

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN II

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen II**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

PSIQUIATRÍA

| | |
|--|-----------|
| VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS | 31 |
| ANA MARIA ROCES PALACIO | |
| ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA..... | 32 |
| NOELIA FERNANDEZ GUERRERO, ELIZABETH CANO GRANADO, PATRICIA LÓPEZ GARCÍA | |
| LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD..... | 33 |
| FRANCISCO JAVIER ALBA MORALES, SARA MORALES JIMENEZ, ALICIA CASTRO HORCAS | |
| MEDIDAS QUE EVITAN SUJECCIONES FÍSICAS EN AGITACIÓN FÍSICA | 34 |
| LAURA GÓMEZ NARVÁEZ, VANESSA ROPERO GALLARDO, VERONICA PONCE MORENO | |
| RELACIÓN DEL INSOMNIO Y DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EN PATOLOGÍA MENTAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS | 35 |
| ÁFRICA CLEOFÉ ROBLES RODRÍGUEZ , MARÍA EUGENIA CARRILLO MOLINA , MARÍA DOLORES GIMÉNEZ FERRERES , ANTONIA VALERA ORTEGA , MARÍA FLORENCIANO MESEGUER, ARACELI HERNÁNDEZ MADRID , ROSA MARÍA MATALLANA POZUELO, ANA MARÍA GARRIDO HOLGADO , ANTONIO MON MORALES, GIUSEPPE TAZZA | |
| CÓMO INFLUYE EL ESTRÉS EN NUESTRO ORGANISMO..... | 36 |
| ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, ALICIA MARTIN PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA | |
| EL EJERCICIO FÍSICO COMO TERAPIA DE APOYO EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN..... | 37 |
| MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ, ELISABETH CASCALES PALAZÓN | |
| ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE UN PACIENTE SUJETO TERAPÉUTICAMENTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 38 |
| ALBERTO VEGA DIAZ, TANAGRA CARCELA SALVADOR | |
| ANÁLISIS DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA PERSONALIDAD SEGÚN FREUD | 39 |
| BEATRIZ MERAYO SERENO, PALOMA ATELA URQUIJO, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA | |
| TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO | 40 |

SONIA GARCIA GALDON, LAURA IZQUIERDO BALLESTA, NURIA SANCHEZ PEDREÑO, ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON

LA ANOREXIA NERVIOSA UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN ADOLESCENTES41

JULIA CABEO GARCIA, NANCY MARTINEZ GARCIA, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ CARRERA

SÍNDROME DE CAPGRAS O ILUSIÓN DE SOSIAS.....42

ESTHER REBOLLO BARRAGAN, RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ

MUJERES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y VIOLENCIA DE GÉNERO ..43

PALOMA ATELA URQUIJO, BEATRIZ MERAYO SERENO, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA44

JENNIFER RUIZ MORENO, MARIA DEL CARMEN AFAN VÁZQUEZ, MONTSERRAT CHAO LOPEZ

PACIENTE CON INGESTA MEDICAMENTOSA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA45

AMARA MARTINEZ MUÑOZ, JESSICA MARÍA GOUSSE MERINO, JOSE LUIS RODRIGUEZ CHAVES

PAPEL ENFERMERO ANTE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UN PACIENTE AGITADO46

MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER

RELACIÓN ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE TÓXICOS.....47

REGINA VAZQUEZ OURO, ANGELS PUEYO RODRIGUEZ, SERGIO NUÑEZ VALLES, NÚRIA SÁEZ RUEDA, MARTA TUDELA RUIZ, SARA PEREZ HERRERO, MELANIE VERGARA GAMBOA, SONIA RODRÍGUEZ OSUNA, ANNETTE IOSSA ROSADO, ALBA JIMENEZ MARRAHI, SILVIA BEATRIZ CHISAG TUALA, LAURA LLORENS SORIANO

PROCESO ENFERMERO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS48

CRISTINA TORO GARCÍA, ALBA MARÍA SÁNDEZ MACHO, VANESA SÁNDEZ MACHO

ESTIGMAS DE LA SOCIEDAD CON LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ENFERMAS DEL ESTIGMA49

JAVIER SALMERON PADILLA, MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, ANA SALMERON GARCIA

| | |
|--|-----------|
| PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA | 50 |
| LAIA SPINOLA FONTANET, JUDIT DURAN RUIZ, PAULA BLANCO HERNANDEZ, LAURA GONZALEZ GONZALEZ, ESTER LOZANO GONZÁLEZ, VANESSA MESA SANCHEZ | |
| EL PRIMER BROTE PSICÓTICO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA .51 | |
| JUAN VIGUERAS FERNANDEZ, MARIA DE LOS ÁNGELES VIGUERAS FERNANDEZ, PATRICIA ELENA VICEIRA PICOSI, RAFAEL PEREZ LEON, GUADALUPE VICEIRA PICOSI, JOSE LUIS MAESTRO HUESA, CRISTINA EGEA PÉREZ, LAURA NAVARRO MARTINEZ, TEODORA MUÑOZ FERNANDEZ, ROCIO CEGARRA LOPEZ | |
| ESTUDIO ESTADÍSTICO EN PSIQUIATRÍA SEGÚN CÓDIGO CIE-10-ES | 52 |
| DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA PINTOR LUNA, RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO | |
| ANÁLISIS DE LA TERAPIA EMOCIONAL A TRAVÉS DE LAS FLORES DE BACH.... | 53 |
| MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, RUTH REQUENA RUBIO | |
| ANÁLISIS SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL | 54 |
| MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, RUTH REQUENA RUBIO | |
| EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ANSIEDAD | 55 |
| MARIA DEL CARMEN GARCIA VICO, ROCIO JODAR LOPEZ, MARIA DOLORES MARTINEZ PEÑA | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE: FAMILIAR COMO CUIDADOR PRINCIPAL | 56 |
| MARIA DEL PILAR BRAVO RIVAS, ROCIO PEREA DEL PINO, ANDRES JESUS CARMONA GUIRADO | |
| CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN FASE AGUDA ... | 57 |
| DULCE NOMBRE LÓPEZ PEDRAZA, YURENA DE LAS NIEVES CARRILLO DÍAZ , MARIA DEL ROSARIO ROJAS LISEDAS | |
| PACIENTE JOVEN CON ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO | 58 |
| BEATRIZ PRIETO VILLEGAS, CARLA AZORIN TOVAR , CARMEN MARÍA MARTOS MILLAN, PABLO QUILEZ LLOPIS , ANA LÓPEZ MARTÍN | |
| MICROZOOPSIAS POR ANSIEDAD: TRASTORNO DE CONVERSIÓN..... | 59 |
| BEATRIZ PRIETO VILLEGAS, CARLA AZORIN TOVAR , CARMEN MARÍA MARTOS MILLAN, PABLO QUILEZ LLOPIS , ANA LÓPEZ MARTÍN | |
| LA PÉRDIDA DE CONTACTO CON LA REALIDAD A CAUSA DE LA ESQUIZOFRENIA | 60 |

ALICIA RUIZ ARCE, NOELIA GUTIERREZ RUIZ, ALEJANDRA HORNING
BENGOCHEA, XIOMARA ORTEGA HERREROS, VANESA PÉREZ FERNÁNDEZ, EVA
MARIA FERNANDEZ SOTA, LUISA PLATAS LALEONA, KAOUTHAR EL ANSARI,
MARÍA DEL MAR GÚTIEZ AGUIRRE, ANA MARIA RODRIGUEZ ALONSO, MARIA
LOPEZ MATA, ELENA BOLADO GARCIA DE LOS SALMONES

PACIENTE VARÓN CON ADICCIÓN AL SEXO: A PROPÓSITO DE UN CASO61

ALMUDENA SABATE ARJONA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, CRISTINA
RIVAS SAAVEDRA, ANA PEREZ VAZQUEZ, CRISTINA MELERO HERNANDEZ,
SONIA FUERTES PURIFICACIÓN

SUICIDIO INVOLUNTARIO: PACIENTE ADULTA CON PSICOSIS62

CRISTINA GONZALEZ GONZALEZ, ANA COCA COCA, ESPERANZA VERDUGO
ROMÁN

**URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AGITADO63**

MANUEL CASTILLO JIMENEZ, ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MARIA MARTIN
HERRANZ

**EL EMPLEO DE INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS POR PARTE DE LA
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL: ESCALA NOIIS64**

FRANCISCA SIERRA MORENO, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, MARÍA DE LAS
MERCEDES AIRES ESLAVA

**FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE SALUD MENTAL.....65**

CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ, ANA MARIA VILCHEZ ALVAREZ, MARIA
PILAR ALCALA DELGADO

**EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA66**

CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ, ANA MARIA VILCHEZ ALVAREZ, MARIA
PILAR ALCALA DELGADO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO BIPOLAR.....67

KAREN DOMINGUEZ BARBOSA, ERIKA DOMINGUEZ BARBOSA, FRANCISCO
JAVIER SOLANO BARRAGÁN

**REGISTRO ELECTRÓNICO E INFORMATIZADO DEL PLAN DE CUIDADOS EN EL
SÍNDROME ANSIOSO DEPRESIVO, TIPO DISTÍMICO68**

OSCAR PEREZ BLAYA, CARMEN MARTINEZ PELLICER, MARIA JOSÉ GARCÍA
ZAMORA, ENNY KARINA DE MARTINO, ELENA MARGARITA LEÓN VILLAR,
SUSANA PIÑERO MARTÍNEZ, ÁFRICA CLEOFÉ ROBLES RODRÍGUEZ , ELIAS
BAGHDAN EGEA, JOSE ANTONIO PUJANTE RIQUELME, MIRIAM ALARCON
MONSALVE

| | |
|--|-----------|
| URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SUICIDA..... | 69 |
| MANUEL CASTILLO JIMENEZ, ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MARIA MARTIN HERRANZ | |
| MANEJO DEL PACIENTE CON IDEAS SUICIDAS | 70 |
| ANTONIO JAVIER SEGURA FORNIELES, DARÍO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CARLOS ALBA LÓPEZ | |
| DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE..... | 71 |
| ESTEFANIA ARIZA CALVO, SUSANA SALAS RODRIGUEZ, INMACULADA MOLINA MARTIN | |
| INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE UN EPISODIO PSICÓTICO DE PACIENTE VARÓN | 72 |
| MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ LÓPEZ, PATRICIA DEL CASTILLO SÁNCHEZ, LAURA AMAT PEÑA - TORO | |
| ANÁLISIS SOBRE EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA..... | 73 |
| ALMUDENA GONZALEZ DE AQUINO, ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO | |
| ANÁLISIS SOBRE LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR..... | 74 |
| MARIA JOSE NOGALES LOZANO, JOSE TOMAS ROSALES PRADOS, BELEN ABAD CRUZ | |
| AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD | 75 |
| CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN | |
| COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 76 |
| LIDIA FERNANDEZ OCAÑA, JUANA LÓPEZ CARRILLO, RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL | |
| PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR | 77 |
| MARTA GALÁN MARTÍNEZ, ÁNGELA GALÁN MARTÍNEZ, VÍCTOR CARDENETE MORENO JUSTICIA | |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL..... | 78 |

CARMEN AYLLÓN REDONDO, MARIA CRISTINA MELGAR FERNÁNDEZ, SONIA
MELGAR FERNÁNDEZ

CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN.79

MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA
DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA
BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ
SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ
JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE

**NORMALIZANDO LA ALIMENTACIÓN EN SALUD MENTAL: EL COMEDOR
TERAPÉUTICO.....80**

MACARENA SÁNCHEZ MORENO, JOSE ANTONIO CAMACHO ALCANTARA,
VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA

DELIRIUM TREMENS: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD81

MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN
NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA,
MARIA ANGELES INIESTA GARZON

**TRASTORNO BIPOLAR: INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIAS PSICOSOCIALES
.....82**

SONIA PASCUAL GUERRERO, LAURA MARTÍN OROZCO, SILVIA PESO CANSINOS

TRASTORNO MENTAL SOMATOMORFO CON DELIRIOS DE PARÁSITOS83

ANA BELEN MARTINEZ SEGALERVA, BENJAMÍN ROMERO GÓMEZ, MARÍA
TERESA OJEA ORTEGA

**ESTUDIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOSOCIAL EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA.....84**

ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ, MELANIA VARGAS LARA, FRANCISCA CARBONELL
DÍAZ

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ANTE UN ENFERMO DE ANOREXIA85

MARIA ISABEL DIEGUEZ ABRIL, MARIA LORENA PUIG SOTO, MERCEDES REYES
ORTIZ

ABORDAJE DE LA RESILIENCIA EN EL PROCESO DEL CUIDADO.....86

LUCIA BRAVO LLINAS, MARÍA LIÑÁN LÓPEZ, MARIA TAMARA FERRES
CARRASCOSA

**ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN
ADOLESCENTES87**

LUCIA BRAVO LLINAS, MARIA TAMARA FERRES CARRASCOSA, MARÍA LIÑÁN
LÓPEZ

EL CONSUMO DE DROGAS COMO UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL88

RAQUEL VIUDEZ PALENCIANO, CRISTINA ROBLES GONZALEZ, ENCARNACIÓN
BELÉN PARRA LÓPEZ

ABORDAJE DEL BULLYING INFANTIL Y PERFILES PSICOLÓGICOS89

VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES
ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS
LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ
RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO,
ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ

VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN90

AINHOA ISCAR ORTS, SOLEDAD JIMÉNEZ ROMERO, RAÚL MUÑOZ CONTRERAS

SÍNDROME BURNOUT: EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL91

MARIA JOSE MALAGON COLOMO, MARÍA JOSÉ CHICA AREVALO, MARIA SIERRA
GUTIÉRREZ CANTERO

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE
VIOLENTO92**

CARMEN SANTIAGO ARIAS, JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME
DEPRESIVO.....93**

CARMEN SANTIAGO ARIAS, JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA FOBIA SOCIAL94

IRENE CABEDO OLAYA, MACARENA FERNÁNDEZ DOBLAS, MARIA DEL CARMEN
CASTRO BAREA

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE HISTÉRICO...95

CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ, ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ, ESTHER
LOPEZ FERNANDEZ

MUSICOTERAPIA: RELACIÓN CON EL TRASTORNO MENTAL GRAVE.....96

FUENSANTA CABELLO GARCIA, NURIA MOLINA TOLEDO

**VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS AL RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS POR DEPRESIÓN MAYOR.....97**

JUAN MANUEL MESA GONZALEZ, PABLO ROSAS GARCIA

AFRONTANDO EL ESTRÉS CON HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE98

LUCIA BRAVO LLINAS, MARÍA LIÑÁN LÓPEZ, MARIA TAMARA FERRES
CARRASCOSA

**LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS.....99**

BELEN BENEDITED BAYO

| | |
|--|------------|
| PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD | 100 |
| VANESSA MUÑOZ REVERT, DELIA CORONA LÓPEZ, SONIA DIAZ CASTILLO | |
| INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MUTISMO SELECTIVO | 101 |
| CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA, SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO | |
| PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE CON RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO | 102 |
| CRISTINA SIERRA HIDALGO, CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA | |
| ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO | 103 |
| ESPERANZA PRIETO BONILLA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, MARIA PILAR CALVO RIVERA | |
| PROTOCOLOS DE CUIDADOS A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA | 104 |
| JESICA REBOLO ORTIZ, ARACELI BERENGUER PALMA, MARIBEL SANCHEZ ROMAN | |
| ABORDAJE DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | 105 |
| CRISTINA NARANJO GARCIA, BEATRIZ GIRALDO BAENA, MARÍA DE LAS MERCEDES AIRES ESLAVA | |
| INTENTO DE AUTÓLISIS: INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL EN ENFERMO PSIQUIÁTRICO | 106 |
| JUANA GALLARDO LARA, PATRICIA BARRANCO SALMERON, MARIA DOLORES CORTES CORTES | |
| MEJORAS EN LA COMUNICACIÓN DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN .. | 107 |
| ANTONIO LISÓN GARCIA, SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA | |
| PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON ABANDONO DEL TRATAMIENTO | 108 |
| MARIA COELLO VADELL, VICTORIA VILLA ARTERO, MARIA VELASCO RAYA, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, LORENA GARCIA CEBRIAN, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JUAN PACHECO SERRATE, JOAN PAU MARÍ MOLINA, ANA DIAZ MUÑOZ, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ | |
| CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES AGITADOS..... | 109 |
| SHAILA TORRES ALFEREZ | |

| | |
|--|------------|
| INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON CONSUMO DE CANNABIS | 110 |
| MARÍA RUIZ BELDA, MARÍA INÉS MENA POSTIGO, PALOMA FERNANDEZ PEREZ | |
| ESTUDIO DE LA VIGOREXIA COMO PROBLEMA DE SALUD | 111 |
| ANA GEJO IGLESIAS, VIRGINIA GARCÍA PRIETO, ALBA CAPIN RODRIGUEZ, MARIA MONTSERRAT SANTOS GULLON | |
| EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON TENDENCIAS SUICIDAS EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS | 112 |
| MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA, MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN | |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL DELÍRIUM TREMENS | 113 |
| MARIA DOLORES GARCIA CORRAL, LUCÍA HINOJO GARCIA, MARIA DOLORES MELLADO VALDES | |
| IMPACTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO | 114 |
| MARÍA INÉS MENA POSTIGO, MARÍA RUIZ BELDA, PALOMA FERNANDEZ PEREZ | |
| PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN INGRESO HOSPITALARIO POR SOBRECARGA FAMILIAR | 115 |
| VICTORIA VILLA ARTERO, ANA DIAZ MUÑOZ, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, MARIA COELLO VADELL, JOAN PAU MARÍ MOLINA, JUAN PACHECO SERRATE, MARIA VELASCO RAYA, LORENA GARCIA CEBRIAN | |
| ALUCINOSIS AUDITIVA ORGÁNICA EN HIPOACUSIA BILATERAL..... | 116 |
| ESPERANZA PRIETO BONILLA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, MARIA PILAR CALVO RIVERA | |
| PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER..... | 117 |
| CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, YESICA MARIA MOLINA BEDMAR, IRENE GÁLVEZ LARA | |
| SÍNDROME AMOTIVACIONAL EN JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS | 118 |
| BELÉN MARTÍNEZ MEDINA, SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO, YESSICA GARCIA ESPINOSA | |
| PROPUESTA DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DEPENDENCIA NICOTÍNICA | 119 |
| ESPERANZA PRIETO BONILLA, MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR | |
| PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA UN USUARIO CON ESQUIZOFRENIA .. | 120 |

| | |
|---|------------|
| ANA ISABEL RODRÍGUEZ LEÓN, JULIO TORRES FABÁ, PEDRO CASAS VICTORIA | |
| SALUD Y MODELOS DE ACTIVOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL | 121 |
| MARIA JOSE GAVIRA CEJUDO, CRISTINA LÓPEZ MARTÍNEZ, DIEGO MACÍAS BEDOYA | |
| DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y COMUNICACIÓN EFICAZ CON ENFERMERÍA | 122 |
| MARIA DELGADO CEACERO, VIOLETA SÁNCHEZ DEL REY, SANDRA APARICIO GALLARDO | |
| PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO BIPOLAR | 123 |
| DELIA MARIA IGLESIAS ZARAZAGA, IRENE MARQUEZ LUNA, OLGA MIZYUK GOROKHOVA | |
| EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INGRESADO EN SALUD MENTAL POR UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 124 |
| MANUELA MARTÍNEZ LOZANO, ENCARNACIÓN AGUILAR DOMENE, MARÍA JESÚS LOZANO PÉREZ | |
| PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PATOLOGÍA DUAL EN SALUD MENTAL | 125 |
| DELIA MARIA IGLESIAS ZARAZAGA, IRENE MARQUEZ LUNA, OLGA MIZYUK GOROKHOVA | |
| IMPORTANCIA DE LA SONRISA EN SALUD MENTAL | 126 |
| NOEMI BORIS DIAZ, LAURA DE ANA CALVO | |
| CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA | 127 |
| ANA CECILIA TARRAGÜEL GRACIA, JUDIT VERA BAILON, ALEJANDRA PEREZ MARTINEZ | |
| FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN | 128 |
| ANA CECILIA TARRAGÜEL GRACIA, ALEJANDRA PEREZ MARTINEZ, JUDIT VERA BAILON | |
| EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO | 129 |
| ANDRÉS REDONDO FERNÁNDEZ, GUADALUPE LUQUE PEREA, MANUEL GAETE POZUELO | |
| INTENTO DE AUTOLISIS POR INGESTA DE BENZODIACEPINAS | 130 |
| FRANCISCA CUEVAS PORTILLO, VICTORIA ESCALONA MARMOL, VIRGINIA NAVAS AGUILAR | |
| INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON EPISODIO DE TRASTORNO BIPOLAR..... | 131 |

| | |
|--|------------|
| JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, LORENA ZAMORA VALLE | |
| EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA..... | 132 |
| SARA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, ANTONIO LUIS AFAN MIRANDA, PILAR VALENZUELA SANCHEZ | |
| INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS..... | 133 |
| MANUEL SABIOTE RUIZ, RAFAEL GARCIA LA IGLESIA, MARTA CAMPOS MORENO | |
| LA PATOPLASTIA DE LA DEPRESIÓN EN UN PACIENTE CON RETRASO MENTAL..... | 134 |
| ALMUDENA SABATE ARJONA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, CRISTINA RIVAS SAAVEDRA, ANA PEREZ VAZQUEZ, SONIA FUERTES PURIFICACIÓN | |
| EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA..... | 135 |
| RUBEN JOSE FERNANDEZ ROLDAN, FRANCISCO JOSE VERDEJO JIMENEZ, ANTONIO VERDEJO JIMENEZ | |
| LA IMPORTANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE PSIQUIÁTRICO..... | 136 |
| LAURA RIVERA ROBLES, ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA | |
| LA CONTENCIÓN VERBAL EN SALUD MENTAL: PRIMER RECURSO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO..... | 137 |
| ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA BOCANEGRA | |
| PAPEL PSICOLÓGICO DEL PADRE DURANTE LA GESTACIÓN..... | 138 |
| RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA | |
| DESARROLLO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL POSTPARTO..... | 139 |
| RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA | |
| ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL INTENTO DE AUTOLISIS EN LA ADOLESCENCIA..... | 140 |
| JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ BORJA | |
| PACIENTE QUE PRESENTA UN DUELO COMPLICADO ANTE UNA PÉRDIDA..... | 141 |
| DANIEL FERRERA GARCIA, ENCARNACIÓN SANZ GARCÍA, MARIA REYES FUENTES MORALES | |

| | |
|---|------------|
| RELACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE RESTRICCIÓN FÍSICA Y AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO DE SALUD MENTAL | 142 |
| ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO | |
| RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO.... | 143 |
| ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO | |
| DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS | 144 |
| MARÍA CARMEN ORTEGA RUS, MANUELA MARIA BLAZQUEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE MARQUÉS RACIONERO | |
| LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO | 145 |
| CARLOS LÓPEZ FERNÁNDEZ, ANA MARIA SÁNCHEZ MARIN, CRISTIAN ARBOLEDAS TRIVIÑO, ALBA GRANADOS SÁNCHEZ, CARMEN SERRANO BENÍTEZ, FRANCISCA PARRA RUIZ, YOLANDA GRAU LAVELA, VANESA GARCIA JURADO, MONTSERRAT CARMONA MORENO, SILVIA PÉREZ SABORIT, CARINA DOPICO RAMOS, REMEDIOS GARCIA MEDINA | |
| EPISODIO MANÍACO: TRASTORNO MENTAL GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO | 146 |
| CRISTINA LÓPEZ MARTÍNEZ, DIEGO MACÍAS BEDOYA, MARIA JOSE GAVIRA CEJUDO | |
| ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 147 |
| ENRIQUE MINGUEZ HERNANDEZ, FRANCISCO MINGUEZ HERNANDEZ, MARÍA HERNÁNDEZ MORENO, PATRICIA MERCEDES SANCHEZ FLEMING | |
| CONOCIMIENTOS DEL MANEJO AL PACIENTE AGITADO HOSPITALIZADO | 148 |
| MIGUEL ANGEL SANCHEZ RUIZ, ANDREA BEATRIZ PRETEL PRETEL, CRISTINA MARIA MENDOZA SANCHEZ | |
| COMORBILIDAD DE LA ANOREXIA NERVIOSA CON EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR | 149 |
| MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, ESPERANZA PRIETO BONILLA | |
| ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN ACTIVA. | 150 |
| SILVIA ROSILLO SANJUAN, JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA, EUGENIO OCAÑA MADERO | |
| TETRAPARESIA Y MAREO EN PACIENTE DE 20 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO | 151 |

JENNIFER JAEN MENACHO, SILVIA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARÍA GONZÁLEZ ROMERO

INTERVENCIÓN PARA LA CORRECTA CONTENCIÓN ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO152

DIEGO PEREZ ESTALL, JORDI BUENO TORRES, MARIA DEL CARMEN SERRANO HERNANDEZ, SILVIA VILLALON DIAZ, JESSICA MELERO HERNANDEZ, CLAUDIA ELISA COSTA ESCRICH

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE HOSPITALIZACIÓN.....153

MARIA BLANCA CASTILLO PALOMARES, SACRAMENTO TEJERA MOYANO, ENCARNACION RODRIGUEZ LEON

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EDUCATIVO A FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA154

CUSTODIA ÁNGELES PUGA MANZANO, AGRIPINA MOSCOSO LÓPEZ, INMACULADA PÉREZ JIMÉNEZ

RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD MENTAL.....155

AMALIA CAMPOY RODRIGUEZ, CLAUDIA FERNANDEZ DELGADO, DESIREE REYES AFONSO, JUAN LUIS GOMEZ GOMEZ, LETICIA ALMEDA DEL CASTILLO, MARÍA HERRERA MUÑOZ

INTENTOS DE AUTOLISIS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO156

SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO, YESSICA GARCIA ESPINOSA, JOSE ANTONIO MOLES QUINTERO

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.....157

LORENA ZAMORA VALLE, JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....158

MARIA JOSE OSORIO LOPEZ, AIDA ROBLES CARRILLO, MARIA DEL CARMEN RAMIREZ PEREZ

ENFERMERO MENTAL CON PROBLEMAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO159

ILUMINADA JIMÉNEZ CARRILLO, ELISABET ALBA SÁEZ, MIRIAM LOPEZ NICOLAS, ANA RUIZ RODRIGUEZ, PATRICIA PÉREZ SAMPÉRIZ, RAQUEL PÉREZ MORILLAS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL A UN PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL160

LAURA SÁNCHEZ MOÑINO, PALOMA ALMAGRO GARCIA, ELSA NAVARRO ROMAN, JOAN SANCHO POLO, ESTELA MARÍA PARDOS GASCON, KIMBERLY RAMON COSTA, VANESA ESCUDERO CAMPILLO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INTOXICACIÓN CRÓNICA POR LITIO.....161

MARIA DEL MAR VAQUERO RUIZ, INMACULADA AVALOS GARRIDO, RAQUEL MORENO BRENES

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO ANTE PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....162

MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO

PACIENTE QUE PRESENTA CRISIS CONVERSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO..163

ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO, ASCENSION GUIRAO BOCH, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

LA PLANIFICACIÓN DE LAS DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL ...164

JULIO PIEDRA CRISTÓBAL, JUAN JESÚS ROSA MARTÍN, NATHALIA GARRIDO TORRES

MALTRATO INFANTIL: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN EN SÍNDROME DE DOWN165

JOSEFA GARCIA MADRID, SALVADOR NAVARRO MOROTE, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, MARTA RUBIO CEBRIAN

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y CONSUMO DE TÓXICOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA166

EULALIA CARRATO VAZ, NATALIA ALVADO COMPANY, JUAN JOSÉ SALMERÓN PELLICER

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE EN PACIENTE CONSUMIDOR DE TETRAHIDROCANNABINOL167

JAVIER JIMÉNEZ CABALLERO, MARÍA MARTÍNEZ DÍAZ

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD168

MARGARITA GUERRERO DURAN, MARÍA MAGDALENA JURADO CÁRDENAS, MARIA JOSE GARCÍA RODRÍGUEZ

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....169

MARGARITA GUERRERO DURAN, MARIA JOSE GARCÍA RODRÍGUEZ, MARÍA MAGDALENA JURADO CÁRDENAS

PROCESO ESPECÍFICO PARA TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS170

ANA MANSILLA BELMONTE, MARTA FERNANDEZ PIÑERO, GLORIA MARIA ACOSTA SÁNCHEZ, TATIANA OLTRA DURÁ, ALEXANDRA TEROL ESTEVE, DESIRÉE MARTÍNEZ GARCÍA

| | |
|--|------------|
| ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO EN EL ÁREA DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS | 171 |
| ROCIO MOYA DIÉGUEZ, JESSICA AGUILAR MALDONADO, MARIA NOELIA MORAL RUIZ | |
| TALLER DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE | 172 |
| GLORIA COMPAN MEDINA, OLGA RUEDA DIAZ, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA | |
| DISFORIA DE GÉNERO Y ESTIGMA | 173 |
| MARTA RUBIO CEBRIAN, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, SALVADOR NAVARRO MOROTE, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, JOSEFA GARCIA MADRID | |
| ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y ESQUIZOFRENIA EN PACIENTE | 174 |
| MANUELA VALLE GARCIA, SONIA GUTIERREZ SANCHEZ, JORGE SANCHEZ ARJONA, MARIA DEL CARMEN BENITEZ PEREZ, MONICA ANDREA RICO CONTRERAS | |
| AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD POR TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD | 175 |
| ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ | |
| TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL...176 | |
| MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ, OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO, CLARA MIRALLES SÁNCHEZ | |
| TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA EN RELACIÓN A PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO | 177 |
| RAQUEL SALINAS GUIRAO, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ | |
| ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | 178 |
| JULIA M. LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA DEL MAR GOMIZ SALINAS, ANTONIA GÓMEZ TEROL | |
| CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS | 179 |
| ERIKA COSTELA MORENO, ANA MARIA EGEA ROSALES, MARTA RAMOS FUSTER | |

| | |
|---|------------|
| TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA..... | 180 |
| MARÍA TERESA FUENTES BOULAY, CONCEPCION GARCIA ARCOS, MARIA DORADO GUTIERREZ | |
| LA ESCUCHA ACTIVA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FAMILIARES..... | 181 |
| PAULA MONTES DE OCA MIRAS, YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS | |
| INTERVENCIONES ENFERMERAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA | 182 |
| MARIA GOMEZ CARREÑO, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCIA RODRIGUEZ, MARIA CARMEN CRESPO GARCIA | |
| INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO A FILIAR EN HOSPITAL DE DÍA | 183 |
| VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA, MACARENA SÁNCHEZ MORENO, JOSE ANTONIO CAMACHO ALCANTARA | |
| ESTRÉS PSICOSOCIAL EN RELACIÓN AL PRONÓSTICO DE PSICOSIS LÚPICA .. | 184 |
| VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO, MARTA GOMEZ OLTRA, MARIA JESUS MESEGUER SALVADOR, JESUS JIMENEZ MARTOS, CRISTINA PINILLA MATEOS, ROSARIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA CRISTINA FERNANDEZ GONZALEZ, FRANCISCO VALDIVIA MUÑOZ, DANIEL HERNANDEZ GOMEZ, GLORIA VALERO CHAZARRA | |
| ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE INDUCIDA POR CONSUMO DE DROGAS..... | 185 |
| SERGIO SALCEDO MOLINA, FERNANDO ANGEL ROMERO MARIN, JUAN JOSÉ LARA CARMONA | |
| ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO | 186 |
| CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ | |
| ESCALAS Y TEST DE ENFERMERÍA MÁS USADOS EN PACIENTES CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN | 187 |
| MARÍA JOSÉ JAEN LIMA, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN | |
| INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA INFLUENCIA DEL ESTIGMA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS | 188 |
| MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARÍA JOSÉ JAEN LIMA | |
| ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL SUICIDIO Y TRASTORNO POR ATRACONES | 189 |
| MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARÍA JOSÉ JAEN LIMA | |
| LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN SALUD MENTAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA..... | 190 |

NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA, DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN
MARIA REQUENA MORALES

**DIFICULTADES EN LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE POR BARRERA
IDIOMÁTICA EN PACIENTES INMIGRANTES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE
PSIQUIATRÍA191**

MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN, OSCAR MORENO PÉREZ, OLGA RUEDA DIAZ

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA192

CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y TENTATIVA DE SUICIDIO193

LUISA GALLARDO JIMENEZ, MONTSERRAT RUIZ SAEZ, CONCEPCION
INMACULADA FORTES MILLÁN

**TÉCNICAS DE RELAJACIÓN QUE EL PROFESIONAL ENFERMERO PUEDE
APLICAR PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD194**

CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ

LA ATENCIÓN AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA195

DAVID INFANTE REYES, ROCIO ROJAS MARQUEZ, HELENA POZO ROMERO

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO
INSTITUCIONALIZADO EN EL ÁREA V DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA .196**

FRANCISCA SIMÓN PUCHE, VICTORIA VERÓNICA VERA ARÉVALO, FRANCISCO
JOSÉ TELLO TORRES, MILAGROS VALERA ALBERT, VANESA MORALES
CAMACHO

TRASTORNO BIPOLAR TIPO II: FASE HIPOMANÍACA197

OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN
ESCRIBANO, CLARA MIRALLES SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM
GALLARDO ÁLVAREZ

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR EN SALUD MENTAL198

JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, MARIA ISABEL GARCIA GIL, PATRICIA MIRAS
GONZALEZ, DOLORES DUARTE PADILLA

GESTIÓN DE CASOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE199

LAURA MONTES CARABIAS, OSCAR MORENO PÉREZ, OLGA RUEDA DIAZ

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON FAMILIARES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA: EMOCIÓN EXPRESADA200**

LETICIA VIOLANTA ORTEGA, DARIA PIOZAS AROZARENA, SANDRA GONZALEZ
CARMONA

**INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: FACTORES RELATIVOS A LOS
PROFESIONALES SANITARIOS201**

KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA, PALOMA ATELA URQUIJO, BEATRIZ MERAYO
SERENO, ANE ORMAZABAL RUIZ

**TRASTORNO BIPOLAR VERSUS ESQUIZOFRENIA DESENCADENADAS POR
TÓXICOS202**

TANIA ORTIZ PUERTAS, JESSICA GARCÍA ESTEBAN, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

LA LABOR DE ENFERMERÍA EN LA ESQUIZOFRENIA203

VIRGINIA ALBA VELÁZQUEZ, MÍRIAM SÁNCHEZ ALCÓN, MARÍA SOLEDAD
VIDAL GONZÁLEZ

RIESGO AUTOLÍTICO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.....204

SALVADOR NAVARRO MOROTE, JOSEFA GARCIA MADRID, PAULA MARIA
CÁNOVAS MEDINA, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, MARTA RUBIO CEBRIAN

SUJECCIÓN FÍSICA Y FARMACOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO.....205

ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ, MARIA CONCEPCION GUTIERREZ
ALVAREZ, INES RIOS ALVAREZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA CRUZ
GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS

**LA ENFERMERA ESCOLAR ANTE UNA CRISIS DE ANSIEDAD EN EL CENTRO
DOCENTE206**

SUSANA DIAZ SALGADO

**MALTRATO INFANTIL OCULTO: SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES
.....207**

TATIANA OLTRA DURÁ, ALEXANDRA TEROL ESTEVE, MARTA FERNANDEZ
PIÑERO, GLORIA MARIA ACOSTA SÁNCHEZ, ANA MANSILLA BELMONTE,
DESIRÉE MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ ESTEBAN

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ENMASCARADO: RETO EN EL
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL208**

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS

**ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DE UN CASO DE MUTISMO SELECTIVO: UNIDAD
DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.....209**

CLARA GARZÓN BOCH, ANTONIA GEMA ARIZA MARÍN, MARIA DEL CARMEN
GÓMEZ ÁLVAREZ

**ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON ALTERACIONES DE SALUD MENTAL210**

ANGUSTIAS BARRANCO NAVARRO, MARIA REQUENA MUÑOZ, SONIA ARROYO
VILLEGAS

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y EL IMPORTANTE PAPEL DE LA ENFERMERÍA ...211

RUTH GONZÁLEZ LÓPEZ, LUCÍA GARCÍA ÁLVAREZ

| | |
|---|------------|
| ENFERMEDAD BIPOLAR TIPO III: IATROGENIA O ESPECTRO | 212 |
| ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS | |
| LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA | 213 |
| MARIA MEANA GARCIA, VIRGINIA ZARZA BELDA, JENNIHE ALEJANDRA ÁVILA ALZATE, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, LARA CABEZAS JUAN, JAVIER JUAN LEDESMA RECUERO, LYUDMIL GEORGIEV GRIGOROV, AINHOA MOLINA DÍAZ, AIDA LÓPEZ QUINTÍA | |
| EL CELADOR EN LAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS | 214 |
| MARÍA DEL CARMEN SERRANO GÓMEZ, CLARA MARIA BASTIDA OSSORIO, ANTONIO DOMINGUEZ FERNANDEZ | |
| ATENCIÓN ENFERMERA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN | 215 |
| LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI, LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ | |
| EPISODIO MANÍACO: DEBUT DE TRASTORNO BIPOLAR EN EL PACIENTE ANCIANO | 216 |
| ESPERANZA PRIETO BONILLA, MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR | |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS | 217 |
| CLARA MIRALLES SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ, OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO | |
| LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES CON SORDERA Y PROBLEMAS AUDITIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: EL PAPEL DEL INTÉRPRETE | 218 |
| ANE ORMAZABAL RUIZ, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA | |
| SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO EN EL SÍNDROME DE COTARD | 219 |
| BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN | |
| EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA | 220 |
| PILAR RUIZ NAVARRO, MARIA DEL PILAR LÓPEZ ROMERO, MARÍA DOLORES LIMÓN ALBA | |
| EL CUIDADO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DEPRESIVO..... | 221 |
| ROSALIA MARIA GARCIA LOPEZ, MARIA ENCARNACION ROCIO MOYA BARRANQUERO, MARIA DEL PILAR PRADOS SANCHEZ | |
| DEPRESION POST-PSICOTICA: LA GRAN OLVIDADA EN NUESTRO MEDIO | 222 |

ELISA EGEA CANOVAS, ALICIA JAEN HERNANDEZ

ESQUIZOFRENIA: MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES CON REHABILITACIÓN COGNITIVA.....223

AIDA MON DÍAZ, LORENA RAMOS BAZ, NAZARET VICO MOYA, CRISTINA RODRÍGUEZ MESANZA

LOS BENEFICIOS DE LA ESCUCHA DE MÚSICA DE PIANO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN.....224

SILVIA MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA DEL VALLE MARTÍN PEREZ, ALBA MARÍA TEJERO VELÁZQUEZ

EL JUEGO TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ESTRÉS225

CRISTINA RODRÍGUEZ MESANZA, LORENA RAMOS BAZ, NAZARET VICO MOYA, AIDA MON DÍAZ

LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ANSIEDAD226

FRANCISCA MARIA MOLINA MORENO, MARÍA DEL PILAR ONTIVEROS MUÑOZ, VALENTINA RAMOS NÚÑEZ

ESTIGMA DEL PERSONAL SANITARIO HACIA EL ENFERMO MENTAL227

GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO, FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS ENFERMOS DISCAPACITADOS.....228

RAFAELA BARRON REYES, ANGELES PELÁEZ FUERTES, LUISA ANTONIA JORDANO ROMERO

MUSICOTERAPIA, TERAPIA ALTERNATIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA229

PATRICIA GARCIA HURTADO, FRANCISCO EGEA SANTAMARIA, LORENA MOLERO FORNIELES, NURIA LARDIÉS GOYENECHÉ, ANNA PARALS GRAU, SHEILA OLIVA ROMERO

PLAN DE CUIDADOS EN PATOLOGÍA DUAL230

JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ, NOELIA DEL AMOR MARTINEZ, MARTA LAZARO SAHUQUILLO, VERONICA DATO CORBALAN, LAURA BLASCO BAUTISTA

A PROPÓSITO DE UN CASO: PROMOCIONAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO231

SARA RUIZ ORTEGA, VERONICA LANCETA SANTOS, CARMEN DE LAS CUEVAS PELAYO

MUJER DE EDAD MEDIA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIGERA Y GRAVES ALTERACIONES DE CONDUCTA232

| | |
|--|------------|
| ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS VARÓN DE 27 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADO Y DAÑO CEREBRAL TRAS ACCIDENTE. | 233 |
| ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS MANEJO DEL PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA ESQUIZOFRÉNICA..... | 234 |
| NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, VERA LÓPEZ MUÑOZ, ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO TALLER DE ENFERMERÍA: REHABILITACIÓN COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL | 235 |
| MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD | 236 |
| DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES, NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DERIVADOS DE ELLA | 237 |
| ESPERANZA VÁZQUEZ ESTÉVEZ, ISABEL GARCÍA TIRADO, MARIA DEL CARMEN ANGUITA RAMOS ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO | 238 |
| MARÍA VALDIVIESO COCA, LAURA PÉREZ VEGUILLAS, ADRIÀ GIRÓ ESTIVILL EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL | 239 |
| MARIA PAZ CARMONA ORTIZ, ANTONIA LOZANO MANZANO, MARÍA SOL AZOR MARTINEZ INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTE LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES | 240 |
| CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ PLAN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE INTERNAMIENTO BREVE DE PSIQUIATRÍA CON UN USUARIO CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO | 241 |
| SILVIA ROSILLO SAN JUAN, MARIAJOSE ORTEGA MARTIN, CRISTINA GALERA NAVARRO TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE RESISTENTE A FÁRMACOS..... | 242 |
| GLORIA VALERO CHAZARRA, VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO, MARTA GOMEZ OLTRA, MARIA JESUS MESEGUER SALVADOR, JESUS JIMENEZ MARTOS, CRISTINA PINILLA | |

| | |
|---|------------|
| MATEOS, ROSARIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA CRISTINA FERNANDEZ GONZALEZ, FRANCISCO VALDIVIA MUÑOZ, DANIEL HERNANDEZ GOMEZ | |
| ANÁLISIS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA JUBILACIÓN Y LA DEPRESIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA | 243 |
| DIEGO BENITO GALLEGO, SANDRA NATALIA ALVAREZ GETINO, ASUNCIÓN ARIAS RODRÍGUEZ, MARÍA RUTH ALONSO PINTADO, CAROLINA VEGA CANO | |
| URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AGRESIVO | 244 |
| ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MANUEL CASTILLO JIMENEZ, MARIA MARTIN HERRANZ | |
| MUJER DE 40 AÑOS CON PROBLEMAS ALIMENTARIOS, CONSUMO DE ALCOHOL Y TÓXICOS..... | 245 |
| ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS | |
| VARÓN DE 56 AÑOS CON DISCAPACIDAD Y GRAVES ALTERACIONES DE CONDUCTA..... | 246 |
| ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS | |
| SISTEMA DE ALARMAS NOCTURNAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS . | 247 |
| ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO | |
| LA DEPRESIÓN POSTPARTO CÓMO PROBLEMA DURANTE EL PUERPERIO | 248 |
| ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA | |
| ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA NUEVA DROGA CANÍBAL | 249 |
| ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO | |
| EL TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO | 250 |
| ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA | |
| ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA..... | 251 |
| LAURA ORDÓÑEZ LLOPIS, PEDRO LUIS OLIVA SOMÉ, NIEVES MARIA PLAZA FERNANDEZ | |
| ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ACOMPAÑADA DE IDEAS DELIRANTES..... | 252 |
| GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BONHOMO | |

| | |
|--|------------|
| EFICACIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y EL GRADO DE IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA..... | 253 |
| SONIA VALERO SÁNCHEZ, MARÍA ÁNGELES JIMÉNEZ MARTÍNEZ, ANA BELEN LOPEZ MARTINEZ | |
| ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PSICOSIS TÓXICAS EN LA PROVINCIA DE HUELVA | 254 |
| MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN, ISMAEL PRIETO SANCHEZ | |
| ESTUDIO SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PSICOSIS TÓXICAS EN LA PROVINCIA DE HUELVA | 255 |
| MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, ISMAEL PRIETO SANCHEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN | |
| PSICOSIS EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE | 256 |
| MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN, ISMAEL PRIETO SANCHEZ | |
| LOS CORTICOIDES COMO POSIBLE DESESTABILIZADORES DE LOS ENFERMOS MENTALES | 257 |
| ELENA MORAL ZAFRA | |
| ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAÍNA EN HOSPITALIZACIÓN | 258 |
| CRISTINA RODRÍGUEZ REYES, MARIA DEL CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ ALCANTARA | |
| ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA: LA NECESIDAD DE TRABAJAR JUNTOS | 259 |
| ELENA MORAL ZAFRA | |
| DIFICULTADES PARA DISCERNIR LOS SÍNTOMAS EN LOS ENFERMOS MENTALES CON CONSUMO ACTIVO DE ALCOHOL | 260 |
| ELENA MORAL ZAFRA | |
| REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS..... | 261 |
| ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ANGEL JOSE CALVO DE DIOS | |
| APOYO EMOCIONAL EN EL PACIENTE PSICÓTICO | 262 |
| AMAYA ALEJANDRA JIMÉNEZ OJEMBARRENA, MARTA JIMÉNEZ LEÓN, MERCEDES GARNICA ALVAREZ | |
| DEMENCIA Y ESTADO DE ANIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO | 263 |

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ,
JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ
LÓPEZ

**RELACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS CON LA APARICIÓN DE
ESQUIZOFRENIA264**

MARIA JESUS RUEDA GONZALEZ, ISABEL MARIA MOYA MORALES, ROSA MARIA
GAMEZ LOPEZ

ENFERMERÍA Y EL CAMBIO: INTERVENCIONES MOTIVACIONALES BREVES ..265

MARTA MARÍA MARTÍNEZ CIFUENTES, IRENE LOPEZ LOPEZ, MARIA DOLORES
LAGAR MARTÍNEZ, IRENE MARÍA NAVARRO MORALES, ANA ISABEL GÓMEZ
MARTÍNEZ, PILAR TÁRRAGA SÁNCHEZ

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA.....266

FERNANDO RODRIGUEZ OTERO, TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA

**USO DE ANTIPSICÓTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA EN ALTERACIONES DE
CONDUCTA SECUNDARIA A PATOLOGÍA ORGÁNICA267**

ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME,
EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN
HERNANDEZ

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)
.....268**

CARLA FALCONI VALDERRAMA, JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, FRANCISCO
FLORES ORTIZ

**CUIDADOS ENFERMEROS CON CROMOTERAPIA EN UNIDAD DE DISCAPACIDAD
INTELECTUAL.....269**

VIRGINIA MARTÍN ESTÉBANEZ, ANA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ, NOELIA
BENITEZ DIAZ

PÉRDIDA PERINATAL: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA270

MARÍA CRISTINA ANDRADE POZO, CECILIA ALCAZAR PEREZ, ANA MARIA LOPEZ
ORTIZ

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA ENFERMERA DE ENLACE ESPECIALISTA EN SALUD
MENTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL271**

VERONICA DATO CORBALAN, LAURA BLASCO BAUTISTA, JAVIER MUÑOZ
SÁNCHEZ, NOELIA DEL AMOR MARTINEZ, MARTA LAZARO SAHUQUILLO

PACIENTE ADULTA CON ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA272

SONIA QUIROGA MAYA, MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, MARÍA FARRÁN
PÉREZ

| | |
|--|------------|
| PACIENTE QUE PRESENTA IRRITABILIDAD RELACIONADA CON TRASTORNO PSICÓTICO | 273 |
| LAURA BAUTISTA GONZÁLEZ, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, MAGDALENA TIRADO TROYANO | |
| RELACIÓN ENTRE EL HIPOTIROIDISMO Y LA DEPRESIÓN..... | 274 |
| PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, MARTA RUBIO CEBRIAN, JOSEFA GARCIA MADRID, SALVADOR NAVARRO MOROTE, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO | |
| UNA PRIMERA CONSULTA ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 275 |
| FRANCISCA CARTAS MORENO, MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ | |
| VARÓN CON ANSIEDAD RELACIONADA CON LA INSITUCIONALIZACIÓN | 276 |
| GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA LUISA RESOLA MOLINA, MARIA DOLORES GAY OCAÑA | |
| EMPLEO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO..... | 277 |
| LAURA RODRIGUEZ JORGE, MIREIA MARISCAL, SORAYA PIZARRO AGUILILLA, SANDRA PIZARRO RINO | |
| LA ESQUIZOFRENIA Y SUS RIESGOS MENTALES | 278 |
| ELVIRA GALERA TRABALÓN, SERAFINA RUIZ REYES, ELENA GARCIA ACOSTA | |
| TRASTORNOS DEL LENGUAJE: ETIOLOGÍA NEUROLÓGICA O PSIQUIÁTRICA | 279 |
| MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, FRANCISCA CARTAS MORENO | |
| CRISIS DE ANSIEDAD EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO | 280 |
| EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME | |
| TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE: A PROPÓSITO DE UN CASO..... | 281 |
| JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ | |
| LOS DEFECTOS FATÍDICOS DE LA PERSONALIDAD..... | 282 |
| MARIA ZURITA CARRASCO, CLARA FERNANDEZ BURRACO, MARIA NIEVES BAEZ AMUEDO | |
| PROGRAMA DE OCIO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER | 283 |
| MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO | |

| | |
|--|------------|
| MANEJO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM..... | 284 |
| MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO | |
| IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ENFERMERAS..... | 285 |
| FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN, MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN, MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE | |
| FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES | 286 |
| ALICIA PINTOR CASTILLO, MARTA BEATRIZ SANCHEZ SORIANO, LAURA GUERRERO VALENTIN | |
| GRUPO FOCAL: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE AUTONOMÍA EN FAMILIAS CON NIÑOS CON TEA | 287 |
| ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO | |
| CUADRO DEPRESIVO AL FINAL DE LA VIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO | 288 |
| GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS | |
| TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE | 289 |
| SONIA GARCÍA MUÑOZ, LIDIA GÓMEZ GARCÍA, CRISTINA ISABEL GODOY MORENO | |
| ESTRATEGIA PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO MENTAL | 290 |
| LIDIA GÓMEZ GARCÍA, CRISTINA ISABEL GODOY MORENO, SONIA GARCÍA MUÑOZ | |
| CAMBIOS DEL DSM-IV-TR AL DSM-5 EN TCA..... | 291 |
| GEMMA QUINTERO GARCIA, SARA MARTINEZ CASTILLO, JULIA GARCIA ROMERO | |
| TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO | 292 |
| TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA, FERNANDO RODRIGUEZ OTERO | |
| EL SUICICIO EN EL ANCIANO COMO TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD | 293 |
| RAQUEL TINOCO GARDÓN, PILAR ORTEGA ORIHUELA, DARÍO SIMÓN GONZÁLEZ | |
| CUIDADOS HOSPITALARIOS EN TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO | 294 |
| MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO | |

| | |
|--|------------|
| MODELO TIDAL: REHABILITACIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL | 295 |
| MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ, LIDIA ANA HINOJO IBAÑEZ, MARINA RAMÍREZ GÓMEZ | |
| HERRAMIENTAS DE ENFERMERÍA Y ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES | 296 |
| NOELIA BENITEZ DIAZ, ANA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ, VIRGINIA MARTÍN ESTÉBANEZ | |
| PLAN DE CUIDADOS EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | 297 |
| LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO | |
| PACIENTE DIAGNOSTICADA DE EPISODIO PSICÓTICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO | 298 |
| MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, KAROLINA ANNA ROZMUS | |
| ETIOLOGÍA Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA..... | 299 |
| JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA, FRANCISCO FLORES ORTIZ | |
| SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN PACIENTE CON SECUELA POR ICTUS | 300 |
| INMACULADA GUIL GARCIA, GEMA CRISTINA LOPEZ ESTEVEZ, AMANDA VILLALOBOS CHICA | |
| TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTE DE 15 AÑOS ... | 301 |
| MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, KAROLINA ANNA ROZMUS, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA | |
| LA CONQUISTA DE LA IMAGEN DURANTE EL EMBARAZO | 302 |
| TERESA CRIADO GONZÁLEZ, BARBARA MARTINEZ PINDADO | |
| FALTA DE RECURSOS Y SUS CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL ÁMBITO RURAL | 303 |
| JUAN JAVIER GARCIA FERNANDEZ, ANA MARIA SANCHEZ AGUILAR, CARLOS GARCÍA MARTÍNEZ | |
| EL CELADOR EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL | 304 |
| MARIA ANTONIA GARRIDO PEREZ, MARIA ANTONIA SERRANO LOPEZ, MARIA DE LA LUZ GRECIANO BRAZA | |
| INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO PREVENCIÓN DEL ESTRÉS EN ENFERMERÍA..... | 305 |

LUCAS SOTO LÓPEZ, NATALIA FERNANDEZ GONZALEZ, GLORIA FEITO
FERNANDEZ

**SÍNDROME DE ASPERGER DIAGNOSTICADO EN LA EDAD ADULTA: A
PROPÓSITO DE UN CASO306**

CRISTINA DIAGO LABRADOR, MARIA DE LA VEGA TRUJILLO LÓPEZ, JAVIER
MELGAR MARTÍNEZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y A SUS
FAMILIARES307**

LOREDANA RUMEGA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, LIDIA ORTEGA LÓPEZ

**FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE REDUCCIÓN DEL
PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....308**

ISMAEL GARCIA GARRIDO, CRISTINA CARMONA FERNÁNDEZ

LA SALUD MENTAL EN LA MUJER CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO309

JESSICA SOLANO BARRAGÁN, SENDI VANESSA RUIZ LOAIZA, MARIA JESUS
CAZALLO HERVAS

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, AUTOLESIÓN Y AISLAMIENTO SOCIAL310

ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA, MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, TATIANA
RAMÍREZ VALDERAS

ACTUACIÓN DEL TCAE EN URGENCIA PSIQUIÁTRICA.....311

ISABEL MARIA PALOMO MATEOS, LAURA ALBA ALCARAZ, ENCARNACION
BRAVO MARTIN

**PSICOSIS CICLOIDES EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN
CASO.....312**

RUBÉN VICENTE MUÑOZ

**TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
EN EL DSM 5313**

FRANCISCO FLORES ORTIZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA, JORGE MIGUEL
GARCÍA TELLEZ

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CON
AISLAMIENTO SOCIAL Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO314**

MARTA MACHADO ROSILLO, MARÍA AURORA GONZÁLEZ GARCÉS, PAULA DEL
RIO MUÑOZ

**INTERVENCIONES BIOPICOSOCIALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).....315**

CAROLINA DE LOS SANTOS PARIENTE, FRANCISCA SIERRA MORENO, ANA
VALLADARES ALCOBENDAS

| | |
|---|------------|
| SÍNDROME PSICOLÓGICO EN PACIENTES PREADOLESCENTES EN SALUD MENTAL | 316 |
| SARA RUIZ ORTEGA, VERONICA LANCETA SANTOS, CARMEN DE LAS CUEVAS PELAYO | |
| LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA | 317 |
| JUAN JESÚS ROSA MARTÍN, NATHALIA GARRIDO TORRES, JULIO PIEDRA CRISTÓBAL | |
| SÍNDROME DE CHARLES BONNET: CASO CLÍNICO..... | 318 |
| KAROLINA ANNA ROZMUS, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN | |
| LA DEPRESIÓN EN JÓVENES ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS..... | 319 |
| ROCIO MEDINA MALDONADO, MARIA JOSÉ FERNÁNDEZ BLÁNQUEZ, CLAUDIA VARGAS ORTIZ | |
| CONSECUENCIAS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 320 |
| JULIO ALBERTO CLARO PONCE, ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON | |
| AUTOLISIS EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO | 321 |
| MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL, MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS | |
| CUSTODIA COMPARTIDA A DÍAS ALTERNOS: A PROPÓSITO DE UN CASO | 322 |
| MARÍA ESTER ALCÁZAR ARTERO, IRENE DE LA TORRE RUBIO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO | |
| PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD..... | 323 |
| ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON, JULIO ALBERTO CLARO PONCE | |
| CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE TÓXICOS | 324 |
| MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO | |
| CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON CARBONATO DE LITIO | 325 |
| BEATRIZ ORTEGA MORENO, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ, PALOMA SILES PEREZ | |

| | |
|---|------------|
| ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON VALPROATO | 326 |
| BEATRIZ ORTEGA MORENO, PALOMA SILES PEREZ, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ | |
| PROGRAMAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES | 327 |
| JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, PATRICIA MIRAS GONZALEZ, MARIA ISABEL GARCIA GIL, DOLORES DUARTE PADILLA | |
| ETILISMO EN PACIENTE CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO DE BASE: A PROPÓSITO DE UN CASO | 328 |
| JUAN ANTONIO LOPEZ RAMOS, MARIA SONIA GONZÁLEZ TROYA, VIRGINIA TORREJÓN OVIEDO | |
| LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS | 329 |
| ANA VALLADARES ALCOBENDAS, CAROLINA DE LOS SANTOS PARIENTE, FRANCISCA SIERRA MORENO | |
| CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA ... | 330 |
| TANIA PALENCIAS HORNEDAL, INMACULADA GONZALEZ MORALES, CASILDA ANTONIA MARTINEZ FERNANDEZ | |
| TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN PACIENTE ADULTO | 331 |
| PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, ANA MARÍA SERRANO SALINAS, JUAN JOSÉ SALMERÓN PELLICER | |
| EL PSICODRAMA COMO PROPUESTA TERAPÉUTICA | 332 |
| PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, ANA MARÍA SERRANO SALINAS | |
| EL TRASTORNO DUAL DESDE LA INTERVENCIÓN EN INTELIGENCIA EMOCIONAL Y AUTOESTIMA | 333 |
| DULCE HERRERA GÁLVEZ, PATRICIA LOPEZ GARCIA | |

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

ANA MARIA ROCES PALACIO

INTRODUCCIÓN: El concepto de triaje proviene del verbo “triar”, y hace referencia al proceso de separar al paciente según su nivel de gravedad a la hora de ser atendidos. Esta labor es realizada por Enfermería en los servicios de Urgencias, determinando la prioridad de los cuidados basándose en las necesidades físicas, de desarrollo y psicosociales.

