciente llega a la unidad se efectuará una valoración inicial del paciente a través de la observación, teniendo en cuenta los datos que hayamos recogido de la entrevista con la familia y de la información que nos facilite el psiquiatra.

La valoración inicial es el primer contacto que se tiene con el paciente y su familia donde intentaremos crear un primer contacto profesional y de confianza.

El medio ambiente terapéutico es definido como una serie de actividades organizadas con un fin terapéutico en un espacio institucional. La actitud de la enfermer@ para favorecer el desarrollo de conductas adaptativas. Se concibe el ambiente terapéutico humanitario como un derecho de los enfermos de salud mental (Morrison 1999).

En la relación del personal de enfermería con el paciente con patología mental, enfermería debe:

- ❖ Utilizar dotes personales y conocimientos técnicos para mejorar el estigma del enfermo, incrementar su capacidad para satisfacer sus necesidades y conseguir objetivos que sean realistas.
- ❖ Cuidados específicos para los familiares
- ❖ Capacidad de percibir de forma selectiva las señales de información verbal y no verbal en la interacción social.

- ❖ Capacidad de proporcionar gratificaciones en forma de amabilidad, interés, admiración ...
- ❖ Capacidad para desarrollar habilidades básicas de interacción: técnicas y habilidades sociales.
- ❖ Capacidad de manejar la angustia y la ansiedad en la interacción con la persona atendida
- ❖ Capacidad de improvisar y organizar. Ser capaz de ejercer la autocrítica.
- ❖ Respetar y estar abierto a distintos valores éticos, morales y sociales. Ser capaz de trabajar en equipo.

Los elementos que el equipo terapéutico cualificado de salud mental debe considerar para crear un medio terapéutico son:

1. Planes de tratamiento individualizados.
2. Nivel creciente de autonomía y responsabilidad.
3. Variedad de actividades o programas significativos.
4. Vinculación con la familia del paciente.
5. Interacción efectiva entre los miembros del equipo de salud mental que se establecen como modelos para el paciente.
6. Características humanísticas como: actitud optimista hacia las personas, inspirar esperanza, desarrollar creatividad, ausencia de miedo y prejuicios ante conductas poco convencionales, voluntad para mantener contacto personal diario con los pacientes y habilidad para poner límites.

En los tradicionales modelos enfermeros se ha insistido en las condiciones físicas confortables y seguras del medio. Enfermería contribuyen a satisfacer las necesidades de cuidados de un paciente, evaluando la capacidad del paciente para realizar los autocuidados necesarios y cuando no seaposible enfermería deberá suplir aquellos que el paciente no pueda cumplir:

- Oxigenación: Vigilar si el paciente presenta disnea o accesos de tos. Son pacientes con un gran riesgo de infección respiratoria porque suelen fumar mucho y algunos fármacos son depresores del sistema nervioso.
- Alimentación: los pacientes suelen presentar una alteración de la nutrición por exceso debido al apetito voraz, o por defecto ya que la ingesta es escasa o nula.
- Eliminación: sobre todo estreñimiento por escasa ingesta de líquidos, inadecuada alimentación y falta de ejercicio.
- Reposo y sueño: suele existir insomnio de conciliación, o el hábito del sueño cambiado.

- Autocuidado: es el hábito más deteriorado que presentan los enfermos mentales.
- Afectividad y relación: es la relación que el paciente mantiene con otros pacientes, con la familia y con el personal.
- Movilidad: el paciente puede presentar inquietud psicomotriz, deambulación continua por la unidad, si tienen tendencia a la postración... Existencias de Tics, estereotipias...

Que el paciente no sea capaz suplir los autocuidados anteriores hace que enfermería deba elaborar un plan individualizado diseñado para promover la independencia, satisfacer necesidades de cuidados de seguridad, etc. El modelo de Betty Neuman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa principalmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo. Enfermería está en la obligación de ver al individuo con las distintas variables que lo afectan buscando su estabilidad. La salud es definida como la línea defensiva para mantener el equilibrio contra cualquier estresor. El entorno está formado por factores externos (capacidad de adaptación) o factores internos (línea defensiva contra la enfermedad)

Los diversos talleres que el profesional de enfermería llevará a cabo tienen como fin:

- Mejorar la relación enfermera-paciente.
- La vigilancia del comportamiento mediante la observación directa
- El establecimiento de la comunicación verbal y no verbal.
- La integración del paciente en el grupo

Durante la realización de las actividades también se trabajarán la intolerancia a la actividad, la hiperactividad, ansiedad, frustración.

OBJETIVOS GENERALES:

- Valorar al paciente a través de la actividad.
- Generar ambiente terapéutico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Disponer de pautas de actuación que ayuden a la organización del tiempo.
- Establecer una secuencia estandarizada de actividades diarias.
- Disminuir el auto-aislamiento de los pacientes en las habitaciones.
- Favorecer la relación enfermera-paciente.
- Mejorar la relación entre los pacientes.

- Valorar la intolerancia a la actividad y adecuar en cada caso.
- Disminuir la ansiedad.

DESARROLLO:

Es una comunicación descriptiva de los talleres que se realizan en la unidad de psiquiatría de corta estancia. Vamos a proceder a describir los talleres y sus objetivos, donde se desarrolla, por quienes son llevados a cabo y cuando se realizarán.

- Taller de prensa lectura: se pretende mejorar las funciones cognitivas alteradas como memoria, atención. También se va a permitir al paciente incorporar a su estructura perceptiva la existencia de una realidad objetiva. Se realizará en las mesas del comedor formando un círculo todos los pacientes se verán los rostros, será llevada a cabo por una enfermera y una auxiliar o celador/a. se realizará dos veces a la semana por la mañana, con un periódico o revista seleccionando aquellos artículos de más interés para todos tendrá una duración de 30 minutos.
- Taller de estiramientos: el ejercicio influye sobre la salud física y mental, sobre el estado de ánimo proporciona mayor integración entre los pacientes y los profesionales y aumenta la participación del paciente en otras actividades (Andrade y Pedrao, 2005). Los ejercicios de estiramientos serán llevados a cabo por una enfermera y una residente de enfermería de salud mental. Se realizarán tres veces a la semana y tendrán una duración de 30 minutos. Serán realizados en el solarium de la unidad o en el espacio abierto de comedor cuando las condiciones climatológicas no permitan que se realicen fuera
- Taller de relajación: la relajación es una técnica destinada disminuir el nivel de ansiedad y aumentar el nivel de autocontrol. Realizada por una enfermera y la residente de salud mental en el solarium o en el espacio abierto del comedor se realizará dos veces a la semana. Los ejercicios los harán los pacientes sentados en las sillas con música suave de fondo.
- Taller mandalas: El objetivo de los mandalas es el conocimiento individual del propio paciente mediante la intuición creativa y la interpretación de sus propias creaciones. Los pacientes escogen un modelo previo de mandala y seleccionan el material necesario (distintos colores) se instalan en las mesas del comedor de la sala con música suave de fondo. Siempre estará una enfermera cerca para solucionar las diversas dudas que puedan surgir durante la actividad. La actividad será a demanda de los pacientes y el tiempo

de ejecución es libre siempre que no interfiera en los horarios de descanso.

- Taller de dibujo: permite desarrollar la creatividad e interpretación de los pacientes. Es llevado a cabo por una auxiliar de enfermería. Durante la ejecución del taller la compañera ira dirigiendo a los pacientes. Se realiza una vez a la semana por la tarde. Los materiales utilizados son acuarelas, pinceles y folios.
- Taller de aerondance: Desarrollar las habilidades motrices de los pacientes y aprender a improvisar con movimientos gestuales y corporales a través de la música. Es llevado a cabo por una enfermera especialista la cual también es profesora de música. La duración será de 45 minutos dos veces a la semana.
- Taller de cine: los pacientes tras ver una película, se encuentran más relajados, con menor frustración son más receptivos para comunicarse con el personal expresando sus dudas, deseos incluso identificandose con algunos personajes. Los pacientes expresan sus vivencias a través de la película ya que justifican o critican la manera de actuar de los distintos personajes durante la trama. Los paciente visionaran la película en la zona espaciosa del comedor con sillones donde se encuentra la televisión. Se realuiza el taller una vez cada dos semanas.
- Taller temático: los talleres temáticos son carnaval, navidad, primavera. Los pacientes intervienen con habilidades manuales (dibujar, recortar...) para decorar la sala. En estos talleres participa toda la sala excepto el grupo facultativo.

Se observa que dirigiendo y adecuando las actividades en la sala durante un espacio de tiempo determinado, los pacientes se encuentran:

1. Con menor estrés, debido a la actividad física, relajación...
2. Más confiados con ellos mismos y con los compañeros ya que los talleres les permite una comunicación amena y divertida.
3. Ser más receptivos a las indicaciones de la enfermera, ya que existe un trato directo con ella que es una de las bases de la relación enfermera-paciente: Durante la realización de estos talleres se observa que los enfermos son más receptivos a las indicaciones de enfermería y, son capaces de expresar dudas acerca de su patología, medicación, familia...

CONCLUSIONES:

La evaluación de la puesta en marcha de los talleres surge:

- ⤴ De la valoración subjetiva y objetiva de la puesta en común entre los distintos profesionales que llevan a cabo la actividad, valorando el seguimiento de las indicaciones, la capacidad de interpretarlas...
- ⤴ Los beneficios a priori tras la realización de la actividad ya que el paciente está más relajado, descansado con una sensación de bienestar que lo saca de la rutina diaria de encontrarse en una sala cerrada.
- ⤴ También debemos valorar los perjuicios, negativos o reticencias de los pacientes a querer participar en la actividad, ya que para el paciente puede ser entendida en un primer contacto como un juego de niños y algo inútil que no sirve nada más que para perder el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA:

Teoriasdeenfermeriauns.blogspot. [Internet] Betty Newman .[citado 4 junio 2012].Available from:<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es>

Montiel Martínez AB. Pérez González MR. Rodríguez Benito B. Comunidad escolar: Los *mandalas* como instrumento educativo. 2006 October; Available from:<http://comunidad-escolar.cnice.mec.es/796/portada.html>.

MJ.El cine, un arma terapéutica para pacientes de psiquiatría. 2011 Mayo. In: Diario [medico.com](http://medicablogs.diariomedico.com/jena/2011/05/13/el-cineun-arma-terapeutica-para-pacientes-de-psiquiatria/). [Internet] .Madrid. Available from:<http://medicablogs.diariomedico.com/jena/2011/05/13/el-cineun-arma-terapeutica-para-pacientes-de-psiquiatria/>

Serrat Miralles X, Castellví Vicente G, López Illamola A, Pujol Domínguez A, Rubio Fernández M,A; Activitats i exercicis per a pacients d'una unitat d'estança curta. Interpsiquis 2011. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias. Aviable from: <http://hdl.handle.net/10401/2339>

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD V. Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud. México, 2000.

Albiñana A, Costa P, Soler F. Necesidades Básicas del ser Humano. [Monografía en internet] Valencia; Ed Generalitat Valenciana. Conselleria Sanitat, 2006, [acceso diciembre2008]; aviable from: <http://biblioteca.sp.san.gva.es>

Gonzalez J. Fisiología de la actividad física y del deporte. ed. Interamericana McGraw-Hill; 1992

Casimiro A. ACTIVATE. Barcelona. Editorial Plataforma: 2010

4.2. “TALLER DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. ÁREA III”

Autores: María José Belmonte García, M^a Ángeles Díaz-Caneja Greciano, Manuel Artés López.

INTRODUCCIÓN

La asistencia a la Salud Mental Infanto-Juvenil en los últimos 20 años ha estado enmarcada al igual que la asistencia a adultos en los centros de salud mental comunitaria siguiendo las recomendaciones recogidas en la Ley de la Reforma Psiquiátrica.

Enfermería tiene un papel importante en Salud Mental Infanto-Juvenil, trabajando tanto con otros profesionales, como en programas más específicos debido a su formación especializada, como pueden ser los programas de adherencia al tratamiento farmacológico, relajación individual/grupal, Trastorno de la Conducta Alimentaria y enuresis.

La comunicación y puesta en común del funcionamiento de cada equipo de salud mental infanto-juvenil dentro de la región de Murcia, partiendo de un marco teórico común podría ser muy beneficioso para conocer las particularidades de cada uno y mejorar nuestra labor asistencial.

4. OBJETIVOS

- Conocer el papel de enfermería en el programa de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área III.
- Informar del trabajo en equipo de enfermería con el resto del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área III.
- Realizar una puesta en común de la intervención de los demás equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil de la región de Murcia.

5. DESARROLLO

El marco teórico del que parte la atención de Salud Mental Infanto-Juvenil está configurado de acuerdo a los siguientes principios básicos: base comunitaria con un territorio de referencia, prestar una atención integral (prevención, promoción, asistencia, seguimiento, tratamiento y rehabilitación), el programa se lleva a cabo por equipos multidisciplinares, coordinación con instituciones de atención a la infancia en la canalización de la demanda y en la intervención, integración de recursos del área en base a intervenciones programadas y formación continuada.

El programa de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Lorca atiende a la población comprendida entre 0-15 años del Área de Salud III que comprende las poblaciones de Lorca, Águilas, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo.

Los objetivos fundamentales que plantea este programa son: prestar atención integral a la salud mental de los niños y adolescentes, establecer las intervenciones oportunas que incidan sobre el entorno habitual del niño y el adolescente (familia, escuela, servicios sociales,...) durante el proceso asistencial, proporcionar orientación y apoyo a los distintos profesionales que trabajan con niños y adolescentes y coordinar sus actuaciones a nivel institucional con los dispositivos educativos, sociales, jurídicos y sanitarios.

El equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Lorca está formado por dos psiquiatras, dos psicólogos clínicos, una enfermera, una trabajadora social (jornada reducida), un terapeuta ocupacional (dos días/semana) y una auxiliar administrativa.

La vía de entrada es fundamentalmente la atención primaria. Esto conlleva un contacto mayor con pediatras y médicos de familia. En ocasiones enfermería realiza las entrevistas de acogida.