OBJETIVOS: Determinar cómo se realiza el triaje en urgencias de salud mental por parte del profesional de Enfermería. Analizar las peculiaridades del proceso de triaje en salud mental.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática a través de bibliografía consultada en los principales buscadores, como Pubmed, Dialnet y Cuiden. Como descriptores en Ciencias de la Salud se emplearon los términos: Triage, Urgencias, Emergencias y Psiquiatría. Se seleccionaron trabajos publicados en inglés y español, entre los años 2006 y 2016, relacionados con la temática.

RESULTADOS: Según el sistema español de triaje, se considera al paciente con problemas de salud mental como alteraciones psiquiátricas. Engloba 4 niveles: Agitación y violencia extrema para él mismo o los demás. Agitación o agresividad con riesgo autolítico. Paciente con alteración psiquiátrica sin agitación o agresividad. Paciente con mala tolerancia psiquiátrica. Como urgencias, tendríamos los cuadros de angustia, trastornos adaptativos o depresivos. Está implantado el modelo de 5 niveles, contemplando al usuario psiquiátrico dentro del triaje general, etiquetando la atención entre inmediata o en 120 minutos.

CONCLUSIÓN: Los usuarios de salud mental suponen un 3% del total de urgencias, existiendo escasez en escalas de valoración de gravedad. El uso de escalas más específicas que las generales, o adaptando éstas, y dotar a los servicios de urgencias de medios físicos y profesionales, haría la asistencia más rápida y eficaz.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, URGENCIAS, VALORACIÓN, PSIQUIÁTRICO.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

NOELIA FERNANDEZ GUERRERO, ELIZABETH CANO GRANADO, PATRICIA LÓPEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento que consiste en provocar una convulsión tónico-clónica de forma controlada en el paciente mediante la administración de un estímulo eléctrico. Se usa en el tratamiento de diferentes enfermedades mentales como por ejemplo el trastorno bipolar, esquizofrenia y la depresión que no responden a tratamientos farmacológicos y terapéuticos previos.

OBJETIVOS: Analizar cuáles son las funciones de enfermería en la terapia electroconvulsiva para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente y su entorno.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos relacionados con la actuación de enfermería en la terapia electroconvulsiva en diferentes bases de datos como: Cuiden, Cochrane, Dialnet, PudMed, Medline y el buscador de Google Académico.

RESULTADOS: Los cuidados enfermeros en la terapia electroconvulsiva son: Pre-TEC: Analítica de sangre, ECG y monitorización de signos vitales. Acomodar al paciente retirando pertenencias metalizas, joyas y prótesis. Asegurar que se encuentre en ayunas y vaciamiento de esfínteres previo a la sesión. Colocar adecuadamente los electrodos y colocar protector dental. Tranquilizar al paciente. Fase TEC: Colaborar con el anestesista, colocar vía periférica y administrar fármacos prescritos. Vigilancia de las constantes vitales y del estado general. Los fármacos que se suelen utilizar en la terapia electroconvulsiva son fármacos de vida media como el metohexital o el Tiopental. Fase Post-TEC: Toma de constantes, valorar el nivel de conciencia y vigilar que no surjan complicación desencadenada de la misma. La normalización de las funciones cognitivas tiene una variabilidad entre 24 horas y 7 días.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones estarán encaminadas al buen desarrollo de la terapia, procurando minimizar las complicaciones y posibles efectos adversos. Es imprescindible que enfermería conozca los cuidados en la terapia electroconvulsiva, ya que su asistencia es fundamental para el desarrollo de la técnica de forma segura y la prevención de complicaciones, así de como los posibles efectos adversos.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, TRASTORNO MENTAL, TRASTORNO BIPOLAR, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

FRANCISCO JAVIER ALBA MORALES, SARA MORALES JIMENEZ, ALICIA CASTRO HORCAS

INTRODUCCIÓN: El trastorno límite de personalidad (TLP) está caracterizado por patrones inestables en las relaciones interpersonales, y la afectividad, sumado a un trastorno de la autoimagen y a una evidente impulsividad. Su capacidad para establecer relaciones interpersonales está muy deteriorada, en ausencia de figuras de apoyo o protección suelen poner en marcha conductas disociativas, abuso de sustancias y conductas autodestructivas como el suicidio, siendo ésta última la causa más frecuente de hospitalización en este tipo de pacientes. El suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública, con altos costes económicos.

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro trabajo será identificar los principales patrones de enfermería alterados, para elaborar un plan de cuidados para pacientes con trastorno límite de personalidad.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Dialnet, Scielo. Se hace uso de la taxonomía NANDA, NIC, NOC, así como del modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

RESULTADOS: Las principales complicaciones a las que se enfrenta el personal de enfermería ante este tipo de pacientes están relacionadas con las dificultades en las relaciones interpersonales, la impulsividad y la inestabilidad afectiva. Como consecuencia los principales patrones que encontraríamos alterados serían el patrón de percepción-mantenimiento de la salud, patrón autopercepción-autoconcepto, patrón rol-relaciones y patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.

CONCLUSIÓN: Dada la alta tasa de suicidios en este tipo de pacientes se hace necesaria la intervención de enfermería específica, encaminada a proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar situaciones conflictivas, mejorar la autoestima y la propia conciencia de enfermedad para controlar la conducta autolesiva y suicida.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD, CONDUCTA SUICIDA, PATRONES FUNCIONALES, SALUD MENTAL.

MEDIDAS QUE EVITAN SUJECIONES FÍSICAS EN AGITACIÓN FÍSICA

LAURA GÓMEZ NARVÁEZ, VANESSA ROPERO GALLARDO, VERONICA PONCE MORENO

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz es el estado en el que la angustia sobrepasa la capacidad de control de la persona y culmina en un comportamiento descontrolado, manteniendo conducta agresiva hacia sí mismo y los demás. Por esto la necesidad de anticiparse y dicha circunstancias, por ejemplo con contención verbal.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones efectivas para disminuir la agitación y ansiedad en los pacientes de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de la evidencia disponible en buscadores (Cochrane, Scielo y en Guía Salud). Se realiza una búsqueda a partir del año 2009.

RESULTADOS: La evidencia demuestra que antes del uso de la sujeción física, se deben de priorizar otras intervenciones menos cruenta. Una de estas intervenciones es la contención verbal debe de ser en un tono verbal adecuado, acorde también con el lenguaje corporal. Estar presente y mostrar empatía son pilares fundamentales del uso correcto de la contención verbal. No se debe de buscar la confrontación, hay que dejar que el paciente se exprese y estar en una situación de escucha activa.

CONCLUSIÓN: Aquellas intervenciones que permiten que el paciente exprese y canalice la ansiedad como el uso de la comunicación con otros iguales, pasear; el uso del arte o la música, son intervenciones específicas de enfermería que demuestran que contribuyen a la disminución de la ansiedad. El uso del manejo verbal, debe ser prioridad usar frente a un estado de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, INTERVENCIÓN ENFERMERA, ENFERMEDAD MENTAL, NECESIDADES.

RELACIÓN DEL INSOMNIO Y DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EN PATOLOGÍA MENTAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

ÁFRICA CLEOFÉ ROBLES RODRÍGUEZ , MARÍA EUGENIA CARRILLO MOLINA , MARÍA DOLORES GIMÉNEZ FERRERES , ANTONIA VALERA ORTEGA , MARÍA FLORENCIANO MESEGUER, ARACELI HERNÁNDEZ MADRID , ROSA MARÍA MATALLANA POZUELO, ANA MARÍA GARRIDO HOLGADO , ANTONIO MON MORALES, GIUSEPPE TAZZA

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico enfermero insomnio, se define como el trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento del organismo.

OBJETIVOS: Identificar la evidencia empírica disponible que nos permita elaborar y proporcionar a enfermería un plan de cuidados basado en intervenciones enfermeras.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de distintos libros y manuales (NANDA, NIC y NOC, Linda Carpenito, Modelo Área), seleccionando criterios relacionados con insomnio, intervenciones enfermeras, déficit de actividades recreativas, plan de cuidados, diagnósticos enfermeros, en idioma español.

RESULTADOS: Mediante la implementación de intervenciones enfermeras del paciente con insomnio disminuiríamos las complicaciones relacionadas con el diagnóstico enfermero déficit de actividades recreativas r/c falta de motivación m/p cansancio, debilidad, fatiga, entre otros. Las intervenciones irán enfocadas a mejorar el sueño, facilitando ciclos regulares de sueño/vigilia y mediante la motivación, incentivando al individuo a acciones positivas como, las actividades recreativas. El sueño es una suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo, por lo tanto, Enfermería deberá determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente, a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño y a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia. Así mismo, deberá Participar en actividades de ocio relajantes, interesantes y fomentar el bienestar físico, cognitivo, social y espiritual, disponer de juegos de grupo no competitivos, estructurados y activos, fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad (tenis de mesa, juegos simples, puzzles y cartas), y disponer un refuerzo positivo en la participación de actividades.

CONCLUSIÓN: Enfermería mediante estas intervenciones, solucionaría el insomnio, desaparecerían los factores negativos que le causan el déficit de actividades recreativas, y así potenciaríamos estas, para conseguir una mejor calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, INTERVENCIONES ENFERMERAS, DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

CÓMO INFLUYE EL ESTRÉS EN NUESTRO ORGANISMO

ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, ALICIA MARTIN PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: Que se entiende por estrés, el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción de procesos fisiológicos y psicológicos, para así el organismo estar preparado para poder actuar y responder a dicha situación. En realidad el estrés en nuestro organismo es considerado como beneficioso ya que ayuda a nuestro organismo ha adaptarse a los cambios que se produzcan a nuestro alrededor, haciendo que el cuerpo este en actitud de alarma. Existen dos tipos de estrés, eustrés cuando hablamos de aspectos positivos y distress cuando sobrepasan las situaciones estresantes.

OBJETIVOS: Analizar y determinar lo que produce el estrés en nuestro organismo.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: CUIDEN PLUS, PUBMED, DIALNET, donde se han usado los siguientes Descriptores: ESTRÉS, ORGANISMO, EUSTRÉS, DISTRESS.

RESULTADOS: El estrés pasa por varias fases, PRIMERA: provocando una activación del organismo, aumento de la frecuencia cardiaca, movilización de las defensas, seria la fase de alarma; SEGUNDA: el organismo intenta adaptarse, es la fase de adaptación; TERCERO: es de larga duración además cuando los recursos de la persona para adaptarse no son suficientes, esta es la fase de agotamiento.

CONCLUSIÓN: Hay una serie de ejercicios físicos para controlar los efectos fisiológicos del estrés, donde se puede ayudar a controlar la sintomatología que puede llegar a perjudicar al paciente creando ansiedad y consecuencias negativas en el tiempo. Para estos ejercicios a veces se requiere de la ayuda de un especialista al menos durante la fase inicial para aprender.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, ESTRÉS, EJERCICIOS FÍSICOS, SINTOMETOLOGÍA.

EL EJERCICIO FÍSICO COMO TERAPIA DE APOYO EN LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ, ELISABETH CASCALES PALAZÓN

INTRODUCCIÓN: La actividad física puede aumentar el bienestar psicológico, reducir el estrés y disminuir complicaciones y problemas médicos asociados a la depresión y ansiedad. La OMS insiste en que el sedentarismo se encuentra entre uno de los principales riesgos de morbilidad general mundial. Debido al aumento de los trastornos mentales, más concretamente ansiedad y depresión, es necesario plantear nuevas alternativas no farmacológicas, que ayuden a disminuir los síntomas asociados a esta enfermedad y consigan mejorar progresivamente, el estado de bienestar psicológico e incluso físico de las personas que sufren este síndrome. La alta prevalencia de esta enfermedad, junto a los efectos negativos que produce en la vida de los pacientes, hace que aumente la preocupación por disminuir sus efectos y potenciar la adherencia al ejercicio como punto de apoyo fundamental, en la mejora de sus complicaciones.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la actividad física en los adultos diagnosticados de síndrome ansioso- depresivo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la literatura actual de Enero a Septiembre de 2017, en bases de datos como Elsevier, Pubmed, Scielo, Google Académico.

RESULTADOS: En estudios entre médicos de AP, se vio que un 75,5% de ellos prescribieron ejercicio físico, para el tratamiento de la depresión. En otros estudios en la Universidad de Murcia, relacionaron directamente el ejercicio físico con la disminución de la depresión y los niveles de ansiedad en las mujeres.

CONCLUSIÓN: El ejercicio físico debe ser considerado como terapia complementaria para la mejora la ansiedad y los trastornos depresivos ya que aumenta la autoestima, disminuye las posibles complicaciones derivadas del sedentarismo y mejora el estado físico y mental. Es necesario combinar distintos tipos de actividades para aumentar la independencia a través de la integración de lo psicológico, lo físico y lo social.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, EJERCICIO FÍSICO, BIENESTAR.

ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE UN PACIENTE SUJETO TERAPÉUTICAMENTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALBERTO VEGA DIAZ, TANAGRA CARCELA SALVADOR

INTRODUCCIÓN: La sujeción mecánica se define como el uso de maniobras físicas o mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otras personas. Dado que es una maniobra que se realiza contra la voluntad del paciente, es necesario poseer por parte de los profesionales un conocimiento suficiente sobre las actuaciones a realizar.

OBJETIVOS: Dar a conocer a los profesionales sanitarios las acciones que se deben de realizar ante un paciente sujeto terapéuticamente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la sujeción mecánica. Se consultaron diferentes bases de datos, tales como: CINHALL, Dialnet, Cuiden, Medine, Pubmed, así como, distintas guías de actuación. Se limitó la búsqueda al intervalo 2012-2017 y artículos en Español. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: profesionales sanitarios, sujeción mecánica, psiquiatría, actuación. De un total de 25 artículos, fueron seleccionadas 10.

RESULTADOS: Se muestra un cuadro resumen de las acciones que los profesionales sanitarios deberían de realizar ante un pacientes sujeto terapéuticamente.

CONCLUSIÓN: A pesar de la delicada atención de los pacientes psiquiátricos, la sanidad aun le queda mucho camino por recorrer en éste ámbito, se ha identificado en la búsqueda la falta de implantación de instrumentos que permitan medir la atención de los profesionales sanitarios en dichos pacientes. Además, tampoco ha creado sistemas de evaluación para las intervenciones que van dirigidas a las personas hospitalizadas con trastornos mentales, por lo que es necesario crear estrategias que guíen la práctica profesional con el fin de garantizar los derechos de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: PROFESIONALES SANITARIOS, SUJECIÓN MECÁNICA, ACTUACIÓN, PSIQUIATRÍA.

ANÁLISIS DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA PERSONALIDAD SEGÚN FREUD

BEATRIZ MERAYO SERENO, PALOMA ATELA URQUIJO, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

INTRODUCCIÓN: La definición más aceptada de la personalidad es la descrita por algunos autores como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”.

OBJETIVOS: Analizar la teoría psicoanalítica de la personalidad según su creador Freud.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos sobre la teoría psicoanalítica de la personalidad y se revisó su contenido.

RESULTADOS: La personalidad según Freud, está estructurada en: Consciente: Permite el conocimiento del mundo exterior y de nosotros mismos. Predomina el principio de realidad. Pre-consciente: Se compone de recuerdos y aprendizajes de los que no somos conscientes, pero que pueden llegar a serlo con facilidad. Los podemos rememorar por nuestra propia voluntad. Inconsciente: Está compuesto de impulsos, deseos y acontecimientos olvidados que no llegan a la conciencia debido a la represión.

CONCLUSIÓN: La personalidad está compuesta de 3 estructuras: Ello: Es la única estructura que se encuentra presente al nacer y el completamente inconsciente, opera bajo el principio del placer, es decir, trata de obtener placer inmediato y evitar el dolor. Yo: Esta estructura es el vínculo del Ello con el mundo real, controla todas las actividades del pensamiento y razonamiento consciente y opera de acuerdo con el principio de realidad, tratando de postergar la satisfacción de los deseos del Ello hasta que pueda satisfacerlos de manera segura y efectiva en el mundo real. Superyo: Es el guardián moral o conciencia de la persona y la ayuda a funcionar en la sociedad.

PALABRAS CLAVE: PSICOANÁLISIS, FREUD, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, TEORÍA.

TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

SONIA GARCIA GALDON, LAURA IZQUIERDO BALLESTA, NURIA SANCHEZ PEDREÑO,
ANTONIO FRANCISCO SANCHEZ PROVENCIO, FRANCISCO MINGUEZ GUILLAMON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Refiere ansiedad importante desde hace dos semanas ante la comunicación de desahucio de su vivienda el próximo domingo, desde hace 2 días se ha trasladado a un hostel a vivir con sus objetos personales. Mayor ansiedad en los últimos días. Persisten ideación delirante de corte crónico. Alergias: Nolotil. AAS. Vitamina B. Penicilina. Antecedentes personales: HTA. No DM. DLP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada en tres esferas. Aspecto cuidado. Abordable y colaboradora, tranquila. Adecuada atención y concentración. Discurso espontáneo, fluido y coherente, querulante y en el que no presenta alteraciones en la forma del pensamiento. Predominio de ideas delirantes de perjuicio poco estructuradas mantenidas en el tiempo en relación con su casero, que ha ido extendiendo a otras personas conocidas por él y hacia este hospital, con ideas de envenenamiento que ya venía manifestando y que argumenta con múltiples síntomas somáticos sobre los que realiza interpretaciones delirantes demandando exploraciones con importante repercusión emocional y conductual. Problemática social grave: no tiene ingresos actuales, dificultades para alimentarse y mantener higiene personal. Nula conciencia de enfermedad así como negativa al tratamiento. Múltiples alergias somáticas a las que da interpretaciones delirantes. No se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas. No ideas autolíticas ni plan estructurado en el momento actual. No auto ni heteroagresividad en el momento actual. Juicio de realidad distorsionado.

JUICIO CLÍNICO: Alteraciones conductuales y aumento de ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno ideas delirantes.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide ingreso hospitalario y se administra Paliperidon 3mg y Orfidal.

CONCLUSIONES: El Trastorno Delirante o Psicosis Paranoica es un trastorno psicótico que se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes o fuera de la realidad, sin que por esto se produzca otra patología significativa concomitante. Es muy importante que los medicamentos no se dejen de tomar aunque la persona afectada se sienta mejor, ya que, si los suspende, lo más seguro es que los síntomas vuelvan.

PALABRAS CLAVE: CONDUCTA, ANSIEDAD, DELIRIOS, PROBLEMÁTICA SOCIAL.

LA ANOREXIA NERVIOSA UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN ADOLESCENTES

JULIA CABEO GARCIA, NANCY MARTINEZ GARCIA, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ CARRERA

INTRODUCCIÓN: La anorexia nerviosa consiste en un desorden alimenticio el cual está acompañado de una pérdida de peso (15%) de lo normal, estos pacientes tienen miedo a la ganancia de peso incluso cuando están por debajo de su peso se siguen viendo más gorditos, hacen dieta y ejercicios de forma excesiva utilizando otros métodos para seguir bajando de peso. Estas personas pueden provocarse grandes alteraciones psiquiátricas, desarrollo emocional y conductual, recogiéndose tasas bastante altas de recaída y mortalidad.

OBJETIVOS: Analizar y determinar los síntomas de la anorexia nerviosa para poder ayudar a este tipo de paciente a restaurar su peso normal y su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Medline, Cochrane, donde se han usado los siguientes Descriptores: Anorexia Nerviosa, Síntomas, Desarrollo emocional.

RESULTADOS: La anorexia nerviosa se suele dar más en el género femenino entre los 10 años y los 20 años de edad. Se suelen recortar mucho las comidas y después de hacerlas ir al baño y provocarse el vómito, ellos tienen una obsesión de cortar los alimentos en trozos tan pequeños que no se puedan apreciar, hacen ejercicio intensivo con mucha frecuencia, suelen comer solos, toman laxantes, pastillas para adelgazar, diuréticos, cuando se miran al espejo tienen una imagen de su cuerpo distorsionada. Otros síntomas serían: amenorrea, cefalea, depresión, ansiedad, xerosis, gingivitis, deshidratación, desnutrición, atrofia muscular.

CONCLUSIÓN: La mayor preocupación en el tratamiento de la anorexia nerviosa es que en algún momento el paciente llegue a reconocer su enfermedad, donde hay que trabajar con ellos en grupo e individualmente, planeando horarios de comidas, haciendo actividades sociales y si no surgiera efecto pues habría que proceder al tratamiento farmacológico e incluso hasta su hospitalización.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE, ANOREXIA, TERAPIA, ALIMENTACIÓN.

SÍNDROME DE CAPGRAS O ILUSIÓN DE SOSIAS

ESTHER REBOLLO BARRAGAN, RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Capgras se constituye como la negación delirante de una o más personas familiares, con la convicción de que, siendo la o las personas identificadas como falsas y el familiar físicamente idénticas, es decir, dobles, tienen una identidad diferente. La definición original del cuadro clínico se funda sobre el síntoma de ilusión de doble asociado a la pérdida del sentimiento de familiaridad y al predominio del sentimiento de extrañamiento.

OBJETIVOS: Conocer los principales síntomas y causas del síndrome de Capgras o Ilusión de Sosias.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Scielo relacionada con los síntomas y causas del síndrome de capgras. Como criterios de inclusión se han utilizado aquellos artículos relacionados con el tema en castellano, inglés y portugués con 5 años de antigüedad excluyendo todos los demás.

RESULTADOS: Es más frecuente en mujeres y se puede dar de forma temporal o crónica. Su origen se considera multifactorial. El síntoma más evidente es el rechazo o evitación de un familiar. Y otros síntomas, convicción delirante(por muchas pruebas que el familiar dé sobre su autenticidad, va a seguir pensando lo mismo), graves problemas familiares o de pareja(por el rechazo y la conducta de evitación), normalidad con el resto de personas, puede ir acompañado de ideas paranoides(el sustituto quiere perjudicarlo), creen que toda persona ha sido cambiada, a pesar de que externamente su aspecto sea el mismo y que hable y se comporte de la misma forma.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Capgras es raro se da más en mujeres y su origen es multifactorial. Los síntomas principales son convicción delirante, graves problemas de pareja y familiares, ideas paranoides y tienen normalidad con el resto de personas.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS MENTALES, SÍNDROME DE CAPGRAS, DELIRIO, SIGNOS, SÍNTOMAS.

MUJERES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y VIOLENCIA DE GÉNERO

PALOMA ATELA URQUIJO, BEATRIZ MERAYO SERENO, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

INTRODUCCIÓN: Pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves tienen un estigma muy importante, una de las causas es que son considerados como violentos. Pero la realidad es que sufren mayor violencia intrafamiliar y de pareja que la población general. En el caso de las mujeres se ve aumentada por el hecho de ser mujer, una doble discriminación.

OBJETIVOS: Analizar publicaciones científicas sobre la prevalencia en España mujeres diagnosticadas de trastornos graves que sufren violencia de género.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre mujeres que padecen TMG y sufren violencia de género en los últimos 10 años. Se consultaron diferentes bases de datos: Dialnet, Medline, PubMed Central y Crochane. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos, se utilizaron descriptores en español (“trastorno mental grave”, “violencia”, “violencia de género”, “prevalencia”). Los criterios fueron: Estudios que hablen de mujeres diagnosticadas de TMG y que hayan padecido violencia de género; Metaanálisis, revisiones bibliográficas o serie de casos; Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; Con acceso al texto completo; y Escritos en español.

RESULTADOS: La prevalencia de mujeres con TMG que han sufrido violencia en algún momento de su vida tanto familiar como de pareja es de 3 de cada 4. Se calcula que un 80% de mujeres con TMG que han tenido pareja han sufrido en algún momento de la relación violencia. De estas un 50% han sufrido violencia física y alrededor de un 40% han sufrido violencia sexual.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de violencia de género en mujeres con TMG es muy alta, los profesionales de salud mental deberían tenerlo en cuenta al hacer una anamnesis y valoración exhaustiva de estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO MENTAL GRAVE, VIOLENCIA, VIOLENCIA DE GÉNERO, PREVALENCIA.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

JENNIFER RUIZ MORENO, MARIA DEL CARMEN AFAN VÁZQUEZ, MONTSERRAT CHAO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Debiendo haber un buen entendimiento en el equipo terapéutico, para actuar de forma unilateral y conseguir juntos la mejoría o rehabilitación del enfermo, ejemplo: si observamos en la conducta del paciente que finge mareos, cumplir todos el plan de no prestarle atención en esos momentos, no levantarle del suelo, para que su conducta histriónica no se potencie.

OBJETIVOS: Determinar las funciones del personal sanitario en el pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos y publicaciones.

RESULTADOS: El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente. Los TCAE forman parte del equipo de enfermería psiquiátrica, puesto que su colaboración es necesaria para que el servicio a los pacientes psiquiátricos tenga una eficacia máxima, el objetivo es saber sus funciones dentro de este ámbito. Estas funciones las vamos a dividir en: dependientes, interdependientes e independientes. Y además vamos a desarrollar las funciones específicas del TCAE en esta área y con este tipo de pacientes y tipo de enfermedad. Esta enfermedad no tiene cura, los pacientes continúan estando afectados, pero esta intervención si incide en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales y el funcionamiento social y laboral.

CONCLUSIÓN: Es competencia de enfermería la educación y sensibilización de la población de los enfermos mentales y concienciarlos de que no se trata de aislar el enfermo e institucionalizarlo, sino de fomentar su autonomía y evitar su exclusión social.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO MENTAL, PSIQUIATRÍA, EXCLUSIÓN, AUTONOMÍA.

PACIENTE CON INGESTA MEDICAMENTOSA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

AMARA MARTINEZ MUÑOZ, JESSICA MARÍA GOUSSE MERINO, JOSE LUIS RODRIGUEZ CHAVES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 15 años que presenta ingesta medicamentosa de 14 comprimidos de fluoxetina y zolpidem en número desconocido. Lo ha notado su madre al verla inestable al andar. Refiere que no ha habido episodios previos. Está en seguimiento por psiquiatría sin diagnóstico definitivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No tratamiento habitualmente, no RAM. Diagnóstico de obesidad, en seguimiento por psiquiatría, portadora de fibrosis quística y asma. TA. : 124/72 MmHg, SO₂: 97%, FC: 107 lpm, T^oC: 36,5^oC. No somnolencia ni signos de alarma, no datos de gravedad. Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Bien perfundida e hidratada. Hemodinámicamente estable. No rigidez de nuca, pupilas isocóricas y reactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados. Tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos. BMV bilateral, no ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, Blumberg negativo. Miembros inferiores con pulso simétrico, no edemas. Hemograma: Serie roja y blanca normal. Bioquímica: valores normales. Gasometría venosa: Normal. Se coloca sonda nasogástrica sin éxito presentando vómitos abundantes con expulsión de comprimidos. Se le pautan carbón activado oral, nueva gasometría venosa, seguimiento por psiquiatría y observación. Tras 48 horas de observación, la paciente se recupera no teniendo ni vómitos ni ninguna prueba complementaria alterada.

JUICIO CLÍNICO: Ingesta medicamentosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00037 Riesgo de intoxicación, 00150 riesgo de suicidio, 00069 afrontamiento ineficaz, 00001 desequilibrio nutricional por exceso, 00078 gestión ineficaz de la propia salud, 00120 baja autoestima situacional.

CONCLUSIONES: Los suicidios son un grave problema de salud pública a nivel mundial. El intento de autólisis debe abordarse desde dos puntos de vista: toxicológico y psiquiátrico. Toxicológicamente se deben abordar aspectos clínicos específicos para poder diagnosticar y tratar. Una vez valorado el cuadro clínico y administrado el tratamiento adecuado se debe realizar una valoración psiquiátrica y su posterior seguimiento.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, SUICIDIO, INTOXICACIÓN, AUTÓLISIS.

PAPEL ENFERMERO ANTE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UN PACIENTE AGITADO

MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, ALICIA BALTASAR SOLER

INTRODUCCIÓN: Podemos definir contención mecánica como, un procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente mediante un sistema de inmovilización física ante el fracaso de una contención verbal ,ambiental o química si procede y, que tendrá como objeto garantizar la seguridad del paciente o de quienes lo rodean.

OBJETIVOS: Analizar los conocimientos y pautas a seguir, por parte de los enfermeros, en el caso que se establezca la necesidad de utilizar contención mecánica. Analizar los riesgos que derivan de las contenciones mecánicas.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica mediante la consulta de diferentes bases de datos como: Medline, Scielo y Pubmed. Se aplicó un filtro de idioma (castellano), en un periodo temporal (2008-2013).

RESULTADOS: El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, lo óptimo serian cinco, cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza y dirigiría el procedimiento. El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, ganchos para cada sujeción y al menos un imán. Los profesionales debemos saber identificar los riesgos derivados de las contenciones mecánicas, deshidratación, mala higiene ,perdida de movilidad y fuerza en las extremidades, TVP, hematomas, edemas, estreñimiento, alteración de la integridad cutánea, bronco-aspiración, dificultad respiratoria, cianosis, dificultad respiratoria y ahorcamiento. Los pacientes sufren complicaciones físicas principalmente aunque también psicológicas.

CONCLUSIÓN: La contención mecánica es una de los procedimientos para garantizar la seguridad del paciente ante el riesgo de afectar a su propia integridad o la de terceros, debe ser evaluada en cada caso particular, decidir si es o no necesaria, evaluar las consecuencias y los riesgos, y aplicarla como última opción. El personal debe estar perfectamente formado y contar con los materiales necesarios.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECÁNICA, PACIENTE AGITADO, AGRESIVIDAD, RIESGOS, INMOVILIZACIÓN.

RELACIÓN ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE TÓXICOS

REGINA VAZQUEZ OURO, ANGELS PUEYO RODRIGUEZ, SERGIO NUÑEZ VALLES, NÚRIA SÁEZ RUEDA, MARTA TUDELA RUIZ, SARA PEREZ HERRERO, MELANIE VERGARA GAMBOA, SONIA RODRÍGUEZ OSUNA, ANNETTE IOSSA ROSADO, ALBA JIMENEZ MARRAHI, SILVIA BEATRIZ CHISAG TUALA, LAURA LLORENS SORIANO

INTRODUCCIÓN: El consumo de tóxicos en la población se ha incrementado para conseguir una mayor integración social, como en personas que se encuentran en un momento de su vida en declive y necesitan obtener un mayor bienestar. Existe un aumento de padecer esquizofrenia, siendo ésta una perturbación severa de la personalidad, caracterizada en sus etapas más críticas por su pérdida del sentido de la realidad.

OBJETIVOS: Analizar cómo el consumo de tóxicos juegan un papel primordial en el cerebro humano y describir los cambios que producen y los riesgos que tiene para padecer esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 20 artículos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Web Enferpro, Scielo.

RESULTADOS: Las drogas actúan de forma directa sobre la función cerebral, afectando al sistema límbico que es el encargado de las emociones y sentimientos; y al córtex cerebral que es el encargado de nuestro razonamiento y conducta, produciendo una sensación de bienestar absoluta.

CONCLUSIÓN: Aunque no se disponga de esta situación, el cerebro no está preparado para estos estímulos extras, con lo que se puede producir una desestabilización de éste y una mayor predisposición a padecer enfermedades mentales como la esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, INTEGRACIÓN SOCIAL, AFECTACIÓN CEREBRAL, CONSUMO TÓXICOS.

PROCESO ENFERMERO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

CRISTINA TORO GARCÍA, ALBA MARÍA SÁNDEZ MACHO, VANESA SÁNDEZ MACHO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 15 años que ingresa acompañada por sus padres en Salud Mental por intento de autolisis previo paso por Urgencias, donde se le ha realizado lavado gástrico con carbón activado por ingesta masiva medicamentosa (diazepam 5 mg). AP: Historial de trastorno ansioso y de la imagen corporal desde los 12 años, cuando empieza con episodios de sobreingesta y vómitos autoinducidos posteriores una vez por semana. A los 14 años aumenta la frecuencia de dichos episodios a 4 veces por semana. Durante la entrevista nos confiesa que “no quiere estar gorda, sino que quiere estar como las modelos”; y que en ocasiones, sus compañeros de clase la increpan acerca de su aspecto.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Peso: 50.5 Kg. Altura: 153 cm. IMC: 21,57. TA: 103/57. Se aprecia esmalte dental deteriorado, y escoriaciones en segundo y tercer dedos de mano la derecha. Pelo poco denso y frágil. Irritabilidad.

JUICIO CLÍNICO: Se atenderán los problemas derivados del comportamiento y actitud de la paciente con respecto a sus hábitos dietéticos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico Enfermero: [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c autopercepción negativa m/p verbalización de sentimientos negativos sobre el cuerpo y miedo al rechazo de otras personas. Diagnóstico Enfermero: [00035] Riesgo de lesión r/c ingesta medicamentosa.

CONCLUSIONES: NOC: [1205] Autoestima. NIC: [5400] Potenciación de la autoestima, [5220] Potenciación de la imagen corporal, [4360] Modificación de la conducta, [1030] Manejo de los trastornos de la alimentación, [4920] Escucha activa. NOC: [1911] Conducta de seguridad: personal. NIC: [4354] Manejo de la conducta: autolesión.

PALABRAS CLAVE: BULIMIA, TRASTORNO, ALIMENTARIO, AUTOLISIS, ALIMENTACIÓN, ENFERMERÍA.

ESTIGMAS DE LA SOCIEDAD CON LAS PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ENFERMAS DEL ESTIGMA

JAVIER SALMERON PADILLA, MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, ANA SALMERON GARCIA

INTRODUCCIÓN: El estigma es un problema más que tiene que soportar tanto los enfermos mentales como su familia, suponiendo un aislamiento, una menos búsqueda de apoyo y un menor caso a la hora del cumplimiento terapéutico. La peligrosidad y el juicio moral que estas instalado en la sociedad hacen que se discrimine a los enfermos mentales. En este estudio vamos a valorar la autopercepción que tienen los enfermos de esquizofrenia al estigma social.

OBJETIVOS: Uno de los objetivos de este trabajo es evaluar cómo se ven la esquizofrenia los enfermos que la sufren y otro objetivo es conocer algunas de las peculiaridades del estigma social que sufren.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la BVS en las bases de datos (Pumed, Lilacs, Medline e Ibecs), teniendo acceso gratuito a toda la información relevante sobre este tema, y se ha cogido información de Google Académico, se usaron como fórmulas de búsqueda: “esquizofrenia” AND “estigma social”. Se realizaron entrevistas estructuradas en dos sesiones en 4 grupos de pacientes con esquizofrenia que estaban siendo atendidos en servicios de rehabilitación psicosocial y a un grupo de familia, y se buscaban testimonios sobre el estigma sufrido y se valoraron 11 áreas abordadas en los grupos.

RESULTADOS: El miedo a la exclusión social, culpa la peligrosidad y pérdida de roles sociales son los temas que más preocupaban a las personas que participaron y, hemos visto también, historias reales del estigma sufrido por pacientes y familiares.

CONCLUSIÓN: Los problemas que existen en la sociedad con el estigma respecto a los pacientes con enfermedades mentales y familiares requiere ser evaluado en profundidad para buscar una solución por parte de las instituciones responsables de este área.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ESTIGMA SOCIAL, FAMILIARES Y PACIENTES, AUTOPERCEPCIÓN.

PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA

LAIA SPINOLA FONTANET, JUDIT DURAN RUIZ, PAULA BLANCO HERNANDEZ, LAURA GONZALEZ GONZALEZ, ESTER LOZANO GONZÁLEZ, VANESSA MESA SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La sujeción mecánica es una pauta terapéutica que comporta riesgos para el paciente, incluida su muerte. Es por ello que la correcta aplicación de sus cuidados, constituyen la mejor prevención para evitarlos.

OBJETIVOS: Identificar los motivos por los que el equipo médico puede realizar una pauta de contención mecánica. Analizar el procedimiento para poder hacer un correcto uso de esta pauta terapéutica. Determinar los cuidados necesarios una vez se ha procedido a realizar la contención.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, así como una revisión de protocolos de diferentes centros de salud. La búsqueda se ha realizado incluyendo solo protocolos de hospitales especializados en salud mental, y se ha tenido en cuenta que estos protocolos hayan sido actualizados en los últimos 5 años.

RESULTADOS: Como profesionales es muy importante conocer la correcta aplicación de la contención mecánica, ya que esto nos permitirá hacer un buen uso de esta pauta terapéutica, de su aplicación y de su suspensión.

CONCLUSIÓN: Es muy importante que antes de aplicar un procedimiento terapéutico que comporte la contención mecánica, se haya procedido previamente a la contención verbal y farmacológica. Y si las anteriores no son efectivas, se pasará a estudiar los beneficios y las consecuencias de la aplicación de la contención mecánica, para evaluar si es preciso realizarla.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, CONTENCIÓN MECÁNICA, SEGURIDAD, INTEGRIDAD FÍSICA.

EL PRIMER BROTE PSICÓTICO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

JUAN VIGUERAS FERNANDEZ, MARIA DE LOS ÁNGELES VIGUERAS FERNANDEZ, PATRICIA ELENA VICEIRA PICOSI, RAFAEL PEREZ LEON, GUADALUPE VICEIRA PICOSI, JOSE LUIS MAESTRO HUESA, CRISTINA EGEA PÉREZ, LAURA NAVARRO MARTINEZ, TEODORA MUÑOZ FERNANDEZ, ROCIO CEGARRA LOPEZ

PLAN DE CUIDADOS: NANDA: Confusión aguda (00128). NOC: Control del pensamiento distorsionado (01403). NIC's: Administración de medicación (2300). Contención farmacológica (6430). Intervención en caso de crisis (6160). Manejo de las ideas delirantes (6450). Sujeción física (6580). Orientación de la realidad (4820).

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años diagnosticada de Síndrome Psicótico a estudio ingresa de forma involuntaria en agudos de psiquiatría procedente de la puerta de Urgencias de un Hospital General por ideas delirantes de perjuicio en domicilio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y Orientada en las tres esferas. Euproséxica. Suspica con personal sanitario. Aspecto parcialmente cuidado. Inquietud psicomotriz con discurso incoherente siendo necesario Contención Mecánica. Refiere ideas delirantes de perjuicio hacia su familia de las que hace crítica parcial. No hipertimia y sin conductas desinhibidas. Biorritmos no conservados. No consumo de tóxicos. Madre afecta de Trastorno Bipolar. Abuela por parte paterna: Alzheimer. Familiar de 5º grado con Trastorno Psicótico No Especificado. Se realiza TAC craneal para descartar etiología orgánica y se pide analítica completa estando ambas pruebas dentro de la normalidad. La madre refiere que en los últimos dos meses coincidiendo con los festivos de Navidad ha aumentado carga productiva en el trabajo provocando insomnio de 2ª y 3ª fase con predominio de clínica ansioso-depresiva. Así como soliloquios y risas inmotivadas.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno Psicótico No Especificado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia Paranoide.

CONCLUSIONES: La bibliografía consultada durante el ingreso nos hace tener en cuenta la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe que investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés que pueden afectar a la vida de una persona normal, siendo la vulnerabilidad del paciente cuestión clave para el desarrollo de la pérdida de contacto con la realidad.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, CUIDADOS, TRATAMIENTO, HOSPITALIZACIÓN.

ESTUDIO ESTADÍSTICO EN PSIQUIATRÍA SEGÚN CÓDIGO CIE-10-ES

DOLORES MORENO LUCENA, ROSA MARIA PINTOR LUNA, RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO

INTRODUCCIÓN: Al estudio de la enfermedad mental se dedica la especialidad médica de la psiquiatría. Esta especialidad intenta prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a pacientes con trastornos mentales así como a su adaptación y a hacerlos autónomos. La OMS hace referencia a nueve grupos: orgánicos y sintomáticos, por consumo psicotrópico, por disfunciones fisiológicas, esquizotípicos, del humor o afectivos, neuróticos, retraso mental y del comportamiento en infancia y adolescencia.

OBJETIVOS: Comparar el número de ingresos en psiquiatría en el hospital Reina Sofía de Córdoba durante 2010-2011. Comparar el número de estancias de los pacientes ingresados en psiquiatría en dicho hospital.

METODOLOGÍA: Hemos estudiado los distintos grupos de enfermedades mentales en los que se divide la psiquiatría, sabiendo que algunos necesitan del ingreso del paciente. Los datos han sido extraídos a través de una búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: En el año 2011 se han producido 122 ingresos en la unidad de psiquiatría, 15 ingresos más que en el año anterior. El número de estancias ha sido mayor en el año 2010 con 1138, mientras que en el año 2011 nos encontramos con 1097.

CONCLUSIÓN: No hay mucha diferencia de resultados entre los dos años. El total de porcentaje de ingresos entre los dos años es de un 14%, siendo el de estancias un -3.6 %. El índice de rotación hace referencia a un 3.75% Y el de ocupación a un -2.82 %.

PALABRAS CLAVE: ESTANCIA MEDIA, INGRESO, ESPECIALIDAD MÉDICA, PSIQUIATRÍA.

ANÁLISIS DE LA TERAPIA EMOCIONAL A TRAVÉS DE LAS FLORES DE BACH

MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, RUTH REQUENA RUBIO

INTRODUCCIÓN: Los 38 remedios que descubrió el Dr. Bach ayudan a equilibrar el estado emocional negativo, se seleccionan según el tipo de persona y según cómo se siente.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aportan las flores de Bach en relación a la terapia emocional.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática en diferentes artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Floresdebach y Ricardoorozco. Realizándose las búsquedas siguientes: flores de bach, problema emocional, miedo, depresión.

RESULTADOS: Las flores de Bach se pueden utilizar con otros medicamentos químicos y homeopáticos. Se pueden tomar desde el frasco en concentración o diluido en agua. Se pueden combinar entre ellas colocando dos gotas de esencia en un vaso de agua, tomándose a sorbos durante el día. Esta terapia se puede tomar cuando se siente cansancio, con alergias, estreñimiento, diarrea. Para superar un duelo familiar, ansiedad, miedos, sentimientos de culpa, nostalgia. Se utiliza como prevención para prepararse mental y emocionalmente en exámenes, viajes, cirugías, dentista, etc. Se puede utilizar también de forma tópica, en cremas, aceites o lociones. Tomando un baño, añadiendo gotas en el agua de la bañera sumergiéndose unos 20 minutos. También se puede utilizar con un pulverizador, preparando un frasco diluido tanto en el cuerpo como en el ambiente. Los cambios se notan con una administración persistente y frecuente. Estas flores no tienen efectos secundarios, no interfieren en otros tratamientos y no producen adicción, intoxicaciones ni sobredosis.

CONCLUSIÓN: Las flores de Bach no solo tratan de resolver el problema emocional sino también la causa emocional de la enfermedad, no alivia los síntomas si no trata el verdadero origen.

PALABRAS CLAVE: FLORES DE BACH, DEPRESIÓN, TERAPIA EMOCIONAL, TRATAMIENTO NATURAL, MIEDO.

ANÁLISIS SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

MARIA DEL CARMEN PEREZ GOMEZ, ISABEL MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, RUTH REQUENA RUBIO

INTRODUCCIÓN: La terapia ocupacional son un conjunto de técnicas, actuaciones y métodos que a través de las actividades aplicadas con fines terapéuticos se mantiene y se previene la salud. Por lo que se desea conseguir una independencia en las actividades de la vida cotidiana y una reinserción en el entorno tanto familiar, como social y laboral en los pacientes.

OBJETIVOS: Determinar la función y el desarrollo de la terapia ocupacional en relación a los grupos que se realizan en salud mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Scielo y Dialnet. Realizándose las búsquedas siguientes: terapia ocupacional, actividades cotidianas, terapéutica.

RESULTADOS: En el tratamiento de terapia ocupacional se utilizan métodos y técnicas que son apropiados al entorno o la disfunción que se contempla en la persona. Teniendo como objetivo principal el desarrollar las capacidades potenciales, restablecer las funciones disminuidas tanto psíquicas como sociales. Se forman grupos de 2 o más pacientes con 1 o 2 terapeutas que tratan los trastornos emocionales, la alteración de la funcionalidad y lo desajustes sociales. Se forman grupos de actividad que fomentan afiliaciones, habilidades sociales, se realiza ejercicio, se cocina, etc. Otros grupos de apoyo en los que se proporciona contención, habilidades sociales, capacidad de adaptación social. Existen grupos de resolución de problemas, que son terapias de apoyo en la solución de un problema en concreto como trastornos de alimentación, alcoholismo. Además de grupos de psicoeducación, en el que se hace partícipes a los pacientes siendo ellos mismo los estudiantes de sus trastornos; así trabajan la ansiedad y facilitan la expresión de sus emociones. Y para finalizar los grupos psicodinámicos que producen un cambio personal duradero por una terapia no dirigida.

CONCLUSIÓN: En las terapias ocupacionales el apoyo grupal alivia el sufrimiento, abriendo vías de comunicación y búsqueda de soluciones alternativas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL, SALUD MENTAL, ACTIVIDADES COTIDIANAS, TERAPÉUTICA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ANSIEDAD

MARIA DEL CARMEN GARCIA VICO, ROCIO JODAR LOPEZ, MARIA DOLORES MARTINEZ PEÑA

INTRODUCCIÓN: La ansiedad es una función relacionada con el conjunto del miedo, ira, tristeza o la felicidad, siendo una respuesta adaptativa útil ante situaciones de alerta.

OBJETIVOS: Determinar los síntomas que se establecen en el paciente que sufre ansiedad.

METODOLOGÍA: A través de una búsqueda bibliográfica en buscadores como Google Académico y bases de datos como PubMed y Scielo.

RESULTADOS: La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes como síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Las relaciones interpersonales consideran a la comunicación como un elemento fundamental, destacando la no verbal/verbal obteniendo un progreso significativo en el mantenimiento de su salud, a través del personal sanitario de contacto. Por lo que es necesario transmitir seguridad y aumentar la relación entre el profesional sanitario y el paciente. Por lo que podemos decir que se obtuvieron los resultados más concluyentes, disminuyendo el estado de ansiedad del paciente por el personal sanitario, a través de la comunicación, seguridad y terapias conductuales.

CONCLUSIÓN: Estudios recientes demuestran que la existencia de experiencias dolorosas previas, el pensamiento negativo sobre la salud y el sentimiento de no poder controlar la situación, provoca en el paciente una actitud incorrecta ante situaciones de riesgo. Para ello el personal sanitario será el encargado de reducir su estado de ansiedad a través de la comunicación, distracción y técnicas de utilidad.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, PERSONAL SANITARIO, COMUNICACIÓN, PACIENTE.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FAMILIAR COMO CUIDADOR PRINCIPAL

MARIA DEL PILAR BRAVO RIVAS, ROCIO PEREA DEL PINO, ANDRES JESUS CARMONA GUIRADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 65 años, trasladado por el Dccu por disminución súbita del nivel de consciencia. Responde a estímulos dolorosos y verbales pero no mantiene una conversación coherente. Con constantes estables se decide traslado para valoración de posibles causas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente con Glasgow de 10, responde a estímulos dolorosos y a los verbales de manera muy leve. Buen estado general. Hidratado. Se realiza auscultación pulmonar y cardíaca. Taquicardia. Se canaliza vía periférica y se monitoriza. Toma de constantes; TA: 165/87 mmHg, Fc 120, Fr 16, SatO₂ 94% con gafas nasales a 2 litros, T^o 36.2. Según el familiar, el paciente sufre de depresión desde hace unos 5 años, tomando tratamiento y es hipertenso. Nunca le había ocurrido esto antes. Como pruebas complementarias: analítica completa, tóxicos en orina, ECG, RX tórax y abdomen. Se administra flumazenilo IV con respuesta positiva. El paciente afirma que ha ingerido una cantidad indeterminada pero elevada de benzodiazepinas. Se queda ingresado para su observación. Se realiza lavado gástrico.

JUICIO CLÍNICO: Disminución del nivel de consciencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dada la evidencia tras administrar el flumazenilo, se puede afirmar el diagnóstico como intento de autolisis.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA 00035 Riesgo de lesión NOC 1902 Control de riesgo NIC 6654 Vigilancia: seguridad.

CONCLUSIONES: Los pacientes que padecen depresiones profundas de larga evolución, a menudo tienen ideas suicidas, aunque la mayor parte de las veces no las llevan a cabo. Los familiares no son conscientes a veces de este peligro. Por este motivo es necesario que este tipo de pacientes tengan un referente que controle el tratamiento para evitar este tipo de situaciones. La implicación de familiares en este tipo de procesos es esencial para la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, CUIDADOR, SEGURIDAD, AUTOLISIS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN FASE AGUDA

DULCE NOMBRE LÓPEZ PEDRAZA, YURENA DE LAS NIEVES CARRILLO DÍAZ , MARIA DEL ROSARIO ROJAS LISEDAS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad mental es una alteración emocional, cognitiva o del comportamiento en el que pueden estar afectados la cognición, la conducta, la motivación, la conciencia, la percepción de la realidad, el aprendizaje, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno social. La incidencia en España determina que una de cada cuatro personas presentara un trastorno mental a lo largo de su vida. Esto es debido a los factores ambientales y la predisposición genética, por lo que todos estamos expuestos a ello.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento que se debe administrar y la función de la enfermera ante estas situaciones.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones científicas en buscadores como Google académico, la página de la OMS y Cuiden, y su posterior síntesis de la información obtenida; se destaca la gran incidencia de enfermedad mental y la necesidad de borrar el estigma de enfermedad mental que existe en la sociedad. Los descriptores que se han utilizado han sido: enfermedad mental, cuidados, calidad de vida y prevención.

RESULTADOS: La enfermera debe promocionar la salud mental mediante: la prevención, el tratamiento en fase aguda de la enfermedad; y la rehabilitación y reinserción en la sociedad. En el tratamiento en fase aguda se debe iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el paciente, fomentando el autocuidado y haciendo hincapié en la importancia que tiene el apoyo de la familia en la mejora del paciente. Es fundamental entender la enfermedad mental como una parte de nuestra vida y una circunstancia más de la persona para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Es importante la puesta en común de los cuidados enfermeros ya que ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes teniendo una mejor aceptación y reinserción en la sociedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD MENTAL, CUIDADOS, CALIDAD DE VIDA, PREVENCIÓN.

PACIENTE JOVEN CON ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

BEATRIZ PRIETO VILLEGAS, CARLA AZORIN TOVAR , CARMEN MARÍA MARTOS MILLAN,
PABLO QUILEZ LLOPIS , ANA LÓPEZ MARTÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 21 años en la actualidad, natural de Argentina, familia de origen boliviana. Hace diez años que vive en Mallorca. Es el mayor de 3 hermanos, hermanos mayores independizados. Niega consumo de tóxicos. Sin alergias. Tuvo Primer contacto con psiquiatría en infantil, por introversión y dificultad con las relaciones. Acude varias veces a urgencias de psiquiatría por ansiedad, hasta 2016 cuando ingresa por primera vez en unidad hospitalaria breve (UHB) por alteraciones de comportamiento, con tendencias obsesivas. Ingresaba actualmente por comportamiento agresivo con sus padres por obligarlo a ducharse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Vigil y orientado globalmente. Aspecto descuidado. Parcialmente colaborador y difícilmente abordable. Suspica. Contacto distónico. Evita contacto visual. Lenguaje pobre, repetitivo, latencia de respuesta aumentada. Aislamiento. Posible ideación paranoide. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Ideas de tipo obsesivo y rituales de limpieza. No ideación autolítica. Heteroagresividad verbal y contra objetos en el domicilio. Pruebas de imagen (TAC, RSM), analítica de sangre y orina completa. Se descarta enfermedad orgánica, tóxicos negativos.

JUICIO CLÍNICO: Alteración del comportamiento **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** TOC. Psicosis. Trastorno del desarrollo.

PLAN DE CUIDADOS: Patrones alterados según M. Gordon: Percepción-Manejo de la salud: nula conciencia de enfermedad. Higiene deficiente. Nutrición-metabolismo: aumento de peso por malos hábitos alimenticios y desconfianza ante alimentos. Cognitivo-perceptual: alteraciones del pensamiento, posibles ideas delirantes Rol-relaciones: no sale a penas de casa, pasa la mayor parte del tiempo jugando solo a videojuegos

CONCLUSIONES: Tras su estabilización en planta, el paciente continuará en seguimiento por la USM (unidad de salud mental) para poder determinar en qué tipo de alteración psiquiátrica cuadra según sus comportamientos, pensamientos y síntomas. Desde enfermería especializada en salud mental se trabajará la toma de conciencia de la enfermedad, la motivación para higiene y relaciones sociales, y hábitos saludables de alimentación. Se facilitará la expresión de sentimientos e ideas delirantes.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, ENFERMERÍA, TOC, DESARROLLO.

MICROZOOPSIAS POR ANSIEDAD: TRASTORNO DE CONVERSIÓN

BEATRIZ PRIETO VILLEGAS, CARLA AZORIN TOVAR , CARMEN MARÍA MARTOS MILLAN,
PABLO QUILEZ LLOPIS , ANA LÓPEZ MARTÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 58 años que acude a USM (unidad de salud mental) tras hospitalización de psiquiatría. Acudió a urgencias tras un episodio de crisis consistente en alucinaciones visuales (microzoopsias), cuarta vez en las últimas 2 semanas, sin haberlo presentado nunca antes. Vive con su marido. Tiene un hermano con TMG. Antecedentes personales: HTA Antecedentes psiquiátricos: síndrome ansioso-depresivo. Hábitos tóxicos: Fumadora 10c/día. Alergias: NAMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aspecto cuidado. Lenguaje correcto, abordable, colaboradora. Preocupada por los episodios ocurridos. Pruebas de imagen (TAC y RSM), analítica de sangre y orina completas, descartando alteración orgánica.

JUICIO CLÍNICO: Crisis de ansiedad con pérdida de memoria y alucinaciones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno de estrés generalizado y Trastorno conversivo.

PLAN DE CUIDADOS: Patrones alterados según M. Gordon: Cognitivo-perceptual: con alteraciones de la sensopercepción cuando ocurren episodios de crisis, atención fluctuante y bloqueo del pensamiento. Afrontamiento-tolerancia al estrés: al inicio de las crisis y a lo largo del día tiene síntomas de ansiedad.

CONCLUSIONES: Continuará con citas desde la USM con psiquiatría para seguimiento de la medicación, psicología y enfermería. La enfermera especialista en salud mental trabajará con sesiones de relajación individual, educación de técnicas de relajación para practicar en casa y hábitos de vida saludable que ayuden a disminuir su ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, AUTOAGRESIVIDAD, ENFERMERÍA, ALUCINACIÓN.

LA PÉRDIDA DE CONTACTO CON LA REALIDAD A CAUSA DE LA ESQUIZOFRENIA

ALICIA RUIZ ARCE, NOELIA GUTIERREZ RUIZ, ALEJANDRA HORNING BENGOCHEA, XIOMARA ORTEGA HERREROS, VANESA PÉREZ FERNÁNDEZ, EVA MARIA FERNANDEZ SOTA, LUISA PLATAS LALEONA, KAOUTHAR EL ANSARI, MARÍA DEL MAR GÚTIEZ AGUIRRE, ANA MARIA RODRIGUEZ ALONSO, MARIA LOPEZ MATA, ELENA BOLADO GARCIA DE LOS SALMONES

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno psicológico que perjudica a actividades como la capacidad para formar ideas, la voluntad, el estado afectivo que produce un estímulo, la sensación, el comportamiento. Las posibles causas son un factor genético probado y una serie de elementos externos como uso de drogas, alteración en el modelo del sueño, vivencias, no tomar bien la medicación, rivalidades, estresantes ambientales. Esta unión puede producir un desequilibrio químico cerebral que conlleva una serie de cambios en los neurotransmisores que desencadenan la esquizofrenia.

OBJETIVOS: Analizar la información disponible acerca de la esquizofrenia y su tratamiento.

METODOLOGÍA: Para la realización de este póster se ha realizado una búsqueda y un estudio bibliográfico. Se han utilizado los descriptores: relación, roce, trato, abandonar.

RESULTADOS: El tratamiento consiste en una mezcla de fármacos como son los antipsicóticos y una terapia psicosocial que ayuda a convivir con la enfermedad y entenderla porque es una enfermedad para toda la vida. Es muy importante la continuidad en el tratamiento que suele ser muy complicado. Al abandonarlo sufren recaídas que son preocupantes. El personal médico debe tratar de: Eliminar o reducir síntomas. Evitar la aparición de recaídas. Evitar o reducir la necesidad de acudir al hospital o ser hospitalizados. Evitar o reducir los efectos secundarios no deseados que podrían derivarse del tratamiento farmacológico. Iniciar o reanudar las actividades cotidianas normales como trabajar, estudiar, vivir independientemente o mantener relaciones sociales.

CONCLUSIÓN: El médico, el paciente y la familia tienen que estar muy comunicados entre sí y con mucho diálogo. La familia tiene que saber lo máximo posible sobre la enfermedad y expresarle al médico todas sus preocupaciones. Todos juntos harán que el enfermo tenga una valoración más positiva de sí mismo, rebajar el comportamiento cohibido, facilitar un trabajo orientado en metas, procurar un entorno en el que se sienta seguro.

PALABRAS CLAVE: RELACIÓN, TRATO, ROCE, ABANDONAR.

PACIENTE VARÓN CON ADICCIÓN AL SEXO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALMUDENA SABATE ARJONA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, CRISTINA RIVAS SAAVEDRA, ANA PEREZ VAZQUEZ, CRISTINA MELERO HERNANDEZ, SONIA FUERTES PURIFICACIÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varó n. 33 Añ os. Soltero. Acude a consulta por presentar conductas sexuales fuera de control desde hace 5 añ os. Realiza a diario consumo de pornografía, masturbació n... Ha dejado de trabajar para “ dedicarse” a estas actividades y no realiza ninguna otra actividad social, familiar o de ocio fuera del sexo. Se declara homosexual y es portador del VIH. Presenta policonsumo de tó xicos. Refiere malestar personal, angustia...

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inicialmente se realizó un ingreso de tres semanas en un centro de desintoxicación, luego se realizó un Plan Ambulatorio Intensivo: 3 sesiones semanales de psicoterapia y una sesión quincenal con un medico psiquiatra. Tras 3 meses de tratamiento el paciente consigue controlar sus conductas sexuales y masturbación, reduciéndolas a solo los fines de semana y no consume pornografía. Hace ejercicio físico, deporte en grupo y realiza vida social independiente del sexo. No consume tóxicos y ha conseguido identificar que usaba el sexo como regulación emocional desarrollando así nuevas habilidades autocontrol.

JUICIO CLÍNICO: Adicción al sexo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El seguimiento ambulatorio intensivo y el trabajo en equipo entre psicóloga y psiquiatra han podido sustituir eficazmente el ingreso del paciente en un centro.

CONCLUSIONES: No se considera el Trastorno Hipersexual como una entidad propia, aunque sí parece oportuno dedicarle atención clínica, porque existe una demanda específica y suficiente. Detectarla puede ser la guía para el diagnóstico y tratamiento de patologías del Eje I enmascaradas y porque las consecuencias y malestar referidos por aquellos que la padecen son abundantes. No existen estudios previos que evalúen si la expresión psicopatológica de eventos traumáticos en la vida sexual y/o en otros ámbitos tiene relación con los comportamientos hipersexuales. Se necesitan investigaciones científicas sobre la conceptualización, epidemiología, psicopatología, evaluación, tratamiento y prevención de la conducta hipersexual.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, ADICCIÓN AL SEXO, TRASTORNO HIPERSEXUAL, VIH.

SUICIDIO INVOLUNTARIO: PACIENTE ADULTA CON PSICOSIS

CRISTINA GONZALEZ GONZALEZ, ANA COCA COCA, ESPERANZA VERDUGO ROMÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años precipitada de forma voluntaria de un tercer piso con fractura de tibia y rótula izquierda. Soltera y sin hijos, convive con sus padres y un hermano menor de 28 años. No antecedentes somáticos de interés. Fumadora de 5-6 cigarrillos/día, consumo de cannabis. Hace años refiere haber consumido MDMA. Presentando ansiedad e ideas de perjuicio hacia su expareja mostrándose hiperalerta, asustado, con gritos y carreras cuando sonaba el timbre o ruidos. Explica que tenía miedo a que su expareja o alguien de su entorno entrara a hacerle daño. En ocasiones ve su vida en la Televisión y se siente vulnerable frente al resto de personas. Quiso participar en un reality y fue seleccionada. Ella misma decidió no continuar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tranquila y colaboradora. Discurso coherente. Delirio de perjuicio y referencia poco estructurado. Sin alucinaciones. Refiere que las últimas semanas estuvo muy nerviosa, convencida de que su expareja o alguien de su entorno entraría a su casa para hacerle daño. El día de la precipitación escucho el timbre y convencida de que iban a dañarla se precipito de forma impulsiva desde la ventana. Niega intenciones autolíticas. En consulta realiza crítica a su conducta y a los pensamientos de perjuicio.

JUICIO CLÍNICO: Riesgo de violencia autodirigida r/c distorsión de la percepción de la realidad. Ansiedad r/c Cambio en el estado de salud m/p miedo de consecuencias inespecíficas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En la exploración física se evidencia la necesidad de la intervención enfermera ya que presenta un grado de ansiedad acusado y un riesgo autoagresivo. Escala de Sad Pearson +3. Escala de Goldberg >4.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de riesgo de violencia autodirigida es uno de los más comunes en el ámbito de la Salud Mental, por ello es importante que enfermera conozca sus intervenciones y realice una labor de equipo para alcanzar unos objetivos beneficiosos para el paciente.

PALABRAS CLAVE: SUSTANCIAS TÓXICAS, INTENTO DE SUICIDIO, SALUD MENTAL, RELACIONES INTERPERSONALES.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AGITADO

MANUEL CASTILLO JIMENEZ, ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MARIA MARTIN HERRANZ

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz es un síndrome que se puede presentar en cualquier trastorno psiquiátrico, se manifiesta con un gran desasosiego, inquietud y incremento desproporcionado de la actividad motora pudiendo acabar en un estado agresivo o violento.

OBJETIVOS: Conocer y diferenciar los distintos tipos de agitación. Conocer los cuidados a aplicar.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado teniendo en cuenta el objetivo planteado. Búsqueda en las bases de datos Cuiden, Scielo y Cochrane, entre el año 2007 y 2017. Se seleccionaron 12 artículos. Los descriptores utilizados en las bases de datos fueron: Enfermería de Urgencia, Servicios de Urgencia Psiquiátrica, Atención de Enfermería.

RESULTADOS: Agitación Neurótica: Se da en situaciones en la que la persona no puede controlar, sintiéndose desbordada. Agitación Psicótica: Se produce en un cuadro psicótico agudo, con un comienzo brusco del delirio, que es vivido por el paciente como una experiencia que no puede evitar lo que justifica en parte la agitación psicomotriz. Agitación Confusa: El origen de las agitaciones confusas son de origen orgánico: Delirium tremens, trastornos metabólicos, ciertas drogas, tumor cerebral... Agitación Esquizofrénica: Se manifiesta según las formas clínicas de la esquizofrenia, con trastornos del comportamiento, de regresión, de pensamiento. Agitación Maníaca: se produce unida a la sintomatología de gran exaltación de humor...

CONCLUSIÓN: Una vez que se ha intentado tranquilizar al paciente mediante acompañamiento, contención verbal o administrando una pauta oral y viendo que no ha sufrido el efecto deseado, es necesario pasar a la pauta IM e incluso repetirla. Con frecuencia no queda más remedio que pasar a la contención física, dado que el cuadro de agitación no cede o tarda en hacerlo. En otras ocasiones hay que ir directamente a la contención física, para poder medicarle y bajar el nivel de hiperactividad y agitación. Siempre hay que vigilar constantes y estar atento a cualquier síntoma.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA, AGITACIÓN.

EL EMPLEO DE INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS POR PARTE DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL: ESCALA NOIIS

FRANCISCA SIERRA MORENO, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, MARÍA DE LAS MERCEDES AIRES ESLAVA

INTRODUCCIÓN: La obtención de datos en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) por parte de la enfermera especialista se lleva a cabo a través de la observación, la entrevista y el empleo de instrumentos estandarizados, teniendo en cuenta que la existencia de instrumentos aplicables por enfermería en este campo es muy escasa.

OBJETIVOS: Conocer la existencia de nuevos instrumentos estandarizados aplicables por parte de la Enfermera especialista en Salud Mental en las Unidades de Hospitalización (UHSM).

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura científica sobre nuestro tema través de las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, PubMed, enfispo y Dialnet. Para ello hemos utilizado la siguiente estrategia de búsqueda: (instrumentos OR escalas) AND (enfermería OR enfermera) AND (“salud mental” OR psiquiatría). Al finalizarla, hemos incluido aquellos documentos publicados que hagan referencia a nuestro objetivo.

RESULTADOS: Tras comentar la escasez de instrumentos estandarizados utilizados por enfermería en las UHSM, es de relevancia destacar la creación de la “Escala de Observación Enfermera de la intensidad sintomática en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (NOIIS)”, la cual ha sido diseñada para proporcionar una medida objetiva de mejora conductual y reducción sintomática. En ella se valoran 5 ítems (agitación y actividad, sufrimiento psicológico, accesibilidad cognitiva, apatía y retraimiento y conflicto). Los datos obtenidos se registrarán mediante gráficos (fig. 1).

CONCLUSIÓN: Concluimos que la escala NOIIS puede ser de gran utilidad si es empleada por enfermería en cada turno para valorar la evolución de los pacientes ingresados. Esto conllevaría una mejora en la comunicación entre profesionales en cuanto a las evoluciones clínicas de dichos pacientes.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA, OBSERVACIÓN, SALUD MENTAL, HOSPITALIZACIÓN, INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ, ANA MARIA VILCHEZ ALVAREZ, MARIA PILAR ALCALA DELGADO

INTRODUCCIÓN: La enfermería en psiquiatría destaca la teoría de la relación interpersonal, la teoría de las necesidades humanas y la aplicación de la teoría de la adaptación, dando lugar a un manejo integral del paciente.

OBJETIVOS: Identificar la actuación en los trastornos mentales y sus secuelas para así fomentar una salud mental óptima en el individuo, familia y comunidad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se debe velar por un cuidado óptimo del paciente, coordinando sus acciones con las planteadas por el equipo multiprofesional, tras hacer éste una valoración completa. El TCAE proporciona oportunidades para que expresen sus sentimientos y así analicen y cambien sus respuestas. Desarrollar su capacidad de observación y el manejo de técnicas terapéuticas de comunicación, creando un ambiente seguro para el paciente. Hay que ofrecer un cuidado integral al paciente donde no solo se atienda a sus necesidades físicas y médicas, sino que se atención al comportamiento e interacciones con personal de su entorno.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir, reconociendo al ser humano como un ser único, integral con potencialidades para desarrollarse, cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias. Un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

PALABRAS CLAVE: FUNCIONES, PACIENTE, TCAE, TRASTORNO MENTAL.

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ, ANA MARIA VILCHEZ ALVAREZ, MARIA PILAR ALCALA DELGADO

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un grupo de enfermedades mentales graves que afecta las funciones cerebrales. Esta enfermedad se caracteriza por tener alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.

OBJETIVOS: Identificar las características de la patología y la importancia de la educación sanitaria. Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención a los pacientes que sufren esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de artículos publicados en la base de datos Medline. Se utilizan como descriptores: esquizofrenia, salud mental, paciente, TCAE.

RESULTADOS: El enfermo de esquizofrenia y su familia deberán de someterse a entrevistas clínicas con su psiquiatra para obtener el diagnóstico. El diagnóstico se obtiene después de realizar varias pruebas complementarias, evaluar y descartar otras posibles enfermedades. La esquizofrenia pueden padecerla cualquiera. A diferencia que en mujeres, en los hombres puede aparecer a una edad más temprana (entre los 15 y los 30 años).

CONCLUSIÓN: Hoy en día la mayoría de los pacientes con esquizofrenia si toman bien su medicación y tienen buenos hábitos de vida, pueden llevar una vida relativamente normal. El Rol del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería es ayudar a los pacientes con esta enfermedad a que estén cómodos en su ambiente y con ellos mismos.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, SALUD MENTAL, PACIENTE, TCAE.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

KAREN DOMINGUEZ BARBOSA, ERIKA DOMINGUEZ BARBOSA, FRANCISCO JAVIER SOLANO BARRAGÁN

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar (TB) es un trastorno del ánimo grave, recurrente y crónico que se caracteriza por la fluctuación de dos polos totalmente opuestos; la manía o exaltación, euforia y la depresión. El trastorno bipolar se caracteriza, por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. El trastorno bipolar ocurre en todas las edades, sin embargo, el pico máximo de incidencia se da entre los 15 y 25 años.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados enfermeros en pacientes con trastorno bipolar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en varias bases de datos, tales como: Medline Plus, Scielo, Grupo Paradigma. Además se han revisado guías clínicas.

RESULTADOS: La atención primaria y la actuación de enfermería es clave para la detección precoz de este síndrome. Es importante dar información, desde el punto de vista de la enfermería y con un enfoque psicoeducativo se consigue: Incrementar la conciencia de la enfermedad y aumentar el cumplimiento terapéutico, potenciar la adherencia al tratamiento con una comunicación y relación de confianza, fomentar hábitos de vida saludable para disminuir el insomnio y la ansiedad, una regularidad de hábitos y manejo del estrés manteniendo una dieta equilibrada y favoreciendo el descanso y el sueño, así como entender las consecuencias negativas del consumo de tóxicos en la evolución del trastorno.

CONCLUSIÓN: El papel de la enfermería tiene una función importante en la prevención y seguimiento de este trastorno, se encarga de la educación y realización de actividades formativas para las personas afectadas.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, CUIDADOS, ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMERÍA.

REGISTRO ELECTRÓNICO E INFORMATIZADO DEL PLAN DE CUIDADOS EN EL SÍNDROME ANSIOSO DEPRESIVO, TIPO DISTÍMICO

OSCAR PEREZ BLAYA, CARMEN MARTINEZ PELLICER, MARIA JOSÉ GARCÍA ZAMORA, ENNY KARINA DE MARTINO, ELENA MARGARITA LEÓN VILLAR, SUSANA PIÑERO MARTÍNEZ, ÁFRICA CLEOFÉ ROBLES RODRÍGUEZ , ELIAS BAGHDAN EGEA, JOSE ANTONIO PUJANTE RIQUELME, MIRIAM ALARCON MONSALVE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 49 años, acude a Urgencias tras discusión fuerte con su hermana, llegando incluso a las manos. Se realiza interconsulta con Psiquiatría, se decide ingresarla en Unidad de Agudos de un Hospital Murciano. Se refieren 3-4 gestos autolíticos anteriormente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aspecto general descuidado. Cinco días sin defecar, abdomen hinchado, doloroso a palpación en hipogastrio derecho, náuseas en ocasiones. Ansiedad. Nerviosismo.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome ansioso depresivo, carácter crónico, tipo distímico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dejó la medicación psiquiátrica, empeoramiento de síntomas ansioso-depresivos, ideación autolítica. Refiere nerviosismo, actitud victimista y demostrativa con rasgos histriónicos.

PLAN DE CUIDADOS: Las nuevas tecnologías, proponen nuevas herramientas de trabajo que pueden ser aplicables a los cuidados enfermeros, para ello es necesaria una buena valoración según los patrones funcionales de Gordon y según estos, vemos conveniente la elección de los siguientes diagnósticos (NANDA), Deterioro del patrón del sueño r/c ansiedad y nerviosismo m/p despertar precoz, Estreñimiento r/c factores mecánicos (gastroenteritis) m/p aumento de la presión abdominal y dolor abdominal, control inefectivo del régimen terapéutico personal r/c déficit de conocimientos y m/p verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el tratamiento en los hábitos de vida, Trastornos de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental y miedo, ansiedad y angustia y m/p interpretación inexacta del entorno y pensamiento inadecuado no basado en la realidad, entre otros. Mediante la implementación de intervenciones de Enfermería con la incorporación de las nuevas tecnologías a la práctica asistencial, consigue objetivos (NOC) de la paciente, disminuyendo las posibles complicaciones como seguridad de la paciente.

CONCLUSIONES: A través de la informatización de los registros que realiza la enfermería, trata de conseguir mediante el plan de cuidados, un seguimiento más cercano al paciente, ofreciendo recursos adecuados más allá del tratamiento farmacológico con una intervención psicosocial activa, demostrándose eficaz para reducir el número de ingresos y mejorar el bienestar de la paciente.

PALABRAS CLAVE: REGISTRO INFORMATIZADO, ENFERMERÍA, DEPRESIÓN, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, DISTIMIA.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SUICIDA

MANUEL CASTILLO JIMENEZ, ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MARIA MARTIN HERRANZ

INTRODUCCIÓN: En las enfermedades psiquiátricas nunca se deben menospreciar las ideas o amenazas suicidas. Debido a las características que rodean a las enfermedades mentales: ausencia de interés por lo que lo rodea, desesperanza, frustración insatisfacción, impulsividad...

OBJETIVOS: Identificar la intervención y cuidados ante un paciente suicida.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado teniendo en cuenta el objetivo planteado. Búsqueda en las bases de datos Cuiden, Scienedirect. Entre el año 2010 y 2017. Se seleccionaron 2 artículos y 1 libro. Los DeCS utilizados en las bases de datos fueron: Enfermería de Urgencia, Servicios de Urgencia Psiquiátrica, Atención de Enfermería, Suicidio.

RESULTADOS: Cuidados e intervención al Paciente Suicida: No dejar al alcance del paciente ningún objeto peligroso con el que se pueda dañar. Debemos dejar que el paciente exprese con libertad sus pensamientos suicidas. No debemos demostrar agobio ni angustiarnos ante las manifestaciones del paciente. Estar acompañándolo y demostrarle que no está solo ante esta situación. Explicarle que con ayuda y con las capacidades que tiene (aunque no las conozca en estos momentos), podrá optar a otras soluciones cuando se encuentre mejor. Escucharle activamente, con respeto, indicándole que se comprende su sentimiento. No culpabilizar, con frases que le recriminen o critiquen su intento suicida. No dejarlo sin vigilancia, mientras se encuentre en fase de riesgo.

CONCLUSIÓN: Cuando se produce un intento de suicidio, la urgencia es médica antes que psiquiátrica y en ocasiones quirúrgica, una vez estas han sido resueltas, pasa a ser una urgencia psiquiátrica. El potencial de un paciente para realizar un intento suicida depende de: Tiempo que el paciente lleve planificando el acto suicida. La situación psicopatológica previa. Las características del método suicida elegido (letalidad). Precauciones previas tomadas para ser o no descubierto.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, URGENCIAS, CUIDADOS, SUICIDIO, PSIQUIATRÍA.

MANEJO DEL PACIENTE CON IDEAS SUICIDAS

ANTONIO JAVIER SEGURA FORNIELES, DARÍO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CARLOS ALBA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: El suicidio es el acto por el que una persona decide deliberadamente, provocarse la muerte. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, ha aumentado el número de suicidios, llegando a ser la primera causa de muerte no natural. La mayor prevalencia de ideación suicida se produce sin intento de suicidio, esto incrementa la dificultad de nuestro trabajo en este tipo de paciente.

OBJETIVOS: Conocer las principales herramientas utilizadas para el manejo del paciente con ideas suicidas.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: CINAHL, Cuiden, Ncbi, PubMed. Para la realización de esta búsqueda bibliográfica se seleccionaron 20 documentos en castellano y en inglés publicados entre 2011 y 2017.

RESULTADOS: La bibliografía revisada coincide en que existe una serie de factores de riesgo del suicidio, como son el sexo masculino, antecedentes familiares de suicidio, intentos previos de suicidio, consumo de sustancias tóxicas y trastornos adictivos, el estado civil y económico, historial previo psiquiátrico, edad, etnia y otro tipo de enfermedades o dolores crónicos. Las estrategias utilizadas son la escucha activa, el acercamiento al paciente sin prejuicios previos, el reconocimiento de comportamientos que podrían estar relacionados con la patología y la observación del lenguaje no verbal. Además, la metodología de su trabajo permite el contacto con el paciente, además de la familia cercana, siendo posible la búsqueda de mayor información y con ello ser capaz de ofrecer un juicio con mayor objetividad.

CONCLUSIÓN: Se puede llevar a cabo tratamientos individuales o en comunidad, esto permite tanto al paciente como a la familia conocer el problema y los medios para alcanzar la mejoría. En muchos casos, es la enfermera la encargada de establecer esa relación terapéutica, para la expresión personal del paciente y la facilitación de educación sanitaria para un mejor manejo del problema.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, INTENTO AUTOLÍTICO, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA.

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

ESTEFANIA ARIZA CALVO, SUSANA SALAS RODRIGUEZ, INMACULADA MOLINA MARTIN

INTRODUCCIÓN: Hubo una prevalencia de trastornos mentales del 19% en adolescentes en el último año. Estos tienden a ser crónicos y su aparición a esta edad se asocia con un peor pronóstico que aquellos en la edad adulta.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y los factores mentales asociados con la depresión mayor y los trastornos de ansiedad.

METODOLOGÍA: Los datos se obtuvieron de la III Encuesta Nacional de Salud Mental que representa 6 regiones. Se realizó una encuesta utilizando la Entrevista Personal Asistida por Computadora (Composite International Diagnostic Interview-Adolescent Version) (CAPI-CIDI-A), enfocada en los trastornos más comunes de depresión y ansiedad. Incluyó una muestra de 1644 adolescentes entre 12 y 18 años.

RESULTADOS: La prevalencia de cualquier trastorno en algún momento de la vida fue del 7,2% (IC del 95%,). El trastorno más común correspondió a la fobia social mostrada en algún momento de la vida en 4.8%. Menos frecuentes fueron el trastorno de pánico en las niñas y otros trastornos bipolares en los varones (2,6%). Entre los factores asociados al sufrimiento de cualquier trastorno se encuentran: ser mujer, tener poco apoyo familiar, haber presenciado al menos un evento traumático y haber tenido un intento de suicidio previo.

CONCLUSIÓN: Los trastornos mentales de ansiedad y depresión representan una gran carga de enfermedad en la población adolescente.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, ADOLESCENCIA, ANSIEDAD, FACTORES.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE UN EPISODIO PSICÓTICO DE PACIENTE VARÓN

MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ LÓPEZ, PATRICIA DEL CASTILLO SÁNCHEZ, LAURA AMAT PEÑA - TORO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 42 años que ingresa por primera vez en la unidad de psiquiatría procedente de urgencias tras haber consumido durante un viaje una sustancia tóxica generada por unas setas desconocidas, llegando a presentar en pocas horas alucinaciones auditivas e ideaciones delirantes, presentes en estos momentos. Fumador habitual de 1 paquete de tabaco diario. No refiere otros hábitos tóxicos. NAMC. Sin antecedentes médicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tª: 36.5°C; TA: 135/75 mmHg, FC: 60lpm Sat: 95%. Respiración sin alteraciones. Encontramos alteraciones en el patrón reposo-sueño por la clínica psicótica, que produce mucha ansiedad, siendo incapaz de conciliar el sueño de manera natural. Necesita medicación hipnótica. Desde el consumo de esta sustancia presenta inquietud y en momentos se muestra irritable. Estas conductas son imprevisibles llevando a un riesgo de desarrollar conductas agresivas. Realizamos una analítica sin mostrar alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Alucinación y delirio agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al encontrarnos ante la situación de desconocimiento que tipo de hongo ha producido este episodio nos centraremos en tratar los síntomas visibles.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00128 Confusión aguda r/c abuso de sustancias m/p alucinaciones auditivas o delirios. 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros r/c deterioro cognitivo impulsividad historia de conducta antisocial violenta. NOC: 1401 Autocontrol de la agresión. 1211 Nivel de ansiedad. NIC: 6487. Manejo ambiental: prevención de la violencia. 5820. Disminución de la ansiedad. 6510. Manejo de las alucinaciones.

CONCLUSIONES: En este caso al ser un varón que nunca ha consumido ningún tipo de sustancia tóxica y que no presenta antecedentes psiquiátricos hasta el momento, demostramos con la toma del tratamiento antipsicótico mejoría, desapareciendo los síntomas hasta llegar a recuperarse y volver de nuevo a llevar una vida normal. Es necesario tras esto mantener un seguimiento a nivel ambulatorio asegurando que este episodio ha sido algo aislado y no nos encontramos ante una enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE: SETAS, ALUCINACIONES, IDEACIONES DELIRANTES, PSIQUIATRÍA.

ANÁLISIS SOBRE EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA

ALMUDENA GONZALEZ DE AQUINO, ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica en psiquiatría se define como un procedimiento de inmovilización física que se produce mediante un equipamiento autorizado, que se destina al control conductual del paciente destinado a limitar de forma segura los movimientos del paciente para prevenir que comprometa el medio terapéutico.

OBJETIVOS: Determinar el número de pacientes en los que el personal sanitario ha empleado la contención mecánica en el área de psiquiatría.

METODOLOGÍA: Trabajo basado en la búsqueda bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos y en la revista científica de enfermería "NURE" en pacientes adultos y en niños/adolescentes hospitalizados en urgencias y psiquiatría.

RESULTADOS: Aproximadamente en el 30% de los pacientes adultos hospitalizados en psiquiatría se emplea la contención mecánica y en más del 25% en los pacientes infantiles. La tendencia en los últimos años es la disminución del número de sujeciones por paciente y su duración. En el 2007 se registró un 10% en adultos con contención y un 17% en niños y jóvenes. El equipo de psiquiatría controlará periódicamente al paciente en la práctica de la contención, revisará las sujeciones y las necesidades del paciente, a la par que comunicará de las incidencias observadas en cada visita.

CONCLUSIÓN: La seguridad y la eficacia de los cuidados ofrecidos al paciente como la seguridad del personal en la práctica de las restricciones mecánicas son pilares fundamentales para mejorar la calidad asistencial. Por lo tanto su uso se realiza para evitar situaciones de peligro para la integridad física del paciente y su entorno.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD ASISTENCIAL, PSIQUIÁTRICA, CONTENCIÓN MECÁNICA, INMOVILIZACIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL TRASTORNO BIPOLAR

MARIA JOSE NOGALES LOZANO, JOSE TOMAS ROSALES PRADOS, BELEN ABAD CRUZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad grave del cerebro, también conocida como enfermedad maníaco-depresiva. Las personas que la padecen tienen cambios inusuales en el estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y animados y son más enérgicos y activos de lo habitual y otras veces, se sienten muy muy tristes y deprimidos, tienen poca energía y son mucho menos activos de lo normal.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas que se manifiestan en el paciente con trastorno bipolar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando base de datos biomédicas como Cochrane o Medline plus. Los criterios de inclusión establecidos han sido: artículos que incorporen referencia sobre el tema, que fuesen de los últimos 5 años. Se han excluido los que por su contenido no estaban relacionados con el tema.

RESULTADOS: Los síntomas van, desde el episodio maníaco (euforia): Sentirse muy animadas o felices, nerviosas o aceleradas, tener problemas para dormir, ser más activas que lo habitual, hablar muy rápidos sobre muchas cosas diferentes, estar agitadas, irritables o muy sensibles, sentir que sus pensamientos van muy rápido, pensar que pueden hacer muchas cosas a la vez, hacer cosas arriesgadas, gastar mucho dinero o tener sexo de manera imprudente. El episodio depresivo, por lo contrario presenta a personas muy decaídas o tristes, dormir demasiado o muy poco, sentirse cómo que no pueden disfrutar de nada, tener problemas para concentrarse, olvidarse mucho las cosas, comer demasiado o muy poco, sentirse cansadas o sin energía, tener dificultad para dormirse, pensar en la muerte o el suicidio.

CONCLUSIÓN: Por desgracia, muchas personas no reciben la ayuda que necesitan debido a malentendidos de los aspectos que rodean la enfermedad o al miedo que produce el ser señalado por la misma.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, BIPOLAR, DEPRESIÓN, ESTADO, EUFORIA, ÁNIMO.

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA EN TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN

INTRODUCCIÓN: Uno de los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad límite (TLP) es la ira y la agresión inapropiada típicamente desafiante como un comportamiento llevado a cabo con la intención inmediata de causar daño a otro. Los síntomas más significativos y comunes del TLP son altos niveles de impulsividad y agresión, así como la desregulación emocional. Esa impulsividad, así como las dificultades para regular las emociones, es lo que podría explicar las asociaciones distintivas entre el TLP y la agresión.

OBJETIVOS: Analizar en base a la bibliografía actual el grado de relación entre agresividad o violencia y pacientes diagnosticados de TLP. Identificar las dificultades metodológicas en los estudios que relacionan este fenómeno con los TP.

METODOLOGÍA: Búsqueda en bases de datos internacionales (Cinahl, Medline y pubmed) donde se utilizaron los descriptores: “Personality disorder and violence”, “Borderline personality disorder and violence”, “Borderline personality disorder and aggressive behavior”, entre otros.

RESULTADOS: El resultado de la búsqueda se redujo a 8 artículos, los cuales muestran con dificultad que el TLP está asociado con la agresión y, en particular, con la violencia de pareja. En dichos estudios aseveran que muchos de los pacientes con TLP presentan alguna forma de comportamiento agresivo dirigido hacia otros. Sin embargo, las formas extremas de agresión que involucran actos violentos tales como matar, violar o agredir severamente a personas con consecuencias letales ocurren rara vez en pacientes con este diagnóstico. Además, los pacientes con TLP presentan un mayor riesgo de victimización por asalto personal, maltrato infantil y agresión psicológica.

CONCLUSIÓN: Los mecanismos subyacentes a la asociación entre TLP y agresividad o violencia han sido menos claramente identificados. Se evidencian dificultades metodológicas dado la heterogeneidad del concepto violencia, además del alto grado de comorbilidad.

PALABRAS CLAVE: AGRESIVIDAD, VIOLENCIA, TRASTORNO LÍMITE, TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

LIDIA FERNANDEZ OCAÑA, JUANA LÓPEZ CARRILLO, RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones de la conducta alimentaria se han convertido en un problema en ascenso, sobre todo en las chicas adolescentes y jóvenes en las que las tasas de prevalencia de esta patología oscilan del 0,2% al 0,8% de la población general. Por otra parte, la prevalencia en la población general de Trastorno de personalidad se sitúa entre un 1-2%, mientras que en los pacientes hospitalizados está entre el 18-32% siendo además más frecuente en chicas adolescentes y jóvenes.

OBJETIVOS: Determinar la comorbilidad existente entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los Trastornos de Personalidad.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos “Lilacs”, “Cochrane” y “Scielo” centrándose en estudios sobre la comorbilidad de los Trastornos de la conducta alimentaria con los Trastornos de Personalidad, de 2010 a la actualidad. Se revisaron 10 estudios de los cuales se seleccionan 3; haciendo uso de los Descriptores de Salud.

RESULTADOS: La comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria, sobre todo cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos. En la anorexia la comorbilidad más frecuente es con alguno de los trastornos de personalidad tipo evitador, dependiente y obsesivo. En menor medida, con el trastorno límite, especialmente en el caso de las anorexias con conductas purgativas. A su vez, en la bulimia lo más llamativo es la comorbilidad simultánea con varios trastornos de personalidad límite e histriónico, y en menor medida con el evitador y obsesivo.

CONCLUSIÓN: El peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, siendo predictora de mayor severidad de la patología, debido a su menor capacidad de adaptación y aprendizaje en estrategias de afrontamiento.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE PERSONALIDAD, ANOREXIA, BULIMIA, COMORBILIDAD, TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, CONDUCTA ALIMENTARIA.

PACIENTE JOVEN DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

MARTA GALÁN MARTÍNEZ, ÁNGELA GALÁN MARTÍNEZ, VÍCTOR CARDENETE MORENO JUSTICIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 21 años de edad, acude a consulta de psiquiatría por presentar tras una semana de evolución insomnio de conciliación y despertar frecuente durante la noche, inquietud psicomotora e incremento del contacto interpersonal frente a desconocidos, coincidiendo con hiporexia e ideas delirantes de grandeza. Antecedentes personales: No se presenta antecedentes de trastornos mentales en la familia. La paciente ha presentado 2 crisis similares a la descrita en el último año, que le conllevan a hospitalizarla durante mes y medio. No fumadora ni bebedora. No presenta alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración y pruebas complementarias: Examen físico dentro de límites normales. Examen mental: paciente que acude en compañía de su madre, se encuentra consciente, alerta y orientada. Ideas delirantes de tipo erotomaníaco, afecto eufórico-irritable. Inteligencia, memoria y cálculo normales. Insomnio de conciliación y despertar frecuente durante la noche, disminución en la necesidad de dormir. Analítica : Hb:14,6 Hcto:45 leucocitos: 8300 neutrófilos:70% Resto de parámetros dentro de los límites normales.

JUICIO CLÍNICO: Episodios maníacos severo con características acorde al estado de ánimo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Trastornos afectivo bipolar.

CONCLUSIONES: Conclusiones: se decide iniciar manejo ambulatorio del trastornos con el objetivo de controlar la sintomatología a través de psicoterapia de apoyo y farmacoterapia, fortaleciendo la red de apoyo familiar social, realizar seguimiento para prevenir, detectar y tratar posibles recaídas, trastornos asociados y complicaciones que se pudieran presentar.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, HIPOREXIA, PSICOTERAPIA, EROTOMANÍA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

CARMEN AYLLÓN REDONDO, MARIA CRISTINA MELGAR FERNÁNDEZ, SONIA MELGAR FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas con discapacidades intelectuales (DI) y del desarrollo presentan una mayor necesidad de apoyos, constituyen un grupo especialmente vulnerable que, tradicionalmente, ha experimentado situaciones de exclusión social y sanitaria. Es destacable el alto porcentaje de recurrencia de estos usuarios en los servicios de salud, ya que tienen un alto número de comorbilidades, que requieren atención multidisciplinar, entre otros señalamos el papel fundamental de la atención del personal de enfermería, en la atención planificada e individualizada que requieren las personas con DI.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones de enfermería ante pacientes con discapacidad intelectual.

METODOLOGÍA: Estudio de revisión de la literatura científica. Se hizo una búsqueda de artículos basados en las intervenciones de enfermería con personas con DI en las siguientes bases de datos: SCOPUS, WOS, PUBMED, IME e IBECS. Búsqueda limitada a textos completos de los últimos 10 años e idiomas español, inglés, francés e italiano.

RESULTADOS: En el análisis de estos 13 artículos encontrados, la mayoría de los autores coinciden en muchas de las estrategias necesarias para una buena intervención de enfermería con los pacientes con DI, sin embargo, destacamos un déficit en la identificación de actividades específicas para llevar a cabo dichas estrategias. También observamos que las necesidades o limitaciones que afrontan las enfermeras en la atención de estos usuarios son similares y se basan en el desconocimiento, falta de formación y de evidencia científica entre otras, para el desempeño exitoso de roles más especializados.

CONCLUSIÓN: Durante un largo periodo de tiempo las personas con discapacidad intelectual no han tenido una atención sanitaria basada y centrada en sus necesidades, siendo la enfermería uno de los grandes pilares responsables de sus cuidados. El futuro de la profesión está en manos de las propias enfermeras y en su voluntad de hacer visible su contribución.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD INTELLECTUAL, CUIDADOS, ENFERMERÍA, INTERVENCIONES.

CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE

INTRODUCCIÓN: El trastorno por atracón está caracterizado por episodios de ingesta compulsiva de forma recurrente. Tiene muchas similitudes con la bulimia nerviosa. La diferencia principal es que la persona que sufre un trastorno por atracón no realiza conductas compensatorias. La OMS ha publicado resultados sobre el trastorno por atracón concluyendo que es un trastorno muy prevalente pero que pasa ampliamente desapercibido aun teniendo importantes consecuencias para la salud tanto físicas como psicológicas. Dicho estudio afirma que es aproximadamente el doble de común que la bulimia.

OBJETIVOS: Conocer las posibles consecuencias para la salud de los pacientes diagnosticados de trastorno por atracón.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos tales como; Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden, Cinahl. En el periodo del 2014 al 2017.

RESULTADOS: Las personas con este trastorno están cansadas de los atracones y suelen deprimirse. Estas personas suelen tener más estrés, problemas de sueño, pensamientos suicidas que las personas sin el trastorno. Estos pacientes con frecuencia se sienten mal consigo mismo y pueden dejar de acudir al trabajo, al colegio o actividades sociales por darse un atracón. Además de los problemas ya mencionados también puede desarrollar otros problemas derivados de la obesidad como son diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, trastornos del bazo, problemas cardiacos, enfermedades de la vesícula biliar, ciertos tipos de cánceres, alteraciones de la menstruación y/o movilidad reducida.

CONCLUSIÓN: Según los artículos revisados podemos afirmar que el trastorno por atracón se trata de una alteración de la conducta alimentaria que en la actualidad está siendo infra diagnosticada y tratada. Lamentablemente presenta importantes consecuencias para la salud de quienes la padecen.

PALABRAS CLAVE: INGESTA COMPULSIVA, BULIMIA, OBESIDAD, TRASTORNO POR ATRACÓN, DEPRESIÓN.

NORMALIZANDO LA ALIMENTACIÓN EN SALUD MENTAL: EL COMEDOR TERAPÉUTICO

MACARENA SÁNCHEZ MORENO, JOSE ANTONIO CAMACHO ALCANTARA, VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La alimentación es una necesidad fisiológica que se ha convertido, además, en una importante actividad social. Es frecuente que los pacientes con enfermedad mental, debido a la desorganización de conducta que suelen presentar, tengan descubierta la actividad básica de alimentarse. Por ello, en el Hospital de Día (HD), además de programas donde educamos en materia de alimentación, disponemos de un espacio terapéutico donde los pacientes tienen la oportunidad de normalizar el hábito alimentario.

OBJETIVOS: Determinar el espacio terapéutico para la alimentación: Comedor Terapéutico (CT). Analizar el papel de la enfermera especialista de Salud Mental en el CT. Conocer las modalidades de CT que disponemos en el HD.

METODOLOGÍA: Para desarrollar e implantar el espacio de CT en el HD se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de determinar cuáles son las dificultades más frecuentes en torno a la alimentación que presentan los pacientes con una enfermedad mental.

RESULTADOS: El CT del Hospital de Día del H. U. V. Macarena se creó en 2013 con los objetivos de normalizar la comida, garantizar una alimentación equilibrada, instaurar buenos hábitos alimentarios, modificar conductas patológicas frente a la alimentación y adquirir normas sociales relacionadas con el acto de comer. La organización y la supervisión la lleva a cabo la Enfermera Especialista en Salud Mental. Se usa el comedor principal para todas las ingestas, el horario es fijo y los pacientes se comprometen a respetar unas normas de las que se les informa previamente. Se observan y corrigen hábitos disfuncionales teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.

CONCLUSIÓN: La implantación de un espacio terapéutico, destinado a comedor en el HD, ha supuesto la posibilidad no sólo de cubrir parcialmente la necesidad de alimentarse sino de poner en marcha estrategias de reeducación de los hábitos de comida y el fomento de conductas socialmente adaptadas en relación con estos hábitos.

PALABRAS CLAVE: COMEDOR TERAPÉUTICO, SALUD MENTAL, ALIMENTACIÓN, ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, HOSPITAL DE DÍA.

DELIRIUM TREMENS: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO, JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON

INTRODUCCIÓN: El consumo de alcohol es considerado un problema de Salud Pública a nivel mundial por la OMS. El delirium tremens (DT) es una complicación grave del Síndrome de Abstinencia al Alcohol (SAA), que surge a las 4-12 horas de la última ingesta, cursa con hiperactividad, alucinaciones, agitación y convulsiones. Las tasas de mortalidad oscilan entre 5-10% y puede ocasionar graves alteraciones neurológicas; así como, un deterioro importante en la calidad de vida.

OBJETIVOS: Conocer el estado actual de las investigaciones sobre DT y analizar los factores que lo provocan y los cuidados necesarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía publicada durante los últimos cinco años en las bases de datos: PubMed, CUIDEN, Lilacs y Scielo; utilizando los siguientes descriptores: delirium tremens, alcohol, síndrome de abstinencia, factores y cuidados. Se incluyeron artículos publicados en español con disponibilidad a texto completo.

RESULTADOS: Constatar la poca literatura sobre DT publicada en español. Entre el 22-32.5% De los SAA evolucionan a DT. Existen una serie de factores asociados con su aparición: antecedentes personales de DT, desequilibrio hidroelectrolítico (potasio ≤ 1 mEq/L), trombocitopenia, transaminasas elevadas, taquicardia, hipertensión y fiebre. El tratamiento de elección son las benzodiazepinas.