La coordinación con otras agencias ha aumentado notablemente en este último año con el objetivo de mejorar la labor asistencial. Para ello se llevan a cabo reuniones frecuentes con Pediatría hospitalaria, Equipos de Atención Temprana de Totana y Lorca, Lorca Activa TDAH (asociación de niños con TDAH de Lorca) y Colegio de Educación Especial "Pilar Soubrier" de Lorca. Cada trimestre se mantienen encuentros con los Equipos de Orientación Escolar de Educación Primaria y Secundaria y una vez al mes tiene lugar una reunión con el Equipo de Adultos del CSM-Lorca para mejorar la coordinación entre ambos equipos y la atención a las familias.

Las intervenciones que se realizan en este programa son diversas:

- Atención especializada en el diagnóstico y diagnóstico diferencial.
- Intervención psicoterapéutica individual y/o familiar.
- Intervención farmacológica (Psiquiatría)
- Valoración social (Trabajadora Social)
- Terapia familiar multigrupal: niños y adolescentes.
- Terapia grupal de apoyo para padres con niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo/Trastorno del Espectro Autista o problemas de comunicación social (Psiquiatría y Enfermería)
- Terapia grupal de Habilidades Sociales para niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo/Trastorno del Espectro Autista o problemas de comunicación social (Terapeuta Ocupacional)

- Terapia grupal para adolescentes con problemas emocionales (Psicología)
- Grupo de padres desde la perspectiva del apego (Psicología/Enfermería)

Como se puede observar Enfermería realiza actividades interdependientes, participando en las distintas terapias de grupo, además de colaborar en el control y seguimiento de los pacientes y prestar cuidados de forma integral a problemas relacionados con otras enfermedades, promoviendo medidas higiénicas, dietéticas, etc.

Por otro lado desarrolla actividades específicas. El paciente es derivado a enfermería para un programa en concreto, pudiendo ser incluidos en cualquiera de los demás que oferta tras detectar otras necesidades, una vez realizada la valoración de enfermería por patrones funcionales de Gordon.

Programa de control y adherencia al tratamiento. Con el objetivo de aumentar la adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico para garantizar un seguimiento correcto de las pautas o recomendaciones terapéuticas prescritas y conseguir la mayor normalización del trastorno.

Programa de relajación individual/grupal. Entrenamiento en técnicas de relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables asociados a la ansiedad. Fomenta la adaptación a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Programa de alimentación. Se pretende facilitar a los padres nociones básicas sobre alimentación, hábitos de alimentación adecuada y estrategias para afrontar los problemas más habituales en la alimentación de sus hijos.

Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía Práctica Clínica de los T.C.A del Servicio Murciano de Salud.

Programa de enuresis. Con el objetivo de conseguir que el niño controle su esfínter vesical mediante el aprendizaje, potenciando así su autonomía.

Una vez derivados los pacientes a Enfermería, son importantes las reuniones frecuentes con cada profesional para hablar de cada niño, con el objetivo de trabajar en la misma línea y llevar un seguimiento más exhaustivo.

6. CONCLUSIONES

La clave del buen funcionamiento del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil es el trabajo en equipo y la coordinación, tanto entre los distintos profesionales

que lo componen como con las distintas agencias sanitarias y educativas del Área III.

Las intervenciones de enfermería son muy diversas, intentando ofrecer una atención integral a cada paciente. Una puesta en común del trabajo y enfoque que llevan a cabo los distintos equipos de SMI-J podría ser beneficioso para enriquecer nuestra labor asistencial.

7. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Huebner D. Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado. 1ª Ed. Madrid: TEA Ediciones; 2008

Illán I, Hurtado A, Martín JC. Protocolo de relajación. 1ª Ed. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2004

Garriga Puerto A, Martínez J, González Boluda J, San Llorente Portero C, Pagán G, Pujalte Martínez ML et al. Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. 1ª Ed. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2005

Jarque J. Pautas educativas básicas escuela de padres. 1ª Ed. :Grupo Gesfomedia S.L; 2007

Jarque J. Alimentación y sueño escuela de padres. 1ª Ed. :Grupo Gesfomedia S.L; 2007

4.3 ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL PROGRAMA INTENSIVO EN LAS ADICCIONES: MATRIX. UN ENFOQUE INTEGRAL

AUTORES: Miriam Amad Pastor, M^a Encarnación Gómez Rodríguez, Sonia Molina Tirado.

INTRODUCCIÓN

El programa de tratamiento intensivo ambulatorio para personas con problemas de adicciones (Matrix) proporciona un enfoque estructurado y basado en evidencia científica para el tratamiento psicosocial de adultos que abusan o son dependientes de drogas estimulantes, especialmente metanfetamina y cocaína.

El enfoque seguido en dicho programa fue desarrollado en el Instituto Matrix en Los Ángeles, California, y fue adaptado para este programa por el Center for Substance abuse treatment (CSAT).

El modelo Matrix se desarrolló originariamente en respuesta al elevado consumo de cocaína en los años 80 del siglo pasado, en los Estado Unidos de America. Como desarrollaremos más adelante, el programa consiste en grupos de prevención de recaídas, educativos, de soporte social, asesoramiento individual y control de tóxicos en orina estructurados a los largo de un periodo de 16 semanas (1).

OBJETIVOS

- Conocer e introducir un programa de asistencia desarrollado en el plano de las adicciones aplicado a los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD).
- Mostrar unas aproximaciones iniciales clave de la actuación enfermera enmarcados en el proceso de atención enfermera desde un enfoque holístico e integrado en colaboración con el resto del equipo multiprofesional

DESARROLLO

El paquete integral del modelo Matrix proporciona a los profesionales del tratamiento del abuso de sustancias un modelo ambulatorio intensivo para estos usuarios y sus familias.

Los usuarios reciben información, asistencia para estructurar un modelo de vida libre de sustancias, y apoyo para conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol.

Durante 16 semanas, los usuarios asisten a varias sesiones intensivas ambulatorias por semana. Siendo de tres tipos las sesiones: sesiones familiares, sesiones individuales y sesiones grupales. Esta fase intensiva de tratamiento incorpora varias sesiones de apoyo:

- a) Sesiones individuales y conjuntas (con familia, pareja, et..) durante 3 sesiones.
- b) sesiones grupales de Habilidades de Recuperación Temprana (8 sesiones dos veces por semana para pacientes que llevan poco tiempo en abstinencia).
- c) sesiones de Prevención de Recaídas (32 sesiones).
- d) sesiones educativas para familias (12 sesiones).
- e) sesiones de apoyo social (36 sesiones).

Todos los grupos de Matrix son abiertos, es decir, los usuarios pueden empezar en el grupo en cualquier punto.

Los grupos están formados por los usuarios, un terapeuta formado en Matrix que asegurará la fidelidad del enfoque terapéutico y un Coterapeuta o colíder; el cual tiene un papel importante. Suele ser un paciente en una fase avanzada del programa.

La función del Colíder no es la de dar consejos, sino dar testimonio de su experiencia propia. Se debe de reunir media hora antes con el terapeuta para coordinar la sesión.

A continuación explicamos brevemente el contenido de cada etapa del programa:

- Sesiones de Recuperación Temprana: Sesiones de 60 minutos. Enseñar habilidades y estrategias para conseguir cambios de conducta y la abstinencia. También se hace hincapié en que el tratamiento profesional es una fuente de apoyo e informa sobre técnicas conductuales. No es un grupo terapéutico. No se pretende crear lazos entre sus miembros.
- Sesiones de Prevención en Recaídas: Sesiones de 90 minutos. Se centra en un tema concreto. Los usuarios van a compartir información sobre prevención de recaídas y reciben atención para el afrontamiento de las cuestiones relacionadas con la recuperación y la evitación de recaídas. Este grupo está basado en las siguientes premisas: La recaída no es un suceso aleatorio, el proceso de recaída sigue unos patrones predecibles, los signos de una recaída inminente pueden ser identificados por miembros del personal y por los mismos usuarios. El entorno de este grupo permite la atención mutua entre usuarios con las restricciones propuestas por el terapeuta. Los usuarios en recaída

pueden ser redirigidos y los que se están recuperando pueden ser reforzados.

- **Sesiones Educación Familiar:** Se reúne una vez por semana durante los 3 primeros meses de tratamiento. En ellas asisten tanto familiares como usuarios. Se crea un entorno relativamente no amenazante donde dar información y proporcionar una oportunidad para los usuarios y sus familias para comenzar a sentirse cómodos y bienvenidos en el centro. Se estudia la manera de cómo los familiares pueden apoyar la recuperación del usuario y como el abuso y dependencia afecta a la familia.
- **Sesiones de Apoyo Social:** Durante el último mes de tratamiento y continúan asistiendo a estas sesiones grupales una vez por semana durante 36 semanas de tratamiento de continuación. Durante estas sesiones grupales se ayudan a los usuarios habilidades de socialización, desarrollar un estilo de vida libre de drogas. Estas sesiones se centran en discusiones sobre temas específicos: paciencia, intimidad, aislamiento, rechazo, trabajo.

Durante la realización del programa Matrix se realizarán regularmente pruebas para la detección de drogas y alcohol por parte de enfermería (2). Algunos autores en Murcia se han interesado por este enfoque innovador de tratamiento. Sus trabajos indican que el tratamiento es efectivo en las muestras estudiadas, sin embargo recomiendan en futuras investigaciones ampliar el número de sujetos, ampliar la metodología de estudio y hacerlo extensible al resto de CAD de Murcia. (3, 4).

Aproximación de la atención y actuación enfermera en el área del Modelo Matrix

Cualquiera que sea el modelo adoptado, nuestra actuación y trabajo cotidiano con pacientes drogodependientes se fundamenta en el método científico desarrollando hábitos de observación, investigación y relación interpersonal. La utilización del método científico a lo largo de todo el proceso de Atención de Enfermería consigue exactitud metodológica si se realiza con un análisis preciso de todas sus fases previas dejando constancia escrita (5).

Atendiendo a Fornés la mayoría de los modelos de enfermería en salud mental enfatizan la dimensión interpersonal propuesta por Peplau, considerando la relación terapéutica con el paciente la base de nuestra profesión (5, 6).

La actuación enfermera desde el proceso de atención enfermero está dirigida a alcanzar nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar su salud en

el marco de una efectiva relación enfermera-paciente desde un enfoque multidisciplinar que facilite la integración todas las áreas de salud del paciente (7, 8).

La actividad enfermera llevada a cabo en el programa Matrix consiste en la supervisión de los distintos grupos; con el fin de conocer las inquietudes, conflictos y problemas de pacientes y sus familiares para poder abordarlos durante las consultas de enfermería individuales. Además tendrán establecidas la realización regular de las distintas pruebas para la detección de drogas y alcohol. De esta manera se consigue una mejor relación terapéutica y prevención de recaídas.

Desde la disciplina enfermera y apoyándonos en las enseñanzas de Lluch, mostramos seguidamente los puntos clave y actuaciones principales en el trabajo diario con los pacientes:

- Realizar el seguimiento del paciente para evaluar el resultado de los cuidados y tratamientos aplicados, de tal modo que se pongan en marcha mecanismos de readecuación de las actuaciones al estado de sus necesidades.
- Detectar y reconducir a los pacientes con baja adherencia a su tratamiento y que dejan de acudir a sus cita programadas con el equipo multidisciplinar de salud mental.
- Realizar intervenciones educativas en consulta de enfermería y en el medio familiar, realizándose visitas domiciliarias si la situación así lo requiere.
- Recopilar datos clínicos valorando el contexto en el que se dan, a fin de ofrecer una atención adecuada.
- Ayudar al paciente y familiar a afrontar situaciones de cambio, así como a tomar conciencia de las respuestas no adaptativas que utiliza habitualmente.
- Intervenir en las situaciones de crisis, disminuyendo el impacto negativo que pueda producir y proporcionando apoyo a las respuestas adaptativas de acuerdo con la persona y circunstancias vitales (9).

La actuación enfermera va encaminada hacia el abordaje de respuestas humanas disfuncionales resultantes de las conductas adictivas, así tener presente los elementos (biológicos, psicológicos, sociales) influyentes redundará en intervenciones personalizadas que atienda a la persona en su conjunto. Según Cabrero y Richard, la concepción holística que caracteriza a la enfermería potencia los aspectos psicosociales, que entendemos juegan un papel esencial en la actuación profesional para con este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestras intervenciones se desarrollan en equipo multidisciplinar dirigiendo nuestros esfuerzos en mejorar la atención y prácticas sanitarias en el sector de las adicciones (10).

CONCLUSIÓN

A diferencia de otros modelos tradicionales en el tratamiento de las adicciones, el Modelo Matrix parte de una filosofía motivacional no confrontacional, centrado en el presente con aceptación de participantes ambivalentes y/o no motivados. El modelo centra su interés en proporcionar una experiencia terapéutica estructurada libre de sustancias tóxicas con la intención de facilitar, conseguir y mantener la abstinencia de drogas y alcohol

De tal modo que tiene como prioridad el cambio de conducta y la adherencia al tratamiento haciendo uso de herramientas que les conduzcan hacia la abstinencia.

Una aproximación experiencial favorable en la mayoría de los participantes del programa, nos incentiva a continuar participando en este tipo de abordaje en equipos multidisciplinarios en los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD). Desde la disciplina enfermera, entendemos la necesidad de estructurar la actuación e intervenciones enfermeras con la finalidad de prestar cuidados de calidad al servicio de los pacientes con problemas de adicción. En este sentido, con la mirada puesta en el futuro, sirvan estas reflexiones como elemento de reactivación profesional en el cuidado específico al paciente drogodependiente y sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Obert JL, McCann MJ, Marinelli-Casey P, Ahndrea W. et al. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *J. Psychoactive Drugs*. 2000; 32(2): 157-64.
- (2) Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. (2011). Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06- 4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- (3) Martí Esquitino J, Carballo Crespo J.L, Cárceles Arnau I, García Ruíz AM, Gómez Sánchez RM. Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un Centro Público: un estudio piloto. *Health and Adicciones/Salud y Drogas*. 2012, 12 (2): 253-72.

- (4) Galindo Piñana P. Adaptación cultura e implantación del programa Matrix de tratamiento de las adicciones en la Región de Murcia. [tesis doctoral]. Universidad de Murcia, 2012.
- (5) Fornés Vives J. El pensamiento en enfermería en salud mental y psiquiatría. Sistemas de evaluación en salud mental. En: Primeras jornadas de enfermería de salud mental y psiquiatría de Castilla y León. Presenta y futuro de la enfermería de salud mental y psiquiatría, Segovia, 14 y 16 de noviembre de 2002 p 8-21.
- (6) Peplau HE. Relaciones interpersonales en Enfermería. Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson; 1992.
- (7) Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica : planes de cuidados. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005
- (8) Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson; 2003.
- (9) Lluch Canut M T, Roldán Merino J F. Proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones: protocolos subvencionados, desarrollados por la red de Investigación de Salud Mental y Adicciones durante el periodo 2000-2007. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2007.
- (10) Cabrero J, Richard M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Publicaciones UA; 2001. p. 59-73

4.4 CUIDADOS EN SALUD MENTAL COMUNITARIA. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO.

Autores: M^a Del Pilar Sánchez Castillo. Ángeles Fernández Sánchez. Carlos Oliván Roldán.

1- INTRODUCCIÓN

Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. En los países desarrollados incluida España, la prevalencia anual del Trastorno Mental oscila en torno al 20% de la población. Se estima, a escala mundial, que una de cada 4 personas presentará alguno de estos trastornos en un determinado momento de su vida. (1)

Alrededor de 1 de cada 100 personas desarrollara esquizofrenia en algún momento de su vida y las tasas de prevalencia parecen similares en todo el mundo, no apareciendo grandes diferencias cuantitativas entre diferentes culturas y países. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. (1)

Las personas que padecen este tipo de trastorno experimentan una distorsión en sus pensamientos y sentimientos, además de una expresión inadecuada de sus emociones, sienten el mundo de una forma muy diferente al resto de las personas y su conducta puede cambiar apareciendo extraña a los demás, presentando tendencia al aislamiento. Los síntomas son diversos y no todas las personas afectadas presentan los mismos e incluso estos varían a través del tiempo en una misma persona. (2)

Este trastorno conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social, con una afectación de moderada a severa de casi todas las áreas de funcionamiento personal del individuo. Las personas afectadas por esta enfermedad suelen presentar déficit de autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo, necesitando de un cuidado físico, psicológico y social complejo. (1)(3)

La llamada psiquiatría comunitaria, surgida tras la segunda guerra mundial y puesta en práctica, entre otros países, en Francia y Estados Unidos en los años 60, y en nuestro país a partir de los 70, condujo a un proceso de desinstitucionalización de la población asilada. (4)

En el desarrollo de dicha Reforma quedaron patentes ciertas insuficiencias e ingenuidades tales como una visión idealizada de la comunidad o una visión reduccionista de la enfermedad mental sobre todo en lo que se refiere a la cronicidad.

Existen evidentes insuficiencias de servicios intermedios y apoyos comunitarios complementarios, así como de programas de intervención comunitaria, lo cual impide garantizar el tratamiento integral y continuado de los trastornos mentales, así como la autonomía y la participación social de los pacientes, además del notable efecto negativo en la sobrecarga que soportan muchas familias. (4)

Como respuesta a las necesidades creadas y considerando la experiencia internacional surgen varias adaptaciones de modelos comunitarios llevados a cabo en otros países, como el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), inicialmente utilizado en Estados Unidos, e importado más tarde a otros países como Australia, Canadá, Inglaterra. (5)

Hay una acumulada evidencia sobre la factibilidad y buenos resultados de los sistemas de atención comunitaria en distintos lugares del mundo. La mayor parte de las comunidades autónomas defienden en sus modelos de atención, desigualmente desarrollados y con carencias muy significativas, la importancia estratégica de la comunidad como el espacio destinado de las intervenciones con los usuarios de la salud mental, existiendo una demanda crónica de equipos de intervención en crisis, y de intervención domiciliaria.(6)

Uno de los principales objetivos que debe perseguir un modelo comunitario de asistencia en Salud Mental es lograr la permanencia y la mejor adaptación posible de las personas con enfermedades mentales más graves a su medio social y familiar habitual, este objetivo queda muy lejos de ser cubierto con la actual configuración de las redes de Salud Mental, en especial en los casos con mayores discapacidades y necesidades (7)

Cabe destacar que entre las modalidades de organización de las intervenciones comunitarias que han demostrado un mayor impacto en la estabilidad a largo plazo de los pacientes con esquizofrenia se encuentra el Tratamiento Asertivo Comunitario, cuya característica básica es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio comunitario, además de proporcionar un equipo móvil de atención en crisis. Este carácter "móvil" confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red de Salud Mental. Se trata de un proceso de atención continuado, intensivo, y multidisciplinar en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales. Las visitas domiciliarias corren a cargo generalmente del personal enfermero, y entre sus objetivos destacan: favorecer la permanencia del paciente en su entorno familiar y social, enseñanza de habilidades de la vida diaria, seguimiento y control para evaluar resultado de intervenciones, detectar posibles

reagudizaciones, prevenir situaciones de riesgo para paciente y familia, control, registro y preparación de la medicación, trabajar con el paciente y familia aspectos básicos de salud, estrategias de resolución de problemas, atención domiciliaria en situación de crisis junto a personal facultativo, entre otros.(8)

1.1 DIFUSION DEL TAC EN ESPAÑA.

Los primeros intentos de desarrollo de este tipo de programas a nivel estatal nos consta se iniciaron, según la revisión que hace Alonso (9), en el proceso de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, partiendo de los Centros de Salud Mental de Leganés y Fuenlabrada y formando subequipos de diplomados en enfermería, trabajadores sociales, y en el caso del segundo, también auxiliares psiquiátricos. A los pocos meses, y situándonos en el año 91, el área de Madrid desarrolla programas similares en los Centros de Salud Mental de Alcalá y Torrejón.

A partir de la segunda mitad de dicha década se van desarrollando programas similares en todo el estado, pudiéndose destacar el que se inicia en Málaga en el año 96, y especialmente el de Avilés de 1999.

Los buenos resultados obtenidos por el TAC en Avilés han animado a otros gestores a incluirlo entre las prestaciones de su servicio, sirviendo como guía para la implantación en otras comunidades.

1.2 ENFERMERÍA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

El rol profesional de Enfermería ha cambiado sustancial y cualitativamente en los últimos años, ha caminado de lo custodial a lo terapéutico, del manicomio a la comunidad, de la dependencia a la autonomía profesional y hoy en su quehacer enfermero lo importante es el uso de la palabra como herramienta terapéutica. Se han diversificado las actividades cuidadoras, usando técnicas específicas para luchar contra los efectos invalidantes del trastorno mental; asumiendo el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de nuestra profesión; potenciando las capacidades individuales que permiten al individuo un afrontamiento eficaz para mantener la vida, la salud y el bienestar, y conseguir así una autonomía que le lleve a la independencia y a la mayor calidad de vida posible.

Los cuidados enfermeros se encuentran enmarcados dentro del modelo comunitario, contemplando como unidad de tratamiento no sólo al paciente sino a la unidad familiar en conjunto, esto no es un hecho indiferente, ya que en función del modelo por el que se opte, se determinarán las intervenciones y variarán sustancialmente las concepciones que se tengan sobre la enfermería, lo cual a su vez tiene una repercusión importante no ya sólo a la hora de

establecer o definir un marco teórico sino para algo previo, como es el optar por una determinada teoría o modelo de enfermería, que guíe nuestro trabajo. (10)

1.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Personas que padezcan un Trastorno Mental Grave:

F20 Esquizofrenia

F25 Trastorno esquizoafectivo

F31 Trastorno Bipolar

F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

- Se acepta Patología Dual entendida como un diagnóstico secundario de Trastorno por Consumo de Sustancias (F10-F19) siempre asociado a diagnóstico primario de TMG.

- Se acepta diagnóstico secundario de Trastorno de Personalidad (F60-F62) siempre asociado a diagnóstico primario de TMG.

2. Alto nivel de consumo de recursos, demostrado por ingresos repetidos y/o ser frecuentador de los servicios de urgencia con demandas repetidas de ingreso.

3. Dificultad para mantener vinculación con los servicios del Centro de Salud Mental (el paciente no acude a las citas programadas o el que acude es un familiar que ejerce de cuidador e informa sobre el estado del paciente).

4. Dificultades para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

- La presencia de problemática social grave (incluyendo exclusión o en riesgo de exclusión social) supone un criterio facilitador y otorgará prioridad a la hora de ser incluido en el dispositivo, pero NO supone criterio único de inclusión.

- Si el paciente propuesto necesita ingreso hospitalario por su descompensación psicopatológica, éste será realizado por el profesional responsable y NO por el ETAC. Nuestro equipo iniciará la intervención a partir de dicho ingreso.

1.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Cualquier diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19) sin un diagnóstico primario de TMG.

2. Cualquier diagnóstico de Trastorno de Personalidad (F60-F62) sin un diagnóstico primario de TMG.
3. Cualquier diagnóstico de Retraso Mental (F70-F79)
4. Cualquier diagnóstico de Trastorno Mental orgánico (F00-F09)
5. Edad \leq 16 años. No hay límite superior de edad siempre que se cumplan el resto de criterios.

2- OBJETIVOS.

- Dar a conocer el programa de asertivo comunitario en el área III de la Región de Murcia.
- Compartir experiencias en el abordaje asertivo comunitario en los trastornos mentales graves.

3- DESARROLLO

A principios del año 2008, se instaura el Programa TAC en el Área III de Salud de la Región de Murcia, en la actualidad, son receptores de esta modalidad de intervención un total de cuarenta y siete personas con Trastorno Mental Grave y sus familias cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde el resto de programas del Centro de Salud Mental de dicha área de salud. Compuesto por 1 Psiquiatra, 2 Enfermeras, ½ Trabajadora Social y 1 Auxiliar.

Las áreas de intervención son:

1- De salud general: Garantizar un control médico básico de todos los pacientes (factores de riesgo cardiovascular, analíticas periódicas, vacunaciones...), así como una atención médica adecuada de aquellas dolencias que requieran una intervención especializada, en coordinación con atención primaria y especializada.

2- De salud mental: Valoración psiquiátrica, seguimiento estrecho del estado clínico de la enfermedad mental, actuando precozmente en las descompensaciones, evitando de esta forma tener que hacer uso de otros recursos más costosos (como un ingreso hospitalario) y mejorando, en definitiva, la evolución clínica y la calidad de vida del paciente y/o familiares, información sobre aspectos relevantes de la enfermedad mental en base a las necesidades expresadas por los pacientes y/o familiares, mejorar la cumplimentación del tratamiento psicofarmacológico evitando efectos secundarios indeseables, monitorizar los ingresos de los pacientes que lo precisen en unidades de corta estancia, unidades de media estancia, unidades de patología dual, centros residenciales...y realizar un seguimiento durante su estancia en dichos recursos (a través de la coordinación con los profesionales encargados de la atención de los pacientes durante el internamiento) y al alta, promover el uso adecuado de los recursos socio-sanitarios disponibles en la comunidad, facilitar el acceso a dichos recursos y la integración en los mismos.

3- Rehabilitadoras: de áreas básicas: higiene, alimentación, seguridad, sueño, hábitos saludables, orden y limpieza doméstica, uso del transporte, hacer uso de los recursos rehabilitadores con aquellos pacientes en los que resulte viable, con la finalidad de no duplicar actuaciones, fomentar la participación en actividades comunitarias y de ocio y tiempo libre.

4- De aspectos sociales: apoyo, orientación y acompañamiento en gestiones como solicitud de ayudas y pensiones de pacientes y familiares.

5- De protección de derechos legales.

Mediante la exposición de dos casos clínicos de nuestros pacientes, pediremos a los asistentes compartir el abordaje posible de los mismos y posteriormente explicaremos la forma de actuar de nuestro equipo multidisciplinar en cada uno de ellos. De esta manera todos podremos enriquecernos de las distintas formas de actuación de cada uno de los asistentes en la realización de nuestro trabajo.

4- CONCLUSIONES

- Compartir experiencias en el abordaje de los trastornos mentales graves es enriquecedor para nuestra profesión a la vez que beneficioso para los pacientes receptores de nuestros cuidados.

- La puesta en común de formas de actuar diferentes a las nuestras puede abrir un abanico de posibilidades en el abordaje con nuestros pacientes.

- Dando a conocer nuestro programa a trabajadores de otras zonas geográficas, puede aumentar el interés por esta forma de trabajar y así facilitar la posible implantación en un futuro del programa asertivo comunitario, en sus zonas de procedencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Aznar Cabrerizo M.I, Fleming V, Watson H y Narvaiza Solis, M.J. Necesidades psico-sociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol de profesional de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2004; 14 (5):286-93. Disponible en

http://sid.usal.es/ids/F8/ART13416/necesidades_psicosociales_cuidadores_informales.pdf

2. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez M.J. *Como afrontar la esquizofrenia:*

Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. 2005; Madrid: Aula Médica Ediciones. Disponible en

http://www.feafescaceres.com/doc/guiaesquizofrenia_pfizer.pdf.

3. Vila Pillado L, Area Carracedo R, Ferro Iglesias V, González Domínguez-

Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Sueiro MJ, López Ares S, Tuñas Dugnot ML. Trastorno Mental Severo. TOG (A Coruña). 2007; (5),52. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf>

4. García J. Análisis de la reforma y de la desinstitucionalización Psiquiátrica en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 Conferencia 48-CI-A2: [17 pantallas]. Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm

5. Espiño Díaz I. Tratamiento asertivo comunitario en pacientes con trastorno mental severo. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Febrero-Marzo 2010; Disponible en: www.interpsiquis.com.