CONCLUSIÓN: La escasez de estudios sobre DT ha propiciado que haya una gran variabilidad en su caracterización y manejo. Los factores relacionados también son variables pero varios estudios coinciden en la importancia de antecedentes previos de DT para volver a desarrollarlo.

PALABRAS CLAVE: DELIRIUM TREMENS, ALCOHOL, FACTORES DE RIESGO, CUIDADOS, SÍNDROME ABSTINENCIA.

TRASTORNO BIPOLAR: INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIAS PSICOSOCIALES

SONIA PASCUAL GUERRERO, LAURA MARTÍN OROZCO, SILVIA PESO CANSINOS

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad grave que afecta aproximadamente al 5% de la población. Cursa con períodos de manía y depresión.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de las terapias psicoeducativas, terapias psicoterapéuticas y terapias cognitivas en pacientes con este tipo de trastorno.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como Cuiden, Medline y Pubmed. Se revisaron 30 trabajos en los que se utilizaron como criterio de inclusión los realizados entre los años 2010 y 2017. Descriptores que se han utilizado han sido: Trastorno bipolar, terapias psicoeducativas, terapias psicoterapéuticas y terapias cognitivas.

RESULTADOS: Los estudios demuestran que las terapias más efectivas son la psicoeducación y la psicoterapia. En la primera se pretende que la persona tome conciencia de la importancia sobre la correcta administración del tratamiento y de los principales condicionantes de su trastorno. En la segunda se trata de que la persona adquiera habilidades y estrategias para mantener el control de su enfermedad una vez que actúa la medicación. Esta terapia cuenta a su vez con varios métodos como la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, la terapia interpersonal y la terapia social. También existen otros tipos de terapias aunque no demuestran la misma validez científica, tales como musicoterapia, arteterapia...

CONCLUSIÓN: La conclusión a la que nos lleva este estudio es que la terapia cognitiva junto con la farmacológica es la que demuestra más efectividad. La buena adherencia a los tratamientos junto con la buena adherencia a la medicación hacen que la gran mayoría de los pacientes mejoren en un año. También hay ciertas conductas que llevan a empeorar los síntomas del trastorno como el consumo de tóxicos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TERAPIAS PSICOEDUCATIVAS, TERAPIAS PSICOTERAPÉUTICAS, TERAPIAS COGNITIVAS.

TRASTORNO MENTAL SOMATOMORFO CON DELIRIOS DE PARÁSITOS

ANA BELEN MARTINEZ SEGALERVA, BENJAMÍN ROMERO GÓMEZ, MARÍA TERESA OJEA ORTEGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años, NAMC, con antecedentes de alzheimer en su madre, viuda desde hace 5 años, madre de un hijo que vive fuera de su ciudad, comenta que vive con una pequeña pensión de viudedad y que se siente muy sola, acude a la consulta de su médico de familia por picor anal intenso y sensación de lombrices, asegurando haberlas visto en las heces en alguna ocasión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras realizar una exploración física se observan lesiones eritematosas debido al rascado alrededor del esfínter anal, no hemorroides externas. Pruebas complementarias: Coprocultivo para detectar parásitos en heces, analítica completa, obteniendo un resultado dentro de la normalidad en ambas pruebas. Tras ser valorada por digestivo y dermatología es derivada al servicio de psiquiatría para valoración.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno mental somatomorfo con delirios de parásitos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras una valoración exhaustiva en Salud Mental se confirma el diagnóstico de trastorno mental con delirios, asociando el prurito con bajadas emocionales.

PLAN DE CUIDADOS: Al valorar a la paciente se detectan los siguientes diagnósticos enfermeros: (00120) Baja autoestima situacional R/C cambios en el estado de salud. (00146) Ansiedad R/C cambio en el estado de salud. (00130) Trastorno de los procesos de pensamiento R/C pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

CONCLUSIONES: Queremos demostrar la importancia de la valoración no solo física sino también psicológica y social para un adecuado diagnóstico y tratamiento de los trastornos somatomorfos.

PALABRAS CLAVE: PARÁSITOS, SOMÁTICO, SÍNTOMA SIN EXPLICACIÓN MÉDICA, DELIRIO DE PARASITOSIS, PRURITO.

ESTUDIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ, MELANIA VARGAS LARA, FRANCISCA CARBONELL DIAZ

INTRODUCCIÓN: Se puede definir la esquizofrenia como una enfermedad con trastornos mentales crónicos graves, que suele afectar a la conciencia de la realidad. Al ser una enfermedad mental, el tratamiento más frecuente es el farmacológico, mediante medicamentos antipsicóticos, aunque también existe el abordaje de las incapacidades psicosociales de la enfermedad por medio del tratamiento psicosocial.

OBJETIVOS: Analizar el tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio experimental, durante 1 año en un hospital de Valencia, con 86 pacientes que sufren Esquizofrenia. Para el estudio se les trató a 50 de los pacientes con tratamiento farmacológico y a los 36 restantes además del tratamiento farmacológico se les trató con tratamiento psicosocial. Las variables estudiadas fueron la sintomatología, el aspecto psicosocial, las recaídas, el número de rehospitalizaciones y el abandono del tratamiento.

RESULTADOS: Los pacientes tratados con ambos tratamientos mejoraron su sintomatología con respecto a los que solo tuvieron tratamiento farmacológico, aunque en ambos grupos no mejoraron los aspectos psicosociales. También se observó que el grupo con ambos tratamientos tuvo un menos índice de recaída (18%) así como bajó el número de rehospitalizaciones (21%). Con respecto al número de abandono de tratamiento, estuvo presente en ambos grupos, aunque disminuyó en un 12%.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos en el estudio, demuestran que los tratamientos conjuntos son más efectivos, que la utilización exclusiva del tratamiento farmacológico. Por lo que se demuestra que tiene beneficios considerables en pacientes con esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, TRASTORNOS MENTALES, TRATAMIENTO PSICOSOCIAL, ANTIPSICOTICO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ANTE UN ENFERMO DE ANOREXIA

MARIA ISABEL DIEGUEZ ABRIL, MARIA LORENA PUIG SOTO, MERCEDES REYES ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria del paciente en la que hay una pérdida auto-inducida de peso, ocasionándole un estado de inanición y cursa acompañada de distorsión de la imagen corporal.

OBJETIVOS: Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante un paciente con anorexia.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, con la búsqueda de los descriptores.

RESULTADOS: Estos pacientes tienen que asumir la enfermedad que padecen para que acepten su tratamiento porque la alteración psicológica que padecen les impide cubrir sus necesidades calóricas para el mantenimiento de su organismo, por eso es tan importante el control regular de su peso.

CONCLUSIÓN: El auxiliar de enfermería recibirá las indicaciones para la realización del control de medicamentos orales y comida que ingieran dichos pacientes siguiendo pautas que consistirán en entregar la bandeja con los alimentos e informarles de que disponen de un tiempo para comer y que nosotros recogeremos la bandeja y verificaremos lo que ha ingerido y lo que ha dejado, anotándolo delante del paciente. Cuando nos comenten estos pacientes que han comido o bebido otras cosas para que lo anotemos y no son las del menú que le hemos servido, indicarles que nosotros tomamos nota de los alimentos que venían en la bandeja entregada, que es lo establecido en nuestro protocolo, por estar coordinados los servicios sanitarios que le estamos atendiendo durante su estancia en el hospital.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, PESO CORPORAL, DESNUTRICIÓN, APORTE CALÓRICO.

ABORDAJE DE LA RESILIENCIA EN EL PROCESO DEL CUIDADO

LUCIA BRAVO LLINAS, MARÍA LIÑÁN LÓPEZ, MARIA TAMARA FERRES CARRASCOSA

INTRODUCCIÓN: La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como padecen gran parte de los enfermos de salud mental. Uno de los factores más importantes en la resiliencia es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que llegan a conseguir una confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad, contribuyendo a afirmar la resiliencia de la persona.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios de realizar actividades y talleres de resiliencia en los usuarios del hospital de día.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: En estos talleres se trabaja el planteamiento de planes realistas y llevarlos a cabo. Fomentar una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus habilidades; y Aumentar las destrezas en la comunicación, resolución de problemas y manejo de impulsos y sentimientos. Todo esto se practica en diferentes talleres de enfermería y terapia ocupacional como: Taller de habilidades sociales, meditación, ocio y tiempo libre. Psicoterapia individual. Psicoeducación de usuarios y familiares. Ayuda mutua. Tras la revisión del empleo de talleres en el Hospital de Día, se ha observado que los pacientes ganan confianza en sí mismos, afrontando las diferentes adversidades de una manera más positiva, ayudándoles en las distintas situaciones de su día a día.

CONCLUSIÓN: Desde una perspectiva psicosocial, se puede concluir que la resiliencia se puede trabajar a nivel de prevención, de rehabilitación y promoción de la salud, sin necesidad de aislar a la persona de su ambiente familiar, sino, abordar el problema desde un enfoque sistémico, es decir, incorporando a todos los elementos que conforman el mundo de una persona.

PALABRAS CLAVE: RESILIENCIA, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA, ADAPTACIÓN.

ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

LUCIA BRAVO LLINAS, MARIA TAMARA FERRES CARRASCOSA, MARÍA LIÑÁN LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La violencia de género es un problema mundial de creciente preocupación social que supone la violación de los derechos de las mujeres, suele comenzar durante el noviazgo o al comienzo de la convivencia. Se inicia de forma gradual y, generalmente, de forma muy sutil dificultando su identificación.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo de la violencia de género en adolescentes. Conocer la actuación ante la violencia de género y analizar el nivel formativo de las personas ante este tema.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficos como Dialnet, Medline, Scielo). Utilizando como descriptores: violencia de género, adolescentes, maltrato, prevención.

RESULTADOS: Los jóvenes no establecen una relación de pareja igualitaria debido a una forma de educación sexista y una tradición patriarcal que establece y promociona la superioridad del hombre sobre la mujer. La violencia de género es multicausal y la inserción de programas educativos han demostrado su efectividad en la prevención de la violencia de género.

CONCLUSIÓN: La violencia de género constituye en la actualidad un importante problema social y de salud pública que se debe abordar desde ámbitos educativos, sociales y sanitarios, es necesario un proceso formativo específico y continuo del profesional enfermero y de todo el equipo multidisciplinar, siendo capaz de responder de manera adecuada antes situaciones de violencia de género.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTES, VIOLENCIA DE GÉNERO, ENFERMERÍA, PREVENCIÓN.

EL CONSUMO DE DROGAS COMO UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL

RAQUEL VIUDEZ PALENCIANO, CRISTINA ROBLES GONZALEZ, ENCARNACIÓN BELÉN PARRA LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 22 años, acompañado por su madre acude a urgencias. Su madre refiere que lleva dos semanas con insomnio, agresividad física y verbal e irritabilidad. Antecedentes personales: Consumo de drogas desde los 16 años de cannabis diariamente, en los últimos años es consumidor de cocaína los fines de semana. Ingresó en el último año en un centro de desintoxicación, con buena evolución y dado de alta, pero a los pocos meses inicio de nuevo con el consumo de cannabis. Actualmente su historia laboral es inestable, con dificultad para aceptar las normas impuestas y presentando un comportamiento impulsivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tóxicos al ingreso: positivo a benzodicepinas y cannabis. Resto negativo. Analítica de sangre normal, serología negativa. Radiografía de tórax y ECG: dentro de la normalidad. El paciente colaborador, orientado, deprimido, ansioso y apático.

JUICIO CLÍNICO: Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cannabis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dependencia grave del cannabis y baja autoestima situacional.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente es ingresado en la unidad de salud mental. Se inicia tratamiento con Haloperidol 3 mg, Alprazolam 5 mg diarios y Olanzapina 5 mg por las noches. Durante el día recibe sesiones terapéuticas para el manejo del estrés y ansiedad, sesiones de habilidades sociales y estilos de interrelación, así como la participación en el taller grupal donde se trabaja los efectos y consecuencias del consumo de las diferentes drogas.

CONCLUSIONES: El paciente presenta buena adaptación y mejoría y al mes es dado de alta de la unidad de salud mental. Seguirá con pauta de tratamiento, en este caso, Alprazolam 5mg y Olanzapina 5 mg por las noches, además tendrá seguimiento por salud mental con visitas programadas cada 15 días al inicio para la continuación de sesiones terapéuticas y favorecer una mejora en la atención del paciente.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, HALOPERIDOL, TERAPIA, CANNABIS.

ABORDAJE DEL BULLYING INFANTIL Y PERFILES PSICOLÓGICOS

VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES, YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ

INTRODUCCIÓN: El acoso escolar o bullying es una forma de violencia entre compañeros, de manera que se producen en el entorno escolar. Dentro del aula podemos diferenciar status como el popular, el rechazado; los olvidados, promedio y los controvertidos.

OBJETIVOS: Analizar las diferencias entre el perfil psicológico del acosador y la víctima de bullying.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos tales como; Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden, Cinahl. En el periodo del 2015 al 2017.

RESULTADOS: En los artículos revisados podemos encontrar diversas variables implicadas en el comportamiento del agresor como son: bajo autocontrol, baja tolerancia a la frustración, baja consideración y respeto hacia los demás, inestabilidad emocional y diferentes circunstancias familiares. La personalidad característica de las víctimas es ansiosa, insegura, débil y con poca competencia social. En general son niños tímidos y poco sociables.

CONCLUSIÓN: Según la bibliografía consultada podemos afirmar que la víctima de bullying con el tiempo puede desarrollar conductas antisociales, un patrón de comportamiento agresivo que le dificulte su adaptación social y problemas relacionados con el aprendizaje

PALABRAS CLAVE: BULLYING, INFANTIL, PERFIL PSICOLÓGICO, CONDUCTAS ANTISOCIALES.

VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

AINHOA ISCAR ORTS, SOLEDAD JIMÉNEZ ROMERO, RAÚL MUÑOZ CONTRERAS

INTRODUCCIÓN: A escala mundial, se estima que la incidencia poblacional con trastornos de la alimentación es de 1 por cada 100000 habitantes, incidencia que prácticamente se ha duplicado en las dos últimas décadas. Este incremento de las patologías asociadas a la conducta alimentaria responde a diversas razones, entre las cuales cabe destacar la existencia de ciertos modelos estéticos en los países occidentales y una sociedad extremadamente sedentaria, que es responsable en gran medida del aumento de la obesidad y por tanto de la anorexia y la bulimia.

OBJETIVOS: Conocer qué dice la literatura científica sobre cuáles son los aspectos necesarios para la valoración de personas con trastornos de la alimentación.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a través de cuatro bases de datos: Scopus, PubMed, Cochrane Library Plus y Cuiden, y el metabuscador EBSCOhost. Los descriptores utilizados son ("trastornos" "alimentación" "valoración" "trastornos alimenticios") y se ha limitado a los artículos en Español publicados entre el 2010-2017.

RESULTADOS: La valoración debe cubrir las siguientes áreas: Peso corporal: Utilizando el Índice de Peso Relativo y/o el de Masa corporal. Conducta de ingesta/patrón alimenticio: contenido y cantidad de comida ingerida habitualmente, conductas restrictivas, la presencia de atracones o del sentimiento de pérdida de control respecto a la comida, etc. Factores cognitivos: Grado de distorsión en la percepción de la imagen corporal y satisfacción con el propio cuerpo. Conductas de evitación realizadas para ocultar su imagen. Nivel de autoexigencias y autoestima. Psicopatología asociada: ansiedad, depresión, dificultad para controlar impulsos, etc. Pueden ser causa y/o consecuencia del trastorno de la alimentación. Ambiente familiar: la actitud de estos frente a la enfermedad, conflictos, etc.

CONCLUSIÓN: Tras la lectura exploratoria de los artículos hemos seleccionado un total de 10. Los principales aspectos a valorar son el peso corporal, la conducta de ingesta, los factores cognitivos, la psicopatología asociada y el ambiente familiar.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS, ALIMENTACIÓN, VALORACIÓN, TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

SÍNDROME BURNOUT: EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

MARIA JOSE MALAGON COLOMO, MARÍA JOSÉ CHICA AREVALO, MARIA SIERRA GUTIÉRREZ CANTERO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de desgaste profesional es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

OBJETIVOS: Determinar medidas para prevenir el síndrome de burnout.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: desgaste, burnout, quemado, síndrome, psiquiatría y estrés.

RESULTADOS: Establece límites: Note exijas al punto de llegar al agotamiento. Pide ayuda: Consulta con un especialista e informarle a tu jefe sobre lo que te esta sucediendo. Desconéctate: Es importante que sepas cuando debes desconectarte del trabajo. Cuida tu salud: Una buena alimentación y hacer algún tipo de actividad física, al menos dos veces por semana. Cuida tu dinero: Gestiona tu dinero de manera inteligente. Encuentra el trabajo adecuado: El síndrome de burnout puede ser una señal de que estas en el trabajo equivocado. Causas del estrés laboral: Volumen y ritmo de trabajo. Tareas aburridas y monótonas. Empleo inestable. Elevado nivel de responsabilidad. Falta de apoyo. Acoso laboral.

CONCLUSIÓN: El síndrome de burnout tiene consecuencias devastadoras para la persona si se cronifica, pero si se trata a tiempo es reversible.

PALABRAS CLAVE: DESGASTE, BURNOUT, QUEMADO, SÍNDROME, PSIQUIATRÍA, ESTRÉS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE VIOLENTO

CARMEN SANTIAGO ARIAS, JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA

INTRODUCCIÓN: Las causas que pueden desencadenar un acto violento son múltiples, pero se clasifican del mismo modo que en la agitación psicomotriz. Es un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador por la ausencia de intencionalidad aparente.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas y signos de la violencia inminente mediante su conducta. Su lenguaje contenido y tono y su postura.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Intentar primero la acción verbal y mostrar al paciente las opciones que tenemos para detener su actitud, no hacer entrevistas en salas con mas pacientes. Tampoco a solas en un despacho, ni en un lugar en el que pueda encerrarse por dentro. Se deben tener acceso a las puertas, prevenir las situaciones violentas. Mantener una actitud de seguridad. Evitar actitudes de confrontación directa. Evitar contacto físico. Intentar negociar. La contención mecánica sera la ultima opción. Normalmente suelen ser personas han sufrido intoxicación por fármacos. Metabólica, hipoglucemia, hipoxia, hipercapnia traumatismos cráneo encefálicos, hemorragias celebrarles. Epilepsia. Accidentes vasculares cerebrales. Demencia.

CONCLUSIÓN: Intentar proteger al paciente de posibles lesiones que pueda ocasionarse a si mismo y a los demás. Negociar con el paciente, explicarle el procedimiento que se le va ha realizar y administrar el tratamiento diagnosticado por el médico.

PALABRAS CLAVE: VIOLENTO, TRASTORNO, CONDUCTA, FÁRMACO, CONTENCIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME DEPRESIVO

CARMEN SANTIAGO ARIAS, JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA

INTRODUCCIÓN: La depresión es una enfermedad grave. Tiene sentimientos de gran tristeza que duran mucho tiempo. Es una enfermedad común. El 15% de las personas tienen un episodio de depresión grave a lo largo de su vida. La depresión afecta a las personas de forma diferente.

OBJETIVOS: Identificar las distintas causas de la depresión. Determinar cuáles son las personas con mayor probabilidad de padecerla.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Las razones por las que se produce no están muy claras puede ser el estrés, el desajuste hormonal. Existen diversos tratamientos. Las personas con más posibilidad de padecerla mujeres, familiares de enfermos deprimidos, ancianos, niños, adolescentes en hombres muestran menos claramente los síntomas.

CONCLUSIÓN: Es importante que se sigan ciertos consejos o modos de vida. Se pueden recomendar cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a superar la depresión.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, TRISTEZA, ENFERMEDAD, CRÓNICO.

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA FOBIA SOCIAL

IRENE CABEDO OLAYA, MACARENA FERNÁNDEZ DOBLAS, MARIA DEL CARMEN CASTRO BAREA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 47 años, es derivado a nuestra consulta del centro de salud mental por su psiquiatra. Este paciente trabaja como programador desde casa, es soltero y vive con sus padres. Acude a nuestra consulta por reagudización de sintomatología depresiva y ansiosa. El paciente refiere ansiedad en situaciones de interacción social. Teme mostrar síntomas de ansiedad en situaciones donde se ve expuesto a personas no pertenecientes a su ámbito familiar. La exposición a situaciones de interacción social le provoca una respuesta de ansiedad (sudoración, temblor, rubor, disnea). Dado el malestar que le produce, evita tales situaciones o escapa de ellas. Considera que este miedo es excesivo y le supone una merma importante en sus relaciones y vida laboral. Presenta también sintomatología depresiva secundaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sin antecedentes somáticos de interés. En la actualidad presenta hipotiroidismo autoinmune. En la anamnesis refiere haber sido muy tímido de pequeño, “nunca he tenido amigos, los niños del colegio se reían de mi... cuando llegué a la adolescencia me quedaba bloqueado en las exposiciones y balbuceaba, nadie quería sentarse conmigo en clase”, refiere haberse incrementado esta ansiedad y el miedo constante a que los demás le juzguen o la rechacen a lo largo de los años. Contactó con Salud Mental presentando importantes limitaciones en las relaciones interpersonales; retraimiento, evitación de la mirada, ruboración facial, taquicardia y temblor.

JUICIO CLÍNICO: Fobia social generalizada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. No se explica mejor por los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de pánico o un trastorno del espectro del autismo.

CONCLUSIONES: La rapidez en la instauración del tratamiento condicionará el pronóstico. Se suele combinar terapia cognitivo conductual, fármacos y entrenamiento en habilidades sociales.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PSICOTERAPIA, CUIDADOS, PRIMARIA, PSIQUIATRÍA.

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE HISTÉRICO

CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ, ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ, ESTHER LOPEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La histeria es una condición psicopatológica, determinada por un intenso carácter sugestionable, labilidad afectiva e intensa reactividad a determinadas situaciones afectivas en la persona que la padece, que la mueve a aparentar achaques físicos, enfermedades somáticas o alteraciones psíquicas, conducta sobreactiva, conducta trastornada, no cooperativa, paranoica, angustia y pánico, impulso y conducta agresivos y destructivos.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de los cuidados del auxiliar de enfermería ante un paciente histérico.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio bibliográfico sobre la histeria y como afecta a los pacientes para un mayor conocimiento por parte del tcae.

RESULTADOS: A corto plazo: Disminuir las conductas en busca de atención y manipulación. Aumentar y desarrollar conductas socialmente adecuadas. Disminuir la conducta de actuación de impulsos, rabietas, actitudes suicidas. A largo plazo: Mejorar la autoimagen. Mejorar la capacidad de hacer frente ante determinadas situaciones conflictivas. Protocolos establecidos para averiguar si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental, consumo de drogas o alcohol, conflictos psiquiátricos. Tratar de controlar la situación, acercarse al paciente con calma, seguridad y firmeza. Manifestar interés por él y escucharle. Invitarle a hablar de sus ideas y sentimientos. Es extremadamente difícil establecer contacto con un enfermo superexcitado, por lo que el personal sanitario debe ayudarlo a cubrir las necesidades fisiológicas fundamentales, de seguridad, de amor y dependencia y como no la necesidad de estima y respeto.

CONCLUSIÓN: Con este tipo de pacientes que suelen ser ruidosos y estar trastornados, debemos demostrar mucho interés y confianza. Saber escuchar y hablar poco. Actuar de manera que el enfermo se sienta querido y aceptado, adoptando una actitud liberal, sin reñirle por sus groserías y demostrando mucha comprensión.

PALABRAS CLAVE: HISTERIA, CUIDADOS, AUXILIAR DE ENFERMERIA, CAMBIOS DE CONDUCTA.

MUSICOTERAPIA: RELACIÓN CON EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

FUENSANTA CABELLO GARCIA, NURIA MOLINA TOLEDO

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia es un método psicoterapéutico que utiliza la intervención con la música como medio de comunicación y expresión. El objetivo de la terapia es ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a que desarrollen relaciones y aborden cuestiones que quizás no puedan mediante el uso de palabras solamente.

OBJETIVOS: Analizar los efectos de la musicoterapia agregada a la atención habitual, en comparación con tratamiento “placebo”, atención habitual o ningún tratamiento en pacientes con Trastorno mental grave (TMG), como la esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en base de datos Elsevier, Pubmed, Dialnet, Scielo, Cchrane library plus, además de publicaciones y estudios que ponían en práctica la musicoterapia en pacientes esquizofrénicos. Utilizamos los descriptores “music therapy” AND “effects” AND “schizophrenia”, que produjo 58 resultados de la que se selecciona una revisión sistemática por su relación con la pregunta planteada.

RESULTADOS: La Musicoterapia añadida al tratamiento estándar fue superior a la atención estándar para el estado global. Los datos identificados de los efectos positivos que producía sobre los síntomas negativos fueron positivos también. El estado mental general medido con escalas: PANS, BPRS, SDS, HAM-D Y SAS, obteniendo resultados positivos y negativos, depresión y ansiedad respectivamente. También se encontraron efectos positivos para el funcionamiento social según el SDSI. Por otra parte algunos aspectos de la función cognitiva y el comportamiento parecen desarrollarse positivamente a través de la musicoterapia.

CONCLUSIÓN: La evidencia concluye que la musicoterapia añadida a los tratamientos estándares, tiene efectos positivos y mejora los síntomas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Los resultados encontrados incluyen mejoras para múltiples áreas de la enfermedad tales como ansiedad, depresión, funcionamiento social, síntomas positivos y negativos, así como para la mejora de algunos aspectos de la función cognitiva del comportamiento.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, EFECTOS, PATOLOGÍA MENTAL, ESQUIZOFRENIA, EFECTO DE GRUPO MUSICAL.

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS AL RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DEPRESIÓN MAYOR

JUAN MANUEL MESA GONZALEZ, PABLO ROSAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: La mayor parte de los casos de suicidio se asocian a trastornos del estado de ánimo. Estas estadísticas hacen de la detección precoz del suicidio una clave importante para la prevención, y por tanto es un aspecto fundamental de la evaluación clínica del riesgo en sí, especialmente en los pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS: Identificar los aspectos clínicos asociados a fallos en la estimación del riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados por episodio depresivo mayor. Evaluar el impacto de la subestimación del riesgo de suicidio sobre el tiempo hasta la siguiente hospitalización psiquiátrica.

METODOLOGÍA: Muestra de 50 pacientes hospitalizados por depresión mayor, mediante evaluación clínica estructurada y una evaluación de investigación utilizando escalas psicométricas. Se estudia la concordancia entre ambas evaluaciones y su impacto en la siguiente hospitalización. Variables: Ideación suicida activa actual. Intentos de suicidio previos.

RESULTADOS: La evaluación clínica y la de investigación fueron concordantes en la detección de ideación suicida, excepto con los desencadenantes relacionados con problemas de salud física. Tasa de falsos negativos del 25% en la detección clínica de los antecedentes de intentos de suicidio. Los falsos negativos se asocian a mayor edad, tendencia a ocultar ideación suicida y menor frecuencia referida de ideación suicida. El tiempo hasta la siguiente hospitalización fue de 74 semanas para respondedores discordantes y 118 semanas para los concordantes.

CONCLUSIÓN: La evaluación clínica estructurada del riesgo de suicidio no detecta un 25% de pacientes con intento de suicidio previo, lo cual se asocia a: Mayor edad. Negación de la ideación suicida. Factores relacionados con salud física y hospitalización precoz. Estos resultados pueden contribuir a mejorar el diseño de entrevistas clínicas para la estimación del riesgo de suicidio, especialmente en la detección clínica de los antecedentes previos.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, PACIENTE, CLÍNICA, DEPRESIÓN.

AFRONTANDO EL ESTRÉS CON HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

LUCIA BRAVO LLINAS, MARÍA LIÑÁN LÓPEZ, MARIA TAMARA FERRES CARRASCOSA

INTRODUCCIÓN: El estrés es conocido como una respuesta adaptativa del ser humano, una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo. Las causas de estrés son muy variables y dependen principalmente de las características y/o procesos psicológicos de cada individuo.

OBJETIVOS: Conocer como poder combatir el estrés con unos hábitos de vida saludables.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica utilizando Pubmed y Scielo como base de datos, los descriptores utilizados fueron "hábitos de vida saludables", "estrés" y "salud". La búsqueda se limitó a estudios posteriores de 2012, seleccionando los artículos considerados como los más relevantes.

RESULTADOS: Después de consultar los diferentes artículos, podemos decir que existen varios tipos de estrés (laboral, postraumático, académico...) Y que este puede ser positivo, negativo o neutro. Dentro de los factores que influyen en el estrés, hay factores individuales como pueden ser el apoyo social, estilo de vida, personalidad. Una alimentación adecuada, buena organización de horarios, ejercicio físico diario y técnicas de relajación pueden ser importantes para la disminución del estrés y sus síntomas.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario debe dar consejos a los pacientes acerca de los hábitos de vida más saludables para poder reducir el estrés, estos pueden ser una alimentación saludable, realización de ejercicio físico.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, HÁBITO DE VIDA SALUDABLE, PERSONAL SANITARIO, CUIDADOS.

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

BELEN BENEDITED BAYO

INTRODUCCIÓN: La personalidad es la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente y doblemente contextualizada por un substrato biológico y el ámbito cultural. Se distinguen tres grupos como sería el grupo A: Trastorno Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico. El grupo B formado por el Trastorno Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista. Y el grupo C compuesto por Trastorno por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre las dimensiones de la personalidad y los patrones de personalidad desadaptativa en sujetos que se encuentran en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los estudios realizados en pacientes drogodependientes con trastornos de la personalidad.

RESULTADOS: La presencia de síntomas ansiosos y depresivos es consecuencia del inicio del tratamiento, no sólo por el vacío emocional que provoca el abandono del consumo, sino también por el tiempo que la persona ha empleado en consumir y en actividades relacionadas con ello. Además de ir tomando conciencia de su situación personal y de los desastres que le ha ocasionado el consumo. A medida que avanza, el paciente sigue otras pautas y estilo de vida, lleva a cabo una terapia grupal donde trabaja el autoengaño y empieza a disfrutar de esta vida sin consumir consiguiendo minimizar la ansiedad y depresión. La falta de inhibición o impulsividad se encuentra en la base de los trastornos de dependencia a sustancias así como en trastornos de la personalidad

CONCLUSIÓN: Nos encontramos con numerosas dificultades al tratarse de una situación que plantea una patología dual. Los trastornos de la personalidad así como las drogodependencias no constituyen un territorio independiente en el campo de la psicopatología.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, DROGADICCIÓN, PERSONALIDAD, TRASTORNOS.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

VANESSA MUÑOZ REVERT, DELIA CORONA LÓPEZ, SONIA DIAZ CASTILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad acude a HD por continuos episodios de ingestas medicamentosas tratadas en urgencias hospitalarias, desempeño del rol familiar ineficaz, etc. Es la mayor de tres hermanos, casada con 2 hijos y vive en casa de su padre de lunes a viernes porque su marido trabaja fuera. Los fines de semana se van al domicilio familiar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se le realiza la valoración de enfermería, donde podemos observar dentro del autocuidado diferentes aspectos: Con respecto a la higiene es adecuada, la alimentación es adecuada, la movilización y la eliminación es autónomo, la autopercepción es inadecuada y para el vestido o arreglo personal es autónomo. Además se valoran los patrones funcionales.

PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: 001088 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD r/c actitud negativa hacia los cambios de salud m/p fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud. 00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL r/c preparación inadecuada para el desempeño del rol m/p habilidades inadecuadas y tensión en el desempeño del rol.

CONCLUSIONES: Para estos diagnósticos se ha elaborado una amplia valoración donde podremos ver todos los aspectos del paciente y así ver una progresión.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, PLAN DE CUIDADOS, ENFERMERÍA, VALORACIÓN.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MUTISMO SELECTIVO

CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA, SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO

INTRODUCCIÓN: El mutismo selectivo es definido por el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como la incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una determinada situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de no tener problemas para hacerlo en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). La duración mínima es de un mes y no es aplicable al primer mes en el que el niño va a escuela.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es analizar la bibliografía sobre el mutismo selectivo, así como determinar las intervenciones de enfermería NIC específicas para este trastorno.

METODOLOGÍA: Para la realización de este estudio, se llevó a cabo una revisión bibliográfica previa de trabajos que guardaban cierta relación con el tema, consultando en las principales bases de datos: Medline, Cuiden, PubMed y Cochrane. Se utilizaron los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DECS): Intervención; Cuidado de Enfermería; Mutismo; Intervenciones NIC.

RESULTADOS: Las intervenciones de enfermería NIC a llevar a cabo con un paciente con mutismo selectivo se realizan tanto a nivel individual como grupal, y en coordinación con el resto del equipo multidisciplinar. El mutismo selectivo es un trastorno infantil que guarda una relación muy estrecha con la ansiedad. El niño presenta una disminución o desaparición en su capacidad de hablar en diferentes situaciones y/o personas, generalmente ante personas desconocidas. En cambio cuando se siente protegido con su círculo estrecho de personas es totalmente capaz de comunicarse con absoluta normalidad.

CONCLUSIÓN: Lo que es preocupante es el alto nivel de angustia y sufrimiento que padecen estos niños, además de las importantes alteraciones que suceden tanto a nivel social y académicas.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, CUIDADO DE ENFERMERÍA, MUTISMO, NIC.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE CON RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO

CRISTINA SIERRA HIDALGO, CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad mental grave, tienen un riesgo de padecer síndrome metabólico más elevado que el de la población general. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con enfermedad mental grave es muy elevada, llegando a ser entre 3 y 3 veces superior a la población general. La introducción de hábitos saludables mediante los que se pueda llevar un control sobre la alimentación, fomentar la práctica de actividad física diaria o llegar a eliminar el tabaquismo, pueden ser propuestos como una intervención adecuada para revertir la tendencia al aumento de la prevalencia de esta entidad clínica en los pacientes psiquiátricos y reducir de esta forma las enfermedades asociadas.

OBJETIVOS: Determinar intervenciones enfermeras que garanticen la atención sanitaria integral y de calidad en pacientes con riesgo de síndrome metabólico.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre artículos relacionados con este tipo de trastorno, cuidados y necesidades de los pacientes. Para ello utilizamos diferentes bases de datos: Cuiden Plus, Cochrane y Pubmed. Se han incluido estudios que estuvieran publicados en español además de poder acceder al texto completo. Con una limitación al año 2011.

RESULTADOS: Se ha realizado un plan de cuidados estandarizado, utilizando la taxonomía enfermera, seleccionando los NOC (resultados) más frecuentes y las NIC (intervenciones) a trabajar con los usuarios.

CONCLUSIÓN: Para que la profesión enfermera se implique activamente en la investigación de la evaluación clínica es imprescindible identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros. El beneficio potencial que puede realizar planes de cuidados estandarizados de enfermería sería el de evidenciar un cambio significativo y favorable en la calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, OBESIDAD, INTERVENCIÓN ENFERMERA, SALUD MENTAL.

ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO

ESPERANZA PRIETO BONILLA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, MARIA PILAR CALVO RIVERA

INTRODUCCIÓN: La alta prevalencia del suicidio lo ha convertido en un problema de salud pública en la actualidad. Su etiopatogenia es multifactorial. Uno de los factores de riesgo identificados de manera frecuente es la presencia de enfermedad médica grave o dolor crónico, el cual afecta a millones de personas en todo el mundo, provocando en muchos casos incapacidad importante y sintomatología depresiva que pueden llevar al suicidio.

OBJETIVOS: Determinar si el dolor crónico supone un factor de riesgo para el suicidio y así realizar un abordaje integral en estos pacientes con intención de prevenirlo.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de la bibliografía científica existente en Medline, Embase y Uptodate sobre el dolor crónico como factor de riesgo para el suicidio, empleando como palabras clave: suicide, chronic pain, chronic disease.

RESULTADOS: Según algunos autores la evidencia describe que tanto la limitación física para realizar actividades diarias como el dolor persistente y resistente a tratamiento aumenta el riesgo de suicidio, principalmente si esta situación desencadena sintomatología depresiva asociada. El riesgo aumenta en el sexo masculino y en pacientes que han realizado conductas autolíticas previas. Debido a la alta incidencia de suicidios en esta población, existen autores que han realizado escalas específicas abreviadas para su valoración.

CONCLUSIÓN: El dolor crónico es un factor de riesgo para el suicidio. La desesperanza que sienten los pacientes y el dolor persistente son los factores que más se relacionan con el empeoramiento de la clínica depresiva. Resulta de gran importancia mejorar la calidad de vida de estos pacientes así como un abordaje integral (biopsicosocial).

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DOLOR CRÓNICO, SUICIDIO, ENFERMEDAD CRÓNICA.

PROTOCOLOS DE CUIDADOS A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

JESICA REBOLO ORTIZ, ARACELI BERENGUER PALMA, MARIBEL SANCHEZ ROMAN

INTRODUCCIÓN: La salud bucodental está directamente relacionada con la salud general y calidad de vida de las personas. Repercutiendo en aspectos madurativos, influyendo en aspectos cognitivos y pudiendo crear un gran impacto sobre aspectos psicológicos y sociales a edades tempranas.

OBJETIVOS: El objetivo general es analizar la forma de conseguir que el paciente consiga la máxima independencia posible tanto socialmente como en el ámbito familiar, consiguiendo así la mejor calidad de vida posible. No obstante sensibilizar a la población sobre la esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Por lo general, el incumplimiento de la terapia con medicamentos es muy común en estos pacientes, y esto les conducirá a una recaída de los síntomas. Las enfermedades físicas se presentan en promedios elevados entre las personas con esquizofrenia debido al tratamiento psiquiátrico en sí (como efectos secundarios de los medicamentos) y a las condiciones de vida asociadas con la discapacidad crónica. Éstas pueden pasar inadvertidas debido al poco acceso al cuidado médico y debido a las dificultades para comunicarse con los médicos. Las personas con esquizofrenia presentan un alto riesgo de desarrollar un problema de drogadicción coexistente y el consumo de alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de recaída. Los medicamentos antipsicóticos o neurolépticos se usan para controlar los síntomas de la enfermedad. Las formas de psicoterapia de apoyo y centrada en el problema también son útiles para los pacientes con enfermedades mentales.

CONCLUSIÓN: La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los medicamentos recetados. Puesto que los efectos secundarios son una de las razones principales por las que las personas con esquizofrenia dejan de tomar los medicamentos, es muy importante encontrar los medicamentos que controlen los síntomas sin producir dichos efectos.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, SÍNTOMAS, MEDICAMENTOS, RECAÍDAS.

ABORDAJE DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

CRISTINA NARANJO GARCIA, BEATRIZ GIRALDO BAENA, MARÍA DE LAS MERCEDES AIRES ESLAVA

INTRODUCCIÓN: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están alcanzando cifras de prevalencia e incidencia alarmantes en un grupo de población cada vez más amplio. Su complejidad requiere un abordaje multidisciplinar y el manejo de habilidades psicosociales.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de la enfermera en el abordaje de personas con TCA. Identificar intervenciones enfermeras en los TCA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre el tema en la última década, en español e inglés, con acceso al texto completo y que aporten datos empíricos. Se consultaron distintas bases de datos (Pubmed, Dialnet, Cochrane). Los descriptores utilizados fueron “trastornos de la conducta alimentaria”, “enfermería”, “eating disorder”, “nursing”. Se seleccionaron 5 publicaciones que cumplieran con los criterios señalados.

RESULTADOS: Los objetivos de enfermería en los TCA son la recuperación de la persona a todos los niveles, es decir, la recuperación física, conductual, cognitiva, emocional, familiar y social. Diversas publicaciones describen intervenciones de enfermería de la Nursing Interventions Classification (NIC) para conseguir dichos objetivos. Se describe la intervención “manejo de los trastornos de la alimentación”. Se proponen entre otras: “Mejora de la imagen corporal”, “Reestructuración cognitiva”, “Apoyo emocional”, “Modificación de la conducta”, “Mejorar el afrontamiento”, “Estimulación de la integridad familiar”. Además, se propone la entrevista motivacional como intervención enfermera en los TCA.

CONCLUSIÓN: Los TCA son el producto final de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que pueden ser biológicos, socio-culturales, psicológicos y cognitivos. Por tanto es necesario un enfoque multifactorial, un abordaje multidisciplinar y una continuidad asistencial. La figura de la enfermería, se centra en estas personas en favorecer el seguimiento de hábitos de vida saludables, habilidades de gestión emocional y fortalecimiento de la autoestima.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA.

INTENTO DE AUTÓLISIS: INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL EN ENFERMO PSIQUIÁTRICO

JUANA GALLARDO LARA, PATRICIA BARRANCO SALMERON, MARIA DOLORES CORTES
CORTES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 50 años que acude a Urgencias por medios propios y refiere haberse tomado 47 mg de Paracetamol y 10mg de Loracepam, 24 horas antes. Ha tenido náuseas y vómitos, es ingresado en Observación y comienza con una perfusión de n-acetilcisteína, los niveles de Paracetamol son de 60mc/ml (normal 10-30) el paciente continúa consciente y orientado, sin asterixis pero con empeoramiento, sus antecedentes son de episodio depresivo en 2013, visto en consultas de Salud Mental, y tiene alta frecuencia de consulta a Urgencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tensión Arterial 100/70 mmhg, Frec Car: 79/min; Resp: 15/min. Exploración general: buen estado general, pupilas mióticas arreactivas, pulsos centrales simétricos, no ingurgitación yugular, tonos rítmicos, extremidades sin signos de TVP, pulsos periféricos conservados. Se solicita Analítica de sangre completa, Gasometría, RX Torax y ECG.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por paracetamol y loracepam. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Una intoxicación por Paracetamol, se sospecha que ha tenido problemas afectivos con su pareja, en 2013 fue visto por Salud Mental, no se descarta nuevo episodio depresivo que a su recuperación se estudiará.

CONCLUSIONES: El suicidio es una de las primeras causas de muerte en nuestro país entre 15 y 29 años, son varias las causas que pueden desembocar en este tipo de actos, siendo los más frecuentes, trastornos psicológicos y variables concretas de personalidad, la alta carga de estrés emocional, Bullying y nuevas vertientes como Bullying electrónico o el sexting, a su recuperación se derivará al Servicio de Salud Mental, para estudiar y valorar su estado y actuar en consecuencia con tratamiento psiquiátrico.

PALABRAS CLAVE: INTENTOS, AUTOLISIS, NUESTRA, SOCIEDAD.

MEJORAS EN LA COMUNICACIÓN DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

ANTONIO LISÓN GARCIA, SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA

INTRODUCCIÓN: La comunicación forma una parte esencial de nuestra vida diaria, nos comunicamos desde el momento en que nacemos. Las determinadas características físicas y cognitivas en los niños con Síndrome de Down hacen que la probabilidad de dificultad en el habla sea mayor.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia y el tipo de problemas comunicativos de los niños Síndrome de Down desde su nacimiento hasta los 2 años de edad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El lenguaje de signos o la comunicación mediante imágenes facilita a los niños con Síndrome de Down la adquisición del lenguaje. Estos niños entienden claramente y muy bien los conceptos de lenguaje y comunicación, y desean comunicarse desde las primeras edades. Pero la mayoría necesita utilizar un sistema alternativo o aumentativo de comunicación antes de ser capaces de hablar. La temprana estimulación auditiva y visual incrementa la facilidad en la comunicación entre niños con Síndrome de Down y la sociedad. La realización evaluación audiológica temprana y su posterior control disminuye la prevalencia de niños con problemas de comunicación derivados de un mal diagnóstico precoz.

CONCLUSIÓN: La comunicación es la puerta que abre al niño el mundo de las oportunidades y las experiencias o puede ser una barrera que lo obstaculice. Actualmente existen oportunidades reales para que aprendan y actúen en el mundo real. Y lo que ha impulsado este cambio ha sido la lucha de los propios padres en conjunto con los diferentes profesionales.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, SÍNDROME DE DOWN, ENFERMERÍA.

PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON ABANDONO DEL TRATAMIENTO

MARIA COELLO VADELL, VICTORIA VILLA ARTERO, MARIA VELASCO RAYA, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, LORENA GARCIA CEBRIAN, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JUAN PACHECO SERRATE, JOAN PAU MARÍ MOLINA, ANA DIAZ MUÑOZ, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 37 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide con varios ingresos previos en UHP. Hace un año abandonó las revisiones en CSM y el tratamiento farmacológico, marchándose del domicilio familiar. Ha estado durante estos meses en paradero desconocido hasta que ha aparecido en Santander, en situación de malnutrición, desde donde nos lo derivan a su hospital de referencia. Refiere haber hecho una huelga de hambre que lo ha abocado a la situación actual de inanición. Verbaliza ideas extrañas acerca de temor a que le metan bichos por los orificios de la nariz, que hay dobles de su persona, y desconfía de sus familiares. Hace referencia a extraterrestres y a un complot interplanetario para acabar con la humanidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: No RAMC. TA 106/60 mmHg, FC: 80 lpm, IMC: 16.66 Kg/m². Analítica general y TAC cerebral sin hallazgos patológicos. Durante el ingreso se objetiva fractura de mandíbula de un mes de evolución sin tratamiento previo. Exploración psicopatológica: descuido en hábitos higiénicos, caquexia, reticente a dar información, minimizando u ocultando sintomatología. Nula conciencia de enfermedad ni de necesidad de tratamiento. Ideas delirantes de contenido extraño y paranoide, rigidez emocional y retraimiento social.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la valoración de Enfermería y después de hacer la red de razonamiento clínico, se estableció como prioritario el diagnóstico enfermero (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c conciencia parcial de enfermedad, percepción disminuida de riesgo para la salud m/p observación de incapacidad para realizar algunas o todas las conductas de salud.

CONCLUSIONES: Cuando se interrumpe el tratamiento farmacológico recomendado aumentan las posibilidades de riesgo de recaída. Cada vez que se produce una recaída, deriva negativamente en la calidad de vida, incluso es imposible recuperar algunas de las capacidades previas. Por ello es importante evitarlas trabajando la conciencia de enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, IDEAS DELIRANTES, ENFERMERÍA.

CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES AGITADOS

SHAILA TORRES ALFEREZ

INTRODUCCIÓN: La sujeción mecánica es una técnica ampliamente utilizada por enfermería en los hospitales bajo indicación médica. Hablar de sujeción es poco concreto; para entenderla es necesario explicar motivos, situaciones, expectativas profesionales, tipo de enfermos y de problemática. Los pacientes agitados son una situación clínica a la nos enfrentamos los profesiones sanitarios en nuestra práctica clínica. En la primera valoración debemos tomar medidas de seguridad oportunas. Es necesario tener en cuenta el riesgo que supone estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende o incluso su propia vida, por lo que son candidatos a ingresar en unidades de psiquiatría de forma voluntaria o involuntaria.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de la sujeción del paciente con agitación como medida terapéutica.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión documental de la literatura existente.

RESULTADOS: Aunque no existe una definición exacta de contención mecánica y de su criterios mínimos en la actualidad, conceptualmente puede decirse que se trata de un síndrome caracterizado por un aumento significativo de la actividad motora, acompañada por alteraciones de la esfera emocional. De intensidad variables, puede presentarse de una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incoordinados y sin finalidad alguna. Es necesario distinguir agitación de agresividad o violencia. En los paciente con enfermedad psiquiátrica, el riesgo de presentar una conducta violenta se incrementa al consumir sustancias tóxicas.

CONCLUSIÓN: A pesar de las particularidades de atención de los pacientes psiquiátricos, el Sector Salud no ha emitido e implementa- do instrumentos que permitan medir la atención de Enfermería en dichos pacientes. Tampoco ha creado sistemas de evaluación para las intervenciones de Enfermería dirigidas a las personas hospitalizadas con trastornos mentales, por lo que es necesario crear estrategias que guíen la práctica profesional con el n de garantizar los derechos de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PSIQUIÁTRICO, CONTENCIÓN, AGITACIÓN, URGENCIA PSIQUIÁTRICA, SALUD MENTAL.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON CONSUMO DE CANNABIS

MARÍA RUIZ BELDA, MARÍA INÉS MENA POSTIGO, PALOMA FERNANDEZ PEREZ

INTRODUCCIÓN: El cannabis es la droga ilegal más prevalente en el mundo. Aunque la demanda de asistencia a los servicios sanitarios ha aumentado internacionalmente, solamente una minoría de las personas con el trastorno solicita ayuda profesional.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales para el trastorno por consumo de cannabis en adultos, en un contexto ambulatorio o comunitario.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de la literatura disponible desde 2015 hasta la actualidad. La muestra fue, después de todo el proceso de cribado, de $n = 5$. Las seis bases de datos diferentes que hemos usado para realizar la revisión sistemática de la literaturas son: Cochrane, Pubmed, Scielo, Pubmed Health, Google academic y Medline.

RESULTADOS: Las intervenciones mostraron resultados significativos sobre disminución o abstinencia del consumo de cannabis. Las intervenciones consideradas de Alta intensidad, de más de cuatro sesiones proporcionadas por más de un mes, produjeron sistemáticamente mejores resultados a corto plazo, en comparación con las intervenciones de Baja intensidad. La mayoría de estudios apoyan la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de superación motivacional (TSM) y en particular su combinación para ayudar a la reducción de la frecuencia de consumo de cannabis al seguimiento temprano.

CONCLUSIÓN: La intervención psicosocial mostró, en comparación con los controles con tratamiento mínimo, una reducción en la frecuencia de consumo y la gravedad de la dependencia de una manera bastante duradera, al menos a corto plazo. Entre los tipos de intervención incluidos, una intervención intensiva proporcionada por más de cuatro sesiones basada en la combinación de TSM y TCC con incentivos basados en la abstinencia, recibió un apoyo más consistente para el tratamiento del trastorno por consumo de cannabis.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, INTERVENCIONES, ADICCIÓN, CONSUMO, ENFERMERÍA.

ESTUDIO DE LA VIGOREXIA COMO PROBLEMA DE SALUD

ANA GEJO IGLESIAS, VIRGINIA GARCÍA PRIETO, ALBA CAPIN RODRIGUEZ, MARIA MONTSERRAT SANTOS GULLON

INTRODUCCIÓN: La vigorexia es un trastorno caracterizado por una preocupación obsesiva por tener un cuerpo musculado. La importancia que nuestra sociedad da hoy en día a la imagen corporal, así como el marcado uso de redes sociales, juegan un papel importante en este problema; conocido también como dismorfia muscular, anorexia invertida ó complejo de Adonis.

OBJETIVOS: Analizar el perfil del individuo en el cual es más frecuente su presencia, identificar su clínica y describir pautas de cómo tratarla.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda de los últimos cinco años en las bases de datos: Scielo, Cuiden y Dialnet, usando como descriptores: “vigorexia”, “dismorfia muscular”, “imagen corporal”, “clínica”, “tratamiento”. De los 11 artículos visualizados se seleccionaron 6 en español, los más actuales y relevantes.

RESULTADOS: Es frecuente en varones entre 18 y 35 años con una personalidad introvertida, baja autoestima y perfeccionistas, rasgos que comparte con la anorexia a excepción del sexo. Presentan adicción a la actividad física (especialmente a la musculación) lo que les lleva a abandonar otras actividades y a un aislamiento. Tienen una percepción errónea de su imagen corporal (se ven débiles a pesar de estar fuertes y atléticos). Sufren alteraciones metabólicas debidas a un trastorno de la alimentación, basada en el consumo de proteínas e hidratos de carbono y baja en lípidos; acompañada de abuso de sustancias como hormonas ó anabolizantes esteroideos. Su estado de ánimo también se ve comprometido, se encuentran irritables y depresivos. El tratamiento iría dirigido a una intervención multidisciplinar (farmacológico y psicológico, enfocado hacia una terapia cognitivo perceptual).