6. Laviana Cuetos M. La atención a personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*. 2000; 24 (1-3): 345-373. Disponible en:

http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_16.pdf

7. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P y grupo Psicost. Sobrecarga

de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales Sis San Navarra*. 2000; 1 (23). Disponible en:

<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6419/5125>

8. Martínez Jambrina J.J. El modelo Avilés para la implantación del modelo asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2007; 7 (2), 147-159. Disponible en:

<http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos7.2.pdf#page=70>

9. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la AEN* 2004; 92.

10. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). La Reforma Psiquiátrica en España, evolución y futuro de los Cuidados Enfermeros en Salud Mental. *Documento de conclusiones del Simposium celebrado en Talavera de la*

Reina. 2009. Toledo. Disponible en:

www.anesm.net/descargas/CONCLUSIONES%20TALAVERA.p

5. PONENCIA DE CLAUSURA.

LA FAMILIA ES UN SISTEMA INTERACCIONAL EN BÚSQUEDA DECONSTANTE DE EQUILIBRIO.

AUTOR: Manuel Luis Cibanal Juan.

INTRODUCCIÓN

Con esta breve exposición o ponencia, queremos recalcar la importancia y el convencimiento de entender y considerar a la familia como un sistema. Esto lleva como consecuencia aceptar que todo individuo se encuentra inmerso en ese sistema familiar, y que por tanto, todo cambio que ocurra en el mismo, afectará a todos los miembros del sistema. Por tanto lo que ocurra al interior del sistema, tanto para bien como para mal, va a repercutir en todos los miembros del mismo.

Abordar a la familia desde esta perspectiva o paradigma, nos hace cambiar la forma de intervenir ante un problema, ya que la patología, no se considera un conflicto del individuo, sino un problema de la relación dentro de ese sistema, el cual ejerce profundos efectos sobre el resto de los integrantes del sistema, e incluso, cumple con una función dentro del mismo.

Por tanto la intervención pasa, por conocer el sistema familiar y sumergirse en él para modificar las pautas bien sean estructurales o relacionales de ese sistema que está manifestando sus disfuncionalidad a través de uno de sus miembros.

Con el fin de comprender esto un poco mejor daremos unas pinceladas sobre qué es un sistema, para seguidamente aplicarlo a la familia.

- 👉 **Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran (Hall y Fagen)**

Hall y Fagen definieron el “sistema” como un conjunto de objetos,(al aplicarlo a la familia, tenemos que son los miembros de la familia) junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades(es decir, las relaciones que existen entre los miembros). Las partes componentes del sistema son los objetos (los miembros de la familia), cuyas interrelaciones lo cohesionan, es decir: un sistema es un conjunto de partes (personas) interrelacionadas, un conjunto de elementos (miembros de la familia) en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento (miembro de la familia) está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.

Todo sistema se compone de un aspecto estructural (unos límites, unas reglas, unas normas, etc.) y de un aspecto relacional (los canales de comunicación entre los diversos miembros, la información y los bucles de información y de retroalimentación o feedback que permiten clarificar los límites, las reglas etc, para que todos los miembros las comprendan de la misma manera).

Por tanto, tenemos que tener en cuenta dos aspectos fundamentales en el sistema familiar:

- 1. la parte estructural, es decir: las normas, reglas, límites etc. que rigen ese sistema y***
- 2. La parte relacional o la comunicación entre los diversos miembros de la familia.***

PRIMERA PARTE: ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

1. Aspecto estructural

Los **sistemas** pueden ser **abiertos** o **cerrados**. Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno; por lo tanto, un sistema **abierto** es modificado por su entorno y, al mismo tiempo, lo modifica.

Un sistema es **cerrado** cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno; por lo tanto, sus componentes no se modifican.

- 👉 Todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno. El modo en el que se ve el mundo, determina y forma el lenguaje (Bertalanffy)**

Bertalanffy, propone un Modelo de Sistema General como intento de unificar el conocimiento científico, favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria y lograr una mayor integración y unidad en la ciencia. Su Teoría, busca “*principios y leyes aplicables a sistemas generalizados o a sus subclases, sin importar su particular género, la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas que imperen entre ellos*”. De esta forma, define los “sistemas” como “*complejos de elementos de interacción*” y establece una distinción entre sistemas CERRADOS y sistemas ABIERTOS, considerando que todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia,

energía e información con el entorno. Toma de Cannon el concepto de “**homeostasis**”, como el equilibrio dinámico entre entradas y salidas, lo que permite en el sistema cambios continuos, a la vez que predominan condiciones relativamente uniformes. Así mismo, sostiene que en los sistemas vivientes existe una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización, en contraposición a los sistemas cerrados, en los que hay una continua tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden.

De la Teoría de la Comunicación, incorpora el concepto de **información** y propone el principio de **equifinalidad**, definiéndolo como “*la tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, fundada en la interacción dinámica en un sistema abierto que alcanza un estado uniforme*”. Según este principio, a partir de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos se puede alcanzar el mismo estado final.

Utilizando la noción de organización, como elemento importante para comprender la complejidad de los seres vivos, toma de la Cibernética el concepto de **retroalimentación** y sus mecanismos de control, positivos y negativos, que amplifican y corrigen la desviación respectivamente, para mantener al sistema dentro de un equilibrio dinámico. Finalmente, afirma que “*la relación entre lenguaje y visión del mundo no es unidireccional, sino recíproca*”; es decir: cómo sea visto el mundo, determina y forma el lenguaje.

- 👉 **La familia es un sistema homeostático en equilibrio interno, por medio de mecanismos de retroalimentación negativa** (Jackson)

En la década de los 50, se desarrolla un profundo interés por el fenómeno de la comunicación. Inmerso en su estudio, Don Jackson se interesa por el análisis de la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, un sistema homeostático en equilibrio interno por medio de mecanismos de retroalimentación negativa. Tras la creación de un Instituto de Investigación en el campo de la terapia familiar, un grupo de colaboradores desarrollan la Teoría de la Comunicación Humana, en la que se refieren, fundamentalmente, a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción.

Pero el concepto de “homeostasis” se debe a Walter Cannon, que hace referencia al organismo como sistema y plantea que no es posible considerar a una parte del organismo separada de las otras, que todas son

interdependientes y que describe una red de interacciones recíprocas en la que los distintos componentes del medio interior están en equilibrio dinámico.

Más tarde, Magoroh Maruyama consideró que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: la **morfostasis** y la **morfogénesis**. El primero, se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. El segundo, por el contrario, a la desviación y variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva.

- 👉 **No se debe aislar ningún fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce** (Bateson)

Gregory Bateson, se planteó cuál era la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes, cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos, de tal forma que propuso la noción de “**contexto**” como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

- 👉 **La familia es un sistema abierto y, como tal, se caracteriza por su totalidad, equifinalidad, homeostasis, morfogénesis, equipotencialidad y causalidad circular** (Teoría del Sistema Familiar)

La Teoría del Sistema Familiar, afirma que la familia es un sistema abierto, puesto que es un sistema vivo que intercambia con su entorno energía e información y tiende hacia una evolución constante y un orden estructural. Como tal, posee las propiedades siguientes:

- **Totalidad:** Freixas y Miró afirman que *“el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción”*. En palabras de Watzlawick, *“cada una de las partes de un sistema abierto está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. Un sistema se comporta no sólo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente”*. El

concepto de totalidad, implica la no sumatividad, es decir: El “TODO” constituye más que la simple suma de las partes.

- **Objetivo:** Los sistemas orgánicos y sociales siempre están orientados hacia un objetivo, una finalidad. Todo sistema tiende a luchar por mantenerse vivo, aún cuando se haya desarrollado disfuncionalmente, antes de desintegrarse y dejar de existir como sistema.
- **Equifinalidad:** Todos los sistemas abiertos y, por tanto, los sistemas humanos, son conservadores, tienden hacia la clausura, a conservar lo que tienen. Por ello, una vez establecida una relación, se pretende conservarla en las condiciones en las que se estableció. Cualquier cambio que ponga en duda esas condiciones, no es aceptado. Esta tendencia a la estabilidad de las condiciones (tanto de las pautas de comunicación del sistema relacional como de sus normas) es característica de los sistemas abiertos.
- Otro aspecto referido a la equifinalidad de un sistema reside en que la estabilidad del sistema implica que las reglas de la relación sólo se definen en función del estado actual, independientemente de cómo se originaron. Por lo tanto, idénticos resultados en una relación pueden tener orígenes distintos, ya que lo decisivo es la naturaleza de la organización; así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por idénticas causas. Partiendo de estas premisas, el funcionamiento de una familia como un todo, no depende tanto de saber qué ocurrió tiempo atrás, ni de la personalidad individual de los miembros de la familia, sino de las reglas internas del sistema familiar en el momento en el que lo estamos observando.
- **Protección y crecimiento:** En los sistemas existen dos fuerzas: la homeostática (que hace que un sistema continúe como estaba anteriormente) y la fuerza morfogenética (que es la causante de los cambios del sistema). Ambas fuerzas, permiten que el sistema se mantenga estable y se adapte a situaciones nuevas gracias a los mecanismos de feedback.
- **Equipotencialidad:** Pueden obtenerse distintos estados, partiendo de una misma situación inicial. Esto implica la imposibilidad de hacer predicciones deterministas en el desarrollo de las familias, ya que un mismo inicio podrá llevar a fines distintos.

- a. **Causalidad circular:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una causa A provoque un efecto B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A; es decir: cada miembro adopta un comportamiento que va a tener influencia sobre los otros miembros, todo comportamiento es causa y efecto. Por ejemplo, cuando la madre reprende al hijo, la conducta del padre puede ser de mantenerse al margen, de no actuar (pero ese no actuar como señala Watzlawick y otros (1974) es también una conducta ya que una de las premisas en la comunicación nos dice que *no hay no – conductas, no hay no comunicación, hagamos lo que hagamos siempre estamos comunicando*).
- b. **La tendencia al orden** es una de las características que posee el sistema abierto y no así el cerrado. La familia, tiene una entropía negativa, una tendencia a que en ella reine el orden y no el caos.
- c. **Niveles más heterogéneos** Quizás unas de las características más importantes sean la tendencia hacia el avance a *niveles más heterogéneos*. Éste marca que la familia como sistema (y todo sistema social) tiende a avanzar hacia un nivel de complejidad cada vez mayor, aparece pues la jerarquía, el poder, interacciones, transacciones, metas y reglas. Estos niveles más complejos son necesarios para que el sistema familiar pueda en definitiva seguir cumpliendo con sus funciones de socialización, educación, proveer alimentos, etc.
- d. **Aptitud de homeostasis y aptitud de cambio.** La homeostasis es mantenida a través de la retroalimentación negativa. Esta retroalimentación permite que en el sistema no se produzcan cambios, aunque como vemos, también hay una aptitud para el cambio, pero se da cuando aparece la retroalimentación positiva. Hay pues retroalimentación positiva y negativa. La primera contribuye al cambio y la negativa a la homeostasis. La homeostasis es un proceso de constante movimiento y la falta de la misma llevaría al sistema a un estado de caos. El cambio requiere que la familia abandone momentáneamente este estado de homeostasis.
- e. **Fronteras.** Otro punto importante es la existencia de *fronteras*, tanto externas como internas, las mismas pueden ser flexibles, borrosas o demasiado rígidas. En el caso de la familia los límites se podrán ver por ejemplo entre abuelos y padres, entre padres e hijos (internos) y entre esa familia y el resto de las personas del barrio (externo). Las fronteras deben ser lo suficientemente permeables para poder mantener una comunicación con el medio circundante. Pero a su vez deben poseer

también una adecuada demarcación para que se puedan cumplir con las funciones propias de la familia de forma apropiada, sin interferencias.

- f. **Distribución de poder.** En los sistemas también aparece una determinada *distribución de poder*. Este manejo del poder de modo apropiado hace que el sistema no se mueva en el caos. El poder también lleva a que aparezca un determinado orden jerárquico. Hay determinadas personas para cumplir con determinadas funciones. El padre tiene funciones que a su vez le dan poder, que los hijos no pueden realizar por no estar capacitados para las mismas. No es bueno que las funciones sean realizadas por miembros que no estén capacitados para las mismas. Hay que llamar también la atención en que las funciones van cambiando a medida que va cambiando el ciclo vital de la familia y el de sus individuos.

- 👉 **En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos o las corrigen (Wiener)**

Durante los años treinta, Wiener y colaboradores analizaron los paralelismos entre los sistemas eléctricos y los seres vivos, de forma que en la comunidad científica comienzan a tener importancia los conceptos de **retroalimentación**, estudiándose con más detenimiento aquellos sistemas que los incorporaban. Así, se identifican como elementos comunes de todo sistema el feedback y la circularidad y se afirma que, en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo). Cuando un sistema utiliza un feedback o retroalimentación negativa, el sistema se autocorrigue y vuelve a su estado inicial (no cambia). Sin embargo, cuando un sistema utiliza una retroalimentación positiva, el sistema pasa a otro estado (cambia). En este tipo de reacción en cadena, cada elemento se modifica y cambia por su interacción, y esta modificación ocurre en un proceso circular o curva de retroalimentación. Así, en la teoría de sistemas se considera que la interacción del sistema con el medio se realiza, principalmente, a través de transacciones circulares que crean espirales de intercambio, progresivamente complejos.

Importancia de la familia como sistema

La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir y a ser nutrido tanto física como emocionalmente.

La familia nos crea y nos recrea, nos construye, pero a veces también nos destruye, todos en la familia son causa y efecto de lo que acontece.

Una familia no es solo un conjunto de personas unidas por lazo de parentesco y consanguinidad. Los lazos familiares son el resultado de un proceso de interacción continua de cada sujeto con el resto de la familia.

La familia es un sistema de amor, protección, apoyo y de solidaridad.

La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es independiente, no tiene la capacidad de autoabastecerse por sí sola, necesita a la sociedad (subsistemas) y esta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia.

La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuándo y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema.

De este modo, el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible.

Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual.

Consecuencias de abordar de manera aislada (es decir sin su familia) a la persona enferma, ya sea por enfermedad física o psicoemocional.

Las técnicas de tratamiento basadas exclusivamente, en el individuo, aislado de su medio, provoca una frontera artificial entre éste, su contexto social y su familia. Por ello, se llega a concebir al individuo como el “centro de la patología”, lo que provoca un diagnóstico desequilibrado.

Entiendo que el abordaje del individuo aislado de la familia puede llevarnos a conclusiones que en realidad no son reales, ya que el individuo como parte integrante de un sistema no es posible aislarlo del mismo sin producir una transformación de su realidad.

Por otro lado, abordar de manera aislada la enfermedad de un individuo, es tratar la punta del iceberg, sin ver lo que hay debajo y sin considerar todo lo que le rodea o lo que la ha provocado.

Nosotros como profesionales de la salud, sabemos bien que ante la enfermedad física, por ejemplo, la implicación familiar y las interacciones del individuo con su entorno son básicas para la curación o la paliación de los síntomas.

En la enfermedad psicológica creo que está más patente el hecho de que el enfermo, enferma dentro de ese sistema familiar, enferma con los suyos y arrastra a éstos en su sufrimiento. De tal manera que se ve la enfermedad

como una enfermedad del sistema, es decir, es toda la familia la que sufre la enfermedad, toda la familia está enferma. Por tanto, el enfoque global sistémico, sería el abordaje más adecuado.

La patología entraña también una alteración en la comunicación, en la relación del individuo con su sistema, el más cercano, el familiar.

El punto de partida para nuestra actuación profesional es que toda conducta es comunicación y nuestra comunicación se da dentro de un sistema (la familia) Por tanto, la familia, puede ser el desencadenante de un cambio de esta conducta.

Entiendo que la funcionalidad familiar no es algo estable y fijo, sino un proceso que tiene que estar reajustándose constantemente.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y, por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que sea clara, tanto en su parte estructural: jerarquías claras, límites claros, roles claros y bien definidos, que todas las reglas sean explícitas; Como en su parte relacional: una comunicación empática, auténtica, respetuosa, abierta y explícita. Ambas repercutirán en una capacidad de adaptación a los cambios (morfogénesis) así como de una sana homeostasis.

La persona se encuentra inserta en un sistema, siendo los miembros de ese sistema (el familiar) interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema (**homeostais**).

La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema bien sea, para modificar las secuencias comunicativas defectuosas o bien sea, para restablecer la estructura disfuncional (reglas, límites, roles, etc).

En resumen:

La base en la que se fundamentó, principalmente, la Terapia Familiar Sistémica fue la Teoría de los Sistemas Generales. Aplicando los conceptos y

leyes de esta teoría al trabajo con familias fue posible reconocer a hombres y mujeres como parte de un todo más amplio -como subsistemas, de sistemas mayores-.

Para el terapeuta familiar, la familia se convirtió en una unidad, en un solo organismo; y así, cuando uno o más de los miembros del sistema planteaban un problema, la familia pasó a ser el lugar privilegiado para la intervención terapéutica.

Así, la familia contemplada como un sistema de relación vivo, con sus equilibrios y desequilibrios, con sus etapas de crecimiento y también de estancamiento, fue perfilando un camino terapéutico donde el paciente designado (portador del síntoma) no resultaba ni más ni menos importante que el resto de los miembros familiares. De esta forma, el síntoma se convirtió, básicamente, en una especie de señal, de alarma; un aviso de que algo no funcionaba bien (crisis) y de que algo había que cambiar. Los síntomas reflejan un intento por parte del organismo o sistema de curarse y de alcanzar un nuevo nivel de organización. Y la práctica médica corriente interfiere, normalmente, en este espontáneo proceso curativo, al intentar la erradicación de los síntomas.

Podría sernos de utilidad, por ejemplo, y a modo de paralelismo, pensar en el procedimiento que emplean las medicinas orientales para abordar la enfermedad. Estas, no centran toda su atención en el síntoma; éste no se convierte en el objetivo directo de sus intervenciones. Si bien los síntomas se utilizan para comprender las posibles causas de la enfermedad, la terapia en sí no va encaminada a la supresión de éstos, sino que se dirige al restablecimiento del equilibrio energético del individuo, de manera que un funcionamiento e intercambio más adecuado del flujo de energía entre los distintos subsistemas posibilite la remisión del síntoma.

BIBLOGRAFÍA

La bibliografía sobre Sistemica y TF es cada día más numerosa, y accesible afortunadamente, pero presenta diferentes grados de dificultad para el lector no iniciado, por lo que recomendamos para asegurar una correcta comprensión y asimilación de sus contenidos seguir un cierto orden en la lectura de los mismos, de nivel más básico a niveles más específicos y complejos.

Manuales basicos recomendados:

INTRODUCCIÓN A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR. Cibanal L. Ed.Ecu
.San Vicente, Alicante. 2005.

1. INTERVENCIÓN FAMILIAR. GUIA PRACTICA PARA PROF. DE LA SALUD
K. Eia Asen, P. Tomson , Ed Paidós

2. TERAPIA FAMILIAR. Maurizio Andolfi - Ed. Paidós
3. NUEVAS RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO FAMILIAR. Virginia Satir, Ed Pax México
4. FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR. Salvador Minuchin - Ed. Gedisa

Manuales sobre Fundamentos Teóricos

5. TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA Paul Watzlawick - Ed. Herder
6. CAMBIO. Paul Watzlawick - Herder
7. INTERACCION FAMILIAR. Gregory Bateson y otros - Ed. Buenos Aires
8. EL NUEVO LENGUAJE DEL CAMBIO . S. Friedman , Ed. Gedisa
9. LA CREACIÓN DEL LENGUAJE TERAPÉUTICO. A. Ackermans. M. Andolfi Ed. Paidós

Manuales sobre diferentes tipos de intervencion Terapeutica

10. TERAPIA PARA RESOLVER PROBLEMAS. Hay Haley - Ed. Amorrortu
11. TERAPIA FAMILIAR. Sue Walrond-Skinner - Ed. Crea (E1 Ateneo)
12. ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA FAMILIA. Gérard Salem - Ed. Masson
13. TERAPIA NO CONVENCIONAL. Jay Haley - Ed. Amorrortu
14. ORIENTACION Y TERAPIA FAMILIAR. José A. Ríos - Ed. Instituto de Ciencias
del Hombre
15. PARADOJA Y CONTRAPARADOJA. Mara Selvini Palazzoli - Ed. A.C.E.
16. TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA. Cloé Madanes - Ed. Amorrortu
17. MUCHACHAS ANORÉXICAS Y BULÍMICAS. Mara Selvini Palazzoli, et al.
Ed Paidós

Bibliografía general

- Abril González, C., Cardenal Fernández, J., & Martín Espino, J. D. (1999). *La violencia sobre la mujer en el grupo familiar*. Madrid: Colex.

- Acale Sánchez, M. (2000). *El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ackermans, A., & Andolfi, M. (1994). *La creación del sistema terapéutico*.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo*. Buenos Aires: Gedisa, 1993.
- Asen, K. y Tomson, P. (1997). *Intervención familiar*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, C. M., & Stewart, S. (1988). *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, R. E., & Carter, I. (1994). *La conducta humana en el medio social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Andolfi, M., & Ackermans, A. (1990). *La Creacion del sistema terapeutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, M., & Zwerling, I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Asen, K. E., & Tomson, P. (1997). *Intervención familiar*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Bagarozzi, D. A., & Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares*. Barcelona: Paidós.
- Balancy, E. (1999). *Violencia civil en la Andalucía moderna (ss. XVI-XVII)*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1995). *Familias exitosas*. Barcelona: Paidós.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (2002). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Berger, M. M., & Bateson, G. (1993). *Más allá del doble vínculo*. Barcelona [etc.]: Paidós.

- Beyebach, M., & Navarro Góngora, J. (1995). *Avances en terapia familiar sistemática*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Beyebach, M., & Rodríguez-Arias, J. L. (1988). *Terapia familiar*. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Bion, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Boscolo, L. (1989). *Terapia familiar sistemática de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Boutin, G., & Durning, P. (1996). *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. Madrid: Narcea.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowen, M., Andolfi, M., & De Nichilo, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Brezmes Nieto, M. (2001). *La intervención en trabajo social*. Villares de la Reina (Salamanca): Hespérides.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de la terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1995.
- Cade, B., O'Hanlon, W. H., & Piatigorsky, J. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres*. Barcelona: Paidós.
- Camdessus, B., Bonjean, M. J., Spector, R., & Albert, M. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Campanini, A., & Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Campanini, A., & Luppi, F. (1996). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Cancrini, L., & Vassallo, M. (1991). *La psicoterapia, gramática y sintaxis*. Barcelona [etc.]: Paidós.

- Carpenter, J., & Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Cirillo, S. (1994). *El cambio en contextos no terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S., & Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Coletti, M., & Linares, J. L. (1999). *La intervención sistemática en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Comas de Argemir Cendra, M. (2001). *La violencia en el ámbito familiar*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Corsi, J. (1999). *Violencia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Cortés Bechiarelli, E. (2000). *El delito de malos tratos familiares*. Madrid: Marcial Pons.
- Crittenden, P. (2002). Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Valencia: Promolibro.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Droeven, J. M., & Andolfi, M. (1997). *Más allá de pactos y traiciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en trabajo social*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Durrant, M., & White, C. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa Odriozola, E. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Eiguer, A. (1998). *A transmissao do psiquismo entre gerações*. Sao Paulo: Loyola.
- Elkaïm, M. (1988). *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Elkaïm, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1990). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.

- Elkaïm, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*.
- Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Eroles, C., & Blanco, L. (1998). *Familia y Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Espina, A. i Pumar, B. (comps.) (1996). *Terapia familiar sistémica*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A., & Millán Ventura, M. (1996). *Psicología de la familia*. Valencia: Promolibro.
- Espina, A., & Pumar, B. *Terapia familiar sistémica*.
- Espina, A., Pumar, B., & Garrido Fernández, M. (1995). *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia: Promolibro.
- Estudios sobre la violencia familiar y agresiones sexuales*. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
- Falloon, I. R. H. (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Feeney, J., y Noller, P. (1996). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: DDB.
- Ferullo, A. G. (2000). *Recorridos psicología social comunitaria*. Tucumán (Argentina): Facultad de Psicología.
- Fishman, H. C. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Fishman, H. C. (1994). *Terapia estructural intensiva*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Framo, J. L. (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona, [etc]: Paidós.
- Framo, J. L., & Boszormenyi-Nagy, I. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México, D.F.: Trillas.

- Framo, J. L., & Frade, C. (1991). *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Framo, J. L., Boszormenyi-Nagy, I., González Aramburo, F., Macías Avilés, R., Foncerrada Moreno, M., & Derbez Muro, R. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México, D.F.: Trillas.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J.; Epston, D., y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Fuertes Martín, A., Navarro Góngora, J., & Bustamante Rangel, F. J. (1993). *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*. [Valladolid]: Consejería de Sanidad y Bienestar Social; Salamanca : Universidad de Salamanca.
- Fuertes Martín, A., Navarro Góngora, J., & Ugidos Domínguez, T. M. (1999). *Prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Garberí Pedrós, R., & Compañ Poveda, E. (1990). *Evolución, sistemas y terapia familiar*. Alicante: Diputación.
- García Álvarez, P., & Carpio Delgado, J. d. (2000). *El delito de malos tratos en el ámbito familiar*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gergen, K.J. (1991). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós, 1993
- Gil, E. (1997). *Tratamiento sistémico de la familia que abusa*. Buenos Aires: Granica.
- Goodrich, T. J. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires [etc.]: Paidós.
- Gracia Fuster, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, etc.: Paidós.
- Grande Chica, A. (2000). *Espacios de desarrollo*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (1999). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 2000.

- Greenberg, L., Rice, L. y Elliot, R. (1993). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Grove, D. R., & Haley, J. (1996). *Conversaciones sobre terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guimón, J. (2001). *Intervenciones en psiquiatría comunitaria*. Madrid: Core Academic.
- Gutiérrez, E. (1988). *Lecturas de terapia familiar*. [Santiago de Compostela]: [s.n.].
- Haley, G., & Cancrini, L. (1991). *La terapia del problem-solving*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Haley, J. (1989). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1996). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J., & Hoffman, L. (1976). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hanna, S. M., & Brown, J. H. (1998). *La práctica de la terapia de familia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia nerviosa y bulimia*.
- Huber, C. H., & Baruth, L. G. (1991). *Terapia familiar racional-emotiva*. Barcelona: Herder.
- Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. Barcelona: Gedisa.
- Infante, L. (1999). *La violencia familiar*. Madrid: Fundamentos.
- Informe de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento jurisdiccional de los malos tratos familiares en el año 1999*. (2000). Madrid: Fiscalía General del Estado.
- Isaacs, M. B., Montalvo, B., & Abelson, D. (1988). *Divorcio difícil*. Buenos Aires: Amorrortu.
- IV Jornadas: Orientación Familiar*. (1998). Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.

Keeney, B. P. (1992). *La improvisación en psicoterapia*.

Keeney, B. P. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona [etc.]: Paidós.

Keeney, B. P., & Ross, J. M. (1987). *Construcción de terapias familiares sistemáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lamo Rubio, J. d. (2002). *Tratamiento penal y procesal de la violencia en el ámbito familiar*. Barcelona: Bosch.

Leveton, E. (1987). *El adolescente en crisis*. México: Pax.

Libros sobre terapia sistémica

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona [etc.]: Paidós.

Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.

Luque i Agües, O. (1988). *Intervención psico-social en programas de servicios sociales*. Valencia: Nau Llibres.

MacGoldrick, M., & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Barcelona [etc.]: Paidós.

Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación*. Barcelona [etc.]: Paidós.

Malagón Bernal, J. L., Malagón Siria, J. C., & Sarasola Sánchez-Serrano, J. L. (1999). *Fundamentos del trabajo social comunitario*. Sevilla: Aconcagua Libros.

McNamee, S. y Gergen, K. (Comps.) (1992), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1996.

Méndez Carrillo, F. X., Maciá Antón, D., & Olivares Rodríguez, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I*. Madrid: Pirámide.