CONCLUSIÓN: Es un problema que va en aumento en los últimos de años de ahí la importancia de conocerlo para poder abordarlo y estar atentos a su posible aparición para tratarlo de una forma precoz.

PALABRAS CLAVE: VIGOREXIA, DISMORFIA MUSCULAR, IMAGEN CORPORAL, TRATAMIENTO, CLÍNICA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON TENDENCIAS SUICIDAS EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

MARIA SOLEDAD GAMERO ORTEGA, MARIA ALDARA LOPEZ GAMERO, JUAN JOSE LOPEZ GUILLEN

INTRODUCCIÓN: La detección de los primeros síntomas de una crisis suicida en urgencias psiquiátricas es esencial para evitar desenlaces trágicos, ya que la tentativa suicida es un problema muy frecuente en ese sector y están implicados factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. 8 De cada 10 pacientes con tendencias suicidas manifiestan de forma previa, sus intenciones de suicidio, por lo que para mayor prevención se debe tener especial consideración con cualquier síntoma de amenaza o ideas del paciente o familiares.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca del papel del TCAE en la vigilancia de pacientes con tendencias suicidas en las urgencias quirúrgicas.

METODOLOGÍA: Análisis, estudio y valoración de artículos recabados de publicaciones científicas y bases de datos.

RESULTADOS: En los pacientes con tendencias suicidas existen signos previos que evidencian la crisis: angustia, depresión, aislamiento, sentimientos suicidas, cinismo. Asimismo se deben tener en cuenta otros factores de riesgo del paciente: enfermedades graves, estado civil y laboral, pérdidas afectivas. Una de las primeras actuaciones es la prevención, valorando el caso concreto y reduciendo los motivos que causan las crisis suicidas, siendo importantísimo involucrar tanto a amigos como a familiares para favorecer esa labor preventiva. Es importante la participación activa del TCAE y personal sanitario en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de los pacientes de alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y manejo ambulatorio.

CONCLUSIÓN: Es necesaria una colaboración más estrecha entre los servicios de urgencia y los de salud mental. El TCAE pasa mucho tiempo con los pacientes y familiares, por lo que es un eslabón colaborador esencial para incrementar las posibilidades de detectar con rapidez cualquier síntoma o conducta suicida, evitando cualquier desenlace trágico, por lo que debería disponer de directrices concretas de reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conductas suicidas.

PALABRAS CLAVE: TENDENCIAS SUICIDAS, PSIQUIATRÍA, PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, RIESGOS SUICIDAS EN HOSPITAL.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL DELÍRIUM TREMENS

MARIA DOLORES GARCIA CORRAL, LUCÍA HINOJO GARCIA, MARIA DOLORES MELLADO VALDES

INTRODUCCIÓN: El delírium tremens es el cuadro más grave que se puede producir en el síndrome de abstinencia alcohólica se produce en alcohólicos crónicos debida a la supresión brusca del consumo y frecuentemente asociado a alguna enfermedad subyacente apareciendo a las 24-72 horas, se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia, alucinaciones y temblor agravándose por la tarde o cuando disminuye la iluminación de la habitación. Se trata de una urgencia médica con elevada mortalidad sin tratamiento por lo que una correcta actuación por parte del personal de enfermería es vital para poder estabilizar al paciente.

OBJETIVOS: Identificar las intervenciones enfermeras y el tratamiento farmacológico en el manejo del delírium tremens.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet y Pubmed desde el año 2010 a la actualidad. De los artículos encontrados se seleccionaron 4 por estar relacionados con el tema a tratar.

RESULTADOS: Las Intervenciones enfermeras más adecuadas en el manejo del delírium tremens serían: mantener un entorno seguro con una correcta iluminación, hidratación, antipiréticos y sedación pautada. En el manejo farmacológico: Se administrara en primer lugar tiamina seguida de perfusión de suero glucosado 5% y perfusión de sulfato de magnesio. Para el manejo de la agitación y las alucinaciones: midazolam o diazepam o clorazepato (más útil por el efecto ansiolítico) seguido de tiaprizal. En casos de agitación se debe administrar haloperidol.

CONCLUSIÓN: Es muy importante por parte del personal de enfermería conocer los cuidados y tratamientos necesarios para evitar un desenlace fatal sino se trata a tiempo.

PALABRAS CLAVE: ABSTINENCIA AL ALCOHOL, FÁRMACOS, INTERVENCIÓN ENFERMERA, DELÍRIUM TREMENS.

IMPACTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA INÉS MENA POSTIGO, MARÍA RUIZ BELDA, PALOMA FERNANDEZ PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 16 años, soltero que vive con sus padres. Hijo único y estudiante de enseñanza obligatoria. Tras una discusión con su padre, ingiere varios comprimidos de benzodiazepinas. La madre ante este desconcierto, llama al 061, activando el dispositivo de urgencias. A la llegada en la casa del servicio de urgencias, la madre se encuentra llorando y el padre manifiesta que ha discutido con su hijo, el cual ha llegado ebrio a casa después de una salida con amigos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al inicio de la exploración, el paciente se muestra consciente, orientado, discutidor, irritable, agresivo verbalmente, con signos evidentes de embriaguez. Tras unos minutos, se calma y coopera. Reconoce tener a menudo sentimientos de ansiedad y depresión que los mitiga saliendo de casa y bebiendo alcohol o fumando cigarrillos de marihuana. Comenta que son casi constantes las discusiones con su padre y que esto le provoca una agitación que le hace realizar cosas, las cuales él no quiere verdaderamente hacer.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno límite de la personalidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno límite de la personalidad versus Trastorno bipolar.

CONCLUSIONES: El suicidio es una de las causas principales de mortalidad en pacientes psiquiátricos. La conducta autolítica es un acto complejo y no aleatorio en el que intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos. Es necesario conocer bien estos factores para poder evaluar adecuadamente el riesgo autolítico, y en la medida de lo posible prevenir la conducta autolítica.

PALABRAS CLAVE: FAMILIA, INTERVENCIONES, SUICIDIO, AUTÓLISIS.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN INGRESO HOSPITALARIO POR SOBRECARGA FAMILIAR

VICTORIA VILLA ARTERO, ANA DIAZ MUÑOZ, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, MARIA COELLO VADELL, JOAN PAU MARÍ MOLINA, JUAN PACHECO SERRATE, MARIA VELASCO RAYA, LORENA GARCIA CEBRIAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a la puerta de urgencias una paciente con esquizofrenia residual de larga evolución. El paciente no impresiona de presentar la sintomatología descrita por familiares, por lo que se decide hablar con ellos por separado. Finalmente la familia confiesa que necesitan descanso familiar, ya que la relación está realmente desgastada. Cuando hablamos con el paciente, éste se siente culpable por la situación con su familia y acepta el ingreso. Se decide ingreso en agudos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de constantes, exploración psicopatológica, valoración por patrones y ECG.

JUICIO CLÍNICO: (00074) Afrontamiento familiar comprometido r/c agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas significativas, prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia m/p la persona significativa se aparta del cliente, la persona significativa trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios. **PLAN DE CUIDADOS:** Los objetivos (NOC) que nos marcamos fueron: (1501) Desempeño del rol. (3009) Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico. (2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal. (2202) Preparación del cuidador familiar domiciliario. (2204) Relación entre el cuidador principal y el paciente. (2506) Salud emocional del cuidador principal. Las actividades (NIC) que planificamos fueron: (7040) Apoyo al cuidador principal. (7370) Planificación para el alta. (4364) Elogio. (7150) Terapia familiar. (5430) Grupo de apoyo. (6040) Terapia de relajación. (5020) Mediación de conflictos. (5240) Asesoramiento.

CONCLUSIONES: Hemos realizado todas las actividades y de momento los objetivos planteados se han cumplido parcialmente. El objetivo global era idear un plan de mejora de convivencia. Hemos conseguido que el paciente acepte a asistir al centro de la mujer de su barrio y así pasará tiempo fuera de casa y se creará un horario de actividades. La cuidadora principal va a asistir a clases de yoga gratuitas proporcionadas por el ayuntamiento y ha aceptado recibir ayuda psicológica del centro de salud mental.

PALABRAS CLAVE: SOBRECARGA FAMILIAR, PROCESO DE ENFERMERÍA, INGRESO HOSPITALARIO, ESQUIZOFRENIA RESIDUAL, AFRONTAMIENTO FAMILIAR.

ALUCINOSIS AUDITIVA ORGÁNICA EN HIPOACUSIA BILATERAL

ESPERANZA PRIETO BONILLA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, MARIA PILAR CALVO RIVERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 61 años. Casada, madre de dos hijos independizados. Dislipemia. Gonartrosis y coxartrosis. Pinzamiento L5-S1. Hernia discal C5-C6. Escoliosis lumbar. Léntigo solar. Hipoacusia severa familiar. Sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. Derivada a Salud Mental desde el servicio de otorrinolaringología por presentar alteraciones sensorio-perceptivas auditivas en forma de música de 3 años de evolución, relacionado con el comienzo de pérdida de audición por hipoacusia familiar severa. Esta sintomatología le ocasiona cierto malestar (cefalea, molestias...) pero no ha menoscabado su funcionamiento laboral, social o familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tranquila y abordable. Habla tono y tasa normal, con discurso espontáneo, contextualizado y centrado en sintomatología que describe con total distanciamiento afectivo como alteraciones sensorio-perceptivas auditivas en forma de música, continuas, de las que realiza una crítica total y absoluta sin interpretación delirante ni psicoticismos, en probable relación con hipoacusia. Eutimia. Buen funcionamiento laboral, social y familiar. Sueño conservado. Buen insight. Juicio de realidad conservado. TAC cráneo y analítica: Sin hallazgos patológicos.

JUICIO CLÍNICO: Alucinosis auditiva orgánica con hipoacusia bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Alteraciones de los órganos sensoriales: Hipoacusia. Procesos neurológicos: Lesiones cerebrales ocupantes de espacio, epilepsia, encefalitis, procesos vasculares... Consumo de sustancias psicoactivas. Trastornos endocrinos o metabólicos. Trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIONES: Las alucinaciones musicales son fenómenos muy infrecuentes. Se encuentran en la encrucijada de la práctica otológica, neurológica y psiquiátrica. La forma más frecuente son las canciones y se da con más frecuencia en mujeres con una edad media de 61 años. La sordera es condición frecuente pero no necesaria. Es importante realizar un diagnóstico diferencial. Cuando son de origen psiquiátrico suelen estar asociadas a procesos depresivos o se acompañan de otra sintomatología alucinatoria o delirante y la capacidad de insight es escasa o nula. No existen estudios avalados con respecto al tratamiento y los resultados con neurolepticos o anticonvulsivantes son insatisfactorios.

PALABRAS CLAVE: ALUCINACIONES MUSICALES, ALTERACIONES SENSORIO-RECEPTIVAS AUDITIVAS, ALUCINOSIS AUDITIVA ORGÁNICA, ALUCINACIONES E HIPOACUSIA.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

CRISTINA GARCÍA-CUEVAS ALCÁNTARA, YESICA MARIA MOLINA BEDMAR, IRENE GÁLVEZ LARA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer es el trastorno neurocognitivo más frecuente, es progresiva e irreversible. Se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y neurológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados enfermeros para mantener las capacidades del paciente con Alzheimer.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica en diferentes bases de datos, Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Cuiden. Criterios de inclusión artículos comprendidos entre los años 2009-2015, empleando los operadores booleanos AND y OR y la combinación de los descriptores.

RESULTADOS: El fomento de la comunicación donde establecemos una guía de cuidados enfermeros en la demencia. Se utilizará un lenguaje sencillo, frases cortas, hablando despacio y con tono de voz bajo. Llamar al paciente por su nombre y si hay que repetirle la información, usar las mismas palabras. Evitar preguntas que no van a ser respondidas. La comunicación verbal puede ser muy útil. Nos acercaremos al paciente de frente y lentamente. Estimulación cognoscitiva para informarle de sucesos recientes, colocar objetos familiares cerca, etc. La terapia de reminiscencia debe utilizar el recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos para facilitar la adaptación a la situación actual. En el manejo de la demencia se debe modificar el ambiente: retirar objetos peligrosos, colocar pulseras de identificación, rutina diaria, ambiente de baja estimulación, contacto visual y físico con el paciente. Además es necesario el apoyo al cuidador principal: Proporcionando información, recomendaciones y apoyo.

CONCLUSIÓN: Resulta necesario establecer una guía de cuidados enfermeros, que se irán adaptando según la fase clínica en la que se encuentre el paciente, para ayudar a mantener la capacidad cognoscitiva el mayor tiempo posible.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, CAPACIDADES, DETERIORO COGNITIVO, COMUNICACIÓN.

SÍNDROME AMOTIVACIONAL EN JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS

BELÉN MARTÍNEZ MEDINA, SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO, YESSICA GARCIA ESPINOSA

INTRODUCCIÓN: El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los jóvenes en España y en el resto del mundo, y aunque existe la creencia errónea de que es la droga menos dañina, lo cierto es que conlleva múltiples consecuencias negativas para la salud. Entre los problemas que provoca el consumo prolongado de cannabis se encuentra el conocido como “Síndrome amotivacional”. El síndrome amotivacional queda definido como un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por una disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persistiría una vez interrumpido dicho consumo.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas que provoca el Síndrome amotivacional en jóvenes consumidores de cannabis.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas con los descriptores: Cannabis, amotivacional, síntomas, jóvenes.

RESULTADOS: El síndrome amotivacional se caracteriza por una clínica subdepresiva, cuyos síntomas son: apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, disminución de funciones cognoscitivas como la concentración, la atención, la memoria, la capacidad de cálculo; y alteraciones psicomotoras como disminución de los reflejos, parquedad de movimientos, lentitud de desplazamientos, etc. Esta sintomatología tiene como consecuencias directas, la falta total de voluntad propia (estado abúlico) y como indirectas, el descenso en el rendimiento escolar o laboral, el deterioro de las habilidades comunicativas (dificultad para seguir conversaciones, lecturas, etc...) Y un retraimiento social.

CONCLUSIÓN: Es difícil luchar ante el consumo de esta sustancia normalizada y aceptada a nivel social y con baja percepción de riesgo. La sintomatología amotivacional suele persistir a lo largo del tiempo después de un total abandono del consumo de la droga. El joven se encuentra en unas condiciones “inmejorables para ser manejado”, para dejarse llevar por otro miembro de su grupo en conductas que pueden ser delictivas o peligrosas.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, AMOTIVACIONAL, SÍNTOMAS, JÓVENES.

PROPUESTA DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DEPENDENCIA NICOTÍNICA

ESPERANZA PRIETO BONILLA, MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es un importante problema de salud pública. Los pacientes con enfermedad mental grave (TMG) tienen un riesgo de ser fumador de hasta tres veces el de la población general. Para los profesionales sanitarios resulta muy complicado el abordaje de este problema en estos pacientes y, a menudo existen discrepancias entre la red de drogodependencias y salud mental.

OBJETIVOS: Determinar medidas para mejorar la calidad asistencial de los enfermos con patología mental grave y dependencia nicotínica, mediante un Proyecto de coordinación/integración de la Red de Drogodependencias con Salud Mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: coordinación drogodependencias y salud, trastorno mental grave, patología dual y dependencia nicotínica.

RESULTADOS: Se incluirán los pacientes que presenten un diagnóstico de TMG y dependencia nicotínica, entre 18 y 65 años. Se realizarán las siguientes actividades: Campañas de promoción y prevención del consumo de tabaco en TMG. Reservar tiempo en las consulta para el abordaje del tabaquismo en el paciente con TMG. Aplicación de entrevista motivacional a todo paciente con TMG que fume, evaluar su grado motivacional mediante la escala URICA. Elaboración de un protocolo para la deshabituación tabáquica en el TMG, que se utilice en ambas redes de atención sanitaria. Comunicación entre profesionales de ambas redes, así como disponer de un tiempo y espacio reservado para reuniones de coordinación de forma rutinaria, y realización de sesión clínica intergrupar mensual para puesta en común de casos. Ajustar las herramientas utilizadas para deshabituación tabáquica en población general a las peculiaridades de esta población. Realización de sesiones formativas bidireccionales entre ambas redes, con intención de mejorar la asistencia coordinada. Para evaluar la calidad se utilizaron indicadores de proceso y de resultado (nº total de pacientes atendidos, porcentaje de pacientes que logran abstinencia/disminución del consumo, nº sesiones...).

CONCLUSIÓN: Resulta fundamental disponer de coordinación entre salud mental y unidad de drogodependencias para conseguir un abordaje integral de los pacientes con patología dual.

PALABRAS CLAVE: COORDINACIÓN DROGODEPENDENCIAS Y SALUD MENTAL, TRASTORNO MENTAL GRAVE, PATOLOGÍA DUAL, DEPENDENCIA NICOTÍNICA.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO PARA UN USUARIO CON ESQUIZOFRENIA

ANA ISABEL RODRÍGUEZ LEÓN, JULIO TORRES FABÁ, PEDRO CASAS VICTORIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente hombre de 50 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide, que debutó con 17 años. La evolución de la enfermedad ha sido mala, predominando la sintomatología psicótica negativa. Presenta aislamiento social e ideación delirante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Las necesidades alteradas son: Necesidad de alimentación/hidratación: Presenta un patrón de alimentación desequilibrado, sin patrón horario. Necesidad de movilización: Su patrón habitual es sedentario. Pasa el día en casa. Necesidad de higiene y piel: Presenta un gran descuido en la higiene, acicalamiento y arreglo personal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Basado en la taxonomía NANDA. Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto m/p verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales. Afrontamiento familiar incapacitante r/c información o comprensión inadecuadas por parte del cuidador familiar m/p el cuidador familiar describe con preocupación la enfermedad del paciente.

PLAN DE CUIDADOS: Basado en la taxonomía NOC y NIC: Diagnóstico NANDA: Deterioro de la interacción social Resultado: Habilidades de interacción social. Indicador: Relaciones con los demás. Puntuación inicial de 1 (nunca demostrado) y puntuación final de 4 (frecuentemente demostrado). Intervención: Modificación de la conducta: habilidades sociales. Animar al usuario a manifestar verbalmente los sentimientos y a valorar los resultados. Diagnóstico NANDA: Afrontamiento familiar incapacitante. Resultado: Aceptación: estado de salud. Indicador: Reconocimiento de la realidad de situación de salud. Puntuación inicial de 1 (nunca demostrado) y puntuación final de 4 (frecuentemente demostrado). Intervención: Presencia. Establecer una consideración de confianza y positiva. Mostrar una actitud de aceptación.

CONCLUSIONES: Resultado NOC: Habilidades de interacción social. En este resultado se logró alcanzar el nivel 3 del indicador. Se han aumentado las salidas a la calle. Resultado NOC: Aceptación: estado de salud. En este resultado se logró alcanzar el nivel 3 del indicador. La madre acude semanalmente al programa de apoyo a las familias.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, CUIDADOS ENFERMEROS, NANDA, NOC, NIC.

SALUD Y MODELOS DE ACTIVOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

MARIA JOSE GAVIRA CEJUDO, CRISTINA LÓPEZ MARTÍNEZ, DIEGO MACÍAS BEDOYA

INTRODUCCIÓN: Un activo de la Salud se define como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones, para mantener la salud y el bienestar. A pesar de mejoras sustanciales en salud podemos afirmar que algunas políticas e intervenciones en salud pública tienen éxito, pero otras fracasan en algunos sectores de la población (enfoque de riesgo). La Salutogénesis centra la atención en la generación de la salud VS patogénesis o la generación de la enfermedad.

OBJETIVOS: Identificar las necesidades y déficits. Determinar medidas para organizar los recursos individuales y los que existen dentro de la comunidad.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La propuesta de Scales y Leffert (1999), validada empíricamente en estudios posteriores (Theokas et al. , 2005), Tiene un total de 40 recursos o activos, 20 de estos recursos son externos: Apoyo, Fortalecimiento-Empoderamiento, límites y expectativas y uso constructivo del tiempo. Y otros 20 internos: compromiso con el aprendizaje, valores positivos, capacidad social, identidad positiva.. El proceso es tan importante como la medición de resultados (“Replicabilidad”). Los indicadores han de ser utilizados para evaluar lo que identifica la comunidad con la que se trabaja. Nueva estructura de evaluación tanto en mecanismos de valoración del contexto como de resultados.

CONCLUSIÓN: Cuanto más se provea a los jóvenes de oportunidades de experiencia y acumulación de efectos positivos de factores protectores más fácilmente ellos pueden mantener su bienestar mental durante más tiempo en su vida. Es necesario Focalizar en la atención de las Desigualdades y poner en marcha estrategias que permitan hacer el bien antes que perjudicar.

PALABRAS CLAVE: ACTIVO, SALUD MENTAL, SALUD, SALUTOGÉNESIS.

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y COMUNICACIÓN EFICAZ CON ENFERMERÍA

MARIA DELGADO CEACERO, VIOLETA SÁNCHEZ DEL REY, SANDRA APARICIO GALLARDO

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por alteraciones en la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad, alteraciones en el lenguaje, memoria de trabajo, función ejecutiva y memoria episódica, por parte de la persona que la padece, por tanto existen una serie de dificultades para comunicarse con ellos.

OBJETIVOS: Analizar las dificultades de lenguaje que tienen las personas con esquizofrenia. Determinar los procedimientos que mejoran la comunicación entre personal de enfermería y pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura hecha a través de las bases de datos Medline (Pubmed), Cinahl, Scielo, además de otros motores de búsqueda.

RESULTADOS: Como ya hemos comentado, en estos aparece la “irregularidad del pensamiento” que dan como resultado un lenguaje absurdo y de difícil comprensión, a todo esto se le suma que en ocasiones los profesionales de enfermería no tienen formación ni experiencia para poder manejar a este tipo de pacientes. Se observan: Distorsiones del lenguaje pobreza de contenido, neologismos, discurso divergente, circunstancial, enfático, autorreferencial, etc. Aspectos semánticos, discurso pobre. Pragmática: no usan ni comprenden la ironía. Aspectos paralingüísticos: entonación plana y monótona, no hay fluidez, logorrea o habla excesivamente lenta. Habla no verbal: Incapaces de demostrar expresividad. Se demuestra en la revisión sistemática de los estudios encontrados que tras conseguir lograr interacción con ellos mejora el pronóstico de la enfermedad, y para ello hay que apoyar en la toma de decisiones, realizar una escucha activa, comunicación asertiva y el manejo de la conducta con actividades que permitan ampliar la información y favorezcan la comunicación.

CONCLUSIÓN: Tener conocimientos sobre el proceso esquizofrénico es esencial para el profesional de enfermería y así poder comprender las particularidades comunicativas de estos pacientes pudiendo así superar las barreras comunicativas, pues enfermería se encuentra en la primera línea.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, DIFICULTADES, COMUNICACIÓN, ESQUIZOFRENIA.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO BIPOLAR

DELIA MARIA IGLESIAS ZARAZAGA, IRENE MARQUEZ LUNA, OLGA MIZYUK GOROKHOVA

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es grave, crónico y recurrente, aunque no es muy común el paciente que lo padece tiene un importante impacto en su vida. Para tener control sobre este trastorno es muy importante seguir el tratamiento farmacológico de forma continua. La adhesión a los medicamentos es esencial para que el paciente tenga una respuesta positiva al tratamiento.

OBJETIVOS: Determinar las estrategias de enfermería en la adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica con base de datos nacionales e internacionales Scielo, Cuiden plus, PubMed, Cinahl, Medline, con criterios de inclusión de revisión en los últimos 7 años con palabras clave: “trastorno bipolar”, “enfermería”, “adherencia”, “tratamiento”. De 65 artículos revisados en el estudio se seleccionan 25 que cumplen criterios de inclusión, 14 artículos tratan sobre el trastorno bipolar, 5 artículos sobre adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar y 6 artículos sobre la enfermería en el trastorno bipolar.

RESULTADOS: Todos los autores están de acuerdo con la importancia del papel de enfermería en la adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar. El bajo nivel de conocimientos contribuye de forma importante en la adhesión al tratamiento. Enfermería debe emplear estrategias de educación individual o en grupo, para pacientes y familiares. Deberá ampliar el conocimiento sobre el tratamiento, para la promoción de la adhesión y para la participación activa del mismo en el tratamiento.

CONCLUSIÓN: Como conclusión podemos decir que con mayor conocimiento, el paciente y su familia puede colaborar en la administración correcta de las medicaciones, mantenimiento de las litemias, manejo de efectos colaterales del litio y reconocimiento precoz de intoxicaciones.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, ADHERENCIA, TRATAMIENTO, ENFERMERÍA.

EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INGRESADO EN SALUD MENTAL POR UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MANUELA MARTÍNEZ LOZANO, ENCARNACIÓN AGUILAR DOMENE, MARÍA JESÚS LOZANO PÉREZ

INTRODUCCIÓN: El técnico de cuidados auxiliares de enfermería se comprometerá a aplicar los cuidados dependiendo de las necesidades biopsicosociales del enfermo con trastornos psíquicos o toxicómanos, mediante protocolos y ejecutará control de recursos materiales y organización de la unidad.

OBJETIVOS: Analizar las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería, así como valorar las necesidades básicas a cubrir por el paciente para desempeñar y ejecutar con autoridad las decisiones médicas.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática, artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores: Paciente psiquiátrico, higiene personal, adaptación, evolución.

RESULTADOS: Las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería son: El paciente ingresado será informado de pautas, horarios, visitas y llamadas permitidas durante su estancia. Le enseñaremos la unidad. Los objetos personales y peligrosos, serán depositados en un lugar seguro, para su seguridad. Ayudaremos al paciente en la higiene personal, vigilándolo siempre. Haremos camas o vigilarémoslo si las hace el paciente, potenciando una ocupación para él como una terapia ocupacional, controlando la limpieza. Administraremos las comidas, controlando alimentación y conducta del paciente. Ayudaremos al enfermero en tratamientos y técnicas de enfermería, como recogidas de muestras o pruebas de laboratorio. Transformaremos en relaciones de terapia las relaciones personales con el paciente e intentaremos su adaptación e integración colaborando con las actividades de rehabilitación y entretenimiento. Vigilarémoslo al paciente de forma individual, si se dan crisis intervendremos con medidas de sujeción indicadas por el médico siendo cumplidas estrictamente. Seguiremos la evolución anotando en el registro las incidencias.

CONCLUSIÓN: El técnico de cuidados auxiliares de enfermería debe formarse continuamente obteniendo información de enfermedades y síntomas mentales para llevar a cabo una planificación y elaboración de cuidados asistenciales del paciente.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, CUIDADOS, BIOPSICOSOCIALES, TRASTORNO, PSICOLOGÍA.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PATOLOGÍA DUAL EN SALUD MENTAL

DELIA MARIA IGLESIAS ZARAZAGA, IRENE MARQUEZ LUNA, OLGA MIZYUK GOROKHOVA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias, especialmente en los que presentan patologías mentales más graves. En unidades de ingreso de psiquiatría los pacientes con trastornos psicóticos y trastorno por uso de sustancias representan una gran proporción. También se conoce que los pacientes adictos presentan muy frecuentemente otros trastornos psiquiátricos.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería en la patología dual.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica con base de datos nacionales e internacionales Scielo, Cuiden plus, PubMed, Cinahl, Medline, con criterios de inclusión de revisión en los últimos 7 años con palabras clave: “Salud Mental”, “patología dual”, “enfermería”, “intervenciones”, “cuidados”.

RESULTADOS: Todos los autores están de acuerdo con la importancia del papel de enfermería dentro de un equipo multidisciplinar para tratar la patología dual. Enfermería deberá elaborar un programa de atención individualizada, donde se realizarán intervenciones motivacionales, que han demostrado facilitar una elevada tasa de cumplimiento terapéutico y éxito del tratamiento en psicóticos duales.

CONCLUSIÓN: Hay evidencias científicas para incluir la entrevista motivacional en el tratamiento a estos pacientes, junto con un entrenamiento en habilidades sociales ya sea individualmente o en grupo, controles de orina semanales, asesoramiento familiar y entrenamiento en habilidades conductuales para la prevención de recaídas.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, INTERVENCIONES, CUIDADOS, PATOLOGÍA DUAL, ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LA SONRISA EN SALUD MENTAL

NOEMI BORIS DIAZ, LAURA DE ANA CALVO

INTRODUCCIÓN: La risoterapia, o dinámica de la risa, es una modalidad terapéutica que permite, de una manera lúdica y alegre, liberar las tensiones internas a través de la risa y conseguir la mejora del estado psicológico de la persona.

OBJETIVOS: Revisar la importancia de la sonrisa en la salud mental.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos de interés científico, utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: Esta disciplina terapéutica, a través de diferentes actividades y dinámicas grupales, dispone física y emocionalmente, a las personas, para la risa. Las sesiones tendrán una hora de duración y se realizarán una vez a la semana con un máximo de 10 personas. Los pacientes que acuden al taller deberán de estar diagnosticados de un trastorno del ánimo. Reír favorece la descarga emocional y desarrollar el sentido del humor, pero también nos permite entrenar nuevas habilidades personales e incluso, lograr vivir en armonía física, psíquica, emocional y espiritual.

CONCLUSIÓN: Sin duda, reírse es saludable. No se debería pasar un sólo día de la vida sin reír.

PALABRAS CLAVE: RISOTERAPIA, EMOCIONALMENTE, ÁNIMO, PSICOLÓGICO, FÍSICA.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

ANA CECILIA TARRAGÜEL GRACIA, JUDIT VERA BAILON, ALEJANDRA PEREZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La anorexia nerviosa es un TCA (trastorno de conducta alimentaria) caracterizado por una preocupación por el peso corporal y la comida, una pérdida de peso, miedo a engordar y distorsión de la imagen corporal. Además pueden aparecer otros síntomas como aislamiento social, amenorrea, hirsutismo, hiperactividad.

OBJETIVOS: Identificar diferentes criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.

METODOLOGÍA: Se realiza una extensa revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Cochrane y Pudmed.

RESULTADOS: Tras dicha revisión bibliográfica destacamos los seis criterios diagnósticos de Feigner para la anorexia nerviosa, siendo estos: edad de comienzo antes de los 25 años, pérdida al menos del 25% del peso corporal original, actitud distorsionada hacia la comida, descarte de enfermedad física que explique la pérdida de peso, descarte de trastornos como depresión o esquizofrenia y presencia al menos de dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, periodos de hiperactividad, episodios de bulimia y/o vómitos frecuentemente autoinducidos. Otros criterios diagnósticos encontrados para detectar anorexia nerviosa son los cuatro criterios del DSM IV siendo estos: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal, alteración de la percepción del peso o silueta con exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal y presencia de amenorrea en mujeres pospuberales.

CONCLUSIÓN: Es una enfermedad con gran prevalencia entre nuestros jóvenes que merece una implicación importante de los profesionales sanitarios. A pesar de los criterios citados el diagnóstico debe ser personalizado en cada paciente para un buen abordaje de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, CRITERIOS, IMAGEN, PESO, AISLAMIENTO.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN

ANA CECILIA TARRAGÜEL GRACIA, ALEJANDRA PEREZ MARTINEZ, JUDIT VERA BAILON

INTRODUCCIÓN: La depresión se presenta como un conjunto de síntomas afectivos como tristeza, apatía, anhedonia, irritabilidad e impotencia, así como síntomas somáticos, volitivos y cognitivos. Por lo que estamos ante una afección global con una gran carga afectiva. La posibilidad de un diagnóstico depresivo se plantea a partir de datos observacionales poco específicos entre otros, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño, deterioro de la apariencia y enlentecimiento psicomotriz.

OBJETIVOS: Analizar los diferentes factores que influyen en el desarrollo de depresión en una persona.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica por diversas bases de datos como son Scielo, Pudmed y Science direct.

RESULTADOS: Tras dicha revisión bibliográfica exhaustiva se observa una gran diversidad de factores influyentes en el desarrollo de la enfermedad de la depresión. Entre ellos podemos hablar de factores de origen interno como son la función deficiente de los neurotransmisores a nivel de los receptores adrenérgicos y la disminución de la función de la serotonina. También es necesario hablar de factores de origen externo ya que se relaciona dicha enfermedad con diferentes problemas sociales desencadenantes como puede ser la separación matrimonial, inestabilidad laboral, estatus socioeconómico, dificultades en el seno familiar y laboral, vivir aislado del núcleo urbano así como la pertenencia al sexo femenino, siendo éste último factor considerado como uno de los más influyentes.

CONCLUSIÓN: La de presión es una de las enfermedades de salud mental con mayor registro en nuestra sociedad. Es una enfermedad multifactorial que se debe analizar teniendo en cuenta dicha diversidad para así realizar una actuación completa y global. Para ello es necesario evitar centrarnos exclusivamente en el aspecto biológico de la depresión e indagar más allá. Donde el papel de enfermería y la interacción con el paciente adquiere gran importancia.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, SOCIEDAD, APATÍA, TRISTEZA.

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ANDRÉS REDONDO FERNÁNDEZ, GUADALUPE LUQUE PEREA, MANUEL GAETE POZUELO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad mental es un término amplio que agrupa diferentes trastornos. Se define como una alteración emocional, cognitiva y/o del comportamiento, que afecta procesos psicológicos. Las relaciones terapéuticas se establecen por parte de personal sanitario y cuidadores, en conexión con el paciente para ayudarlo en el autocuidado, a manejarse y desarrollar sus necesidades vitales específicas. El aprendizaje y conocimiento de las técnicas necesarias para el cuidado del paciente y la forma de actuar ante sus necesidades, será vital en la evolución de la enfermedad.

OBJETIVOS: Informar y formar a la población de la variedad de enfermedades mentales distintas con aspectos específicos, no pudiéndose tratar a todos los pacientes de la misma forma.

METODOLOGÍA: Revisión y elaboración de dípticos/cartelería que expresan las diferencias existentes dentro de las enfermedades mentales y sus cuidados específicos.

RESULTADOS: Las enfermedades mentales suponen más del 40% de las enfermedades crónicas en España, son la mayor causa de discapacidad. Las estimaciones apuntan que un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia. Existen escasos estudios que traten de las necesidades concretas y el personal necesario para estos pacientes, actualmente España dispone de 6 psiquiatras/100.000 Habitantes.

CONCLUSIÓN: Gracias a tratamientos y cuidados adecuados, el control sanitario, el apoyo de terapias psicosociales y grupos de educación en talleres y de ayuda mutua, se pueden mitigar y controlar muchas recaídas y efectos adversos o llegar a neutralizarlos. La existencia de personal cualificado en el trato y manejo de estos pacientes es fundamental para la educación de la población, de los propios pacientes y cuidadores. Según OMS, el reducido número de profesionales parece insuficiente para afrontar los retos que se plantean ya que a las enfermedades mentales se une el envejecimiento de la población y la disminución de personas activas, por lo que parece evidente que se tendrá que realizar más inversión pública.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, TRASTORNOS, MEDICACIÓN, SALUD MENTAL.

INTENTO DE AUTOLISIS POR INGESTA DE BENZODIACEPINAS

FRANCISCA CUEVAS PORTILLO, VICTORIA ESCALONA MARMOL, VIRGINIA NAVAS AGUILAR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años de edad que se provoca un intento de autolisis en el cual ingiere gran cantidad de benzodiazepinas. La familia avisa a urgencias y se activa rápidamente el Dispositivo DCCU. A la llegada al domicilio se advierte que la paciente se encuentra semi tumbada en el sofá aparentemente inconsciente y no atiende a órdenes. Se consigue que abra los ojos, a partir de lo cual, se intenta mantenerla despierta a fin de conseguir información sobre su ingesta. Con cierta dificultad para comunicarse refiere haber ingerido unas 40 pastillas de Diazepam 10mg. Antecedentes personales: Depresión, historia personal de intento de autolisis. Ingresos anteriores en la unidad de psiquiatría por intento de autolisis, del cual fue dada de alta tres días antes de cometer este nuevo intento. Comenta que seguirá intentándolo hasta que lo consiga. En tratamiento con risperidona, sertralina, Lorazepam y diazepam. Antecedentes familiares: Padre con depresión que pierde la vida por suicidio ingiriendo una gran dosis de Diazepam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 95/60 mmHg; FC: 70; Sat O2: 97%; Glucosa: 115. Abdomen blando, depresible. Sobrepeso. Hidratada y perfundida.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por benzodiazepinas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Teniendo en cuenta la exploración física y los signos y síntomas que presenta la paciente además de lo referido por la misma parece indicar que se trata de una intoxicación por ingesta tóxica.

CONCLUSIONES: El tratamiento administrado en un primer momento es Flumaceniil IV diluido en glucosado 5% de 250cc a fin de tratar la sobredosis por benzodiazepinas. Una vez estabilizada la paciente se procede a su traslado a urgencias hospitalaria donde se le pauta lavado gástrico y administración de carbón, al alta en urgencias, será derivada a la unidad de Psiquiatría para nueva valoración y posible reajuste o cambio de tratamiento a fin de evitar la posibilidad de realizar nuevos intentos de autolisis.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, TRATAMIENTO, URGENCIAS, PSIQUIATRÍA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON EPISODIO DE TRASTORNO BIPOLAR

JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, LORENA ZAMORA VALLE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años de edad trasladada a urgencias del hospital de referencia, tras ser encontrada en la vía pública con trastornos de conducta (no especificado); precisando ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental durante cuatro semanas. Diagnóstico previo al ingreso de Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo y probablemente influido por un deterioro cognitivo que ha complicado la evolución. Mal seguimiento de la medicación y medidas terapéuticas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración psicopatológica al ingreso, la paciente se muestra colaboradora, desorientada en tiempo-espacio. Orientación intrapsíquica conservada. Hipoproxeia, relacionada con estado de ansiedad. Presenta laguna amnésica de lo ocurrido. Alteraciones en forma y contenido del pensamiento, compatibles con incoherencia en su discurso e ideación delirante autorreferencial de perjuicio. Taquipsiquia. Verborreica. No alteraciones groseras del lenguaje. No alteraciones motoras finas ni gruesas. No inquietud psicomotriz, adecuada en comportamiento y formas. A nivel afectivo se muestra apática, abúlica. Anhedonia. Embotamiento y labilidad afectiva, con llanto intermite durante la entrevista. Refiere ansiedad desbordable.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno bipolar Tipo II y episodio depresivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia, depresión.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso en el área de salud mental para normalizar su estado de enfermedad y se recomienda protocolo de contención mecánica si precisa y tratamiento del episodio y enfermedad.

CONCLUSIONES: La paciente diagnosticada de trastorno bipolar que presenta episodio de dicha enfermedad, por lo que necesita ingreso y tratamiento para tratar el episodio y normalizar el estado de la enfermedad. Ante la situación social y familiar, con escasa red de apoyo se aconseja valoración por trabajadora social para estudio de recurso al alta y planificación seguimiento de área al alta.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, SALUD MENTAL, EPISODIO DEPRESIVO, ESQUIZOFRENIA.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

SARA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, ANTONIO LUIS AFAN MIRANDA, PILAR VALENZUELA SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La psiquiatría es una rama de la medicina que estudia la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mente. En las unidades de psiquiatría se hospitalizan pacientes en el momento agudo de su enfermedad y debe actuar el equipo interdisciplinar para unos cuidados correctos.

OBJETIVOS: Identificar la importancia del trabajo en equipo ante pacientes con estado de salud agudo.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica por la literatura actual basada en la evidencia científica sobre los cuidados a este tipo de pacientes y la imprescindible actuación del equipo.

RESULTADOS: Normalmente encontramos pacientes en su estado agudo de la enfermedad que son hospitalizados para estabilizarlos, que se separan de su entorno social y/o familiar, que pueden ser un peligro para los demás o ellos mismos, que están siendo diagnosticados y el estrés que puede producirles, desintoxicándose o por fracaso de tratamiento. Necesitamos un equipo colaborando en conjunto por el tipo de pacientes; médico, enfermería en sus cuidados y auxiliares que suplementen los cuidados y vigilancia, terapeutas, y celadores en colaboración para movilización y/o inmovilización y vigilancia en pacientes agresivos, contención...

CONCLUSIÓN: Con los conocimientos correctos por parte del equipo en esta área se consiguen unos cuidados de calidad, pero tener en cuenta que también el adiestramiento y habilidades del equipo, trabajando en colaboración, es necesario para saber tratar a estos pacientes desde su entorno físico, psíquico y social, pacientes enfermos que no suelen percibir su enfermedad y normalmente están en contra de su voluntad, y garantizar su bienestar el tiempo que dure su hospitalización, que a veces es alargado.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO, MENTAL, PACIENTE, CELADOR, AUXILIAR.

INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

MANUEL SABIOTE RUIZ, RAFAEL GARCIA LA IGLESIA, MARTA CAMPOS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 37 años, soltero, diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada desde los 17 años. Desde hace 8 años vive con tratamiento comunitario, anteriormente estuvo 12 años ingresado en el hospital psiquiátrico. Estudió hasta 7º de EGB, huérfano, padre alcohólico, su madre murió de cáncer cuando él tenía 10 años, tiene 4 hermanos con los que mantiene relaciones frías y ocasionales, solo se relaciona con uno de ellos. Presenta brotes esporádicos de agresividad, con conductas autolíticas y de riesgo para aquellas personas que se encuentran a su alrededor, relacionados con el consumo de tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Escala de riesgo de violencia de Plutchik. TA: 130/90 mmHg. FC: 86 ppm.

JUICIO CLÍNICO: Riesgo de violencia dirigida a otros. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros r/c consumo de tóxicos.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: 1405 Control de los impulsos. 1401 Control de la agresión. NIC: 4640 Ayuda para el control del enfado. 6160 Intervención en caso de crisis.

CONCLUSIONES: El paciente diagnóstico de alteraciones de índole psiquiátrico debe ser abordado de una forma interdisciplinar por los diferentes profesionales del equipo implicados en el plan de cuidados individualizado como pueden ser el psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, etc. En el caso indicado, el control de impulsos y agresividad debe ser tratado desde el ámbito psicosocial, a través de educación para la salud y el abordaje de los problemas sociales y familiares causantes del consumo de sustancias tóxicas.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, INTERDISCIPLINAR, PACIENTES, TRASTORNOS, PSIQUIÁTRICOS.

LA PATOPLASTIA DE LA DEPRESIÓN EN UN PACIENTE CON RETRASO MENTAL

ALMUDENA SABATE ARJONA, MARIA ROCÍO MELLADO MORENO, CRISTINA RIVAS SAAVEDRA, ANA PEREZ VAZQUEZ, SONIA FUERTES PURIFICACIÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 30 años traído a consulta por su madre y su hermana. Acude por presentar ánimo triste, apatía con abandono de actividades en el hogar durante los últimos meses de forma progresiva. Padece insomnio de más de 4 meses de evolución. La familia explica que su carácter se ha modificado presentando mayor seriedad, con aparición de episodios de irritabilidad y menor disfrute de las actividades que realizaba. Existe pérdida de apetito sin disminución ponderal, anda de lado por el pasillo porque tiene la sensación de que no cabe de frente, aparecen rituales de comprobación de cierres de puertas. Aparición de conductas de corte obsesivo, no presentadas con anterioridad. El paciente está acudiendo a un centro de discapacitados impuesto por sus familiares, el paciente expresa desacuerdo e impotencia con acudir al centro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, colaborador, déficit intelectual, ánimo triste con irritabilidad, en ocasiones crisis de llanto, ansiedad física fluctuante y cierta apatía. No labilidad afectiva. No deterioro en cuidado. Pensamiento reiterativo pobre en contenido, con contenidos egodistónicos obsesivoides de pensamiento de contaminación, distorsión de la imagen corporal, rituales obsesivos de comprobación. Niega ideación autolítica ni alteraciones en la propiedad del pensamiento. Niega alteraciones sensorceptivas. Quejas de despertares frecuentes durante la noche, con sueño poco reparador.

JUICIO CLÍNICO: Episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos. Tras 3 meses de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico disminuyeron las conductas obsesivas y mejoró el contacto con el paciente, desapareciendo la clínica depresiva.

CONCLUSIONES: Las personas con discapacidad intelectual son vulnerables a desarrollar depresión. Debido a su menor desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación, así como al incremento de riesgos de deterioro físico y enfermedades asociadas, en las personas con retraso mental, los trastornos mentales se presentarán generalmente en forma de alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, PSQUIATRÍA, RETRASO MENTAL, DEPRESIÓN.

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

RUBEN JOSE FERNANDEZ ROLDAN, FRANCISCO JOSE VERDEJO JIMENEZ, ANTONIO VERDEJO JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: En la actual legislación, el enfermo mental está plenamente equiparado a los demás pacientes. Es importante saber que los pacientes que tengan que ser hospitalizados por procesos mentales, serán hospitalizados en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

OBJETIVOS: Enumerar las funciones del celador como personal de la unidad de Psiquiatría en el hospital.

METODOLOGÍA: Análisis bibliográfico utilizando las palabras clave, se realiza un listado de las funciones del celador para una correcta aportación del mismo en el funcionamiento del servicio de psiquiatría.

RESULTADOS: Las siguientes indicaciones son pautas sobre la actuación a realizar por el celador en la unidad de psiquiatría del hospital. **REALIZA FUNCIONES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PACIENTES:** Solo permite el paso a personal autorizado y no se permiten enseres del exterior. Colabora con el personal de la unidad para controlar a los pacientes. Ayuda a mantener el orden en el comedor. **AYUDA EN EL ASEO:** Ayuda a aquellos pacientes que lo precisen. **COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE:** Retira de la farmacia aquellos medicamentos que le sean indicados. Es el encargado de transportar mobiliario o los aparatos que se indiquen. Se encarga de transportar los documentos, comunicaciones verbales o correspondencia que le indiquen sus superiores. Será el encargado de trasladar a los pacientes que le indiquen a las diferentes unidades y consultas. **VIGILANCIA Y AYUDA AL PERSONAL SANITARIO:** Cuando un paciente precisa de administración de medicamentos y se niega a colaborar, el celador ayudará en dicha tarea al personal sanitario. En situaciones en las que hay pacientes agitados o agresivos, colabora en la reducción de los mismos, ayudando al personal sanitario a sujetar a aquellos pacientes que requieran una sujeción mecánica.

CONCLUSIÓN: Mediante esta lista, se pretende enumerar aquellas funciones más importantes de la tarea del celador.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, PSIQUIATRÍA, VIGILANCIA, MENTAL.

LA IMPORTANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE PSIQUIÁTRICO

LAURA RIVERA ROBLES, ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA

INTRODUCCIÓN: El rango de edad de pacientes adolescentes en psiquiatría es un grupo ambiguo que no está registrado concretamente en la práctica diaria. Teóricamente, se encuentran datos que no se complementan y se ven comprometidos cuando una adolescente de 17 años con trastorno alimenticio, no puede ingresar en psiquiatría pediátrica por ser mayor de 16 años, ni en psiquiatría adulta por ser menor de 18 años. En este caso, ingresa en el servicio de neurología, donde el profesional de enfermería debe cumplir con unas bases y cuidados específicos ya que se trata de una enfermedad crónica en la que la paciente adolescente queda abandonada por el servicio de psiquiatría.

OBJETIVOS: Analizar el rango de edad del paciente adolescente en psiquiatría pediátrica y psiquiatría adulta.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo sobre una revisión bibliográfica entre las bases de datos: Cuiden Plus, PsycINFO, Enfispo, Cochrane Plus y guías de salud mental.

RESULTADOS: Tras las lecturas de los 35 artículos y guías de cuidados de enfermería en psiquiatría, no encontramos un rango de edad (RdE) en adolescentes concreto. Según la OMS y la Junta de Andalucía, el RdE de los adolescentes está establecida de 10 a 19 años. Sin embargo, en otras guías, artículos e incluso en la práctica sanitaria diaria se muestra que el RdE es de 10 a 16 años. La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente: "Establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años" con ciertas excepciones. Finalmente, en un artículo de psiquiatría pediátrica el RdE es de 4 a 14 años.

CONCLUSIÓN: En psiquiatría, se debería concretar el RdE específico sin olvidarse de los pacientes adolescentes que comprenden entre los 16 a 18 años. Hay enfermedades en las que priman la continuidad de los cuidados y en estas edades hay una gran vulnerabilidad en la recaída.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE, RANGO DE EDAD, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA, PSIQUIATRÍA ADULTA.

LA CONTENCIÓN VERBAL EN SALUD MENTAL: PRIMER RECURSO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO

ALEJANDRO ANTÓN PLATA, JACINTO GOMEZ BARRIO, MARIA BACA BOCANEGRA

INTRODUCCIÓN: El manejo del paciente hostil y agitado es algo relativamente frecuente en las unidades de salud mental, aunque eso no significa que no encontremos pacientes agitados en otras áreas. Los profesionales de la salud deben de saber extinguir de manera adecuada la escalada de agitación del paciente y a ser posible utilizando para ello la contención verbal como primer recurso.

OBJETIVOS: Determinar los pasos a seguir por parte de los profesionales de la salud que se enfrentan ante pacientes agitados-hostiles y demostrar los beneficios de la contención verbal como primera línea de tratamiento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica durante 4 meses. Para ello se han consultado diferentes bases de datos como: la editorial Elsevier, Cuiden y Scielo. Los descriptores utilizados han sido: "Contención verbal", "salud mental", "escalada de agitación", "ira" y "curva emocional".

RESULTADOS: En primer lugar, se requiere que el profesional realice una valoración desde el momento del ingreso del paciente. Una vez detectada el aumento de ira-agitación en el paciente se deben de poner en marcha las acciones para extinguir este proceso: identificar la fase en la que se encuentra el paciente en la curva emocional, mantener nuestro autocontrol, actuar con serenidad y seguridad, mantener escucha activa, comunicación asertiva y evitar recriminaciones, censuras y juicios. Para ello es necesario comprender la curva emocional y su funcionamiento: la fase racional es en la que se solucionan los problemas pero también es de donde se dispara la reactividad. En la fase de disparo, la emoción prevalece al razonamiento y sólo es posible la escucha y ofrecer apoyo emocional.

CONCLUSIÓN: Los estudios demuestran que el manejo del paciente agitado mediante la contención verbal versus contención química o mecánica mejora de manera sustancial la relación paciente-profesional siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita. Para ello es necesario el entrenamiento continuo de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN VERBAL, SALUD MENTAL, ESCALADA DE AGITACIÓN, IRA, CURVA EMOCIONAL.

PAPEL PSICOLÓGICO DEL PADRE DURANTE LA GESTACIÓN

RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA

INTRODUCCIÓN: Durante el embarazo, la mujer gestante y su pareja deben desarrollar una serie de tareas psicológicas para el nuevo rol que van a desempeñar. Todas estas tareas forman parte de un proceso normal, pero no por ello se convierten en tareas psicológicas fáciles. La sociedad nos lo muestra como un proceso feliz, que ocurre de forma tranquila y sin alteración. La realidad muestra que un embarazo, incluso el más normal, constituye una situación de estrés real. El padre tiene un papel fundamental durante la gestación, siendo un pilar de apoyo durante todo el proceso.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre el papel psicológico que tiene el padre durante la gestación.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de la evidencia publicada en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden y Scielo, limitando los resultados a los últimos 10 años. Se emplean como los descriptores los términos DeCS: embarazo, padre, factores psicológicos; así como sus respectivos términos MeSH. Se escogen 7 artículos que se ajustan a nuestra búsqueda.