Minuchin, S. (1985). *Calidoscopio familiar*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1993). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona [etc]: Paidós.
- Minuchin, S., & Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Rosman, B. L. (1988). *El cambio familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Muela Martínez, J. A. (1999). *Programa de intervención familiar en esquizofrenia*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (1998). *Familias con personas discapacitadas*. [Valladolid]: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Navarro Góngora, J. (1999). *Familia y discapacidad*. [Valladolid]: Junta de Castilla y León.
- Navarro Góngora, J., & Pereira Miragaia, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. y Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa*. Barcelona: Herder.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B., O'Hanlon, S., & Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1987). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós, 1993.
- O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona, etc.: Paidós.

- Okun, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva: Counseling*. Barcelona: Paidós.
- Onnis, L. (1996). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona,[etc.]: Paidós.
- Orientación familiar*. (1996). Madrid: Fundación MAPFRE.
- Orientación y terapia familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias*. (1995). Madrid: Fundación MAPFRE.
- Ortega Bevia, F. (2001). *Terapia familiar sistémica*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Papp, P. (1994). *El Proceso de cambio*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Payne, M. (2000). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós, 2002.
- Pelechano Barbera, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Perrone, R., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires [etc.]: Paidós.
- Pittman, F. S. (1998). *Momentos decisivos*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Prata, G. (1990). *Un arpón sistémico para juegos familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Procter, H. (Comp.) (2001/2). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson (2vols.)*. Barcelona: Paidós.
- Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil en Castilla y León*. (2000). Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Ramos Gutiérrez, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, M. C. (1997). *Historias infames*. Buenos Aires [etc.]: Paidós.
- Ravenette, T. (1999). *El constructivismo en la psicología educativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
- Reverte Navarro, A. (1980). *Intervención judicial en las situaciones familiares*. Murcia: Secretariado de Publicaciones.

- Rios González, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Ritterman, M. (1988). *Empleo de hipnosis en terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Roberts, J., Whiting, R. A., & Imber-Black, E. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rueveni, U. (1979). *Networking families in crisis*. New York [etc.]: Human Sciences Press.
- Sánchez Vidal, A. (1993). *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: Ppu.
- Sánchez Vidal, A., & Musitu Ochoa, G. (1996). *Intervención comunitaria*. Barcelona: Eub.
- Santi, W. (1996). *Herramientas para psicoterapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Satir, V., & Baldwin, M. (1996). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax México.
- Segal, L., & Watzlawick, P. (1994). *Soñar la realidad*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Selekman, M. D. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Selvini Palazzoli, M. (1990). *Al frente de la organización*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1975). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós, 1979.
- Shazer, S. d. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona, [etc.]: Paidós.

- Shazer, S. d. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Shazer, S. d. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social*. Barcelona: Gedisa.
- Sorrentino, A. M. (1990). *Handicap y rehabilitación*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Steinglass, P. (1989). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia*. Barcelona: Icaria.
- Stierlin, H. (1986). *Terapia de familia*. Barcelona: Gedisa.
- Stierlin, H., Weber, G., & Pardal, I. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa.
- Stith, S. M., Williams, M. B., & Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Desclée.
- Terapias de la pareja y de la familia : (III Coloquio de Psicoterapia, Universidad René Descartes, París, Marzo, 1971)*. (1974). Madrid: Fundamentos.
- Ugazio, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós, 2000.
- Umbarger, C. C. (1987). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vega Ruiz, J. A. d. (1999). *Las agresiones familiares en la violencia doméstica*. Pamplona: Aranzadi.
- Walters, M. (1991). *La red invisible*. Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (1999). *Terapia breve estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1981.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder, 1976.

- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.
- Whitaker, C. A., & Bumberry, W. M. (1991). *Danzando con la familia*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Whitaker, C., Neill, J. R., & Kniskern, D. P. (1991). *De la psique al sistema*. Buenos Aires: Amorrortu.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Buenos Aires: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona [etc.]: Paidós.
- Worden, J. W. (1998). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Zappella, M. (1992). *El autismo infantil*. Barcelona: Paidós.
- Zuk, G. H., & Boszormenyi-Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica

SEGUNDA PARTE: ASPECTO RELACIONAL

Síntesis sobre algunos puntos importantes a tener en cuenta al relacionarnos con (los otros miembros de la familia si abordamos las relaciones familiares) el paciente (si nos situamos en el ámbito profesional).

A modo de resumen o conclusión, creemos importante recordar algunos puntos que nos parecen importantes a tener en cuenta antes de comenzar la relación de ayuda (“entrevista”) y durante la misma.

1. Preguntarse. ¿Cómo me siento yo aquí y ahora para relacionarme con el paciente?

Es importante que el profesional tome conciencia de su estado psíquico y espiritual pensamientos, sentimientos, conflictos, valores, creencias...- antes de tener una entrevista o relación terapéutica con el paciente ya que éstos le pueden influir positiva o negativamente.

Por ejemplo: imponer al paciente lo que el profesional considera desde su punto de vista como verdadero o normal; no aceptar las diferencias, etc., o

bien proyectarse en el paciente, o defenderse por todos los medios, cuando su persona o la idea que él se hace de sí mismo, se siente amenazada.

Ya se trate de observarse a sí mismo o de observar a la persona que está frente a él, una mejor comprensión de sus comportamientos, o una mayor lucidez, son condiciones necesarias en el dominio de la relación de ayuda.

Es un hecho que por naturaleza cada uno de nosotros somos diferentes. Entre los rasgos de los que la naturaleza nos ha dotado ocupa un gran lugar la emotividad. Observamos que un número considerable de profesionales de la salud experimentan una ansiedad más o menos intensa durante la primera fase de la relación de ayuda. El experimentar cierta ansiedad es cosa normal, y no es necesariamente un factor de inhibición.

El profesional debe tomar conciencia de lo que él vive, de lo que puede sentir como una "amenaza", y decidir lo que debe hacer. Es importante tomar conciencia de los recursos con los que él cuenta para abordar la ansiedad, ya que ésta va a ser captada por el paciente y puede dar como resultado una falta de confianza en el profesional, o pensar que éste no sabe cómo ayudarle.

El profesional puede manifestar su ansiedad de diferentes maneras:

- . Comenzando la entrevista sin presentarse
- . No respetar el ritmo del paciente, atosigándolo con preguntas.
- . No acoger al paciente (de la manera que vamos a exponer más tarde en la primera fase de la relación de ayuda.)
- . Comenzar la relación interrogando al paciente o sin exponerle el objetivo u objetivos de la entrevista.
- . Confrontar al paciente de forma brutal.
- . Estar más preocupado por la respuesta que va a darle al paciente, que por escuchar verdaderamente lo que éste le está diciendo.
- . No respetar los silencios.
- . No estar atento al lenguaje no verbal, y al paralenguaje...
- . Es posible que su "incompetencia" le preocupe hasta el punto de temer dañar al paciente.

Ante una dificultad o una agresión inesperada, en efecto, es la emotividad, la ansiedad, la que nos hace reaccionar a veces de forma estrictamente irracional. Es ésta la que nos arrastra hacia conflictos cuyas

consecuencias son absurdas y desproporcionadas a la causa que los originaron.

Por otra parte, la ansiedad se comunica de tal manera que un paciente, de por sí ya ansioso, no debería añadir a su ansiedad la del mismo profesional. Éste último debe identificar la causa de su ansiedad; ésta sería la primera etapa del proceso necesario para superarla. La ansiedad no es siempre el único sentimiento que el profesional experimenta durante la fase de acogida. Puede también sentir aburrimiento, irritación, indiferencia, descorazonamiento... De la misma manera que hemos dicho respecto a la ansiedad, conviene identificar la causa de estos sentimientos. Es aceptando su emotividad y sentimientos, viviendo con ellos sin lamentos, como uno llega a controlarlos mejor. Y esto por dos razones principales:

- Las manifestaciones más intempestivas, las que más agotan nuestra emotividad son debidas de hecho, a la negación que nosotros intentamos oponer.
- Es preciso rechazar, además, la idea de que la emotividad es en sí misma un defecto. No es una debilidad. Puede ser una riqueza considerable, si se acepta y canaliza adecuadamente.

Percibir y observar a las personas y a las cosas sin prejuicios, teniendo en cuenta su individualidad, es la mejor escuela de objetividad y de estabilidad. Tal actitud puede ser una pauta de gran seguridad en los casos difíciles. Es el mejor medio para mantenerse sereno.

También el profesional puede, por ejemplo, estar cansado, si éste toma conciencia de su cansancio, puede, tal vez sobreponerse al mismo, o bien si esto no es posible, comunicárselo al paciente, con el fin de que pueda comprender su cansancio y no interpretar que no quiere escucharle, o que pasa de él.

Ejemplo:

P. Buenos días, Sr. Juan.

C. Hola buenos días.

P. Mire, voy a atenderle durante quince minutos, como de costumbre, sin embargo, me va a perdonar que debido a la mañana tan agotadora de trabajo, me siento muy cansado; por tanto, si hay algo que le digo que me repita, o ve algún gesto como de falta de atención es debido al cansancio. Así que le pido que usted me ayude a atenderlo lo mejor posible. Porque me imagino que cuando usted está cansado también le cuesta concentrarse, ¿verdad...?

C. *¡Ya lo creo!, incluso a veces se me pone un mal humor que no hay quién me aguante...*

P. *Vale, gracias por su comprensión y ayuda...*

2. ¿Cómo percibo al paciente con el que me voy a relacionar?

Con frecuencia existe el fenómeno transferencial. Es decir, proyectamos sobre nuestro interlocutor, ciertos aspectos de simpatía, antipatía o indiferencia. Por esta razón, es conveniente que durante los primeros momentos de la relación “pasee su imagen por mi cabeza” con el fin de tomar conciencia de qué siento ante su presencia y por qué. Esto me permitirá poder tomar una cierta distancia y sentirme lo menos condicionado por los fenómenos transferenciales.

Al tomar conciencia de esto, nos damos cuenta que, a veces, no nos relacionamos con la persona que tenemos delante, sino con la imagen que nos hemos hecho de ella. Esto viene condicionado por la imagen que inconscientemente nos hacemos al ver su cara, ropa,...oler su perfume, etc. Si la imagen que nos viene es positiva, agradable, simpática..., entonces solemos acoger al paciente o familiar de forma amable, sonriente... Por el contrario, si la imagen de la persona con la que nos vamos a relacionar nos es antipática, fría, distante, etc., en este caso lo solemos acoger con frialdad, distancia, sequedad, incluso estamos menos tiempo con él, o terminamos antes la “entrevista”.

Si nos preguntaran por qué te cae simpático o antipático, seguro que muchas veces nuestras respuestas serían: “es que me cae bien”, “es que es muy simpático/a”, “es que es muy agradable”, o bien lo contrario; cuando en el fondo lo acabamos de conocer y no tenemos elementos suficientes como para hacer este juicio. Por tanto seamos conscientes de este fenómeno, pues condicionados por esto, puede hacer que la Comunicación-relación se establezca o no se establezca.

3. Cuidar mucho la presentación, primer encuentro o acogida del paciente, pues aquí se juega uno el que se establezca o no la relación.

Este punto corresponde a la primera fase de la relación de ayuda, vamos a señalar algunos puntos que nos parecen importantes.

En primer lugar, siempre que vayamos a entrar en relación con el paciente o con cualquier persona, y esto no sólo por primera vez, sino cada vez, debemos preguntarnos: ¿cómo me gustaría a mí que me acogiera el profesional, mi pareja, mi padre, mi amigo...? El hacernos esta pregunta va a permitirnos tomar conciencia de que según sea nuestra acogida se dará o no la relación.

A veces nos quejamos de que el paciente no se abre o no comunica con nosotros, pero nos hemos parado a tomar conciencia de ¿cómo he acogido al paciente?, ¿me he presentado por mi nombre y profesión? Mi actitud no verbal ha sido de cercanía o de frialdad, seca, distante?

¿Cómo acojo las actitudes negativas con las que puede llegar el paciente? Por ejemplo, veamos algunas de ellas:

- El paciente llega ansioso. Generalmente él no lo dice, nosotros lo deducimos por su comportamiento no verbal. Como esto no lo sé de manera concreta, para no interpretar, lo mejor es decirle, por ejemplo: *“¿tengo la impresión de que está ansioso, si es así, quiere decirme a ¿qué se debe y qué le ayudaría para sentirse mejor?”* Esto le ayudará a él a expresar cómo se siente, y a nosotros a saber de manera concreta lo que le ayudaría para sentirse mejor, y por consiguiente mejor acogido.

- El paciente llega agresivo, o nos lo parece por sus gestos y palabras. Lógicamente, si le respondemos con agresividad se dará la escalada y a ver quién puede más. Sin embargo, si le decimos: *“tengo la impresión por sus palabras, o gestos que está enfadado, o furioso, me imagino que algo le habrá pasado o le habrán hecho para estar así, quiere decirme qué le ha pasado y qué le ayudaría para sentirse mejor?”* Ante esta respuesta nuestra, lo más frecuente es que nos diga, por ejemplo, *“estoy harto, llevo 2 horas esperando”* Si nosotros nos ponemos en su puesto, seguro que también estaríamos molestos o un tanto agresivos. Si le decimos: *“lleva toda la razón, yo también estaría muy molesto si estuviera en su lugar”*. Esto hará que se sienta comprendido y que disminuya su agresividad.

Recordemos a este respecto que, generalmente, las personas nos ponemos agresivas cuando algo nos ha ocurrido en nuestra vida. Por tanto no “ataquemos” la persona, sino que veamos el por qué ha llegado a este estado o situación, con el fin de comprenderlo mejor, y después partiendo de él, le digamos qué le ayudaría para sentirse menos molesto, nervioso, agresivo, etc. Esto nos dará mejor resultado que reprocharle su comportamiento, moralizarle, etc.

Resumiendo, ante cualquier comportamiento (de apatía, indiferencia, silencio, cansado, ansioso, agresivo, etc.) con el que llega el paciente, reflejarle cómo lo vemos, (tengo la impresión de que está, ansioso, apático...) decirle o preguntarle a qué se debe

y qué le ayudaría a sentirse mejor. Esto viene a ser en definitiva el practicar el Método de Resolución de Problemas del que hablaremos en el punto 7

4) Fijarse el objetivo u objetivos que se quieren conseguir con el paciente.