RESULTADOS: Según la bibliografía consultada, los autores coinciden en que los padres experimentan sentimientos encontrados durante la búsqueda, embarazo y parto. Todo esto lo describen como un proceso de estrés, con gran agotamiento, menor concentración y mayor irritabilidad. Por una parte refieren sentirse excluidos de todo este proceso, no encontrando apoyo por parte de los profesionales sanitarios y mostrando dificultades para adquirir el nuevo rol. A su vez, ellos mismos se excluyen, ya que refieren que es necesario apoyar a la gestante, no adquirir ellos el papel “protagonista” y no restarle valor a las necesidades de la mujer.

CONCLUSIÓN: Tras la búsqueda realizada, se evidencia que los padres tienen un papel psicológico muy importante durante la gestación y de ello va a depender que la familia presente una buena salud mental.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, PADRE, FACTORES PSICOLÓGICOS, GESTACIÓN.

DESARROLLO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL POSTPARTO

RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA

INTRODUCCIÓN: El trastorno obsesivo compulsivo durante el postparto es un trastorno de salud mental grave que requiere que sea diagnosticado debido a la limitación que provoca en la madre. Este trastorno se desarrolla durante el periodo postparto y la madre focaliza sus síntomas obsesivos en el bebé. Los dos tipos más importantes que se pueden dar son pensamientos obsesivos sobre la higiene, esterilizando todo tipo de material, y el miedo a dañar al bebé, evitando cualquier contacto con él.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre el desarrollo y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo durante el postparto.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de la evidencia publicada en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden y Scielo, limitando los resultados a los últimos 15 años. Se emplean como palabras clave los términos DeCS: trastorno obsesivo-compulsivo, parto, salud mental; así como sus respectivos términos MeSH. Se escogen 5 artículos que se ajustan a nuestra búsqueda.

RESULTADOS: Este trastorno se considera grave tanto para la madre como para el recién nacido. En cuanto a su desarrollo, puede ser de nueva aparición durante el embarazo o ya presentaban un TOC anterior que se ve agravado durante el puerperio. Si las gestantes reciben información y formación, presentan menos ansiedad y son más capaces de afrontar los pensamientos obsesivos y rumiantes. Por ello, la detección e intervención temprana son importantes para evitar la aparición de síntomas o atenuarlos y tratarlos. El tratamiento debe ser individualizado. Las terapias que se aconsejan son la terapia de pareja, formar parte de grupos de apoyo y terapia cognitivo-conductual.

CONCLUSIÓN: La mujer se encuentra en un periodo estresante durante el postparto y debe contar con el apoyo de su entorno y de los profesionales. Debemos detectar cualquier síntoma de alarma y contar con un equipo multidisciplinar donde intervenga obstetricia y salud mental.

PALABRAS CLAVE: PARTO, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, OBSESIÓN, SALUD MENTAL, COMPULSIÓN.

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL INTENTO DE AUTOLISIS EN LA ADOLESCENCIA

JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ BORJA

INTRODUCCIÓN: El suicidio es la tercera causa de muerte a nivel internacional entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. En España, el suicidio es después de los accidentes de tráfico la segunda causa de muerte en la adolescencia.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo principal del TCAE es determinar medidas para conocer en términos generales la actuación ante el intento de autolisis en la adolescencia.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de caso de una paciente de 17 años con intento de autolisis. Se elaboró un Plan de Cuidados de y se aplicaron los diagnósticos NANDA, las intervenciones NIC y los resultados NOC, partiendo de la valoración según los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. La revisión se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2014, en la Unidad del Servicio de Psiquiatría del hospital de Jerez.

RESULTADOS: Tras realizar la valoración, se identifica como diagnóstico principal “Afrontamiento ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p conducta destructiva”. Así mismo se identifica como complicación potencial el intento autolítico, relacionado con náuseas, descenso de la presión arterial, deterioro de la función del riñón, convulsiones y coma.

CONCLUSIÓN: Creemos que la principal contribución del trabajo está relacionada con la importancia de realizar un diagnóstico adecuado para que el TCAE pueda dar un cuidado adecuado y profesional tanto al paciente como a los familiares. La principal dificultad encontrada durante la realización del estudio fue la falta de información, respecto a la paciente. La actuación del TCAE, en la etapa de la adolescencia, debe tener una responsabilidad para poder ayudar a reducir este grave problema biopsicosocial. Y en los casos en los que el problema aparece, y existe ya un intento de autolisis, primará una adecuada relación de ayuda.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, ADOLESCENCIA, PREVENCIÓN, TCAE.

PACIENTE QUE PRESENTA UN DUELO COMPLICADO ANTE UNA PÉRDIDA

DANIEL FERRERA GARCIA, ENCARNACIÓN SANZ GARCÍA, MARIA REYES FUENTES MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a la enfermera de salud mental derivada por psiquiatría para seguimiento. En la actualidad, la paciente presenta los siguientes problemas de salud: anemia normocítica normocromica, hipertensión arterial, artrosis, distimia y ansiedad generalizada. Además como antecedentes personales padeció desprendimiento de retina, cataratas, síndrome del túnel carpiano, colecistitis, úlcera duodenal y depresión (diagnosticada hace algo más de dos décadas). Por otro lado, su tratamiento actual es: alprazolam, fluoxetina, trazadona, sulfato ferroso, enalapril y tartrato de brimonidina y timolol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se valora durante la entrevista mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Especial interés tienen los patrones 1 percepción-manejo de la salud presenta un aspecto descuidado y cree no estar preparada para superarlos, 5 sueño-descanso, presenta problemas para dormir 7 autopercepción-Autoconcepto, presenta falta de motivación y una tristeza prolongada 8 rol-relaciones, casada, su marido falleció hace 10 años y refiere que estaba muy vinculada a él y tiene 2 hijos, una chica que vive en el domicilio familiar y se encarga de las actividades domesticas y un chico emancipado y 10 afrontamiento-tolerancia al estrés, refiere no haber superado la muerte de su marido.

JUICIO CLÍNICO: Según la taxonomía NANDA, el diagnóstico principal será duelo complicado relacionado con muerte de persona significativa y alteración emocional manifestado por ansiedad, no aceptación de la muerte y anhelo de la persona fallecida. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad, baja autoestima crónica.

CONCLUSIONES: Una vez diagnosticado el problema central, habrá que centrarse en unas actividades para conseguir unos objetivos alcanzables.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, DUELO, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA, FAMILIA.

RELACIÓN ENTRE EL EMPLEO DE RESTRICCIÓN FÍSICA Y AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO DE SALUD MENTAL

ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO

INTRODUCCIÓN: Están indicadas las técnicas de desescalada para frenar la violencia y la agresión en entornos de salud mental, dejando las medidas coercitivas como última alternativa ante el fracaso de las anteriores, sin embargo, la restricción física se continúa aplicando con asiduidad.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre la relación entre el uso de restricción física y agresiones al personal sanitario de salud mental

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática en la base de datos Pubmed, limitando los resultados a los últimos 5 años. Se emplean como descriptores términos Mesh restraint physical (restricción física), aggression (agresión), mental health (salud mental), nursing care (atención de enfermería). De los 32 estudios encontrados seleccionamos 15 que se ajustan a nuestros criterios de búsqueda.

RESULTADOS: En los estudios encontrados se refleja que, con la creciente concienciación por parte de las administraciones para eliminar el uso de contenciones físicas, las enfermeras se sienten presionadas para evitar esta práctica con el objetivo de satisfacer esta demanda, dificultando así su capacidad de cumplir con otras regulaciones legales relacionadas con preservar la seguridad. Se muestra en general, una disminución de la aplicación de contención mecánica y un aumento de la tasa de agresiones al personal sanitario en relación a la disminución de esta práctica. Aunque se evidencia que las enfermeras que resultaron agredidas demoraron la contención en relación a las no agredidas. Se destaca que también es importante valorar si en el aumento de la tasa de agresiones pueden influir además otros factores como: personal no especialista, falta de personal, no calmar al paciente previamente con técnicas verbales y no verbales o que el entorno sea inapropiado.

CONCLUSIÓN: Se deben emplear las intervenciones menos restrictivas. Sin embargo, cuando existe un peligro inminente, y las técnicas anteriores no han sido efectivas, la enfermera necesita llevar a cabo intervenciones de contención.

PALABRAS CLAVE: RESTRICCIÓN FÍSICA, AGRESIÓN, SALUD MENTAL, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO

INTRODUCCIÓN: El suicidio es un problema de salud pública importante. Se han manifestado inquietudes en relación al uso de tratamiento antidepresivo y el aumento de riesgo de suicidio.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre el riesgo de suicidio en pacientes con tratamiento antidepresivo.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática en la base de datos Pubmed, limitando los resultados a los últimos 8 años. Se emplean como palabras clave los términos Mesh suicide (suicidio), antidepressive agents (antidepresivos), risk groups (grupos de riesgo), salud mental (mental health). De los 44 estudios encontrados seleccionamos 19 que se ajustan a nuestros criterios de búsqueda.

RESULTADOS: En la bibliografía encontramos estudios que señalan que parece que el efecto se relaciona con la edad, parece aumentar el riesgo de suicidio o autolesiones en pacientes con edades comprendidas entre 18 y 24 años al inicio del tratamiento, no se ha evidenciado ningún efecto sobre el riesgo de suicidio entre los 25 y 30 años, y parece disminuir el riesgo en pacientes mayores de 31 años. Se aconseja que a personas con alto riesgo de suicidio o en menores de 30 años hacer un seguimiento más estrecho al inicio del tratamiento, así como emplear medicamentos con una toxicidad menor. No se encuentran diferencias significativas en el riesgo de suicidio entre los distintos tipos de antidepresivos. La venlafaxina es el antidepresivo que más se asocia con riesgo de muerte por sobredosis.

CONCLUSIÓN: La relación de causalidad entre el suicidio y el empleo de antidepresivos, es complicado de evidenciar. Serían necesarios realizar estudios con mayor población para obtener un mayor poder estadístico.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, ANTIDEPRESIVOS, GRUPOS DE RIESGO, SALUD MENTAL.

DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

MARÍA CARMEN ORTEGA RUS, MANUELA MARIA BLAZQUEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE MARQUÉS RACIONERO

INTRODUCCIÓN: El entrar en hemodiálisis altera el ritmo y el estilo de vida, suponiendo un corte radical en ellas, asociando el después a una vida sin salud, con muchas limitaciones, síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento e incluso aparecen otros como consecuencia del mismo, cambios en la imagen corporal, dependencia a una máquina, cambios de status social y/o rol familiar y social que dan lugar a sentimientos de inutilidad llevándolos a la depresión.

OBJETIVOS: Cuantificar el grado de depresión de la muestra en función de la edad, sexo y tiempo en hemodiálisis.

METODOLOGÍA: Método descriptivo de las variables dependientes e independientes y analiza su incidencia en la situación actual de los usuarios. El instrumento utilizado es la escala de depresión Zung que va acompañada del análisis de datos mediante programa spss. Se escoge una muestra de 30 pacientes de la clínica de diálisis Nefrolinares por medio de unos criterios de inclusión/exclusión. Una enfermera reparte y ayuda en el cumplimiento de las escalas individualmente, utilizándose tres días para reunir las todas.

RESULTADOS: Variables: Rangos: No depresión, Depresión Leve, Moderada, Grave. Edad: 30-49 años: 3: 2: 1: 0 / 50-65: 0: 1: 3: 0 / 65-75: 0:5:4:4 / >75: 1: 3: 3: 0. Sexo: Hombres: 4: 5: 8: 0 / Mujeres: 0: 6: 3: 4. Tiempo en diálisis: 0-3 años: 4: 3: 3: 2 / 3-6: 0: 6: 5: 0 / >7: 0: 2: 3: 2.

CONCLUSIÓN: El tipo de depresión más frecuente es la leve y la moderada con igual proporción. Siendo el grupo de edad de 65-75 años, hombres y a partir de los 3 años de permanencia en diálisis los más propensos a desarrollar depresión moderada. Las mujeres se muestran más inestables, o apenas tienen depresión o las, que la tienen, se manifiestan de una forma moderada e incluso grave.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, HEMODIÁLISIS, ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, ENFERMERDAD RENAL CRÓNICA, ESCALA ZUNG.

LA EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

CARLOS LÓPEZ FERNÁNDEZ, ANA MARIA SÁNCHEZ MARIN, CRISTIAN ARBOLEDAS TRIVIÑO, ALBA GRANADOS SÁNCHEZ, CARMEN SERRANO BENÍTEZ, FRANCISCA PARRA RUIZ, YOLANDA GRAU LAVELA, VANESA GARCIA JURADO, MONTSERRAT CARMONA MORENO, SILVIA PÉREZ SABORIT, CARINA DOPICO RAMOS, REMEDIOS GARCIA MEDINA

INTRODUCCIÓN: Antes del Siglo XIX, se carecía de conocimiento científico acerca de las patologías mentales de los pacientes. Hoy día se pueden diagnosticar por tipos de desarrollo como enfermedades disfuncionales neurológicas, se establecen tratamientos y finalmente se ayuda al paciente a su adaptación social.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca la evolución del diagnóstico en el paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA: Utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos.

RESULTADOS: Como enfoque de la psiquiatría, a veces en ausencia de una etiología o fisiopatología, se definen como síndrome los trastornos difíciles de diagnosticar. Para identificarlos se emplean: Marcadores biológicos; pruebas neuroendocrinas; imágenes neurocerebrales y pruebas neuropsicológicas con el fin de realizar un estudio de signos y síntomas más personalizados al paciente. Los resultados se basan en una respuesta empática y cooperativa entre profesional y paciente, determinando una valoración amplia, focalizada y continuada.

CONCLUSIÓN: Como objetivo principal, es importante recoger toda la información del paciente no basándonos tan sólo en su historial clínico, también se enfocarán los aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

PALABRAS CLAVE: ESTUDIO, VALORACIÓN, TERAPIA, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO.

EPISODIO MANÍACO:TRASTORNO MENTAL GRAVE:A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA LÓPEZ MARTÍNEZ, DIEGO MACÍAS BEDOYA, MARIA JOSE GAVIRA CEJUDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 28 años que ingresa por presentar clínica compatible con episodio maniaco. Hace una semana empieza con alteraciones conductuales, se pone hiyab, refiere haberse vuelto muy religiosa. Disminuyendo las horas de sueño progresivamente, hasta estas últimas 48 horas, que no ha dormido. La madre comenta que está muy inquieta en casa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente cociente y orientada. Aspecto en consonancia con sus nuevas ideas religiosas, llevaba el velo y la túnica, ha estado hostil y petulante. No se aprecian fallos groseros de memoria. Presenta hiperprosexia, inquietud psicomotriz, que en momentos llega a agitación. Alterna periodos de humor hipertímico y disfórico, afectividad congruente con el humor. Discurso con tono elevado, a lo largo de este utiliza varios idiomas el español el árabe y el francés, verborrea y aumento de la presión del habla. Se infiere taquipsiquia, e ideas deliroides que (no se han podido explorar correctamente) místico-religiosas. Dificultad para conciliar y mantener el sueño.

JUICIO CLÍNICO: Diagnóstico de enfermería: Insomnio Trastorno de los procesos del pensamiento **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza protocolo de ingreso. Ingreso para contención y reajuste de tratamiento. Se realiza Interconsulta a Neurología para valorar crisis convulsiva. Se instaura tratamiento. Se lleva a cabo Plan de cuidados de enfermería tras la realización inicial de una valoración de enfermería adaptada a Salud Mental por los patrones funcionales de Marjory Gordon.

CONCLUSIONES: Tras la realización de la anamnesis del caso clínico se desarrolló el plan de cuidados enfermero para los diagnósticos; Insomnio y trastorno de los procesos del pensamiento, que una vez concluido el ingreso hospitalario, se evaluaron. Resultando, de dicha evaluación un informe de continuidad de cuidados enfermero para llevar a cabo por parte de los dispositivos de Salud Mental ambulatoria. Dicho informe fue bastante favorable, logrando los objetivos de manera casi integra. La paciente se fue de alta estable y con seguimiento establecido.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, EPISODIO MANÍACO, CASO CLÍNICO, TRASTORNO MENTAL GRAVE.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

ENRIQUE MINGUEZ HERNANDEZ, FRANCISCO MINGUEZ HERNANDEZ, MARÍA HERNÁNDEZ MORENO, PATRICIA MERCEDES SANCHEZ FLEMING

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 31 años. Convive con su madre. Curso de la enfermedad caracterizado por diversos ingresos en Salud Mental motivados por escasa adherencia al tratamiento farmacológico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Fumador 20 cigarros/día. Sin ideación autolítica. No participa en terapias de grupo.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia Paranoide. Con marcado predominio de sintomatología negativa en su cuadro. Buena adherencia al tratamiento inyectable, aunque dudosa al tratamiento oral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La Esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado esencialmente por la presencia de psicosis. Aparecen distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, pensamiento y emociones. En este caso, encontramos con un paciente que presenta un perfil aún bastante frecuente en la actualidad, que tiene adherencia, al menos parcial, al tratamiento farmacológico con el consiguiente control de los síntomas positivos de la enfermedad, pero marcada presencia de síntomas negativos que hacen difícil trabajar la motivación para adoptar los cambios hacia hábitos de vida saludables.

PLAN DE CUIDADOS: Educación para la salud y técnicas de entrevista motivacional en consulta individual y familiar. Incluir al paciente en programas grupales de promoción de estilos saludables de vida y de abandono del hábito tabáquico. Fomentamos la socialización participando en actividades grupales y asociativas. Ésto apenas ha conseguido cambios hacia hábitos de vida saludables. Cómo positivo, la adherencia al tratamiento mantenida con la asistencia regular para el antipsicótico inyectable, manteniendo controlada la sintomatología positiva y evitando descompensaciones e ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES: La importante sintomatología negativa con tendencia al aislamiento, dificultan trabajar la motivación para adoptar los cambios hacia hábitos de vida saludables, para mejorar su estado de salud. En el plan de cuidados se reflejan intervenciones dirigidas hacia hábitos de vida saludables, no se entra en otras cuestiones como el hábito tabáquico por ejemplo. Podríamos mejorar en nuestros objetivos con cambios de hábitos saludables, ello podría intervenir en una mejor posición sobre hábitos tóxicos, cómo el tabaquismo, en este caso.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO MENTAL GRAVE, TRATAMIENTO, SINTOMATOLOGÍA, ESQUIZOFRENIA.

CONOCIMIENTOS DEL MANEJO AL PACIENTE AGITADO HOSPITALIZADO

MIGUEL ANGEL SANCHEZ RUIZ, ANDREA BEATRIZ PRETEL PRETEL, CRISTINA MARIA MENDOZA SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz puede aparecer en diferentes trastornos médicos. Los estados de agitación deben ser diagnosticados y tratados con la mayor rapidez posible, debido a que su evolución es totalmente impredecible, llegando a manifestar conductas violentas o agresivas, pudiendo existir un riesgo importante para la integridad del propio paciente, del personal que atiende al enfermo o para terceras personas. Para el manejo de este tipo de estados se utiliza la contención farmacológica y verbal, pero cuando éstas no son efectivas y se evidencia un alto nivel de peligro, es necesario aplicar la contención mecánica o física, siendo cuestionada su efectividad y sus riesgos asociados.

OBJETIVOS: Conocer los Cuidados de Enfermería más relevantes sobre el uso de los sistemas de contención mecánica. Identificar los aspectos menos conocidos sobre el uso de la contención física.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en: Scielo® y PubMed®. Los descriptores que se han utilizado: inmovilización, contención física, seguridad y cuidados de enfermería.

RESULTADOS: El médico o el psiquiatra es el único que puede pautar la “inmovilización. Riesgos para los pacientes “inmovilizados”: la posibilidad de que se produzcan fracturas o luxaciones. Pueden aparecer reacciones psíquicas en los pacientes contencionados como son aumento de la ansiedad, mayor agresividad, etc. Se se deben usar siempre materiales homologados para la inmovilización. Se recomienda hacer liberaciones parciales que faciliten los cambios posturales. El decúbito prono es mejor frente al decúbito supino, porque disminuye la posibilidad de broncoaspiración.

CONCLUSIÓN: La “contención física” o “inmovilización” debe ser considerada como el último recurso. Vulnera los derechos fundamentales del paciente, ya que se ha coartando su autonomía y su libertad. Es responsabilidad del personal y de la institución para la que trabaja estar formado y familiarizado con la correcta utilización de los dispositivos de “inmovilización” Desde el momento en que se inicia una “inmovilización” en un paciente se deben aumentar las medidas de vigilancia.

PALABRAS CLAVE: INMOVILIZACIÓN, CONTENCIÓN FÍSICA, SEGURIDAD, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

COMORBILIDAD DE LA ANOREXIA NERVIOSA CON EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR, ESPERANZA PRIETO BONILLA

INTRODUCCIÓN: La anorexia nerviosa es una de las entidades patológicas más prevalentes. Los trastornos afectivos y entre ellos el trastorno depresivo mayor, frecuentemente coexisten con este trastorno de conducta alimentaria. En la presente revisión pretendemos ofrecer un resumen de la evidencia científica disponible sobre la comorbilidad de la anorexia nerviosa y el trastorno depresivo mayor en torno a prevalencia, factores de vulnerabilidad asociados, sintomatología, etiopatogenia y pronóstico.

OBJETIVOS: Determinar la comorbilidad existente entre la anorexia nerviosa y la depresión mayor en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed en la que se han seleccionado aquellos artículos sobre la comorbilidad de la anorexia nerviosa y el trastorno depresivo mayor. La búsqueda se limitó a artículos publicados de 1990 a 2016 y está actualizada a junio de 2016.

RESULTADOS: La prevalencia encontrada fue muy variable muestra de la heterogeneidad de los estudios. En la clínica, cursa con mayor gravedad sintomática, mayor expresión de rasgos psicológicos y mayor alteración cognitiva y determinados rasgos de personalidad se postulan como factores de vulnerabilidad, los factores genéticos como neuroquímicos parecen estar implicados en su etiopatogenia.

CONCLUSIÓN: La comorbilidad entre anorexia nerviosa y trastorno depresivo mayor cursa con mayor expresión de los síntomas y los rasgos de personalidad ligados a este trastorno alimentario.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, DEPRESIÓN, COMORBILIDAD, PERSONALIDAD.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN ACTIVA.

SILVIA ROSILLO SANJUAN, JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA, EUGENIO OCAÑA MADERO

INTRODUCCIÓN: Los hábitos de vida poco saludables como son el mayor consumo de tabaco, sedentarismo y alimentación inadecuada son los desencadenantes principales para desarrollar una enfermedad cardiovascular.

OBJETIVOS: Determinar medidas para la evaluación de la adherencia mediterránea en pacientes ingresados en la unidad de rehabilitación activa (URA).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de corte trasversal con 22 pacientes ingresados en la URA del Área Externa de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Se administró el cuestionario de Adherencia a la dieta mediterránea. Criterios de inclusión paciente ingresados en URA, diagnóstico de TMG. Criterios de exclusión pacientes con deterioro cognitivo severo, pacientes con índice de barthel < 21 puntos, pacientes en pre-alta. Bases de datos (Pudmed, Cuiden, Scielo, Cochrane Plus, ScienceDirect...).

RESULTADOS: El Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea nos presenta que un 78,6 % de los hombres y un 75% de las mujeres muestran una baja adherencia a la dieta mediterránea. Las carencias en la dieta de los pacientes ingresados son las siguientes: Refieren no consumir frutos secos, toman menos 5 piezas de fruta o verdura al día, comen más de tres veces a la semana repostería comercial siendo esté habito casi diario, igual que los refrescos, la mantequilla.

CONCLUSIÓN: Se ha constatado que el patrón alimentario que se asocia con la dieta mediterránea es uno de los patrones dietéticos más saludables que existen. Así como que los países que muestran una mayor adherencia a este tipo de dieta, presentan una menor incidencia de mortalidad y enfermedades crónicas, junto a una mayor esperanza de vida. Sin embargo, a pensar que son pacientes que están ingresados por largo tiempo en un servicio sanitario los resultados muestran una mala adherencia en la dieta mediterránea y unos hábitos de vida poco saludables. Estos resultados arrojan una posibilidad de aumentar la morbilidad y mortalidad respecto a las personas con mayor adherencia.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, ESQUIZOFRENIA, ENFERMERÍA, DIETA MEDITERRÁNEA.

TETRAPARESIA Y MAREO EN PACIENTE DE 20 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

JENNIFER JAEN MENACHO, SILVIA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARÍA GONZÁLEZ ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 20 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de vértigo que trata con sulpiride 50 mg cada 8 horas. A las 48 horas acude acompañada de su madre a urgencias por empeoramiento de su clínica. Presenta crisis oculógiras, distonía cervical y discinesia orolingual, iniciándose tratamiento con biperideno. A los 20 días refiere debilidad generalizada con imposibilidad para movilizar los 4 miembros, visión borrosa y cefalea opresiva constante. Sin patología asociada ni tratamiento. Pendiente de examen práctico de conducir.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Alerta y orientada. ACP normal. Movimientos oculares irregulares. A destacar, paresia en las cuatro extremidades. A la orden eleva contra gravedad con mucho esfuerzo; tras insistencia, realiza fuerza contra resistencia manteniendo contra gravedad. ROT normales. No fiebre ni signos de meningismo. Resto de exploración neurológica anodina. ORL normal. Analítica incluyendo serología y autoinmunidad sin alteraciones. TAC y RMN craneal normal. Fue mejorando su dificultad para mover brazos y piernas hasta su total recuperación. Estudio neurológico completo rigurosamente normal.

JUICIO CLÍNICO: Tetraparesia resuelta sin patología orgánica que lo justifique. Reacción adversa extrapiramidal al sulpiride. Conversión y/o somatización. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica y exploración de la paciente en un principio orienta hacia un extrapiramidalismo farmacológico que posteriormente no se corresponde, por lo que se pudo pensar en patología vestibular periférica y también una enfermedad neuromuscular.

CONCLUSIONES: El trastorno conversivo afecta a capacidades motoras o sensoriales, que confunden con daño neurológico. A menudo se desencadena tras un intenso estrés. Los síntomas pseudoneurológicos más frecuentes son los episodios sincopales, parestesias, espasmos, mareos, la sensación de aturdimiento, alteración del equilibrio y la debilidad. Una de las causas es la educación sobreprotectora y sobreimplicada. El tratamiento consiste en identificar y ocuparse del suceso traumático o estresante.

PALABRAS CLAVE: TETRAPARESIA, MAREOS, MUJER, PACIENTE.

INTERVENCIÓN PARA LA CORRECTA CONTENCIÓN ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

DIEGO PEREZ ESTALL, JORDI BUENO TORRES, MARIA DEL CARMEN SERRANO HERNANDEZ,
SILVIA VILLALON DIAZ, JESSICA MELERO HERNANDEZ, CLAUDIA ELISA COSTA ESCRICH

INTRODUCCIÓN: En una planta Psiquiátrica el paciente a necesita una intervención inmediata, entre ellas medidas físicas. Conocer las actuaciones y procedimientos ante el paciente contenido es necesario para un correcto manejo.

OBJETIVOS: Analizar las actuaciones para el manejo del paciente sujeto a contención mecánica y extraer las más adecuadas.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre manejo en contención mecánica en paciente psiquiátrico, en los últimos 10 años. Se consultaron diferentes bases de datos (PubMed, Scopus y Scielo). Se limitó la búsqueda al intervalo 2007-2017. Se utilizaron descriptores en español (“Agitacion”, “contencion”, “enfermera”, “psiquiatria”). Se establecieron los criterios: Estudios sobre sobre manejo en contención mecánica en paciente psiquiátrico; que aporten datos empíricos; con acceso al texto completo; y escritos en inglés o español. De un total de 13 publicaciones, fueron seleccionadas 5.

RESULTADOS: Se seleccionaron 5 artículos, siendo dos de ellos revisiones sistemáticas y tres estudios cualitativos. Todos los estudios coinciden en la necesidad de comprobar el estado de conciencia del paciente, ya que la contención puede ocasionar daños físicos y originar complicaciones como hipertermia. También sera necesario controles periódicos de temperatura, TA y estado de integridad de la piel.

CONCLUSIÓN: Hay que recalcar la importancia de usar la contención física en el único caso de que los pacientes sean en una amenaza para sí mismos o para terceros. Concluimos que para un correcto manejo del paciente con contenciones es necesaria una revaloración periódica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA, AGITACIÓN, CONTENCIÓN, PSIQUIATRÍA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA BLANCA CASTILLO PALOMARES, SACRAMENTO TEJERA MOYANO, ENCARNACION RODRIGUEZ LEON

INTRODUCCIÓN: La unidad psiquiátrica en la actualidad tiende a convertirse en un medio terapéutico. La comunicación es fundamental en el trabajo en equipo, ya que debe circular el máximo de información. El hecho de que el personal de enfermería conviva casi las 24 horas con el paciente ingresado, dota a éste de un papel muy importante en que la práctica asistencial diaria.

OBJETIVOS: Determinar las funciones y las actuaciones del auxiliar de enfermería en la unidad psiquiátrica en la hospitalización.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Por lo que se debe de lograr que el paciente se integre en la unidad para recuperar su bienestar biofísico, psíquico y social, recoger los datos, objetivos y subjetivos, valorar estado físico y psicopatológico, detectar déficits de salud, para planificar y ejecutar los cuidados necesarios, disminuir la angustia causada por este acontecimiento y velar por su seguridad y la del resto. Además de que el paciente conozca, asimile y cumpla las normas de convivencia. La enfermera y el auxiliar reciben al paciente preguntándole su nombre y comprueban la orden de ingreso, se presentan al paciente y al familiar. Además acompañan al paciente a su habitación entregándole pijama, toallas cepillo, peine, etc. Solicitamos al acompañante los datos del paciente, antecedentes patológicos, alergias, teléfono, etc. También entregamos hojas de recomendaciones y normas, retiramos los objetos potencialmente peligrosos, recogemos documentación y objetos del paciente, que son entregados al acompañante y si no viene acompañado se les entregan seguridad, tomamos constantes vitales, peso y talla y mostramos zonas comunes y presentamos al resto de pacientes. Serán satisfactorios si el paciente manifiesta una disminución de la ansiedad provocada por el ingreso, son recogidos los datos necesarios para hacer una correcta valoración y planificación de los cuidados y la familia conoce las normativa interna.

CONCLUSIÓN: Fundamentalmente el papel del auxiliar es el informar, tranquilizar y cuidar al paciente según sus requerimientos y mantener la constante colaboración con el resto del equipo multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO, PSIQUIATRÍA, INFORMACIÓN, SEGURIDAD, COMUNICACIÓN, CUIDADOS.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL APOYO EDUCATIVO A FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

CUSTODIA ÁNGELES PUGA MANZANO, AGRIPINA MOSCOSO LÓPEZ, INMACULADA PÉREZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es una patología que afecta al 1% de la población, es el trastorno psicótico más frecuente requiriendo hospitalización del 40% de los pacientes. Los principales síntomas son: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, síntomas negativos (embotamiento afectivo, abulia, anhedonía y aislamiento social). Por todo ello, no sólo afecta al propio paciente sino a todo su entorno familiar.

OBJETIVOS: Determinar el papel del personal de enfermería en el apoyo educativo a familiares de pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos relacionados con intervenciones para los familiares de los pacientes que sufren esta enfermedad, aumentando la adhesión terapéutica y evitando la exacerbación de los síntomas. Se ha buscado la información en bases de datos como Pubmed, Scielo, Lilacs y algunas web de interés como Google Scholar. Por lo que se han utilizado los descriptores: Enfermería, educación sanitaria, esquizofrenia, cuidado. Se han seleccionado aquellos artículos con mayor relevancia científica.

RESULTADOS: Por lo que una buena psicoeducación familiar por parte del personal de enfermería mejora notablemente la situación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente. La psicoeducación en familiares de pacientes con esquizofrenia es un pilar básico en la estabilización de la enfermedad y en la prevención de recaídas.

CONCLUSIÓN: Un adecuado abordaje por parte del personal de enfermería tanto del paciente como de la familia mejora la situación familiar y la adherencia al tratamiento del paciente.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, EDUCACIÓN SANITARIA, CUIDADO, ESQUIZOFRENIA.

RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD MENTAL

AMALIA CAMPOY RODRIGUEZ, CLAUDIA FERNANDEZ DELGADO, DESIREE REYES AFONSO,
JUAN LUIS GOMEZ GOMEZ, LETICIA ALMEDA DEL CASTILLO, MARÍA HERRERA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Las emociones (alegría, tristeza, ira, aversión, sorpresa, miedo), son estados afectivos experimentados desde el nacimiento. Tienen función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Son reacciones subjetivas al ambiente, acompañadas de cambios orgánicos de origen innato, influidos por experiencias que involucran un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, utilizados para valorar situaciones, influyendo el modo en el que percibimos dicha situación. El estilo de evaluación determinará la emoción a experimentar. Lo importante es, que ese estilo puede aprenderse, modificarse, implicando importantes aplicaciones psicopedagógicas. Estudios relevantes relacionan las emociones con las condiciones de salud física y mental de las personas, siendo los resultados de dichos estudios que niveles altos de inteligencia emocional están significativamente relacionados con buena salud mental, mientras que niveles bajos de inteligencia emocional se relacionan con trastornos psicológicos.

OBJETIVOS: Identificar las emociones comprendiendo las causas que las producen y aprender a controlar la manifestación negativa.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo documental. Las variables analizadas fueron el número de referencias recuperadas con y sin abstract, número de artículos útiles para el objetivo de estudio y accesibilidad a los documentos.

RESULTADOS: EL número de artículos que correspondían a la estrategia de búsqueda formulada, "Emociones; Salud Mental; Inteligencia emocional; Calidad de Vida" y útiles para el estudio fueron de 7 en IBECs (35%del total recuperado), de 4 en MEDES (21%del total recuperado), de 3 en CUIDEN (18%del total recuperado) y de 5 en DIALNET (26% del total recuperado).

CONCLUSIÓN: La intensidad emocional varía entre las personas. Las personas con intensidad emocional alta sienten y expresan sus emociones más intensamente, haciendo más difícil el manejo de sus reacciones cuando se frustran, pero con esfuerzo y voluntad de triunfar, desarrollarán destrezas asertivas. Manejar reacciones emocionales significa escoger cómo y cuándo expresar las emociones que sentimos.

PALABRAS CLAVE: EMOCIONES, SALUD MENTAL, INTELIGENCIA EMOCIONAL, CALIDAD DE VIDA.

INTENTOS DE AUTOLISIS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO, YESSICA GARCIA ESPINOSA, JOSE ANTONIO MOLES QUINTERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Descripción del caso: Varón de 26 años de origen asiático diagnosticado de esquizofrenia. Casado hace 3 meses. Convive con sus padres, hermana y su mujer. Su mujer desconoce el Dx de esquizofrenia, relata la hermana, sin hijos. Trabaja en una tienda familiar, pasa el día acompañado por la familia. Su hermana comenta cambio conductual del paciente desde el casamiento hace 3 meses: aumento de desconfianza de su hermano hacia su esposa, celos. La hermana refiere que podrían tener fundamento real. Comenta que, desde el debut de su enfermedad, el paciente se relaciona poco con ellos, poco conversador, repuestas breves, muy introvertido y callado. Ayer, tras discusión con su mujer se encerró en el baño de la tienda e ingirió OH 96° Tras esto, mantuvo una fuerte discusión con el padre, llegando a la agresión física, confesó dicha ingesta y fue traído al hospital, no realiza crítica ni de la agresión ni del acto suicida. A la unidad llega con un contacto psicótico, muy desconfiado y delirante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NAMC, diagnosticado de esquizofrenia.

JUICIO CLÍNICO: Patrones funcionales alterados: Patrón 1: Percepción de la salud, Patrón 2: Nutricional - Metabólico, Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo, Patrón 10: Tolerancia al estrés, Patrón 8: Rol – Relaciones. Diagnósticos de enfermería: Confusión aguda r/c ideación delirante m/p Alteración de la conducta y del contenido del pensamiento. Riesgo de suicidio r/c Enfermedad psiquiátrica Riesgo de violencia dirigida a otros r/c trastorno psicótico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES: Las personas con esquizofrenia tienen los mismos factores de riesgo que la población general como por ejemplo: historia de intentos previos, depresión género masculino, abuso de sustancias en el pasado o en el presente, una pérdida significativa, pobre funcionamiento psicosocial, antecedentes familiares de suicidio. Además de esto, se presentan factores específicos: alucinaciones y delirios, en especial de tipo persecutorio, podrían aumentar el riesgo.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, AUTOLISIS, IMPULSIVIDAD, PSICOSIS, AGRESIVIDAD.

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

LORENA ZAMORA VALLE, JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 37 años que acude a urgencias por sobrecarga familiar debido a la gran cantidad de problemas en la convivencia desde el alta hospitalaria. Acude por voluntad propia porque dice sentirse descompensado y es acompañado por sus padres. Refiere estar cumpliendo bien el tratamiento y descansar adecuadamente. La familia cuenta que desde hace un tiempo se altera con facilidad, lo que les lleva a discusiones continuas. Pasa el mayor tiempo del día en su habitación sin querer colaborar con su padre en las tareas del campo ni salir a la calle con sus amigos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tranquilo, se puede dialogar con él sin problemas. Los padres se muestran bastante agobiados.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno esquizoafectivo, con descompensaciones mixtas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Baja autoestima crónica, afrontamiento ineficaz.

PLAN DE CUIDADOS: Para favorecer el estado del paciente se intenta potenciar su autoestima mediante el establecimiento de objetivos que le ayuden a mejorar como pasar tiempo con sus amigos, facilitando un ambiente adecuado para que esto se lleve a cabo. Por otro lado se le ayuda a identificar los pensamientos negativos que repercuten en el afrontamiento de problemas para poder cambiarlos.

CONCLUSIONES: Tras haber llevado a cabo las actividades propuestas durante la estancia en planta y en el hospital de día, la mejoría ha sido significativa. Ha ido cumpliendo los objetivos personales propuestos y cambiando las conductas inadecuadas, que junto al tratamiento prescrito, han conseguido mejorar la situación del paciente.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, SALUD MENTAL, DESCOMPENSACIÓN, AUTOESTIMA.

ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

MARIA JOSE OSORIO LOPEZ, AIDA ROBLES CARRILLO, MARIA DEL CARMEN RAMIREZ PEREZ

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es una patología muy frecuente en los últimos tiempos en una gran parte de la población. Afecta al pensamiento, a la conducta y a percepción del individuo, siendo la causante de discapacidades.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería y las intervenciones que realiza para mejorar la salud de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline y Scielo, estableciendo como criterios de inclusión estudios primarios sobre, las actuaciones de enfermería en pacientes con esquizofrenia paranoide, en castellano e inglés en los últimos cinco años. Se localizaron un total de 94 artículos, 33 (35,10%) en Cochrane, 14 (14,89%) Medline, 21 (22,34%) en Embase y 26 (27,65%) en Cinhal. Identificamos 17 publicaciones de las cuales escogemos 3 que cumplían los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Según estudios el 1% de la población mundial padece esquizofrenia, afectando en España a unas 450.000 Personas. La media de inicio de la patología es a los 24 años de edad siendo la incidencia mayor en hombres que en mujeres. Los cuidados de enfermería y atención a estos pacientes es primordial, prestando también atención a familiares que cumplen una labor importante en la recuperación e integración de los mismos. El envejecimiento y los problemas sociales destacan entre otros como los principales desencadenantes de dicha patología por lo que los planes de cuidados han de hacerse de forma individualizada atendiendo a las necesidades personales para así mejorar la atención y los cuidados.

CONCLUSIÓN: La esquizofrenia tiende a provocar un grave deterioro social de los pacientes, por lo que la principal labor de enfermería está encaminada a educar a los familiares para que puedan ayudarles en diversos aspectos y así minimizar los aspectos negativos de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ENVEJECIMIENTO, DISCAPACIDAD, ATENCIÓN ENFERMERA.

ENFERMERO MENTAL CON PROBLEMAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

ILUMINADA JIMÉNEZ CARRILLO, ELISABET ALBA SÁEZ, MIRIAM LOPEZ NICOLAS, ANA RUIZ RODRIGUEZ, PATRICIA PÉREZ SAMPÉRIZ, RAQUEL PÉREZ MORILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 37 años con Esquizofrenia indiferenciada y debut a los 14 años. Actualmente vive en piso tutelado. Acude a servicio de Urgencias por episodio de psicosis y heteroagresividad a su compañero de piso, también con enfermedad mental. Se sospecha que ha dejado de tomar el tratamiento y además dice haber consumido cannabis durante la última semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 130/70mmHg; FC 110ppm; Sat 98%, afebril. Fumador 12 cig/día. Consume Cannabis de manera esporádica. Se solicita examen de concentraciones de ácido valproico en sangre y control de tóxicos.

JUICIO CLÍNICO: Tras la entrevista el paciente tiene nula conciencia de enfermedad con lo que ha dejado de tomar el tratamiento y ha consumido cannabis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

PLAN DE CUIDADOS: Las intervenciones de enfermería estarán relacionadas con: Proporcionar al paciente una escucha activa, de este modo nos proporcionará información sobre sus inquietudes, sentimientos relacionados con la enfermedad y el por qué ha dejado de lado el tratamiento. Enseñar al paciente a cumplir el régimen terapéutico explicándole la importancia de seguirlo y los posibles efectos secundarios que pueden aparecer.

CONCLUSIONES: El paciente pese a vivir en piso tutelado ha dejado de tomar el tratamiento ya que tienen nula conciencia de enfermedad y se encontraba bien, además ha consumido cannabis. Todo ello ha desembocado en una crisis psicótica con heteroagresividad. Se decide ingreso en Unidad de Salud mental para estabilización e inicio de tratamiento. Desde enfermería se proporcionará ayuda para el manejo y autonomía del tratamiento, explicando los posibles efectos secundarios e incidiendo en la importancia de seguirlo correctamente.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, ESQUIZOFRENIA, ADHERENCIA, TRATAMIENTO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL A UN PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL

LAURA SÁNCHEZ MOÑINO, PALOMA ALMAGRO GARCIA, ELSA NAVARRO ROMAN, JOAN SANCHO POLO, ESTELA MARÍA PARDOS GASCON, KIMBERLY RAMON COSTA, VANESA ESCUDERO CAMPILLO

INTRODUCCIÓN: La patología dual es un problema de salud cuya prevalencia cada vez es mayor. La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) la define como aquella denominación aplicada a sujetos que sufren de forma simultánea una adicción y un trastorno mental. Diversos estudios epidemiológicos indican que la comorbilidad de la patología dual es muy elevada, teniendo graves implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas.

OBJETIVOS: Llevar a cabo un Plan de Cuidados de Enfermería de Salud Mental en un paciente diagnosticado de trastorno esquizoide de la personalidad y consumidor de alcohol.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo el Plan de Cuidados se ha recurrido a la Taxonomía NANDA / NIC / NOC para el estandarizado de los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, quedando de la siguiente manera: Diagnósticos (NANDA): 00069. Afrontamiento ineficaz. 00124. Desesperanza. 00188. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. Intervenciones (NIC): 5230 Aumentar el afrontamiento. 5310 Dar esperanza. 6610 Identificación de riesgos. El plan de trabajo se estructuró en tres sesiones psicoeducativas, una para cada intervención, en consulta individual con el paciente.

RESULTADOS: Se consiguió mejorar tanto el afrontamiento de problemas, el equilibrio emocional como el control de riesgos para la salud.

CONCLUSIÓN: El Plan de Cuidados Estandarizado Enfermero es un instrumento que cubre de forma individualizada las necesidades del paciente y que permite medir la intervención enfermera, obteniendo unos indicadores que nos permiten evaluar si se han alcanzado o no los resultados esperados.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGÍA DUAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE, ALCOHOLISMO, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN INTOXICACIÓN CRÓNICA POR LITIO

MARIA DEL MAR VAQUERO RUIZ, INMACULADA AVALOS GARRIDO, RAQUEL MORENO BRENES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 59 años que acude a urgencias por encontrarse mal en domicilio, tiene problemas con su hijo, preocupada, triste, quiere ingreso en psiquiatría para que la tranquilicen. A Familiares: Según refiere la paciente, hija diagnosticada de esquizofrenia. AP: VHB+. Niega otros tóxicos. No RAM conocidas, HTA y dislipemia, Trastorno bipolar (seguimiento por ESM) con diagnóstico TAB vs T. Personalidad, en tto litio. Último ingreso USM por brote maniaco enero 2013. Tto actual Olmesatran 20, hidroclorotiazida 25, paracetamol, omeprazol 20, ketazolam 15, Plenur 400, metamizol 575, furosemida 40.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, Ligera desorientación. Pupilas normoreactivas. Disartria (parece por xerostomía), bradipsíquica, ligera somnolencia. ER Sibilancias escasas y dispersas. EC Rítmico 67 lpm. Abdomen muy globuloso, no palpación megalias. Pruebas complementarias: Hem: Hb 14, Hto 42%, leuc 11.45 (Neu 81%), plaquetas 301. Bioquímica: Glu 113, urea 48, creatinina 0.83, Na 133, K 5.57, PCR 6.1, Litemia 1.6 MEq/L. Tóxicos orina BZD +. GSV ph 7.40, PCO 36, lact 0.6 EB -2.5, HCO 22. EKG RS ligero descenso ST y onda T negativa en precordiales. Interconsulta a unidad de SM.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación crónica por Litio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aflicción crónica (00137). Aislamiento social (00053). Control emocional inestable (00251). Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).

CONCLUSIONES: El litio es un tratamiento eficaz en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, (tanto en fase maniaca aguda como en profilaxis de recaídas). La Intoxicación crónica se debe al desarrollo de toxicidad progresiva por precisar incrementar dosis debido a su larga evolución, disminuir la eliminación renal, enfermedad coexistente, interacciones medicamentosas... La clínica se relaciona con las concentraciones séricas y los síntomas pueden presentarse con niveles tan bajos como 1,5 mEq/L, pudiéndose confundir los signos por intoxicación con un empeoramiento del trastorno bipolar o enfermedad subyacente.

PALABRAS CLAVE: INTOXICACIÓN, LITIO, ATENCIÓN, ENFERMERÍA.

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO ANTE PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años trasladada por UME para ingreso involuntario a instancias de ETAC diagnóstica de trastorno por ideas delirantes persistentes de tipo paranoide en seguimiento por ETAC. La paciente permanece desde hace varias semanas encerrada en casa, con autoabandono de la higiene y las ingestas. Al no responder a la puerta en la visita del ETAC y sabiendo que estaba dentro, se decide la intervención de la policía y los bomberos para entrar y ser trasladarla al hospital psiquiátrico. A su llegada se encuentra muy irritable. Abandono de la medicación, con grave aislamiento domiciliario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: C y O en las tres esferas. No abordable ni colaboradora. Aspecto descuidado, impresión de desnutrición, con extrema delgadez. Actitud querulante y con amenazas. Discurso espontáneo, logorreico y a trazas disgregado. Ideación delirante de perjuicio contra sus progenitores y profesionales del centro "intentos de asesinato". Ánimo exaltado, irritable. Nula colaboración de la paciente.

JUICIO CLÍNICO: Trastornos delirantes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnósticos enfermeros: 00069 Afrontamiento ineficaz r/c trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa; 00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del régimen terapéutico m/p en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

PLAN DE CUIDADOS: Durante el ingreso se restaura tratamiento psicofarmacológico, normalizándose hábitos y han tenido lugar varias entrevistas con su equipo del ETAC, con el fin de definir una estrategia de seguimiento adecuada.

CONCLUSIONES: El equipo de tratamiento asertivo comunitario ofrece a enfermos mentales graves una intervención comunitaria, una atención multidisciplinar a la persona y familia en su domicilio y en su entorno social, lo que dinamiza el proceso asistencial, es una herramienta que favorece la continuidad de cuidados sin la necesidad de ingreso hospitalario.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO MENTAL GRAVE, EQUIPO, ASERTIVO, TRATAMIENTO, COMUNITARIO.

PACIENTE QUE PRESENTA CRISIS CONVERSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO, ASCENSION GUIRAO BOCH, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años que acude a urgencias del hospital por presentar desde hace una hora episodio de cansancio generalizado con pérdida de fuerza que le impide levantarse de la cama, con cefalea continua holocraneal opresiva irradiada a cervicales. Niega ingesta de tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: Alérgica a metilprednisolona, paracetamol, AINES arilpropiónicos y contraste yodado. HTA, no DM ni DLP, hipotiroidismo secundario a tratamiento con yodo 131 por hipertiroidismo y hepatotoxicidad con antitiroideos. Aneurisma intervenida en 2012 con encéfalomalacia frontal izquierda residual. Aneurisma en M1 derecho de 1 mm, en seguimiento radiológico. Cefaleas de características mixtas en seguimiento por neurología. Ingreso en psiquiatría en 2006 por cuadro conversivo con debilidad de MID y dificultad para la movilización descartándose causa orgánica por neurología. Exploraciones complementarias: Se realiza analítica, ECG, Rx tórax sin alteraciones. TAC craneal, RMN craneal. Se descarta patología orgánica. Exploración psicopatológica: Consciente y orientada temporal y espacialmente. En la exploración física neurológica se objetiva dificultad a la exploración que impresiona de conversión. Aprieta musculatura ocular para evitar su apertura, no colabora en la exploración y signos meníngeos negativos sin rigidez de nuca.

JUICIO CLÍNICO: Daño neurológico versus crisis conversiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno conversivo.

CONCLUSIONES: El trastorno conversivo es un conflicto psicológico de difícil diagnóstico que se caracteriza por afectar capacidades motoras o sensoriales, lo que se confunde con daño neurológico, este desajuste implica necesariamente una alteración en el funcionamiento físico del paciente, la cual se asocia temporalmente a un conflicto psíquico. El trastorno conversivo se manifiesta mediante alteraciones en la coordinación psicomotora y/o el equilibrio. Así, constituye la expresión física, no consciente, de un conflicto o problema psicológico subterráneo.

PALABRAS CLAVE: CRISIS CONVERSIVA, PÉRDIDA DE FUERZA, CEFALEA, DAÑO NEUROLÓGICO.

LA PLANIFICACIÓN DE LAS DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL

JULIO PIEDRA CRISTÓBAL, JUAN JESÚS ROSA MARTÍN, NATHALIA GARRIDO TORRES

INTRODUCCIÓN: La autonomía de paciente en Salud Mental y su poder de decisión en el proceso de tratamiento y vida cotidiana, es lo que nos ha impulsado a realizar una revisión bibliográfica del estado en cuestión con respecto a la Planificación de decisiones anticipadas en Salud Mental desde la Psiquiatría y el Trabajo Social.

OBJETIVOS: Determinar el contenido y el proceso de elaboración de un documento de planificación anticipada de decisiones en salud mental. Analizar los modelos o prácticas sobre el proceso de planificación anticipada de decisiones aplicados en otros países europeos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La PA-SM es una herramienta que permite adaptar la asistencia a las preferencias y necesidades de la persona con problemas de salud mental, facilitando la toma de decisiones cuando se encuentre en situación de incapacidad transitoria. Por lo que debe contener información sobre signos y síntomas de alerta ante una crisis, además de determinar las actuaciones que le hacen sentirse mejor y peor; preferencias sobre intervenciones terapéuticas, medidas de contención o coercitivas, hábitos de sueño, dieta y preferencias religiosas; personas a las que avisar o no y sus preferencias de visita. En Europa se han discutido ampliamente los riesgos del llamado contrato de Ulises pero en general, predominan instrucciones previas y tarjetas de crisis.

CONCLUSIÓN: Por lo que es importante realizar una síntesis del proceso de elaboración de un protocolo y un diagnóstico del estado en cuestión.

PALABRAS CLAVE: DECISIONES ANTICIPADAS, DERECHO A DECIDIR, PROTOCOLO, TRABAJO SOCIAL, PSIQUIATRÍA.

MALTRATO INFANTIL: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN EN SÍNDROME DE DOWN

JOSEFA GARCIA MADRID, SALVADOR NAVARRO MOROTE, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, MARTA RUBIO CEBRIAN

INTRODUCCIÓN: El maltrato infantil (OMS): los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Los niños con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales tienen un mayor riesgo de sufrir situaciones de violencia y maltrato por la existencia e interacción de factores de riesgo individuales, familiares, ambientales, sociales, culturales y económicos.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia e indicadores de maltrato infantil en niños con Síndrome de Down. Identificar los factores de riesgo y protección en estos individuos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos: CUIDEN, PubMed, Cochrane, Scielo. Descriptores y operadores booleanos: “maltrato a los niños” AND “Síndrome de Down”.

RESULTADOS: Una baja prevalencia conocida indica necesidad de mejora en los sistemas de información. La alta prevalencia de indicadores de maltrato revela importancia en la detección de estos; docentes y educadores especiales son claves en la vigilancia epidemiológica. En los factores de riesgo de orden conductual, se manifiesta mayormente temperamento difícil, y en el 30% conducta agresiva. Se identificaron trastornos del sueño, dificultades del aprendizaje, de la memoria y la concentración. Como factores de protección, la conducta de aproximación e imitación de acciones motoras, la repetición de comportamientos positivos reforzados, unido al seguimiento de instrucciones verbales.

CONCLUSIÓN: Fortalecer los factores de protección constituye el pilar de la prevención e intervención. Resaltar la necesidad de acciones de consenso y protocolización, motivando investigaciones y procedimientos de vigilancia y alerta epidemiológica en los ámbitos institucionales y entidades que realizan y garantizan la atención y protección de los niños con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD, MALTRATO INFANTIL, PREVENCIÓN, SÍNDROME DE DOWN.

PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y CONSUMO DE TÓXICOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

EULALIA CARRATO VAZ, NATALIA ALVADO COMPANYY, JUAN JOSÉ SALMERÓN PELLICER

INTRODUCCIÓN: En el programa específico para Primeros Episodios Psicóticos (PEP), se ha podido observar una fuerte relación entre el consumo de tóxicos y la aparición de un Primer Episodio Psicótico.

OBJETIVOS: Analizar los datos hallados entre 2013 a 2016 en lo referente al consumo de tóxicos en los Primeros Episodios Psicóticos del Hospital General Universitario de Elda.

METODOLOGÍA: Se realiza un análisis retrospectivo de las historias clínicas.

RESULTADOS: La muestra total es de 39 personas, 17 son mujeres y 22 son hombres. Del total, 2 consumían drogas de diseño, 10 cocaína y 28 cannabis. Sólo 14 no consumía ningún tóxico, lo que supone que el 71,43 de los Primeros Episodios Psicóticos del Hospital General Universitario de Elda consumían algún tipo de tóxico. De las 17 mujeres, 9 consumirán cannabis y 1 cocaína y drogas de diseño, ninguna de las otras mujeres habían referido consumo de cocaína.

CONCLUSIÓN: La literatura científica, refiere que la prevalencia de trastornos por uso de cannabis en esquizofrenia es del 22% hasta el 28.6% En los primeros episodios psicóticos, y ronda el 2.5 Al 10% de la población general. Como se puede ver en los datos aportados, el consumo del cannabis si que aparece fuertemente relacionado con los Primeros Episodios Psicóticos, por lo que se hace patente la necesidad de realizar estudios de la relación entre cannabis y psicosis. Actualmente, las evidencias apuntan a que el cannabis empeora los trastornos psicóticos ya consolidados y aumenta el riesgo de psicosis crónica en individuos vulnerables, pero la evidencia no parece apoyar la teoría de que el cannabis sea la causa de la psicosis o de la esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS, TÓXICOS, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA, EVOLUCIÓN.

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE EN PACIENTE CONSUMIDOR DE TETRAHIDROCANNABINOL

JAVIER JIMÉNEZ CABALLERO, MARÍA MARTÍNEZ DÍAZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 25 años que acude a consulta de psiquiatría. Soltero, vive solo y no tiene pareja en este momento. Es derivado por la UCA (Unidad de Conductas Adictivas) para valoración de impulsividad, agresividad y estado anímico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes: Somáticos: retraso en el crecimiento. Tratamiento farmacológico. Psiquiátricos/psicológicos: Claustrofobia. Posible TDAH no diagnosticado o trastorno disocial. Consumo previo de alcohol y drogas. Actualmente solo THC. Antecedentes familiares: Madre con Trastorno Esquizoafectivo vs Trastorno bipolar: gran repercusión en dinámica familiar durante crisis pero también intercrisis. Anámnesis: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Intranquilo. Colaborador pero amenazante. Contacto ocular mantenido. Hiperactividad psicomotriz. Discurso coherente, bien estructurado. Humor lábil, congruente con el discurso. Afecto hipotímico, secundario a angustia generalizada. Llanto durante la entrevista. Ideación tanática pasiva, poco estructurada sin planificación de paso al acto. Ideas delirantes de autoreferencia. Ideas delirantes de perjuicio, persecución, poco estructuradas con crítica de parcial. No alteraciones de la esfera sensorio perceptiva.

JUICIO CLÍNICO: Factores biológicos: Parto distócico. Retraso crecimiento. Impulsividad (y agresividad). Consumo de drogas. Factores psicológicos: Baja autoestima. Agresividad. Paranoidismo. Factores sociales: Problemas familiares, laborales, legales y pérdida grupo de apoyo. Por tanto, con todos estos datos se concluye que se trata de un trastorno explosivo intermitente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno de personalidad: Cluster A: T. Paranoide. Cluster B: T. Antisocial. T. Límite. Psicosis: Episodio psicótico breve. Esquizofrenia. T. Ideas delirantes. T. Psicótico inducido por sustancias. Impulsividad/agresividad: Trastorno explosivo intermitente. Trastorno de personalidad. Consumo de sustancias.

CONCLUSIONES: No existe una base bioquímica que justifique el empleo del THC como antiimpulsivo. Sí explicaría, en cambio, un empeoramiento de la clínica y la aparición de sintomatología delirante. La sensación de mejoría percibida por el paciente parece relacionada con el efecto ansiolítico agudo del THC.

PALABRAS CLAVE: IMPULSIVIDAD, DROGAS, AGRESIVIDAD, THC, PERSONALIDAD.

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

MARGARITA GUERRERO DURAN, MARÍA MAGDALENA JURADO CÁRDENAS, MARIA JOSE GARCÍA RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: El TDAH se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad y que en otras ocasiones está asociado con otros trastornos.

OBJETIVOS: Determinar la información científica, especializada y actual sobre la hiperactividad infantil, en adolescentes y adultos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en 3 bases de datos: CSIF, MEDLINE y SCIELO entre agosto y diciembre de 2017. Se seleccionaron artículos desde 2007 en español/inglés relacionados con el tema a tratar. Las fórmulas de búsqueda fueron: "TDAH AND diagnóstico".

RESULTADOS: Las últimas investigaciones confirman que el TDAH es un trastorno neurobiológico con un fuerte componente genético, en el que los niveles de dopamina se ven afectados. Esta alteración causa importantes disfunciones cognitivas y desórdenes conductuales, emocionales, motivacionales y sociales, que impiden la adecuada adaptación al entorno de quien lo padece. Se estima que lo padecen entre un 2% y un 5% de la población infantil. Se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la psiquiatría infanto-juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población. El TDAH es crónico y debuta antes de los 7 años. Un 80% de la población continuará presentando problemas en la adolescencia y entre el 30-65% en la edad adulta.

CONCLUSIÓN: Pese a la alta prevalencia del TDAH, nos encontramos ante una realidad social de desconocimiento sobre el trastorno. La falta de formación, información y atención sobre el TDAH tiene consecuencias negativas sobre el paciente, familiares y amigos que sufren el estigma, la insensibilidad y falta de consideración hacia el trastorno.

PALABRAS CLAVE: TDAH, INCIDENCIA TDAH, DIAGNÓSTICO TDAH, HIPERACTIVIDAD INFANTIL.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARGARITA GUERRERO DURAN, MARIA JOSE GARCÍA RODRÍGUEZ, MARÍA MAGDALENA JURADO CÁRDENAS

INTRODUCCIÓN: Se define urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivo, que el paciente, la familia o la sociedad consideran que requiere atención inmediata.

OBJETIVOS: Determinar los principales trastornos psiquiátricos que se atienden en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en 4 bases de datos: Scielo, Medes, Liliacs y Medline entre septiembre y diciembre de 2017. Se seleccionaron artículos desde 2009 en español/inglés relacionados con el tema a tratar. Las fórmulas de búsqueda fueron: “urgencia AND psiquiátrica”, trastorno AND psiquiátricos AND urgencias”.

RESULTADOS: Tradicionalmente, los trastornos psiquiátricos que se han atendido en el servicio de urgencias han sido descompensaciones psicóticas y trastornos afectivos (maníacos, depresivos). En los últimos años, los servicios de urgencias atienden además los siguientes trastornos psiquiátricos como tentativa suicida, trastorno de la conducta, abuso de tóxicos, trastornos conducta en el curso de una demencia y reacciones vivenciales.

CONCLUSIÓN: Los trastornos psiquiátricos atendidos en el servicio de urgencias pueden suponer el 10% de las urgencias hospitalarias. En ocasiones, una urgencia psiquiátrica es fácilmente atribuible a la descompensación de un trastorno psiquiátrico de base. Sin embargo, muchas veces, el trastorno psiquiátrico está ocasionado por una causa toxicológica o médica, de ahí la importancia de una correcta diferenciación entre un cuadro funcional y uno orgánico.

PALABRAS CLAVE: URGENCIA PSIQUIÁTRICA, TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, INCIDENCIA, TRASTORNO PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS.

PROCESO ESPECÍFICO PARA TRATAMIENTO DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

ANA MANSILLA BELMONTE, MARTA FERNANDEZ PIÑERO, GLORIA MARIA ACOSTA SÁNCHEZ, TATIANA OLTRA DURÁ, ALEXANDRA TEROL ESTEVE, DESIRÉE MARTÍNEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Un proceso de tratamiento específico para las fases tempranas de la psicosis se caracteriza por ser intensivo, duradero e integral, llevado a cabo por un equipo interdisciplinar de profesionales de la salud mental que actúan de forma coordinada teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente. Además de la atención al paciente de forma individual y/o grupal se tiene en cuenta a las familias y/o el grupo de apoyo. La misión de este proceso es la de prestar atención sanitaria de carácter integral e intensivo al paciente que padece un primer episodio psicótico desde sus primeras manifestaciones y seleccionar el tratamiento más adecuado, de forma que pueda impedirse el avance de la enfermedad a estadios posteriores, buscando no solo la respuesta al tratamiento, sino la recuperación y la calidad de vida. El equipo multiprofesional que conforman la unidad del departamento Marina Baixa (Villajoyosa) son una psiquiatra, una psicóloga y una enfermera especialista en salud mental. El proceso se basa en un seguimiento del paciente y la familia durante tres años desde que se diagnostica el primer episodio psicótico. Se divide en tres fases diferenciadas: fase aguda, fase de recuperación temprana y fase de recuperación prolongada.

OBJETIVOS: Analizar la atención a las personas que sufren un Primer Episodio Psicótico en el Departamento de salud Marina Baixa (Villajoyosa).

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo cuasi-experimental pre-post de la intervención del equipo de salud mental.

RESULTADOS: Se objetiva una mejoría en los pacientes en cuanto a clínica psicopatológica, actitud hacia la medicación, disminución de los efectos secundarios y satisfacción en las actividades de la vida cotidiana, a través de escalas de medición de estos parámetros.

CONCLUSIÓN: A pesar de sólo llevar un año de funcionamiento la unidad, se observan mejoras en la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias.

PALABRAS CLAVE: PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, MARINA BAIXA VILLAJOYOSA, CALIDAD DE VIDA, PROCESO ESPECÍFICO.

ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO EN EL ÁREA DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

ROCIO MOYA DIÉGUEZ, JESSICA AGUILAR MALDONADO, MARIA NOELIA MORAL RUIZ

INTRODUCCIÓN: Partimos de la base de que la agitación de un paciente psiquiátrico va acompañada de otros síntomas como desasosiego, inquietud e incremento de la actividad motora. Esta agitación lleva a una situación estresante, tanto para el paciente como para el personal de enfermería. Hay que proceder mediante un protocolo de actuación encaminado a una resolución del cuadro. Existen tres grupos de causas dentro de la agitación: Delirium, trastorno psicótico no asociado a delirium, otros trastornos.

OBJETIVOS: Identificar la importancia de protocolos de actuación estandarizados.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática de las publicaciones científicas de artículos originales en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed, Cochrane Plus, Scielo, Cuiden.

RESULTADOS: Coincidiendo con la bibliografía revisada, es necesario llevar a cabo el protocolo de actuación estandarizado sobre cuidados y tratamiento ante la agitación psicomotriz en pacientes psiquiátricos para evitar consecuencias, tanto para el paciente y familia como para el personal en el área de urgencias.

CONCLUSIÓN: Mantener la seguridad, tanto del personal de urgencias como del paciente y familias. Abordaje verbal de la situación, la actuación de algún familiar o acompañante puede ayudar. Mostrarse sereno, honesto, firme y seguro, identificándose y explicar objetivos de nuestra actuación. Evitar conductas hostiles, desafiantes o irrespetuosas. Mantener una conversación tranquila y una escucha activa, hablar con tono de voz adecuado, con preguntas cortas. Evitar tener una mirada fija, mantener una observación discreta y con control, y estar atentos a los síntomas somáticos. Ofrecer medicamentos sedantes vía oral, pero si esto no es efectivo o no lo cumple hay que pasar a la contención física y con ello a la medicación parenteral necesaria para establecer un equilibrio psicomotriz al paciente.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, ENFERMERÍA, URGENCIAS, TRATAMIENTO.

TALLER DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

GLORIA COMPAN MEDINA, OLGA RUEDA DIAZ, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA

INTRODUCCIÓN: El incumplimiento terapéutico aumenta considerablemente el riesgo de recaídas. Las recaídas están relacionadas con: mal pronóstico, mayor dificultad para recuperar los niveles previos de salud y funcionamiento, riesgo de lesiones a sí mismo y otros, mayor carga sobre los cuidadores, peor calidad de vida, mayor gasto de recursos sanitarios e incremento de costes.

OBJETIVOS: Determinar medidas para que los usuarios con TMG adquieran los conocimientos necesarios que les permitan la autoadministración medicamentosa adecuada sin riesgo para su salud.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El taller se lleva a cabo con usuarios con Trastorno Mental Grave, los lunes y miércoles, con una duración de una hora y durante diez sesiones. Se pasa un registro de conocimiento al comenzar (cuestionario basal) y al finalizar (cuestionario final) para valorar la evolución en las respuestas emitidas por el paciente. Los temas a tratar son; explicación teórica de la enfermedad, los tratamientos terapéuticos, los tratamientos farmacológicos y sus posibles efectos secundarios. El taller proporciona una relación de confianza que permite un abordaje eficaz de la enfermedad, consiguiendo que el usuario sea consciente de sus propias razones para estar en tratamiento. Cabe decir, que además de promover la autonomía del paciente, facilitamos el manejo en el mismo, dando lugar a un aumento de la conciencia de enfermedad, adhesión al tratamiento y aumento de autoestima.

CONCLUSIÓN: Se debe de dar importancia a dos factores que mejoran la autonomía: Los relacionados con el usuario, como sentirse: escuchado, respetado, participación activa del taller; como las relacionadas con el terapeuta: proximidad, empatía, confianza, compromiso, confidencialidad, información, distancia emocional, acogida y motivación.

PALABRAS CLAVE: TMG, ADHERENCIA, TRATAMIENTO, AUTOADMINISTRACIÓN.

DISFORIA DE GÉNERO Y ESTIGMA

MARTA RUBIO CEBRIAN, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, SALVADOR NAVARRO MOROTE,
PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, JOSEFA GARCIA MADRID

INTRODUCCIÓN: En la Edad Media el concepto de estigma significaba difamación y acusación pública de un criminal, para que todos pudiesen reconocerle. Actualmente, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas. La disforia de género (DG), se caracteriza por la experiencia subjetiva de pertenecer al sexo opuesto y la presencia de sentimientos de malestar por el sexo anatómico. Actualmente continúa siendo un tema tabú para muchas personas, viendo al individuo transexual como un fenómeno que debe ser curado.

OBJETIVOS: Analizar la relación existente entre estigma y transexualidad.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane y Pubmed con los descriptores “Disforia de género”, “estigma”, “salud mental”, “psiquiatría”.

RESULTADOS: Las personas con DG están consideradas enfermas mentales por los principales manuales de diagnóstico. La CIE 10, incluye a las personas transgénero en la misma gran categoría que la pedofilia y la cleptomanía. Existen estudios que coinciden en señalar que el factor causal del malestar que experimentan las personas transexuales y que ha llevado a definir un trastorno mental, no se origina por su identidad y condición sexual, sino por el rechazo y la discriminación que han vivido. Por ese motivo consideran importante eliminar un diagnóstico que contribuye a la estigmatización y, de ese modo, a reforzar el verdadero problema.

CONCLUSIÓN: El rechazo social y la violencia son los factores que más desencadenan el malestar de las personas con DG, siendo, por tanto, este malestar resultado de la estigmatización. Eliminar la identidad transgénero de la sección de “trastornos mentales” contribuiría a reducir el estigma.

PALABRAS CLAVE: DISFORIA DE GÉNERO, ESTIGMA, SALUD MENTAL, PSIQUIATRÍA.

ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y ESQUIZOFRENIA EN PACIENTE

MANUELA VALLE GARCIA, SONIA GUTIERREZ SANCHEZ, JORGE SANCHEZ ARJONA, MARIA DEL CARMEN BENITEZ PEREZ, MONICA ANDREA RICO CONTRERAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 21 años que viene acompañada por la familia a urgencias por descompensación y consumo de THC (cannabis). La paciente se muestra inquieta y minimizadora asegurando encontrarse bien dejando de acudir a sesiones de autoayuda porque se sentía ahogada, niega consumo actual de tóxicos, la familia ha tenido que ir a buscarla a distintos lugares donde estaba consumiendo y poniéndose en situaciones de riesgo a nivel sexual, también se muestra agresiva con su familia y realiza amenazas autolíticas. La paciente presenta una historia de varios ingresos psiquiátricos en unidades de hospitalización tanto en Yugoslavia, donde la familia solicitó el alta voluntaria como en nuestro país, también estuvo en un centro penitenciario por conductas agresivas. En este último ingreso fue trasladada con tratamiento antipsicótico y tratamiento por consumo de cannabis. Dado que la paciente presenta conductas sexuales de riesgo empezó tratamiento anticonceptivo con autorización familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la estancia en urgencias se le realizó analítica general de sangre y orina con controles de tóxicos, electrocardiograma y placa de tórax para descartar posible infección respiratoria por hábito tabáquico y expectoración productiva. La analítica de orina confirma el consumo de THC (cannabis) cocaína y alcohol.

JUICIO CLÍNICO: Clínica psicótica por consumo de sustancias tóxicas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia desorganizada. Trastorno de personalidad.

CONCLUSIONES: Episodio de clínica psicótica por consumo de sustancias psicoactivas, que requiere ingreso hospitalario en unidad de psiquiatría y tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC) por no ser constante en la toma del tratamiento oral.

PALABRAS CLAVE: ALCOHOL, TABAQUISMO, TEC, CANNABIS.

AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD POR TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 48 años acude traída en ambulancia para valoración psiquiátrica, la notan en casa más alterada y locuaz, lleva varias noches sin conciliar el sueño pese a dosis altas de benzodiazepinas. Ella informa de discusiones con los familiares, tanto con sus hermanos por el cuidado de su madre, como con su marido e hijas por cuestiones económicas. Se decide ingreso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Diagnosticada de Trastorno Bipolar desde hace unos 20 años. Con múltiples ingresos previos, sobre todo por fases maníacas con importante agitación, verborrea. Refiere gestos autolíticos mediante ingesta de fármacos en la adolescencia. Antecedentes médico-quirúrgicos: Alergia a Buscapina. Intolerancia a Lorazepam y clozapina. No HTA, No DM, No fumadora, No drogas. Analítica, ECG y Placa de Tórax. Exploración Psicopatológica : Aspecto correcto. Contacto expansivo. Actitud colaboradora. Consciente y orientada. Presenta inatención leve durante la entrevista y ha aludido a lagunas mentales de memoria. Sin alteraciones de la motricidad. Humor elevado, con afectos correctos. Lenguaje correcto en sintaxis y vocabulario, con volumen de emisión y tono normales, cierta verborrea al hablar, buena comprensibilidad. Pensamiento organizado, acelerado.

JUICIO CLÍNICO: F60.4 - Trastorno de personalidad histriónica. F31.71 - Trastorno bipolar, en remisión parcial, episodio más reciente hipomaniaco. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00069 Afrontamiento ineficaz *r/c Crisis situacionales. M/p Expresa incapacidad para el afrontamiento. 00078 Gestión ineficaz de la propia salud* r/c Impotencia.

CONCLUSIONES: El ingreso ha transcurrido sin grandes incidencias. Se han puesto de manifiesto de forma más evidente los rasgos disfuncionales de personalidad, que al igual que en ocasiones anteriores, han entorpecido el abordaje y cuidados. Se ha restaurado un ritmo sueño-vigilia normal y ha tolerado bastante bien el cambio de medicación antipsicótica.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIÁTRICA, BIPOLAR, TRANSTORNO, ANTIPSICÓTICA.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ, OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO, CLARA MIRALLES SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento que aplica en la superficie craneal un estímulo eléctrico controlado superior al umbral convulsivo, con la finalidad de generar una convulsión tónico-clónica generalizada de intensidad y duración adecuada, a la que se le atribuye el efecto terapéutico principal.

OBJETIVOS: Analizar el tratamiento con TEC en personas con trastorno mental.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica buscando en las bases de datos PubMed, Cuiden y Biblioteca Cochrane Plus. Descriptores DeCS: terapia electroconvulsiva, esquizofrenia, depresión, manía, trastorno mental. Periodo de búsqueda entre enero y febrero de 2018. Se incluyeron estudios de investigación y revisiones sistemáticas relevantes con los objetivos del estudio, limitando la búsqueda a los últimos cinco años.

RESULTADOS: Las principales indicaciones de TEC son: depresión mayor, estados de manía intolerantes al litio u otros antimaníacos, esquizofrenia resistente a clozapina, catatonía. Poco eficaz en trastorno de la personalidad. Eficacia de un 70-80% en personas de edad avanzada con síntomas melancólicos, mejor tolerado que los psicofármacos por sus efectos secundarios. También está indicado en embarazadas por el riesgo de teratogeneidad de los psicofármacos. Es seguro durante los tres trimestres, pero debe realizarse en unidades de obstetricia. Posición de los electrodos: Bifrototemporal (mayor rapidez de acción, requiere menos sesiones, mayor eficacia pero más afectación cognitiva). Unilateral (respuesta más lenta, precisa más número de sesiones, menor eficacia, pero mínima afectación cognitiva y desorientación post-tec). El número de sesiones se decide tras cada sesión en función de la respuesta del paciente y se finaliza cuando no se obtiene más mejoría. En pacientes psicóticos alrededor de 9-12 sesiones y en depresivos 6-12. La frecuencia de aplicación generalmente es de 3 veces por semana.

CONCLUSIÓN: El gran avance en los conocimientos sobre la técnica de estimulación en TEC permite individualizar la actuación sobre un paciente y circunstancias concretas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, ESQUIZOFRENIA, DEPRESIÓN, TRASTORNO MENTAL, MANÍA.

TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA EN RELACIÓN A PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO

RAQUEL SALINAS GUIRAO, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 24 años que presenta varios ingresos en planta de psiquiatría, diagnosticado de trastorno psicótico no especificado y consumo de tóxicos. Presenta inquietud psicomotriz y heteroagresividad (precisando contención química y mecánica en numerosas ocasiones). Discurso acelerado, cambiante de temática, llegando en ocasiones a la disgregación e incoherencia. Ideas delirantes de contenido paranoide, místico-religioso y megalomaniaco. Soliloquios y alucinaciones auditivas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Empeoramiento conductual en las últimas semanas, con consumo activo de tóxicos(alcohol, cannabis y cocaína). Conductas amenazantes, lleva varias noches sin dormir. Reconoce abandono de la medicación. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Analítica completa dentro de los límites normales y serología sin relevancia. Electroencefalograma: Normal. RMN de cráneo: Sin hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO: F29. Tr. Psicótico no especificado. F12.2 -- Síndrome de dependencia, debido al consumo de cannabinoides. F10.1 -- Consumo perjudicial de alcohol. **CONCLUSIONES:** A lo largo del ingreso se realizan diversos ajustes psicofarmacológicos con escasa respuesta clínica, por lo que se instaura Terapia Electro convulsiva. Este tratamiento consiste en inducir una convulsión generalizada de forma controlada mediante la aplicación de un estímulo eléctrico, bajo anestesia, es completamente indolora, está ampliamente utilizada en psiquiatría. Progresivamente presenta evolución favorable con sesiones de TEC. Tras el alta hay que continuar promoviendo la implicación familiar y fomentar la conciencia de enfermedad, la importancia de la toma del tratamiento así como el cumplimiento de las citas en su CSM. Reiterar la necesidad de llevar una vida organizada tanto en los hábitos alimenticios como en las horas de descanso, y la importancia que tiene el abandonar el consumo de tóxicos para evitar recaídas de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: TEC, INCUMPLIMIENTO, CONSUMO DE TÓXICOS, TRASTORNO PSICÓTICO.

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

JULIA M. LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA DEL MAR GOMIZ SALINAS, ANTONIA GÓMEZ TEROL

INTRODUCCIÓN: Los Trastornos de Personalidad son un grupo de afecciones mentales que tiene un patrón prolongado de comportamiento. Interfieren en la capacidad de la persona para tener relaciones interpersonales, de trabajo y sociales. Su causa es desconocida, aunque se cree que puede haber factores genéticos y ambientales relacionados con su desarrollo. Suele comenzar con la adolescencia, provocando una inestabilidad afectiva y conductual. Esta altera muchas áreas de la vida y de las personas con las que convive.

OBJETIVOS: Conocer la comorbilidad que existe en tres los trastornos de control de los impulsos y las relacionadas con la personalidad.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Ipsi e Instituto Nacional de Salud mental. Se recogen textos científicos sobre los trastornos de la personalidad y el equilibrio emocional.

RESULTADOS: La depresión y ansiedad, un elevado estrés y los ataques de pánico pueden ser síntomas de los trastornos de personalidad. Existen distintos tipos de trastornos: ansiosocial, histriónicos, evasivos, obsesivos-convulsivos, esquizoide, paranoico y narcisistas. El uso de fármacos y la psicoterapia se utilizan como tratamiento. Este es complicado ya que estas personas hacen difícil tener una relación profesional. Se ha de enfocar como un caso único y se ha de reconocer su individualidad y su perspectiva personal para que la terapia sea más efectiva.

CONCLUSIÓN: En estos trastornos existen varios aspectos psicobiológicos comunes, destacando las reacciones impulsivas relacionadas con la personalidad. Es importante que tomen control de los impulsos y los relacionados con el uso de sustancias. Se realizará un diagnóstico con la historia clínica y el conocimiento de la comorbilidad. De esta manera se hará un abordaje integrado en estos trastornos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, COMORBILIDAD, EQUILIBRIO EMOCIONAL, PARANOIDE, ESQUIZOIDE.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

ERIKA COSTELA MORENO, ANA MARIA EGEA ROSALES, MARTA RAMOS FUSTER

INTRODUCCIÓN: Los problemas de Salud Mental representan el 8,1% de las cargas de enfermedad. El personal de enfermería necesita ser especialista para realizar una valoración rápida del paciente. Adoptar actitud conservadora con el fin de descubrir algún trastorno orgánico potencial o un trastorno psiquiátrico e intervenir si se precisa.

OBJETIVOS: Determinar pautas para disminuir el riesgo de daños para el paciente. Analizar la forma de mejorar la respuesta coherente del mismo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos encontrados en diferentes buscadores: Cochrane Plus, Pubmed, Cuiden, Medline. Criterios de inclusión: Idioma; español e inglés. Búsqueda realizada en enero-2018. Años de búsqueda (2000-2018).

RESULTADOS: Se construye un protocolo de actuación: Construir una relación de confianza: fomentando la aceptación y autoestima. Comunicarse de forma tranquila. Ayudar al paciente a reconocer las causas y efectos de la ansiedad. Orientar al paciente. Ayudar a identificar el acontecimiento desencadenante. Una vez identificadas las opciones disponibles, se selecciona la más deseable y se le ofrece ayuda. Administrar ansiolíticos. Si existe riesgo de lesión por relacionado con intoxicación o traumatismo, se remite para evaluación de la crisis y evaluación del riesgo de suicidio. Situar al paciente en un sitio donde se le pueda observar. Si existe trastorno de sueño se le enseñarán medidas de higiene. Si los procesos del pensamiento están alterados se le orientará en la realidad.

CONCLUSIÓN: Las situaciones de urgencia exigen rápida valoración clínica e intervención, es frecuente que el paciente no esté dispuesto. En el momento de la urgencia, factor tiempo, la toma de decisiones, expectativas del personal y de los pacientes, se combinan para plantear la solución al problema. Los problemas clínicos, están llenos de ambigüedades y a menudo no hay un método obvio para abordarlos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, URGENCIAS, ENFERMERÍA, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA.

MARÍA TERESA FUENTES BOULAY, CONCEPCION GARCIA ARCOS, MARIA DORADO GUTIERREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 55 años acude a Unidad de Salud Mental de un hospital. Diagnosticada desde hace años de trastorno esquizoafectivo. Ha tenido múltiples ingresos en los últimos años, el último dado de alta hace una semana. Es la menor de dos hermanas, soltera y sin hijos, escaso apoyo sociofamiliar. Padres fallecidos. Pensionista pos enfermedad mental. Fumadora, niega otros tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta aspecto desaliñado, se muestra inquieta y cansada (manifiesta insomnio reciente). Reconoce ansiedad y miedo (“estoy como cuando ingresé la otra vez”). Discurso estructurado con ideas de referencia. Dice que la gente habla mal de ella por la calle, la miran mal, quieren hacerle algo malo, están confabulando contra ella y la siguen.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno esquizoafectivo con descompensación psicótica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente llevaba tratada y diagnosticada mucho tiempo, pero mostraba síntomas claros de descompensación, puesto que manifestaba delirios y alucinaciones acompañados de trastorno del estado del ánimo (depresión) e insomnio, haciendo que su vida se perturbase notablemente.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnósticos de Enfermería: 00108 Déficit autocuidado: alimentación, higiene, vestido, acicalamiento r/c debilidad y cansancio m/p incapacidad para lavarse, vestirse... 00053 Aislamiento social r/c alteración del estado mental m/p sentimiento de ser distinto a los demás, falta de personas significativas. 00095 Insomnio r/c deterioro del patrón normal m/p informa dificultad para conciliar el sueño. NOC. 0305 Autocuidados: higiene, vestido... 1504 Soporte social. 0004 Sueño. NIC. 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 5100 Potenciación de la socialización.

CONCLUSIONES: El trastorno esquizoafectivo es un trastorno recurrente que cursa con trastornos del ánimo y trastornos psicóticos, importante por tanto el seguimiento del paciente a lo largo de toda la vida para tratar con prontitud las recaídas, con el fin de evitar problemas mayores como la drogadicción o el suicidio. Nuestra paciente ingresó por voluntad propia, en pocos días se controló el insomnio gracias al tratamiento farmacológico y empezó a relacionarse con otros pacientes ingresados.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, TRASTORNO MENTAL, PACIENTE PSIQUIÁTRICO, DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA.

LA ESCUCHA ACTIVA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y FAMILIARES

PAULA MONTES DE OCA MIRAS, YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS

INTRODUCCIÓN: La escucha activa sirve para atender a la totalidad del mensaje que se recibe, para prestar atención no sólo a lo que se dice sino también fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.

OBJETIVOS: Determinar los elementos de la escucha activa para una intervención enfermera adecuada para en la atención de los pacientes y sus familiares.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en Pubmed utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud: escucha activa, ansiedad, pacientes, enfermería. Como criterios de inclusión, artículos con evidencia científica relacionados con los objetivos marcados y publicados en los últimos 5 años. Obtenemos un resultado de 79 publicaciones de las cuales seleccionamos 3.

RESULTADOS: Todo proceso salud-enfermedad conlleva niveles de ansiedad tanto del paciente como de los familiares. Para escuchar de forma activa es necesario dejar hablar lo que conlleva manejar los silencios de manera adecuada. Además de establecer una relación de empatía de forma que el paciente sienta que está ante una relación de confianza y demostrar que estamos dispuestos a escucharle, eliminando las distracciones, conduciendo la conversación sin interrumpir, siendo pacientes, con un lenguaje sencillo, asertivo y facilitando la expresión de sentimientos.

CONCLUSIÓN: Por lo que se debe atender al aspecto relacional y escuchar de forma activa influye de forma directa en la satisfacción de pacientes y familiares que a veces necesitan un momento para hablar. Esto disminuye considerablemente los niveles de ansiedad presentes en el proceso hospitalario. Poseer habilidades de comunicación como la escucha activa, resulta básico en el ejercicio de las profesiones sanitarias y es lo que va a diferenciar un buen profesional de otro menos considerado. Determina también el logro de una mayor efectividad y eficiencia terapéutica facilitando la adherencia al tratamiento y mejorando, por tanto, el resultado clínico final.

PALABRAS CLAVE: ESCUCHA ACTIVA, ANSIEDAD, PACIENTES, ENFERMERÍA.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MARIA GOMEZ CARREÑO, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCIA RODRIGUEZ, MARIA CARMEN CRESPO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como alucinaciones, ideación, delirios, procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías: síntomas positivos y negativos (o déficit).

OBJETIVOS: Conocer signos y síntomas de la esquizofrenia. Conocer abordaje enfermero para mejorar la sintomatología del paciente.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica mediante artículos seleccionados de la base de datos Cuiden.

RESULTADOS: El tratamiento de la esquizofrenia requiere un abordaje multidisciplinar, donde se traten no solo de forma farmacológica los síntomas de la enfermedad, el paciente necesita intervenciones psicológicas y enfermeras para vencer la fase aguda de la enfermedad. La enfermera debe hacer una valoración inicial del paciente, transmitiendo seguridad y confianza. Hablar con el paciente, escuchar y demostrar empatía ante sus alucinaciones. Nunca se debe hacer ver que estamos de acuerdo con la realidad que ellos viven, pero si escucharlos, no negársela. Es imprescindible crear un clima tranquilo y de confianza para reducir la ansiedad y depresión. Este tipo de paciente sufren un gran estigma social que dificultad evitar el aislamiento en el ámbito laboral y en la sociedad.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que presentan esta enfermedad requieren unos cuidados especiales y una atención multidisciplinar, ya que se trata de un abordaje muy complejo.

PALABRAS CLAVE: SINTOMAS NEGATIVOS, AISLAMIENTO SOCIAL, SÍNTOMAS POSITIVOS, ESQUIZOFRENIA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO A FILAR EN HOSPITAL DE DÍA

VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA, MACARENA SÁNCHEZ MORENO, JOSE ANTONIO CAMACHO
ALCANTARA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 21 años con orientación diagnóstica de Trastorno Psicótico a filiar, en seguimiento por Hospital de Día. Consumidor de cannabis. Antecedentes familiares de esquizofrenia. Se detectan diversos problemas de enfermería en las sucesivas entrevistas, sobre todo en el ámbito social; por lo que se realiza valoración enfermera y se instaura plan de cuidados individualizado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon. Búsqueda bibliográfica en bases de datos.

JUICIO CLÍNICO: (00097) Déficit de actividades recreativas R/C: actividades recreativas insuficientes, falta de motivación M/P: aburrimiento (00052) Deterioro de la interacción social R/C: habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad, alteración de los procesos del pensamiento M/P: disconfort en situaciones sociales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza entre: (00097) Déficit de actividades recreativas, (00052) Deterioro de la interacción social, (00146) Ansiedad y (00119) Baja autoestima crónica.

PLAN DE CUIDADOS: Objetivos: modificación de la conducta: habilidades sociales, potenciación de la socialización, implicación social. Actividades: participación en actividades de ocio, habilidades de interacción social.

CONCLUSIONES: Observamos que en este tipo de paciente con algún tipo de trastorno psicótico son bastante importantes los problemas basados en las relaciones sociales, por lo que en este caso se adquiere un compromiso importante por parte del equipo enfermero para intentar mejorar este aspecto, que a su vez se verá reflejado en una mejora general del paciente.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, ENFERMERÍA, TRASTORNO PSICÓTICO, VALORACIÓN, PLAN DE CUIDADOS.

ESTRÉS PSICOSOCIAL EN RELACIÓN AL PRONÓSTICO DE PSICOSIS LÚPICA

VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO, MARTA GOMEZ OLTRA, MARIA JESUS MESEGUER SALVADOR, JESUS JIMENEZ MARTOS, CRISTINA PINILLA MATEOS, ROSARIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA CRISTINA FERNANDEZ GONZALEZ, FRANCISCO VALDIVIA MUÑOZ, DANIEL HERNANDEZ GOMEZ, GLORIA VALERO CHAZARRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 40 años que ingresa por descompensación psicótica. Como antecedentes personales: LES en seguimiento por S. Autoinmunes, primeros informes de LES 2012. En 2000 comenzó a oír voces, al emigrar de Nigeria a Italia por trabajo. Preciso ingreso con tratamiento haloperidol 25 gotas/ noche. En 2003, emigra a Canarias, y tiene episodio de desorganización. Último ingreso hace dos meses en nuestra Unidad con clínica similar. Natural de Nigeria. Reside en Vizcaya desde 2017, casada con dos hijos temporalmente bajo custodia de Diputación. La pareja vive en un albergue.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada en tiempo, no en espacio (cree estar en el Barco de Noé). Barrera idiomática, intercalando palabras en su idioma materno, contenidos restringidos a ideación delirante místico-megalománica y de perjuicio centrada en marroquíes del albergue. ITC Autoinmunes: Paciente en seguimiento tratada con 2º ciclo ciclofosfamida secundario al 1º durante ingreso previo. Asintomática hasta nuevo ingreso. Respuesta favorable pero fluctuante. Controles analíticos normales.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno psicótico debido a enfermedad somática (LES). **PLAN DE CUIDADOS:** Cita en CSM y Hospital de Día Autoinmunes para siguiente dosis de CFM. Se mantiene risperidona 3 mg y tratamiento corticoideo. Seguimiento con Trabajador Social de su Centro.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso con diagnóstico de LES, con varios episodios psicóticos pero que con el tratamiento corticoideo, en ocasiones ciclofosfamida y adecuada toma de antipsicóticos a dosis bajas de mantenimiento se mantiene estable. Sin embargo, últimamente aumentan las recaídas y evolución fluctuante, en el último ingreso coincidiendo con la noticia de que trasladarían a sus hijos a un centro más lejano y dificultaría las visitas por su parte. Los estudios en la población general han observado que la presencia de apoyo social predice significativamente la capacidad del individuo para enfrentar el estrés. El estado de salud y de la enfermedad en pacientes con LES están asociados con el apoyo social.

PALABRAS CLAVE: LES, PSICOSIS, SOCIAL, TRATAMIENTO.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE INDUCIDA POR CONSUMO DE DROGAS

SERGIO SALCEDO MOLINA, FERNANDO ANGEL ROMERO MARIN, JUAN JOSÉ LARA CARMONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 25 años, acude a urgencias acompañado de la familia tras episodio de agitación. Comentan que posee lenguaje reciente de características delirantes. Intento de fuga por temor a que fueran a fusilarlo los policías que tuvieron que intervenir anoche en su domicilio. Niega inicialmente consumo de tóxicos, aunque finalmente reconoce haber consumido cannabis y cocaína. Abandono del tratamiento hace unos meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Orientado, no colaborador, muy irritable, discurso espontáneo alto en tono e incoherente y descontextualizado, psicomotricidad acelerada, niega deseos autolíticos, juicio de la realidad alterado. Familia desbordada por disruptividad.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide inducida por consumo de drogas. **PLAN DE CUIDADOS:** Cuidados físicos: hidratación, nutrición e higiene adecuada. Administración del tratamiento farmacológico: vigilar la toma de dosis, efectos secundarios. Ante la aparición de ideas delirantes y alucinaciones: orientar al paciente en la realidad, ganar su confianza, escuchando sus ideas delirantes, evitar negar o discutir las alteraciones del pensamiento que se expresen en la comunicación verbal (nunca dar a entender que se aceptan), seguir patrón de sueño y alimentación, disminuir los estímulos exteriores y asegurar un entorno de seguridad. Ante el paciente agitado: una sujeción mecánica, mantener la calma y hablarle de forma suave, mantener el contacto visual y atender a sus demandas. Ante el paciente con conductas inhibidas: acompañarle al paciente durante periodos regulares, no abrumar con palabras, hacerle cumplir la rutina del Servicio.

CONCLUSIONES: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta a funciones cerebrales: pensamiento, percepción, emociones y conducta. Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos grandes grupos: los síntomas positivos, que son experiencias anormales, y los síntomas negativos, que son más la ausencia de conductas normales.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, CONSUMO DE DROGAS, ACTUACIÓN ENFERMERA, DESBORDAMIENTO FAMILIAR.

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO

CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz es un estado de excitación mental y motora, con movimientos automáticos o intencionados que generalmente no tienen un objetivo común. Normalmente se acompaña de otros síntomas como son la ansiedad, pánico, conductas amenazantes, agresividad, etc. La agitación es un riesgo potencial tanto para el paciente como para el profesional, por lo que hay que actuar de una forma rápida y segura.

OBJETIVOS: Conocer las actuaciones que debe llevar a cabo el profesional de enfermería ante un paciente psiquiátrico agitado.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de las bases de datos científicas Pubmed, IBECs y SciELO. Se ha aplicado como filtro el idioma español y la revisión se ha limitado a un periodo temporal de 6 años, 2000-2016.

RESULTADOS: Las actuaciones a seguir por el profesional de enfermería ante un paciente agitado son: Contención ambiental: se trata de usar el ambiente como instrumento para disminuir el nivel de agitación del paciente. Hay que facilitarle un ambiente tranquilo, amplio y con pocos estímulos. Contención verbal: mantener una actitud tranquilizadora, firme y comprensiva. Hay que cuidar la comunicación verbal y la no verbal. Contención química: es la utilización de fármacos cuando las anteriores actuaciones no han sido efectivas. Generalmente se administran de forma oral o intramuscular. Contención mecánica: Se utiliza cuando las anteriores no han dado resultado, siempre preservando la dignidad del paciente y actuando según el protocolo del hospital. Consiste en la limitación física del paciente para evitar lesiones.

CONCLUSIÓN: El profesional de enfermería debe estar formado para actuar en dichas circunstancias y es necesario una preparación en habilidades o técnicas de comunicación. Las medidas menos invasivas deben preceder a la restricción física.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA, AGITACIÓN PSICOMOTORA, AGRESIÓN, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ESCALAS Y TEST DE ENFERMERÍA MÁS USADOS EN PACIENTES CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

MARÍA JOSÉ JAÉN LIMA, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN

INTRODUCCIÓN: Las escalas son instrumentos de evaluación en términos cuantitativos y cualitativos. La elección de la escala depende de la finalidad de la valoración.

OBJETIVOS: El objetivo principal del uso de test y escalas en el ámbito laboral es conocer mejor las alteraciones presentes en el individuo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre las escalas y test más usados en enfermería.

RESULTADOS: Escalas más usadas para diagnóstico y seguimiento de pacientes con ansiedad, depresión y somatización. TEST DE HAMILTON para ansiedad. Se valora la intensidad y la frecuencia de diversos síntomas. GAD-7 para ansiedad. Detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada. PHQ-9 para depresión. Mide la gravedad de la depresión y monitorizar la respuesta al tratamiento. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS). 20 Afirmaciones con dos opciones de respuesta. Estima la severidad de la desesperanza. ZARIT de carga del cuidador. Indicada para las cuidadoras de personas dependientes. DUKE-UNC de apoyo social percibido o funcional. Reflejo del apoyo percibido, no del real. APGAR Familiar de percepción de la función familiar. Percepción de la persona sobre la función familiar. Más apoyo social. Se centra en la percepción de ayuda. Escala de sucesos vitales de González de Rivera y Morera. Mide la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes del último año.

CONCLUSIÓN: Con el uso de estas escalas se pretende facilitar el trabajo interprofesional así como facilitar el conocimiento de la evolución del paciente.

PALABRAS CLAVE: ESCALAS, TEST, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIÓN.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA INFLUENCIA DEL ESTIGMA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARÍA JOSÉ JAEN LIMA

INTRODUCCIÓN: El estigma son las actitudes y creencias que dan lugar a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben diferentes. El estigma sigue siendo un factor que afecta de manera muy directa a las personas que padecen alguna enfermedad mental.

OBJETIVOS: Identificar el efecto que el estigma genera en las personas que padecen o pueden padecer un primer episodio psicótico. Determinar las intervenciones desarrolladas por le enfermera especialista en salud mental para disminuir estos efectos.

METODOLOGÍA: Búsqueda sobre Guías de Práctica Clínica, revisiones bibliográficas (Cochrane Plus) y artículos científicos (Pubmed) acerca de la relación que existe entre el estigma social y las personas que padecen un primer episodio psicótico o que tienen alto riesgo de padecerlo.

RESULTADOS: Estudios cualitativos como cuantitativos realizados a partir de 1996 hasta 2016 en personas que han padecido un primer episodio psicótico o que tienen un alto riesgo de padecerlo, han determinado que el estigma influye negativamente a la hora de la búsqueda de ayuda y lo que es más preocupante, en consultar con los servicios de salud dificultando de esta manera la estabilidad psicopatológica precoz.

CONCLUSIÓN: El estigma continúa dificultando los procesos de salud mental y concretamente los diagnósticos precoces. Es por ello que es necesario que sigamos abordando este problema de una manera multidisciplinar. Desde la enfermería especialista en Salud Mental es pertinente que centremos nuestros esfuerzos en la promoción de la Salud Mental, prevención de la psicosis y en la erradicación del estigma a través de intervenciones en Educación para la Salud tanto a nivel individual como colectivamente.

PALABRAS CLAVE: ESTIGMA, SALUD MENTAL, PSICOSIS, INTERVENCIONES, ENFERMERÍA.

ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL SUICIDIO Y TRASTORNO POR ATRACONES

MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO, MARÍA JOSÉ JAEN LIMA

INTRODUCCIÓN: El suicidio es un problema relevante dentro de la salud pública española generando una importante tasa de mortalidad y siendo un problema necesario a tener en cuenta en Salud Mental. De esta manera, es imprescindible que los profesionales especializados en este ámbito nos comprometamos con su abordaje.

OBJETIVOS: Identificar si existe relación entre la tendencia suicida y las personas que sufren un trastorno alimentario por atracón.

METODOLOGÍA: Búsqueda sobre revisiones bibliográficas (Cochrane Plus) y artículos científicos (Pubmed) acerca de la tasa de ideación suicida en personas con trastornos alimentarios por atracón.

RESULTADOS: Las personas que padecen un trastorno alimentario por atracón presentan una probabilidad elevada de ideación, plan e intento de suicidio. Sin embargo, no se pueden asociar los trastornos por atracón con una probabilidad elevada de suicidios cuando existe un ajuste de la psicopatología comórbida. Además, existe diferencia entre adolescentes y adultos. Los primeros experimentan un inicio de suicidio después del inicio del trastorno mientras que los segundos cursan con inicio del suicidio antes del inicio del trastorno.

CONCLUSIÓN: Las personas con trastornos alimentarios por atracón pueden tener un riesgo alto de desarrollar conductas suicidas. Es por ello que es necesario seguir investigando sobre cómo los síntomas del trastorno alimentario y las tendencias suicidas se afectan mutuamente en el tiempo y delimitar las actuaciones profesionales más pertinentes para abordar este problema. Desde enfermería es importante que centremos nuestros esfuerzos en conseguir un ajuste psicopatológico a través de las intervenciones específicas descritas en la “Nursing Intervention Classification” para así reducir así la probabilidad de conductas suicidas.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, TRASTORNO POR ATRACONES, ENFERMERÍA, CONDUCTA.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN SALUD MENTAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA, DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES

INTRODUCCIÓN: La entrevista motivacional se centra en la motivación al paciente. Intenta ayudar a resolver contradicciones sobre los hábitos insanos y a desarrollar habilidades propias. La motivación es un proceso que quiere influir en la conducta promoviendo un cambio interno en el paciente. Esta entrevista resalta la necesidad de adoptar una actitud empática, en el que no se juzga al paciente sino que se le apoya, favoreciendo el cambio.

OBJETIVOS: Analizar la importancia del uso de la entrevista motivacional por parte de la enfermera especializada en salud mental.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Sergas y Junta de Andalucía. Con los términos: entrevista motivacional y enfermería.

RESULTADOS: La actitud de las enfermeras ha de ser flexible en la necesidad del cambio ya que aplica los cuidados en diferentes niveles de actuación tanto en el paciente como en su familia. La enfermera ha de conocer como herramienta de trabajo la entrevista motivacional. Esta consta de dos fases. En la primera se construye la motivación y en la segunda se realiza un fortalecimiento para él mismo basándose en cuatro principios: expresar empatía, desarrollar discrepancias, apoyar la autoeficacia y dar un giro a las resistencias. Existen cinco estrategias comunicativas que se utilizan en los procesos básicos: preguntas abiertas, provocar afirmaciones de auto motivación, escucha reflexiva, hacer resúmenes, ofrecer información y consejo.

CONCLUSIÓN: La entrevista motivacional es una técnica muy eficaz que se realiza por el personal de enfermería especializada en salud mental para promover el cambio de comportamiento en los pacientes. Esta entrevista también mejora la relación enfermero-paciente y aumenta la eficiencia de la consulta.

PALABRAS CLAVE: ENTREVISTA MOTIVACIONAL, CAMBIO, ENFERMERÍA, MOTIVACIÓN.

DIFICULTADES EN LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE POR BARRERA IDIOMÁTICA EN PACIENTES INMIGRANTES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN, OSCAR MORENO PÉREZ, OLGA RUEDA DIAZ

INTRODUCCIÓN: En los últimos tiempos, los movimientos migratorios han modificado el perfil de paciente que es atendido en una unidad de agudos de Salud mental, aumentando el número de pacientes que hablan una lengua distinta a la del profesional. Esto provoca dificultades en la comunicación paciente-profesional, condicionando el proceso terapéutico, pudiendo crear en el paciente más ansiedad, agresividad, intolerancia, etc..., Necesitándose con mayor frecuencia contención farmacológica

OBJETIVOS: Identificar similitudes y diferencias clínicas y de relación terapéutica con los profesionales de enfermería entre los pacientes ingresados en la unidad de agudos en función de su procedencia geográfica y de la barrera idiomática

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo con los pacientes ingresados en la unidad de agudos durante seis meses. Las variables recogidas son de dos tipos: socio-demográficas. Y clínicas. Se someten a análisis mediante el programa SPSS para valorar su relación y significación, utilizando las pruebas estadísticas acordes al tipo de variable utilizada

RESULTADOS: En un total de 649 pacientes ingresados en nuestra unidad, el 12.3% Eran inmigrantes y de éstos el 26% presentaban barrera idiomática. Destaca la fuerte relación estadística entre el uso de contención farmacológica y restricciones de movimientos en los pacientes con barrera idiomática

CONCLUSIÓN: La barrera idiomática es un factor negativo en un paciente de salud mental, haciéndose más evidentes en situaciones agudas. Estas dificultades que se producen en la relación paciente-profesional, conlleva con mayor frecuencia el uso de contenciones farmacológicas y de restricción de movimientos.