Si queremos obtener la colaboración del paciente debemos, al comienzo de la entrevista, explicarle el punto o puntos (objetivos) que queremos abordar con él y *por qué* o *con qué fin*.

De esta manera, pensamos, que el paciente puede entrar mejor en un proceso de colaboración pues entiende cuál es la finalidad que tenemos al hablar con él o abordar un problema u otro de su vida.

Comunicándose el profesional de esta manera con el paciente le está mostrando que, merece la pena el que se implique y responsabilice en su proceso de hacer frente a su problema, o sufrimiento. El profesional comunica así al paciente su deseo de comprometerse en este proceso de relación de ayuda.

5). Tener en cuenta “el objetivo” del paciente

Por otra parte, no debemos olvidar que es preciso comenzar la entrevista no sólo *presentando el objetivo del profesional, sino también y prioritariamente tener en cuenta cuál es el “objetivo” del paciente. Con esto queremos decir que hay que partir primero de lo que le interesa o preocupa al paciente*. Es decir, que antes de comenzar a abordar el objetivo propuesto por el profesional, éste debe preguntar al paciente si hay alguna cosa, problema... de la que quiera hablar o que le preocupe, pues, si al paciente le preocupa algo y no se le da la oportunidad de expresarlo, será difícil que pueda escuchar o centrarse en el objetivo que le presenta el profesional, pues está centrado en su preocupación. Una vez se haya abordado con el paciente lo que le preocupa a éste, le resultará más fácil aceptar el objetivo propuesto por el profesional.

6. Fijar con el paciente el tiempo que va a durar la entrevista.

Si, por ejemplo, el profesional quiere mantener con el paciente 10 minutos de entrevista, deberá respetarse ese tiempo ni más ni menos. Eso facilita poner límites al paciente y al profesional, no olvidemos que el tiempo es estructurante. De esta manera el profesional estará dispuesto a escuchar al paciente durante los 10 minutos fijados; mientras que si está más tiempo y ha de hacer otras cosas u ocuparse de otros pacientes, se mostrará nervioso, inquieto, preocupado por que el tiempo previsto se ha pasado, con lo cual difícilmente podrá escuchar al paciente.

Por otra parte, si el profesional no fija el tiempo con el paciente, quizás no sepa cómo acabar (cortar, pues se alarga demasiado) cuando el paciente le está hablando de sus preocupaciones o problemas. Si no ha fijado el tiempo también puede ocurrir que, cuando quiera terminar la entrevista, el paciente comience a hablar de algo que le preocupa mucho, o incluso llore. Si el profesional se va con el pretexto de que tiene que ir a hacer otras cosas, el

paciente puede pensar que su problema no le interesa, que el profesional no quiere escucharle, que tal vez su situación es demasiado grave como para que se ocupen de él, o que no merece la pena, etc. En tal situación, el profesional puede sentirse como en un callejón sin salida, entre la necesidad de irse, porque tiene otras cosas que hacer, y la de escuchar al paciente en esta su situación angustiante, porque ¿cómo va a abandonar ahora al paciente?. En este caso, si el profesional se queda, se sentirá nervioso, inquieto... lo cual impedirá una plena disponibilidad para escuchar adecuadamente. Por el contrario, si el profesional ha anunciado previamente al paciente, que el tiempo que pasará con él es de 10 minutos, en ese tiempo el paciente puede contarle lo que desee y cuando lo desee. El paciente puede tener sus razones para decir las cosas importantes en el último momento, puede tener sus razones para decir (por ejemplo, que es al final cuando comienza a tener confianza en el profesional, o que dice las cosas más problemáticas en el último momento, para así poderse liberar de ellas y que el profesional se vaya con ellas y no se le dé más vueltas, etc.).

Por tanto, el profesional podrá dejar al paciente, con toda tranquilidad, aunque éste le esté contando cosas importantes o tristes, porque él ya le había anunciado el tiempo que iban a estar juntos. No obstante, el profesional le podrá decir: *"me está diciendo cosas muy importantes, siento tener que irme, pues le había dicho de que sólo*

disponía de 10 minutos, pues si me quedara más tiempo no estaría disponible para poderle escuchar y esto requiere tiempo. Por tanto si lo desea yo volveré a tal hora para poder continuar con el problema o el tema que usted ha comenzado a contarme".

Nos parece muy importante hacer esta observación respecto al tiempo, pues hemos observado profesionales que se sienten atrapados por el paciente, sin saber cómo "cortar" la entrevista. Esto permite al profesional sentirse disponible para el paciente aunque sólo disponga de tres minutos, sabiendo que pasados los tres minutos podrá irse y seguir con su planificación. Cuántas veces oímos frases como ésta: *"yo pasaría a ver a tal paciente, pero es tan pesado que si te coge no te suelta"*. Con ello culpabilizamos al paciente de ser pesado cuando, en el fondo, el problema es que el profesional no sabe estructurar su tiempo y fijar los límites o el tiempo de duración de la entrevista.

7. El profesional debe tener presente las etapas del método de resolución de problemas.

Es decir, una manera de centrarse en el paciente y llevar un esquema de la entrevista, como el hilo conductor de la misma, es tener presente las etapas del método de resolución de problemas, la cuales son:

a) *Establecer el problema.* El paciente nos habla de su problema. Por ejemplo el paciente nos dice: “*me siento muy agustiado*”.

b) *Ver la causa del problema.* Mediante un feed-back, establecer cuál es la causa o causas del mismo según el paciente, no según el profesional. Po ejemplo: “*Me acaba de decir que se siente muy angustiado, podría decirme a ¿qué cree que se debe?* Nos parece importante tener en cuenta la causa desde el paciente, aunque para el profesional no sea esa la causa o las causas.

Partir de la causa o las causas del paciente es como entrar en su mundo o problema por la puerta que él nos presenta, pues si queremos entrar por la puerta que a nosotros nos parece la más adecuada corremos el riesgo de que se sienta amenazado y por lo tanto que nos cierre la puerta, es decir, que no nos escuche o no quiera continuar la relación porque no se siente comprendido, escuchado o porque se siente amenazado, etc.

Esto no es óbice para que más tarde, cuando la confianza se ha establecido, el profesional pueda explicar al paciente que su manera de ver o de explicar las causas del problema no corresponden a las suyas; pero al principio eso podría percibirlo el paciente como amenazante y cerrarse a la relación.

c) *Objetivos y acciones.* Una vez esclarecido el problema y las causas del mismo según el paciente, el profesional puede decirle al paciente, “*me acaba de decir que se siente angustiado porque ve que no ha mejorado nada de ayer a hoy, ¿qué cree le ayudaría?* por una parte, que le explique lo que ha hecho hasta el presente para poder solucionar su problema, es él el agente de su vida y sin duda tiene muchos recursos y ha pensado y probado cosas. Es necesario ver lo que ha hecho y el resultado que ha obtenido. Por otra parte, el profesional debe, en la medida de lo posible, establecer los objetivos y las actividades con el paciente. No trazar los objetivos con el paciente sino *en lugar* del paciente equivale a olvidar que él es el protagonista y actor responsable de su proceso de cambio, mientras que el profesional no es más que un activador de este proceso. También se evita el peligro de que el paciente no cumpla los objetivos y las actividades, porque no se sintió comprometido con los mismos, sino que los sintió como impuestos desde fuera.

d) *Evaluación.* Si hemos elaborado los objetivos con la colaboración del paciente, en la evaluación aparecerá el éxito o el fracaso en la consecución de los mismos, pero el paciente será el principal responsable de esto. Si es positivo, esto aportará al paciente mayor confianza en sus capacidades, así como disminuirá la dependencia respecto al profesional. Si elaboramos los objetivos y actividades en lugar del paciente, no debemos extrañarnos si dichos

objetivos no se alcanzan, pues el paciente no se ha sentido implicado ni ha participado en su proceso de cambio.

En resumen:

- El paciente presenta su problema
- Analizamos con él las causas del mismo, partiendo de las que nos da el paciente; de este modo llegamos a definir el problema.
- Establecemos los objetivos y actividades para resolver el problema *junto con el paciente*.
- Vemos con qué recursos cuenta el paciente para resolverlo (personales, familiares, sociales...)
- Finalmente evaluamos con él el proceso con el fin de saber si le está ayudando o no.

Pongamos un *ejemplo*:

Pac.. *Hace varios días que no ando bien del vientre.* (Presenta su problema)

Prf. *Me dice que no anda bien del vientre. ¿Podría concretarme un poco más qué quiere decir: "no ando bien del vientre"?*

Pac. *Pues sí, que cada cuatro días hago de vientre, vamos que no hago caca con frecuencia, y al hacerla me hago daño, y perdóneme usted por hablar así.*

Prf. *No se preocupe por las palabras, puede usted expresarse como más claro sea para usted.*

Bueno, me dice que no hace caca desde hace cuatro días. ¿A qué cree que es debido? es decir, a su parecer, ¿por qué cree que hace tantos días que no hace?(El profesional busca las causas con el paciente).

Pac. *Bueno, yo no sé de eso,... para eso vengo aquí. Pero vamos, yo creo, que es porque me paso mucho tiempo sentado viendo la T.V., hago poco ejercicio, como poca fruta y verdura, bebo poco líquido, en fin yo no sé si esto tiene que ver, pero yo creo que es debido a eso.*

Prf. *Muy bien, me parece que usted ha dicho muchos puntos que influyen para andar bien o mal del vientre, como son el poco ejercicio y la alimentación pobre en verduras y frutas. " Y ante esto ¿qué cree podía hacer?* (El profesional le propone al paciente establecer juntos un plan de acción. El profesional debe ayudar al paciente a concretar este plan de acción, pues de lo contrario se quedará en buenas intenciones).

Pac. *Pues yo creo que está claro, ver menos tiempo la TV., bueno, mejor dicho, andar más, beber más, comer más verdura...; en fin algo de eso.*

Prf. *De acuerdo, me parece muy bien. Veamos cómo, cuando, de qué manera... lo va a hacer. Es decir, hagamos un programa para que esto lo haga y no se le olvide.*

Cl. *Pues sí, por ejemplo, todas las mañanas al levantarme tomar un vaso de agua, (he oído que esto ayuda).*

Después del desayuno, allá sobre las diez dar un buen paseo de una hora (Yo, sabe usted, ya estoy jubilado y no trabajo, por eso puedo permitirme darme un buen paseo). También estaba pensando hacer un poco de gimnasia al levantarme. Y en las comidas decirle a mi mujer que ponga bastante ensalada y verduras. Ah! Y también tomar fruta. ¿Qué le parece?

Prf. *Muy bien, Va a hacer eso todos los días, pero conviene que se lo apunte para que no se le olvide, y dentro de tres o cuatro días viene por aquí a ver si le ha dado buen resultado. ¿De acuerdo? (Le propone evaluar el plan con el fin de saber si le está siendo útil).*

Pac. *Sí, de acuerdo, Bueno, muchísimas gracias, y hasta pronto.*

Pr. *Gracias a usted. Hasta pronto...*

8. Debemos puntuar e insistir sobre los aspectos positivos que nos revela el paciente con la finalidad de valorarlo.

El paciente presenta generalmente muchas cosas negativas, conviene que nosotros veamos los aspectos positivos que durante la relación va expresando el paciente y se los remarquemos, esto permite no disminuir su auto-estima y tener más confianza en sí mismo, pues se da cuenta que no todo en su vida es negativo. Así mismo se le confirmará en todo lo que está haciendo y le sirve o es bueno para él. Por ejemplo: el paciente nos dice que para poder dormir, todas las noches antes de irse a dormir se da un paseo y toma una tisana y que esto le ayuda a tener un buen sueño. El profesional debe reforzarle esto y decirle de alguna manera que eso está muy bien.

9. Recordemos que una buena relación de ayuda supone un buen dominio de la comunicación humana.

También es importante que a una buena relación de ayuda lo acompañe un buen dominio de la comunicación humana, .

A nivel de emisor:

Un buen emisor es aquel que emite un mensaje con tanta claridad que su interlocutor no tiene que jugar a adivinar o interpretar, por tanto debe comunicar:

- a) Claramente y de forma concreta y breve **el contenido** de lo que le ha pasado o está pasando, por ejemplo: *hoy he trabajado mucho.*
- b) Comunicarle **el sentimiento** que tiene respecto a lo que ha pasado, pues recordemos que los sentimientos son los que dan la importancia, peso y gravedad a lo que nos ha pasado. Lo cual quiere decir que un mismo acontecimiento, unos lo viven de una manera y otros de otra. Siguiendo con el ejemplo anterior, “he trabajado mucho” *me siento contento.*, pues otras personas podrían decir, he trabajado mucho y me siento muy cansado. Por tanto, el sentimiento es el que da la impronta de cómo vive uno la realidad que le ha pasado. No obstante ni con el contenido, ni con el sentimiento sabemos lo que nos quiere decir el emisor al decirnos que ha trabajado mucho y que se siente contento, es el punto tercero lo que nos va a determinar el por qué nos lo dice.
- c) Comunicarle **la demanda**, es decir lo que esperamos del otro al decirle, en este caso que he trabajado mucho y me siento contento, te pido (demanda) *si tienes unos minutos para compartir contigo mi alegría.* Ante esta demanda el interlocutor no tiene que adivinar o aconsejar, o interrogar, etc, sino simplemente tratar de escuchar lo que le diga el emisor, por tanto no tiene que adivinar el por qué se lo dice. Y si lo que le pide puede dárselo se lo da, es decir si ahora le puede escuchar, pues le escucha, y si no puede ahora, pues se lo dice, de que ahora no puede más tarde sí, y si ni ahora ni después, pues le dirá, lo siento pero no puedo ni ahora ni después y de verdad que lo siento. Por lo que aparece una comunicación clara y concreta en la que el interlocutor no tiene que preguntarse por qué le comunica lo que le acaba de decir.
- d) Y debe de tener en cuenta la relación, es decir, la manera, el tono, como se lo dice, recordar, que muchas veces no es lo que nos dicen lo que nos molesta o agrada, sino el tono cómo nos lo dicen

Por tanto, en la relación es básico tener en cuenta el *contenido* de lo que dice el paciente o emisor, de lo que *siente* (sentimiento) en relación al contenido y saber cuál es su *demanda* en función de lo que está diciendo. Estos aspectos nos permitirán centrarnos mejor en el paciente e impedir que aborde muchos temas sin profundizar en ninguno.

A nivel de receptor

La misión del receptor es recibir el mensaje que le ha dado el emisor de la forma más fideligna posible, es decir, su misión es escuchar.

Señalemos que un buen receptor es el que al escuchar el mensaje del receptor le dice lo que ha captado y cómo lo ha captado para que el emisor se sienta comprendido y no interpretado.

Aspectos importantes que debe tener en cuenta un buen receptor:

-Además de tener en cuenta ciertas actitudes no verbales que favorecen la escucha y por las que el emisor tiene la sensación de sentirse escuchado, señalamos al menos tres actitudes que indican que el receptor ha escuchado:

a) Feedback o retroalimentación: Consiste, grosso modo, *de repetirle al emisor lo que hemos captado de lo que nos ha dicho, tanto a nivel de contenido, de sentimiento y de demanda.* De esta manera el emisor puede tener la seguridad globalmente de que se ha sentido comprendido tal cual él lo ha manifestado.

b) La empatía: *es decir, tratar de ver el problema o lo que nos manifiesta el emisor tal cual éste lo vive, o lo siente.* No basta con decirle al emisor lo que hemos captado de su mensaje, es necesario que se sienta comprendido desde él, de aquí la importancia de la empatía.

c) Estar centrados en lo que el emisor nos dice no en lo que le vamos a contestar. Una buena manera de mostrar esto es mediante el *Método de resolución de problemas*, Esto quiere decir, centrarnos en el **problema, las causas del mismo y la actividad**, que traducido en la práctica sería, por ejemplo:

Pac: me duele la cabeza (problema)

Enf: me dice que le duele la cabeza) (feedback) A qué cree que se debe (le pregunta por las causas de su dolor)

Pac: creo que es debido a que estoy agotado por conducir mucho.

Enf. (centrado en el paciente) y ¿qué crees te ayudaría para sentirte mejor?

Pac. Pues tal vez irme a casa darme una buena ducha y tumbarme en la cama.

Enf. Pues me parece muy bien si eso crees te puede ayudar, pero ¿cuándo te vas a ir a dar la ducha y a tumbarte? (Aquí en el enfermero le apoya en su decisión y trata de concretar la actividad, pues recordemos que una actividad

es tal si responde a las preguntas: quién lo hará, qué hará cuándo, dónde cómo, etc, que ya vimos en el punto 7.

En resumen recordemos que, durante toda la relación o entrevista, conviene no olvidar las actitudes de un buen receptor como son: *feedback empática, autenticidad, aceptación incondicional, centrarse en el otro mediante el método de resolución de problemas, etc.*

10. Practicar continuamente el feedback.

No debemos olvidarnos de hacer continuamente el feedback o retroalimentación de (como ya hemos señalado) lo que nos dice el paciente, pues esto hará que el paciente se sienta escuchado y comprendido. Por otra parte el feedback es menos amenazador que preguntarle el porqué. Además esto nos va a permitir centrar al paciente y llegar donde él quiere llegar y no donde desee el profesional. Recordemos que uno de los problemas principales de por qué el paciente – o las personas- no cumplimos el tratamiento, es porque no nos han pedido un feedback con el fin de verificar que hemos captado bien lo que nuestro interlocutor (médico, enfermera, psicólogo, etc, - nos ha dicho .Sin embargo para que éste sea eficaz, hace falta por parte de la enfermera que le haga un feedback al paciente, y pedirle al paciente que le haga un feedback a lo que le ha dicho la enfermera, médico, etc.

11.Importancia del resumen

De vez en cuando resumir lo que nos ha dicho el paciente tiene por finalidad reagrupar los diferentes puntos que ha tocado en su discurso. Esto se asemeja al ensamblaje de las piezas de un puzzle, (“con el feedback verificamos cada pieza del puzzle, con el resumen es como darle un trozo del puzzle una vez ensambladas las piezas”) con él le vamos dando al paciente una visión más completa de su problema.

¿Cuándo realizar el resumen? Si es una primera entrevista, conviene que de vez en cuando, cuando el emisor nos ha hablado de su problema o problemas le hagamos un resumen de lo que nos ha ido diciendo, para que el paciente se vaya viendo. Y por otra parte, una buena manera de terminar la entrevista es pidiéndole al paciente que nos haga un resumen de lo que hemos hablado y de las conclusiones y actividades a las que hemos llegado. Esto permitiría que el tratamiento que hemos señalado quede claro y bien atado con el fin de que se cumpla, no sirve de mucho decirle al paciente si nos ha comprendido, porque lógicamente nos va a decir que sí. La mejor prueba de que nos ha comprendido es haciendo un resumen de lo que hemos hablado y de las conclusiones y actividades a las que hemos llegado y nos comprometemos a realizar.

Si hay otras entrevistas sucesivas, siempre es muy práctico comenzar por pedirle al paciente que nos haga un resumen de lo que hablamos en la entrevista pasada y de las actividades a las que se había comprometido, esto nos permitirá saber con lo que se quedó y lo que ha realizado en concreto.

12. Los silencios.

Por su complejidad y su riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación, y es importante no trivializarlo o eliminarlo - sea cual fuere la razón - amueblándolo o evitándolo con preguntas, o desviando el tema de la relación.

El silencio, como lenguaje para-verbal o meta-comunicación, se presta a múltiples interpretaciones e hipótesis, que al no ser confirmadas o afirmadas producen cierta ambigüedad, y en numerosos casos llevan a la ruptura de la comunicación.

Los silencios pueden estar provocados por una serie de factores: Emocionales (bloqueos, angustias, amenazas...). Intelectuales (reflexiones, falta de ideas,...). De interacción entre el profesional y el paciente (el paciente no confía en el profesional mostrando por ello resistencias, etc.)

Actitudes del profesional ante los silencios

A ciertos profesionales, sobre todo los principiantes, el silencio les resulta difícil de soportar, piensan que lo han provocado ellos y por ello creen que lo deben evitar a toda costa.

En la medida en la que el profesional quiera implicarse en la situación expuesta por el paciente, entrando en su mundo y preguntándose: ¿qué siente el paciente?, ¿dónde se encuentra? ¿a dónde quiere llegar? ¿cómo se encuentra en este momento?, etc., en definitiva, si el profesional empatiza con el paciente, sabrá respetar y detectar los silencios de forma adecuada.

El profesional debe ser consciente de lo que siente (paciencia, nerviosismo, indiferencia, ansiedad, dificultad en soportarlo...), así como tener en cuenta los fenómenos transferenciales del paciente con el fin de transmitirle calma, serenidad y respeto de su ritmo.

También pensamos que el profesional, a fin de evitar nerviosismos y malentendidos, debe explicar al paciente que los silencios y las pausas forman parte de la relación y que por tanto se deben respetar. En caso de duda, es necesario clarificarlo con el fin de que no aparezca un cierto malestar o tensión entre los interlocutores.

Actitudes del paciente frente a los silencios

El silencio del paciente puede ser debido a:

- Su ansiedad o angustia, que van a producir bloqueos en la relación. Puede ser que, recuperado por sus problemas, no escuche al profesional.
- Falta de claridad y de precisión en su pensamiento y en su lenguaje, así como en la exposición de su problema.
- Pensar que el tema ha concluido.
- Una confrontación que resulta muy amenazante para el paciente.
- Necesitar más tiempo para clarificar su pensamiento o sus emociones.
- Haber dicho, él mismo, alguna cosa que le ha perturbado, o bien que el profesional, por equivocación, haya dicho alguna cosa que el paciente haya malinterpretado.
- Resistencias. El paciente puede permanecer silencioso porque se está resistiendo a lo que él considera una intrusión. Puede ver en el profesional, una figura autoritaria o la proyección de alguien o algo que él no ha aceptado y quiere evitar a toda costa.

En resumen: con el fin de que el profesional no se sienta incómodo o molesto ante los silencios, lo más adecuado es clarificarlo, o bien aprovechar el silencio para abordar con el paciente el sentimiento que le produce lo que está diciendo.

Por ejemplo:

[...]

Pac. *Ayer estuve hablando con mi mujer sobre los diversos problemas que tenemos y ... (se queda en silencio).*

Prof. *(Le hace feedback) Me decía que ayer estuvo hablando con su mujer y se ha quedado callado, no sé lo que me quiere decir con su silencio (al decirle esto, el profesional intenta que el paciente clarifique el por qué de su silencio).* O bien, también le puede decir: *Ayer estuvo hablando con su mujer de los problemas que tienen, ¿cómo se sintió y se siente al hablar de este tema? (De esta manera no hablará sólo de contenidos, sino de lo que le remueve este tema, es decir de los sentimientos que esto le produce, esto hará que la comunicación entre en un grado más profundo, pues pasará a hablar no de contenidos sino de sentimientos).*

13. Las preguntas

La mayoría de las personas se sienten incómodas cuando se sienten interrogadas o investigadas. Pensamos que la causa de este malestar radica en que se pregunta sin explicar el porqué de la misma. Por tanto, a fin de que el paciente no se sienta molesto con las preguntas del profesional, y sepa el porqué de tantas preguntas o su interrogatorio, es conveniente que éste tome la actitud de: pregunta que haga pregunta que le explica al paciente el por qué se la hace. Esto también llevaría al profesional a hacer menos preguntas, o a no llenar el tiempo con preguntas cuando no sabe qué decir, o no sabe a dónde va con su entrevista. Máxime, sabiendo que en la comunicación, lo que está claro para mí sólo lo está para mí. El profesional sabe por qué hace la pregunta, pero el paciente ¿sabe por qué se la hace? Una pregunta, aparentemente anodina, puede esconder un doble mensaje, o una interpretación distinta de la evocada por el interlocutor. Si el profesional explica el porqué de su pregunta, entonces no caben las dobles intenciones o las preguntas con doble sentido.

Lo mismo cabe decir por parte del paciente, pregunta que nos haga, intentar clarificar lo que nos quiere decir con eso, y esto, insistimos, por muy claro que nos parezca, pues: lo que está claro para mí sólo lo está para mí.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

BERMEJO JC. Relación de Ayuda. Ed. San Pablo. Madrid. 1996

Bermejo J.C. et Al. Relación de enfermería: material de trabajo. Santander, Sal Terrae. 1998.

Bermejo J.C. Apuntes de Relación de Ayuda. Santander, Sal Terrae.. 1998.

Bermejo J.C. Humanizar el encuentro con el sufrimiento. Bilbao, Desclée de Brouwer. 1999.

Bermejo J.C. La escucha que sana. Madrid, Ed.. San Pablo.2002

Bermejo J.C. La relación pastoral de ayuda al enfermo. Madrid. Ed. San Pablo.1995.

Bermejo J.C. Relación de Ayuda Acción Social y Marginación. Santander, Sal Terrae.. 1998.

BOISVERT JM. S'affirmer et communiquer. Les Edit. de l'Homme. Quebec. 1979.

CAYROL A, y BARRERE P. La programmation Neuro-linguistique. Edit. ESF. París.1988.

CIBANAL L, y ARCE MC. Interrelación del profesional de Enfermería con el Paciente.

Alicante. Editorial Doyma-Barcelona. 1991.

CIBANAL L, y ARCE MC. La relación Enfermera-Paciente. Universidad de Alicante.

Alicante. 1991.

CIBANAL L, y ARCE MC.CARBALLAL MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud.Ed. Elsevier-España. Madrid 2010.

EISENBERG N. La empatía y su desarrollo. Desclée de Brouwer. Bilbao 1992.

ELLIS R. et al. Teoría y práctica de la comunicación humana. Ed. Paidós-Ibérica, S.

A. Barcelona. 1993.

GORDON TH. P.E.T. en acción. Edit. Diana, México. 1978.

FREUD S. Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica. Madrid.Alianza Editorial 2004.

GUITTET A. La Entrevista: técnicas y prácticas. Ed. Mensajero. Bilbao. 1998.

HUERTAS S. Comunicación (módulo I) Comunicación humana. Safel Editores. S. L.

Madrid. 1999.

MADRID J. Hombre en Crisis y Relación de ayuda. Madrid. Asetes. 1986.

MUCHIELLI, R. Preparación y dirección eficaz de las reuniones. Madrid, Ibérico Europea. 1984.

NACHT s. Présence du psychanalyste. P.U.F., París 1963

REPETTO E. Fundamentos de orientación: la empatía proceso orientador. Ed. Morata.

Madrid. 1992.

ROGERS C, KINGET M. Psicoterapia y Relaciones humanas. Alfaguara. Madrid. 1971. –

ROGERS,C Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós. 1972

ROGERS, C. Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid: Narcea. 1978

ROGERS, C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós.1979

ROGERS, C. y otros Persona a persona. Buenos Aires: Amorrortu.1980

83

ROGERS, C. y C. ROSENBERG La persona como centro. Barcelona: Herder. 1981

ROSELL T. La entrevista en el trabajo social. Biblària, S.C.C.L. Barcelona. 1998.

SALOME J. Háblame tengo cosas que decirte. Barcelona. Hogar del libro 1987.

SATIR V. Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Pax. Mexico. 1991.

SHEA SHAW MC. La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender una guía práctica.

Harcourt Brace de España S. A. Barcelona. 2002.

WATZLAWICK P, WEAKLAND JH, y FISCH R. Cambio. Herder. Barcelona. 1989.

WATZLAWICK, P; BEAVIN, J. Y JACKSON, D. . Teoría de la comunicación humana. Herder Barcelona.

(1983)

WATZLAWICK, P; Cambio.. Herder. Barcelona. (1989).

WATZLAWICK, P. Es real la realidad?. Herder.Barcelona. 1985.

.