PALABRAS CLAVE: INMIGRACIÓN, BARRERA IDIOMÁTICA, RELACIÓN, PSIQUIATRÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA

CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es un procedimiento que tiene como objetivo de limitar una o varias partes del cuerpo para proteger a la persona de potenciales lesiones.

OBJETIVOS: Analizar la actuación a seguir por los profesionales de enfermería ante la contención mecánica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de los buscadores Pubmed, Medline, SciELO. Se ha utilizado el español como idioma y se han seleccionado 15 artículos publicados entre 2000 y 2017.

RESULTADOS: La contención mecánica (CM) es una prescripción médica que debe especificar el tipo (parcial o total) y duración de la misma. Debe tener una hoja de registro propia para la prescripción, seguimiento y revaloración del paciente contenido. La CM supone un trauma físico y psicológico tanto para el paciente como para los profesionales que lo llevan a cabo y se ha de utilizar como último recurso. Preservando la dignidad y el respeto al paciente, actuando de una forma coordinada con una base teórica y siguiendo el protocolo establecido en el hospital. Para realizar la contención hacen falta 5 profesionales y el material a utilizar debe ser homologado. La habitación de contención debe ser amplia, con cama individual y buena ventilación. El profesional enfermero ha de participar durante la contención y posteriormente debe procurar los cuidados al paciente. Debe llevar a cabo una vigilancia al paciente, controlando sus constantes vitales, nivel de conciencia, probables lesiones cutáneas por la inmovilización y cubrir las necesidades derivadas de la limitación física como la alimentación, hidratación y eliminación.

CONCLUSIÓN: La CM debe realizarse siguiendo el protocolo del hospital y este ha de proporcionar formación sobre el procedimiento. El profesional de enfermería ha de realizar una valoración previa y un seguimiento, conociendo las probables complicaciones potenciales.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN PSICOMOTORA, RESTRICCIÓN FÍSICA, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, INMOVILIZACIÓN.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y TENTATIVA DE SUICIDIO

LUISA GALLARDO JIMENEZ, MONTSERRAT RUIZ SAEZ, CONCEPCION INMACULADA FORTES MILLÁN

INTRODUCCIÓN: La inestabilidad emocional, la impulsividad y la intolerancia a la frustración son rasgos asociados con la vulnerabilidad a la conducta suicida en todos los diagnósticos. Son características esenciales del trastorno límite de la personalidad (TLP), un trastorno definido.

OBJETIVOS: Identificar la prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad atendidos en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron datos relativos a la prevalencia de los diagnósticos existentes en pacientes que acuden por un intento de suicidio no consumado, mediante la revisión de libros de registro e historias clínicas. Unidad de cuidados intensivos

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron los siguientes :el 16% del total de urgencias psiquiátricas fueron atendidas tras realizar un intento de suicidio. Entre los pacientes que consultaron el 14% presentaba antecedentes previos en Salud mental, con una orientación diagnóstica dentro de la categoría de trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto. Entre ellos solo el 18% tenía diagnóstico previo de trastorno límite de personalidad, perteneciendo el 82% de los casos a otra categoría.

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio presenta las limitaciones de basarse en una información registrada, sin tener datos sobre la fiabilidad de los evaluadores o la posible utilización de diferentes instrumentos de clasificación o evaluación entre ellos. Pensamos que las clasificaciones actuales utilizadas para la codificaciones diagnósticas en el sistema andaluz de salud, no favorecen la clasificación de trastorno de personalidad, quedando dicho diagnóstico recogido en otras categorías. Como la de trastorno de conducta, Trastorno de ansiedad y trastorno depresivo. Como conclusión el diagnóstico de trastorno de personalidad límite presenta una prevalencia baja, entre los pacientes que consultan tras un intento de suicidio.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, SUICIDIO, URGENCIAS, TRASTORNO.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN QUE EL PROFESIONAL ENFERMERO PUEDE APLICAR PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD

CHANTAL ARCHANCO GARCIA, GLORIA PRIETO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Según la NANDA, ansiedad es la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Por tanto, la ansiedad tiene una función adaptativa pero cuando se excede en intensidad o frecuencia se puede convertir en un diagnóstico patológico.

OBJETIVOS: Analizar las técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de las bases de datos SciELO, IBECS, Pubmed. Se ha aplicado como filtro el español y se han seleccionado artículos publicados del 2000 al 2017.

RESULTADOS: Los profesionales de enfermería podemos utilizar diferentes técnicas conductuales de relajación para ayudara disminuir la ansiedad. Uno de ellos es el entrenamiento en la respiración diafragmática, la cual permite llevar una gran cantidad de aire permitiendo activar la respuesta parasimpática, disminuyendo la ansiedad y aumentando el bienestar. Otro método es el entrenamiento autógeno de Schultz, que es una técnica basada en la concentración pasiva en sensaciones físicas. La técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson es una de las más utilizadas. Consiste en guiar a la persona enseñando a relajar y tensar los diferentes grupos de músculos, para que pueda reducir el tono muscular. Ello conlleva a una desactivación del sistema nervioso, permitiendo un estado de relajación general. Todas las técnicas mencionadas se han de realizar en un ambiente tranquilo, con ropa cómoda y tumbado o sentado.

CONCLUSIÓN: Existen diversas técnicas para disminuir la ansiedad y debemos utilizarlas según el estado y la capacitación del paciente.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, TERAPIA DE RELAJACIÓN, ANSIEDAD, RELAJACIÓN.

LA ATENCIÓN AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

DAVID INFANTE REYES, ROCIO ROJAS MARQUEZ, HELENA POZO ROMERO

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno mental grave crónico que afecta a la percepción, ideación, afectividad, comunicación interpersonal y relaciones familiares. Tiene un tratamiento difícil e incomprendido.

OBJETIVOS: Describir los diferentes factores psicosociales y clínicos valorando el factor desencadenante del brote psicótico para poder detectar el traslado a hospital describiendo el perfil de los usuarios asistidos en urgencias con este trastorno.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo durante enero y julio de 2017 en el servicio de urgencias de atención primaria del campo de Gibraltar. Hemos tenido en cuenta la edad, el sexo, la situación laboral, el factor desencadenante y el factor genético. Se obtiene una muestra de 25 pacientes con esta patología.

RESULTADOS: EL 60% son hombres y el 40% son mujeres. La mayor parte de ellos se encuentran solteros o divorciados (86%) y el resto casados. La edad de más del 50% oscila entre los 24 y 65 años y más del 60% se encuentran desempleados. Los factores desencadenantes más comunes son trastornos emocionales y estados de agitación, siendo mayor el primero; aunque las ideas delirantes y las alucinaciones no pasan inadvertidos en esta patología. La mayoría de estos casos requiere traslado hospitalario urgente para valoración por especialista.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio el predominio de atención ha sido por síntomas relacionados con la esquizofrenia, siendo la derivación hospitalaria un mecanismo fundamental en la atención de urgencias de atención primaria en estos casos. La mayor parte de las investigaciones apuntan que esta enfermedad mental es una mezcla de actores que crean un estado vulnerable en aquellas personas con predisposición a desarrollar el trastorno.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, PACIENTE SALUD MENTAL, ESQUIZOFRENIA, TRATAMIENTO, URGENCIAS.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO EN EL ÁREA V DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

FRANCISCA SIMÓN PUCHE, VICTORIA VERÓNICA VERA ARÉVALO, FRANCISCO JOSÉ TELLO TORRES, MILAGROS VALERA ALBERT, VANESA MORALES CAMACHO

INTRODUCCIÓN: El Área sanitaria V de la Región de Murcia, abarca una población en torno a 62.000 Habitantes. La comarca del Altiplano carece de plazas públicas para pacientes con discapacidad mental. Las plazas existentes son concertadas. La condición de cronicidad que caracteriza mayoritariamente el curso de los trastornos mentales mayores favorece la dependencia. El proceso de rehabilitación psiquiátrica incluye la evaluación de las competencias del individuo, la identificación de las demandas y la implementación de métodos de tratamiento para mejorar la competencia, reducir las demandas e incrementar los apoyos sociales. El papel de enfermería para conseguir el autocuidado de estos pacientes es prioritario.

OBJETIVOS: Identificar el estado de Salud del paciente que sufre enfermedad mental al ingreso en la institución Desarrollar un plan de acción de mantenimiento y/o mejora a nivel físico, cognitivo y psicosocial.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. La estrategia de búsqueda incluyó Medline y Embase con restricciones de idioma (Español, Portugués e Inglés) en los últimos 5 años.

RESULTADOS: Los pacientes psiquiátricos institucionalizados que se ven sometidos a procedimientos, administración de fármacos y mayor reposo, a su llegada al centro. Puede generar inmovilidad y supresión sensorial, dependencia, pérdida total o parcial de la autonomía. El equipo interdisciplinar es capaz de valorar al ingreso, las necesidades potenciales para incrementar un envejecimiento saludable que minimice la dependencia.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones de enfermería ayudan a garantizar y diseñar un plan de trabajo que incluya; ejercicio físico, dieta sana y equilibrada, descanso y sueño adecuado, realización de tareas diarias, fomentar el autocuidado para mantener y/o aumentar sus capacidades.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, AUTOCUIDADO, PACIENTE INSTITUCIONALIZADO, ENFERMERÍA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO II: FASE HIPOMANÍACA

OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO, CLARA MIRALLES SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 55 años casada, actualmente en paro, que reside con su marido e hijos. Acude a urgencias para valoración psiquiátrica tras presentar desde hace tres semanas cuadro de agitación, irritabilidad, heteroagresividad e insomnio en el entorno familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AMC a la penicilina. HTA, DLP, no DM. Apendicectomía, amigdalectomía y miomas. Historia de abuso de alcohol. Aspecto cuidado, abordable y colaboradora. Consciente y orientada en las tres esferas. Se aprecia inquietud psicomotriz e hiperobservación, discurso acelerado sin alteraciones del contenido pero con dificultades para seguir la idea directriz. Disforia, irritabilidad, labilidad afectiva. Heteroagresividad verbal interpersonal y física contra objetos. No alteraciones de la sensopercepción. Hiporexia, insomnio parcial. Juicio de realidad alterado. La entrevista con la familia aporta más información: abandono del hogar, aumento del consumo de alcohol (historia de abuso desde 2001), aumento de las relaciones sociales con contacto inadecuado, abandono de la higiene personal. Episodios clínicos similares desde 2002. Periodos de mejoría clínica. Identificación de episodios subdepresivos y cuadro de depresión mayor hace 30 años.

JUICIO CLÍNICO: Episodio hipomaniaco. Trastorno Bipolar tipo II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La presencia de ingresos previos en 2013 por fase mixta y en 2015 y 2016 con diagnóstico al alta de cuadro psicótico breve hacían importante diferenciar, la sintomatología hipomaniaca presente, de un posible trastorno orgánico y de trastornos psíquicos como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno de personalidad/Alcoholismo.

CONCLUSIONES: Diagnóstico tardío por las dificultades en el diagnóstico diferencial. Destacamos la importancia de aquellos datos aportados por la familia durante la entrevista pues fue precisa la descripción de cuadros depresivos en el pasado para cumplir criterio diagnóstico de trastorno bipolar. Importancia de la correcta coordinación entre recursos al alta.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TIPO II, HIPOMANÍA, MANÍA, BIPOLAR.

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR EN SALUD MENTAL

JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, MARIA ISABEL GARCIA GIL, PATRICIA MIRAS GONZALEZ,
DOLORES DUARTE PADILLA

INTRODUCCIÓN: Actualmente en salud mental es común el enfoque desde un punto interdisciplinar o multidisciplinar, que por cierto no debemos confundir. Nosotros nos centramos en la interdisciplinariedad que hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y del procedimiento, es una puesta en común de conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de la actuación interdisciplinar en salud mental.

METODOLOGÍA: En la presente revisión se realizara una búsqueda literaria científica y se analizaran algunos de los principales estudios clínicos, artículos publicados hasta la actualidad que evalúen la importancia de la actuación interdisciplinar en el campo de la salud mental. Búsqueda y revisión en diferentes bases de datos y buscadores como Medes, Pubmed, utilizando los descriptores: interdisciplinar, salud mental, instituciones, actuación.

RESULTADOS: Se observa la trascendencia en salud mental de un enfoque interdisciplinar con una atención integral del individuo debido a la complejidad de la mayoría de las patologías mentales y, así poder realizar una intervención adecuada y específica según las necesidades de cada individuo.

CONCLUSIÓN: En salud mental es necesario una intervención interdisciplinar para realizar un buen plan de tratamiento integral tratando todos los aspectos del individuo (bio-psico-social) y, poder ampliar y sumar las ventajas de la actuación de cada profesional uniéndolos en uno sólo, que no es otro que el beneficio del paciente.

PALABRAS CLAVE: INTERDISCIPLINAR, SALUD MENTAL, INSTITUCIONES, ACTUACIÓN, EQUIPO TERAPÉUTICO.

GESTIÓN DE CASOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

LAURA MONTES CARABIAS, OSCAR MORENO PÉREZ, OLGA RUEDA DIAZ

INTRODUCCIÓN: El Plan de Seguimiento Individualizado (PSI) es un dispositivo asistencial comunitario en Salud Mental para la atención de personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave (TMG). Nace de la necesidad de atender a personas con una grave repercusión social e inadecuada utilización de los servicios de salud.

OBJETIVOS: Analizar si mejora la vinculación, la adherencia terapéutica y el cumplimiento farmacológico. Analizar si disminuyen las visitas a Urgencias. Analizar si disminuyen los reingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal con muestra de 36 pacientes con TMG en el año 2017 La metodología es la Gestión de Casos. Psiquiatra ,enfermera y trabajador social realizan valoraciones y seguimientos semanales dirigidos a fomentar hábitos de vida saludables,mejorar la adherencia terapéutica,aumentar la conciencia de enfermedad y conseguir la vinculación al Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) de referencia. Semanalmente realizan una reunión donde comentan problemas que pueden surgir de la atención diaria e intentan resolverlos. El equipo terapéutico se marca unas pautas a seguir y la intervención siempre será durante un tiempo limitado, según la respuesta del usuario.

RESULTADOS: Se realiza una comparación, antes y después de formar parte del programa PSI observándose que el cumplimiento de visitas programadas aumenta 20%. La asistencia a realización de analíticas de control aumenta del 70.96% A 90.62%. La asistencia al CSMC era del 60.82% Y pasa a ser del 83.60%. Las visitas a urgencias han disminuido considerablemente y las hospitalizaciones han disminuido de 19 a 7.

CONCLUSIÓN: El trabajo individualizado y de seguimiento que los gestores de casos del PSI realizan con los usuarios contribuye a aumentar la vinculación y el seguimiento con psiquiatra, enfermera y trabajador social del Centro de Salud Mental Comunitario.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, TMG, SEGUIMIENTO, GESTION CASOS.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: EMOCIÓN EXPRESADA

LETICIA VIOLANTA ORTEGA, DARIA PIOZAS AROZARENA, SANDRA GONZALEZ CARMONA

INTRODUCCIÓN: Es difícil separar los primeros pasos desde la aparición de la Esquizofrenia, del papel que las familias de estos pacientes representan en el debut y la evolución de la enfermedad. Se pueden identificar los altos niveles de criticismo, la sobreimplicación emocional hacia el paciente o la hostilidad (datos que describen la alta emoción expresada), como predictores de recaída en esquizofrenia. Disminuir la expresión emocional, el estrés y la carga familiar mediante intervenciones familiares, disminuye el riesgo de recaídas.

OBJETIVOS: Determinar las diferencias en la evolución de pacientes que padecen Esquizofrenia en función de la estructura familiar emocional.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: La metodología utilizada para la evaluación de los pacientes que forman parte de este análisis, consta de tres pasos: 1. - Determinación de la estructura familiar, según sea o no de alta emoción expresada. 2. - Determinación de las descompensaciones en los siguientes cinco años tras el diagnóstico de la enfermedad. 3. - Cuantificación del nivel cognitivo de los pacientes a los cinco años desde el diagnóstico en ambos grupos. El grupo de pacientes que presenta una estructura familiar de alta emoción expresada, presenta el doble de descompensaciones en los cinco años analizados, así como un mayor deterioro cognitivo. El hecho de que haya un mayor número de descompensaciones, conlleva que el deterioro cognitivo sea mayor, por ello, estos dos aspectos evaluados irán unidos.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones familiares y de pacientes con esquizofrenia, se benefician en su resultado, cuando el personal de enfermería que realiza este trabajo, tiene en cuenta la emoción expresada familiar. Es fundamental el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en el Trastorno Mental Grave, comprometiéndose a enseñar a las familias aquellas herramientas que les permita afrontar la enfermedad dignamente, posibilitando que tanto el paciente como sus familiares continúen satisfactoriamente con el desarrollo de sus proyectos vitales, integrados en la comunidad.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, METODOLOGÍA, EMOCIÓN EXPRESADA, DETERIORO COGNITIVO.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: FACTORES RELATIVOS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA, PALOMA ATELA URQUIJO, BEATRIZ MERAYO SERENO, ANE ORMAZABAL RUIZ

INTRODUCCIÓN: Según el informe sobre adherencia terapéutica a largo plazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el incumplimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas, como son los trastornos mentales, es un problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar.

OBJETIVOS: Analizar publicaciones científicas sobre incumplimiento terapéutico: factores relativos a los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre incumplimiento terapéutico de los últimos 5 años. Se consultaron bases de datos: Scielo, PubMed Central y Cochrane. Los descriptores utilizados fueron: “incumplimiento”, “tratamiento”, “factores”, “terapeuta” y en inglés: “non-adherence”, “treatment”, “factors”, “health professional”. Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen los factores que influyen en el incumplimiento terapéutico relativo a los profesionales sanitarios; Revisiones bibliográficas; que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; con acceso al texto completo; y escritos en inglés, español o portugués. De un total de 44 publicaciones, fueron seleccionadas 12.

RESULTADOS: Los factores relacionados con los profesionales sanitarios en el incumplimiento terapéutico derivan en su mayoría de la relación terapéutica, considerada elemento clave para la adherencia, como fuente de refuerzo y motivación para el cambio de conducta. La actitud del profesional también se considera determinante, de tal manera que las respuestas afectivas, la confianza y la flexibilidad mejora la adherencia. La falta del tiempo en la comunicación profesional-usuario es otro motivo de incumplimiento. El grado de experiencia del profesional también ha sido estudiado sin existir evidencia.

CONCLUSIÓN: Conocer los factores relacionados con los profesionales sanitarios que influyen en el incumplimiento terapéutico es esencial para mejorar la práctica asistencial y promover la adherencia al régimen terapéutico. Actuar sobre estos factores para realizar una buena praxis, es competencia de cada profesional para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

PALABRAS CLAVE: INCUMPLIMIENTO, TRATAMIENTO, FACTORES, TERAPEUTA.

TRASTORNO BIPOLAR VERSUS ESQUIZOFRENIA DESENCADENADAS POR TÓXICOS

TANIA ORTIZ PUERTAS, JESSICA GARCÍA ESTEBAN, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 17 años de edad que acude a consulta por amenorrea de 2 meses de evolución y demandando información sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Durante la anamnesis comienza con episodio delirante, lenguaje verborreico e incoherente, personalización de objetos, agresividad. Se decide derivación a urgencias de psiquiatría. Como antecedentes personales destaca adicción a drogas desde los 12 años, actualmente en programa de desintoxicación y trastorno psicótico en estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow 15/15, exploración Neurológica normal, resto anodino. Analítica normal, destaca triaje de drogas en orina positivo a cannabis, test de gestación positivo. ECG: ritmo sinusal a unos 75lpm, sin hallazgos relevantes. Ecografía: confirmación de saco vitelino con actividad cardiaca positiva.

JUICIO CLÍNICO: Gestación de 7 semanas confirmado por ecografía. Episodio psicótico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Esquizofrenia vs Trastorno bipolar vs trastorno psicótico secundario a tóxicos.

PLAN DE CUIDADOS: Depakine 200mg, 2 comprimidos cada 24h; depakine 500mg 1 comprimido cada 24h; quetiapina 300mg cada 24h; rivotril 0.5Mg 2 comprimidos al día. La paciente presenta una evolución tórpida, con conducta sexual de riesgo y con recaídas durante medio año, con la necesidad de reajuste de medicación continua. En el último trimestre presenta mejoría clínica, con estabilidad emocional y controlada con medicación. Continúa con consumo de cannabis, por lo que se realiza pauta de control.

CONCLUSIONES: En la bibliografía se recoge la relación existente entre el consumo de tóxicos y trastornos psicóticos, pero con una base genética de inicio, en la mayoría de los casos se recoge que las sustancias tóxicas precipitan un trastorno que tarde o temprano podría haber aparecido. Por otro lado existen distintos metaanálisis que las mujeres que se han sometido a una IVE tienen mayor probabilidad de trastornos psicóticos.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, DROGAS, TRASTORNO BIPOLAR, EMBARAZO.

LA LABOR DE ENFERMERÍA EN LA ESQUIZOFRENIA

VIRGINIA ALBA VELÁZQUEZ, MÍRIAM SÁNCHEZ ALCÓN, MARÍA SOLEDAD VIDAL GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno mental que se encuentra en el grupo de trastornos psicóticos. Se caracteriza por una distorsión de la realidad, es lo que perciben en sus alucinaciones y delirios. Se percibe alteraciones en los sentidos, lenguaje, pensamientos y psicomotrices.

OBJETIVOS: Enumerar los tipos de esquizofrenia que existen y describir la labor que llevan a cabo los enfermeros ante esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de forma electrónica usando las siguientes palabras claves: “Esquizofrenia”, “Enfermería”, “Manifestaciones clínicas”, y “prevención” a través de diferentes bases de datos como Science Direct, Cuiden y Elsevier. Se incluyeron aquellos documentos con fechas comprendidas entre el periodo 2012 hasta 2018. También aquellos publicados en español e inglés, y con acceso a texto completo.

RESULTADOS: Se ha realizado un diagrama sobre los tipos de esquizofrenia, sus manifestaciones clínicas y el papel de enfermería en esta enfermedad mental. Entre los tipos de esquizofrenia encontramos cuatro tipos: catatónico, paranoide, residual y desorganizada. Además hemos identificado que las manifestaciones clínicas se pueden agrupar en dos tipos: positivos (delirios, alucinaciones...) Y negativos (lenguaje pobre, apatía...). Por otra parte, entre las funciones del profesional de enfermería cabe destacar algunas como mantener escucha activa con el paciente, respetar su silencio o no corregir ni llevarle la contraria.

CONCLUSIÓN: El papel de enfermería es fundamental para que esta enfermedad continúe con total normalidad sin síntomas que agraven la situación. Por un lado, para tratar estos enfermos deben seguir unas conductas, ya establecidas para su manejo, y realizar terapias psicológicas y por otro lado intervenir en la administración y gestión de fármacos así como hacer registro de sus evoluciones e incidencias existentes.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ENFERMERÍA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, PREVENCIÓN.

RIESGO AUTOLÍTICO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

SALVADOR NAVARRO MOROTE, JOSEFA GARCIA MADRID, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, MARTA RUBIO CEBRIAN

INTRODUCCIÓN: El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) está descrito por un patrón general de inestabilidad de las emociones, las relaciones interpersonales y la autoimagen. Así como un escaso control de impulsos, caracterizado por una gran impulsividad, conductas de riesgo y hostilidad, presentando en diversas ocasiones conductas autolíticas y suicidas. La prevalencia de conductas autolíticas es alta en pacientes con diagnóstico de TLP. Parece razonable, que individuos vulnerables, impulsivos, que presentan labilidad emocional y bruscos cambios de humor, con problemas de identidad y miedo al abandono, y que suelen implicarse en relaciones interpersonales inestables, presenten alto riesgo de realizar intentos autolíticos ante situaciones frustrantes. Además, es muy difícil predecir la conducta autolítica en pacientes con TLP pues son cuadros muy heterogéneos con alta comorbilidad, que complican tanto la evaluación como el manejo clínico.

OBJETIVOS: Conocer el riesgo autolítico en el trastorno límite de la personalidad.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, Lilacs, ScienceDirect, Scielo, Cochrane, Dialnet y Cuiden. Los descriptores y operadores booleanos empleados fueron: conductas autolíticas AND trastorno límite de la personalidad.

RESULTADOS: La impulsividad aumenta el riesgo autolítico, correlacionando más con el número de conductas autolíticas que con la letalidad de éstas. La inestabilidad emocional y la impulsividad, al limitar las estrategias de afrontamiento eficaces, especialmente ante episodios vitales adversos, predisponen a gestos autolíticos, que aumentan el riesgo de suicidio consumado. El riesgo de suicidio en pacientes con TLP aumenta si hay afección psiquiátrica asociada. Respecto al género, el suicidio consumado es más frecuente en mujeres con TLP y elevada disregulación emocional.

CONCLUSIÓN: Existe un alto riesgo autolítico en el TLP, fundamentalmente debido a la impulsividad e inestabilidad emocional que caracteriza a estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, CONDUCTAS AUTOLÍTICAS, SUICIDIO, AUTOLESIONES.

SUJECIÓN FÍSICA Y FARMACOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ, MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, INES RIOS ALVAREZ, MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, MARIA CRUZ GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS

INTRODUCCIÓN: La sujeción física y farmacológica son las medidas destinadas de privar a un paciente de movimiento, lo cual genera controversias por su repercusión social, ética y jurídica al afectar a derechos fundamentales de la persona como la libertad, la dignidad o la autoestima con el agravante de que en su mayoría son pacientes con una capacidad de decisión limitada.

OBJETIVOS: Analizar el empleo de la sujeción en el ámbito sanitario.

METODOLOGÍA: Consultas bibliográficas sobre los protocolos de intervención para la sujeción tanto física como farmacológica así como su efectividad y consecuencias.

RESULTADOS: Algunos estudios demuestran la falta de efectividad de las medidas de sujeción debido a una aplicación de las mismas sin haber considerado realmente los efectos secundarios que producen. La libre elección por parte de los profesionales, la ausencia de supervisión, la limitación en el tiempo y sobre manera, la no aplicación del abordaje verbal, agravan dichos efectos secundarios.

CONCLUSIÓN: Los protocolos de sujeción son la base mas importante por la que regirse en estos casos, debiendo respetarlos y adaptarlos a cada caso, con el doble objetivo de ser válido para su fin y respetar en su máximo grado la dignidad de la persona, sus derechos y su calidad de vida. Uno de los conocimientos primordiales en los supuestos casos de sujeción es el abordaje verbal, tranquilizándole, ayudándole a controlar su estado haciéndole ver que es transitorio y aumentando su autoestima. Es necesario crear estrategias para mejorar el correcto cumplimiento de los protocolos y formar a los profesionales en su correcto abordaje verbal, el cual puede evitar la complicación de sujeciones y por consiguiente los efectos derivados de dicha aplicación.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, SALUD, PROTOCOLOS, SUJECIÓN, CONTENCIÓN.

LA ENFERMERA ESCOLAR ANTE UNA CRISIS DE ANSIEDAD EN EL CENTRO DOCENTE

SUSANA DIAZ SALGADO

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del niño y del adolescente y la que con mayor frecuencia causa un desajuste emocional y conductual que condicionará su adaptación al ámbito educativo.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de nuestro papel como enfermeros escolares a la hora de detectar este problema, así como ofrecer una visión global de la actuación de la enfermera escolar tanto de forma asistencial como educativa.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica buscando información relevante a partir de bases de datos como son Pubmed, LILACS y Cuiden. También se han consultado diversos artículos y manuales hasta completar el desarrollo del presente trabajo.

RESULTADOS: Del amplio material bibliográfico consultado, se aprecia una falta de recursos didácticos dirigidos a los Enfermeros Escolares, motivo por el cual hemos basado gran parte del contenido del presente trabajo en nuestra propia experiencia en este campo.

CONCLUSIÓN: La ansiedad no tratada puede llevar a la depresión y a otros problemas que pueden continuar en la edad adulta. Sin embargo, los problemas de ansiedad pueden ser tratados de forma efectiva, especialmente si han sido detectados de forma temprana. La enfermera escolar como figura del ámbito sanitario en el centro docente, es la principal proveedora de cuidados para intervenir en este tipo de crisis, ayudando al niño a afrontar mejor las situaciones en las que padece ansiedad, y así evitar que esto interfiera en su vida diaria.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ENFERMERA ESCOLAR, ANSIEDAD INFANTIL, INTERVENCIÓN ENFERMERA, NIÑOS.

MALTRATO INFANTIL OCULTO: SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES

TATIANA OLTRA DURÁ, ALEXANDRA TEROL ESTEVE, MARTA FERNANDEZ PIÑERO, GLORIA MARIA ACOSTA SÁNCHEZ, ANA MANSILLA BELMONTE, DESIRÉE MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA ISABEL FERNÁNDEZ ESTEBAN

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Münchhausen por poderes es considerado una patología de alta complejidad, en el cual el perpetrador intencionadamente produce o finge síntomas/signos físicos o psicológicos en otra persona que está bajo su cuidado (usualmente un menor). De esta forma, obtiene la atención sanitaria, incluyendo la realización de exámenes y procedimientos innecesarios. Se considera un tipo de abuso infantil, poco conocido y poco diagnosticado, en el que resulta de gran relevancia el papel de los profesionales sanitarios que pueden participar de forma activa, aunque involuntaria, permitiendo el abuso.

OBJETIVOS: Analizar los signos identificativos del Síndrome de Münchhausen por poderes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Medline, Cuiden y Scielo. Se localizaron artículos y revisiones sistemáticas publicadas en castellano y en inglés durante los últimos 10 años. Los descriptores utilizados han sido: Síndrome de Munchausen por poderes, abuso infantil.

RESULTADOS: A menudo, la perpetradora es la madre. Busca la atención médica, exige especialistas e insiste en que se realicen pruebas y tratamientos. Suele mostrar un afecto inapropiado cuando se discute la enfermedad del niño o técnicas invasivas. Esta puede tener historia de rechazo o abuso durante su niñez. Los padres suelen estar ausentes o emocionalmente distantes. Se ha observado que las relaciones maritales son pobres. La víctima suele presentar sintomatología inespecífica que solo es presenciada por la madre.

CONCLUSIÓN: Conocer los signos identificativos del síndrome facilitará el diagnóstico y la rápida intervención. Se deben seguir los protocolos estándar de notificación de abuso, observar de cerca a los padres sospechosos y recordar que los perpetradores recurren a las emociones para manipular a los profesionales sanitarios. La seguridad y el bienestar del niño deben seguir siendo nuestros objetivos principales.

PALABRAS CLAVE: ABUSO INFANTIL, DETECCIÓN, TRASTORNO FACTICIO, SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN, PODERES.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ENMASCARADO: RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 60 años derivado por Médico de Atención Primaria por trastorno mixto ansioso-depresivo y pluripatología orgánica de base, con escasa respuesta a tratamiento. Sin antecedentes personales psiquiátricos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En relación a problemas sucesivos de salud y despido reciente, desarrolla un cuadro de 2 años de ánimo bajo progresivo, que es diagnosticado de cuadro ansias depresivo reactivo. En sucesivas entrevistas se objetiva una personalidad obsesiva, con fobias de impulsión, y rituales de comprobación y limpieza.

JUICIO CLÍNICO: TOC. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Toc vs cuadros afectivos.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente debe ser tratado con clorimipramina o sertralina para poder mejora sus obsesiones. Están han empeorado tras las situaciones adversas, pero no hay que dejar de explorar nunca las características del carácter.

CONCLUSIONES: EL TOC puede pasarse por alto, o enmascararse por otras patologías, especialmente en los casos en que el pensamiento obsesivo es neutralizado en forma de rituales mentales. De ahí la importancia de realizar una correcta exploración para poder establecer un diagnóstico diferencial adecuado. El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la existencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes, que consumen al menos 1 hora diaria, siendo lo más frecuente la aparición conjunta de ambos fenómenos. Objetivo: Destacar la importancia, a través de un caso clínico, de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre un TOC y otros cuadros del espectro ansioso y afectivo.

PALABRAS CLAVE: OBSESIVO, COMPULSIVO, TRASTORNOS AFECTIVOS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO DE UN CASO DE MUTISMO SELECTIVO: UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

CLARA GARZÓN BOCH, ANTONIA GEMA ARIZA MARÍN, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 4 años de edad, en seguimiento por la Unidad de Maduración por prematuridad, es derivado a la Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil por presentar dificultades en la socialización y trastornos de conducta con rabietas frecuentes y baja tolerancia a la frustración. Convive con su madre y la compañera de la misma (a la que llama “tata”). Su madre refiere que desde la guardería se han objetivado dificultades en la socialización “es muy tímido, me necesita mí para relacionarse, muy apegado, no tiene iniciativa para relacionarse, aunque últimamente acepta jugar si lo vienen a buscar”. Antecedentes: embarazo por FIV y parto prematuro a las 34 semanas de gestación, permaneciendo en incubadora 40 días por múltiples patologías.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La etapa de evaluación se realizó en cuatro entrevistas con el objetivo de determinar el diagnóstico y pronóstico del caso. Nivel de desarrollo psicomotor: acorde con su edad cronológica. CI: 100. Características personales: niño rígido, con baja tolerancia a la frustración, rabietas frecuentes, inteligente, mimado, dudosas estereotipias motoras.

JUICIO CLÍNICO: Mutismo Selectivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso el Mutismo Selectivo debe distinguirse de la Ansiedad social y los Trastornos del habla, dado que se pueden observar problemas en la comunicación social.

CONCLUSIONES: Los niños con mutismo selectivo presentan un descenso hasta anulación del habla en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, por ejemplo, la escuela) a pesar de hacerlo en otras, sin existir otros problemas psicológicos o somáticos que expliquen dicha situación. En estos niños también son frecuentes ciertas características personales como la timidez, el retraimiento, la ansiedad, la sobreprotección familiar y algunos rasgos obsesivos. Suele aparecer y relacionarse con el inicio del período escolar, interfiriendo en el rendimiento escolar, laboral y comunicación social.

PALABRAS CLAVE: MUTISMO SELECTIVO, ENFERMERÍA, INTERVENCIONES, ANSIEDAD SOCIAL.

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALTERACIONES DE SALUD MENTAL

ANGUSTIAS BARRANCO NAVARRO, MARIA REQUENA MUÑOZ, SONIA ARROYO VILLEGAS

INTRODUCCIÓN: La salud mental es un pilar importante para el estado de bienestar de la persona para poder desarrollar y afrontar las tensiones normales de la vida, siendo consciente de su propia capacidad para realizar un trabajo, relacionarse con el entorno familiar, social, tener capacidad para afrontar y resolver problemas, etc. Aunque las causas que pueden desencadenar algún tipo de trastorno mental es desconocida puede haber una serie de factores que propicien este tipo de enfermedad mental como una combinación de factores sociales, biológicos, y hereditarios entre otros, puede ser la causa. Algunos de estos problemas se pueden incluir en los siguientes grupos: trastorno de la conducta alimenticia, como bulimia, anorexia, trastorno por el uso abusivo de sustancia como la drogodependencia, depresión, ansiedad, esquizofrenia son algunos de los trastornos mentales más comunes.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía que nos permita lograr un estado de bienestar físico mental y social, atendiendo a las necesidades de los pacientes y sus familias, logrando que el paciente se integre en la unidad para su recuperación.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El ambiente que rodea a un paciente con trastorno mental es fundamental tanto el aspecto sanitario y familiar. La comprensión, el cariño de los más allegados, son muy importantes. Es necesario conseguir: Tratamiento farmacológico. Apoyo, asesoramiento. Psicoterapia individual, familiar o grupal. Rehabilitación, orientación. Terapia ocupacional.

CONCLUSIÓN: La formación del personal sanitario sus aptitudes y habilidades, sin duda son necesarias para optimizar los cuidados precisos de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, ANSIEDAD, TRASTORNO PSICOLÓGICO, DEPRESIÓN.

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y EL IMPORTANTE PAPEL DE LA ENFERMERÍA

RUTH GONZÁLEZ LÓPEZ, LUCÍA GARCÍA ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: Los trastornos depresivos consisten en estados de tristeza y pérdida de interés que se prolongan a lo largo del tiempo, más de dos semanas, y que generan un gran deterioro a nivel laboral, social y funcional. Existen varios tipos de trastornos depresivos y cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad, por lo que el personal de enfermería debe realizar una adecuada educación sanitaria que incluya el correcto cumplimiento farmacológico y el apoyo emocional.

OBJETIVOS: Determinar los tipos de trastornos depresivos existentes y hacer hincapié en la relevancia de la función enfermera como apoyo emocional a estos pacientes.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión sistemática donde se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos científicos sobre los trastornos depresivos. Se han utilizado buscadores científicos como Google académico, Cochrane Plus y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido, “trastornos depresivos”, “prevalencia”, “enfermería” y “aislamiento social”. Como criterios de inclusión se han utilizado artículos en español, cualquier tipo de estudio epidemiológico, ya sea de cohortes como de casos y controles o una revisión sistemática. El estudio debe ser realizado en humanos de cualquier rango de edad. Se han obtenido 51 resultados de los cuales se han utilizado 21.

RESULTADOS: El trastorno depresivo mayor es uno de los más frecuentes, es más habitual en mujeres de edades entre veinte y cuarenta y cinco años. Otros trastornos comunes son el trastorno depresivo persistente o distimia, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

CONCLUSIÓN: El enfermero debe ser un gran apoyo emocional para evitar así el aislamiento social y laboral. Para ello debe recurrir a la escucha activa y al refuerzo positivo, de esta manera aumentará la autoestima del paciente.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS DEPRESIVOS, PREVALENCIA, ENFERMERÍA, AISLAMIENTO SOCIAL.

ENFERMEDAD BIPOLAR TIPO III: IATROGENIA O ESPECTRO

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Enferma diagnosticada de Depresión Recurrente, episodio actual depresivo moderado con síntomas somáticos y predominio de la sintomatología ansiosa: física, psíquica y obsesiva en forma de ruminaciones y pensamientos obsesivos hipocondriacos. El tratamiento con antidepresivos, ISRS y clomipramina indujo periodos de remisión de la sintomatología depresiva y ansiosa de menos de 7 días de duración seguidos de periodos de hipomanía de menos de 48 horas de duración después de los que se produjo una recaída de la sintomatología ansioso-depresiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tac cerebral con contraste: normal. Analítica de control con bioquímica, tiroides: normal. No tóxicos.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno bipolar tipo III. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La descripción del espectro bipolar de Hagop Akiskal incluye el tipo III, secundario al tratamiento con antidepresivos. Mientras que las clasificaciones diagnósticas al uso se basan en un modelo categorial, algunos investigadores han preferido usar un modelo dimensional. El modelo dimensional permite definir, caracterizar, estudiar y clasificar cuadros que escapan al modelo categorial.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente no recibe prescripción de eutimizantes, y mantiene estabilidad clínica.

CONCLUSIONES: Las clasificaciones actuales favorecen el estudio y la clasificación de los síndromes psiquiátricos, desafortunadamente no son categorías exhaustivas ni excluyentes y es frecuente que los diagnósticos se sobrepongan. Las clasificaciones de tipo dimensional permiten diagnosticar algunos trastornos prescindiendo de la rigidez diagnóstica de las clasificaciones categoriales, muy útil en la investigación clínica al homogeneizar los grupos; pero menos práctico en la práctica clínica de los pacientes con trastornos afectivos y ansiosos, polimorfos, como éste.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TIPOS, ESPECTRO BIPOLAR, SECUNDARIO A FÁRMACOS.

LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

MARIA MEANA GARCIA, VIRGINIA ZARZA BELDA, JENNIHE ALEJANDRA ÁVILA ALZATE, NAZARET GÓMEZ MARTÍN DE VIDALES, LARA CABEZAS JUAN, JAVIER JUAN LEDESMA RECUERO, LYUDMIL GEORGIEV GRIGOROV, AINHOA MOLINA DÍAZ, AIDA LÓPEZ QUINTÍA

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia es un método terapéutico que utiliza la interacción musical como medio de comunicación y expresión fomentando entre otros aspectos el aprendizaje y la organización. Es empleada desde hace décadas en el tratamiento de la esquizofrenia y otras patologías mentales pero aún su uso es muy desconocido. Es aquí, donde la enfermería desarrolla un importante papel tanto en el desarrollo como en la evaluación de éstas técnicas.

OBJETIVOS: Determinar los efectos de la musicoterapia en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y PsycInfo; empleando como palabras clave: “musicoterapia”, “esquizofrenia”, “enfermería psiquiátrica” y “terapias alternativas”. Los filtros aplicados: intervalo de tiempo 2013-2018, idioma español, disponibilidad de texto completo. De un total de 38 artículos encontrados se seleccionaron 10 para poder realizar el trabajo.

RESULTADOS: Se observa una mejoría en el estado general y en el estado mental, así como, en los síntomas tanto positivos como negativos de la enfermedad, en el estado anímico (ansiedad y depresión) y en la cognición (memoria, atención y concentración). También mejora el sueño, las habilidades sociales y potencia la mejoría de otras enfermedades.

CONCLUSIÓN: El empleo de la musicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia, así como, en otras patologías de salud mental, ofrece un refuerzo positivo en dichas patologías tanto en el ámbito individual como social; disminuyendo de manera general la depresión y aumentando la autoestima. Es muy importante ampliar el campo de investigación sobre dicho tema ya que todavía no hay demasiadas investigaciones al respecto; y también destacar el papel de la enfermería en la aplicación de esta terapia, en la cual, en el futuro los profesionales sanitarios serán esenciales para su aplicación y estudio.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, ESQUIZOFRENIA, ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA, TERAPIAS ALTERNATIVAS.

EL CELADOR EN LAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS

MARÍA DEL CARMEN SERRANO GÓMEZ, CLARA MARIA BASTIDA OSSORIO, ANTONIO DOMINGUEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La Salud Mental queda integrada en la Seguridad Social con la Ley General de Sanidad de 1986. A partir de entonces, se realiza un nuevo enfoque en esta disciplina para que el enfermo psiquiátrico sea atendido como el resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS: Analizar las funciones del celador en el tratamiento de pacientes atendidos en las Unidades Psiquiátricas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Funciones del celador: Cuida el entorno ambiental de los pacientes. Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen. Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan. Controla el acceso y la circulación de las personas por la unidad. Recoge productos de Farmacia. Acompaña a los pacientes y personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas del centro. Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados. Vigila el orden y la armonía entre pacientes. Ayuda al personal sanitario en la administración de tratamientos de pacientes incapaces que se niegan a colaborar. Colabora con otros profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados. Vigila la puerta de acceso a la Unidad. Controla la entrada y salida. Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento. Traslada pacientes a las unidades y consulta del centro que sea preciso. Recoge pedido de los almacenes. Traslada documentación y objetos.

CONCLUSIÓN: La reforma de la psiquiatría dio lugar a nuevos paradigmas en la atención del enfermo mental, que condujeron a considerarlo como al resto de los usuarios de la sanidad. Se desea conseguir su restablecimiento procurando su recuperación y su inserción socio-familiar con garantías. En las Unidades Psiquiátricas el celador lo asiste dentro de un equipo pluridisciplinar.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, INTEGRACIÓN, CELADOR, UNIDADES PSIQUIÁTRICAS.

ATENCIÓN ENFERMERA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI, LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno por déficit de atención se puede definir como un cuadro de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos.

OBJETIVOS: Analizar conocimientos sobre los cuidados enfermeros en pacientes con TDAH (Trastorno por déficit de atención).

METODOLOGÍA: Partiendo de una revisión teórica sobre los principales elementos que lo definen, se analizan los impactos educativos que conlleva y las estrategias docentes a tener en cuenta para su mejora. Se realiza a través diferentes bases de datos científicos.

RESULTADOS: Intervención psicoeducativa y farmacológica. Facilitar pautas para que el profesorado pueda trabajar desde el aula con el fin de dar respuesta a las necesidades educativas que manifiestan los alumnos con TDAH. Educación de enfermería en educación primaria, ya que es clave para la detección precoz de este síndrome.

CONCLUSIÓN: Este trastorno provoca un importante problema de salud en los niños en la edad escolar. La enfermería, en éste síndrome, tiene una gran papel en la prevención y seguimiento de éste, encargándose de realizar actividades formativas para las familias afectadas y la educación para la salud.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN, APRENDIZAJE, CUIDADOS, NIÑO.

EPISODIO MANÍACO: DEBUT DE TRASTORNO BIPOLAR EN EL PACIENTE ANCIANO

ESPERANZA PRIETO BONILLA, MARIA PILAR CALVO RIVERA, VIRGINIA MILLÁN AGUILAR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón. 85 Años. Episodio depresivo hace 30 años. Un hermano con Trastorno Bipolar. Acude a urgencias traído por familiares por presentar desde hace 2 meses un aumento de irriabilidad, insomnio, agresividad y desorganización y alteración conductual (de riesgo). Proyectos poco ajustados a realidad e ideación delirante de perjuicio. Tras descartar patología orgánica se decide ingreso. Tratado con 300 mg de quetiapina evoluciona favorablemente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Parcialmente colaborador. Suspiciacia. Irriabilidad si se le contradice. Discurso fluido, incremento presión del habla, tangencial, centrado en ideación delirante de perjuicio. Insomnio. Nulo insight. TAC craneal: infarto antiguo en corona radiada derecha periventricular. EKG normal. Analítica: insuficiencia renal y anemia que se corrigen con ingesta hídrica. Negatividad para serología. Hormonas y vitaminas normales

JUICIO CLÍNICO: Episodio maníaco. Debut tardío de Trastorno Bipolar (TB). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A estas edades la importancia del diagnóstico diferencial recae en descartar una causa orgánica, tanto neurológica o cerebral (AVC, tumores, parkinson demencia...) Como endocrinológica o sistémica (cushing, neurolúes, SIDA...), Así como secundaria a sustancias (corticoides, opiáceos...).

CONCLUSIONES: Según estudio ECA, la prevalencia del trastorno bipolar en pacientes mayores de 65 años es del 0.1%. Cuando la población estudiada corresponde a residencias asistidas, la prevalencia es del 9,7%. Por otro lado, cuando se analizan los diagnósticos psiquiátricos que motivan los ingresos hospitalarios en estos pacientes, el TB es el responsable del 5-12% de éstos. La presencia de síntomas maníacos en ancianos con algún trastorno afectivo es del 5-19% de los casos. El debut de TB es más frecuente entre los 28-44 años, disminuyendo el riesgo a partir de los 50 años de edad. No obstante, existe una relativa elevada prevalencia de primeros episodios maníacos en mayores de 60 años que pueden explicarse por diversas razones. Cabe destacar algunas características clínicas del episodio maníaco en esta población: presencia de síntomas confusionales, frecuente deterioro cognitivo basal, etc.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, ANCIANO, DEBUT MANÍACO EN ANCIANO, TRASTORNO BIPOLAR EN POBLACIÓN ANCIANA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

CLARA MIRALLES SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ, OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO

INTRODUCCIÓN: Los cigarrillos electrónicos, e-cigarettes o vaporizadores son dispositivos electrónicos cuyo objetivo es simular la experiencia de fumar para sustituir al cigarrillo convencional o con finalidad recreativa.

OBJETIVOS: Analizar los artículos científicos y entidades gubernamentales que sobre del cigarrillo electrónico actualmente.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed seleccionando artículos de los cinco últimos años que estuviesen en revistas de cuartil Q1-Q2. Los descriptores DeCS utilizados fueron Electronic Nicotine Delivery Systems, Electronic Cigarettes y E-Cigarettes.

RESULTADOS: No producen combustión en el proceso sino vapor, de ahí su nombre. Los utiliza un 1% de la población española según los datos del Eurobarómetro del año 2017. Desde que surgieron en el año 2003 han ido evolucionando por lo que hay tres generaciones de dispositivos.

CONCLUSIÓN: Actualmente sigue el debate entorno al uso de los cigarrillos electrónicos. Se necesita más investigación al respecto al ser un dispositivo reciente en el que aun no está del todo claro su papel en el abandono del hábito tabáquico y sus efectos para la salud a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: CIGARRILLO ELECTRÓNICO, EFECTOS PARA LA SALUD, ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO, DROGODEPENDENCIAS.

LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES CON SORDERA Y PROBLEMAS AUDITIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: EL PAPEL DEL INTÉRPRETE

ANE ORMAZABAL RUIZ, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

INTRODUCCIÓN: La literatura sugiere que las personas con pérdida auditiva tienen tasas más elevadas de problemas de salud mental que la población general. Sin embargo, encuentran obstáculos en el sistema de salud y las experiencias no siempre son buenas, generalmente por cuestiones de comunicación. El lenguaje cobra gran importancia en la atención sanitaria. Hacer uso de un servicio de intérpretes es, con frecuencia, necesario.

OBJETIVOS: Determinar el papel del intérprete en la comunicación con pacientes con sordera y problemas de audición en el ámbito de la salud mental.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas a través de Pubmed. Los descriptores fueron “mental disorders”, “mental health”, “sensory deprivation”, “hearing” y “persons with hearing impairment”. Los criterios de selección: Antigüedad: últimos 5 años; Idioma: inglés o castellano; Texto completo; Abordaje de la población sorda y/o con problemas de audición y los problemas de salud mental. Se han empleado 8 artículos.

RESULTADOS: La función del intérprete en la salud mental no sólo es traducir un mensaje de un lenguaje a otro; captar el contenido emocional es esencial. Ejerce, además, de mediador bicultural, y guía la relación profesional-paciente. A pesar de ser una figura imprescindible en varias ocasiones, pueden producirse errores o sesgos en la transmisión de la información, y tener influencia en la evaluación y abordaje.

CONCLUSIÓN: Los errores de interpretación se reducen cuando la comunicación entre el profesional sanitario y paciente es directa. No obstante, recurrir a los servicios de interpretación es a veces imprescindible, y usarlos adecuadamente puede ser favorable en el proceso terapéutico. Es importante que los intérpretes que se dedican a la salud mental estén especializados en esta área.

PALABRAS CLAVE: COMUNICACIÓN, SORDERA, PÉRDIDA AUDITIVA, PROBLEMAS DE AUDICIÓN, INTÉRPRETE, SALUD MENTAL.

SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO EN EL SÍNDROME DE COTARD

BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Cotard (SC) fue descrito por primera vez por Jules Cotard en 1882. Se caracteriza por presentar delirios de negación que van desde ideas nihilistas relacionadas con el cuerpo, hasta la negación de su propia existencia y del entorno que la rodea.

OBJETIVOS: Debido a su baja incidencia es un síndrome poco conocido, por lo que se plantea: Analizar un estudio para aumentar su conocimiento sobre sintomatología.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo simple. Se recogió información mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en las bases de datos Scielo y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron: Síndrome, delirio y depresión.

RESULTADOS: Su origen suele deberse a síntomas afectivos, delusivos o combinación de ambos. Los principales síntomas son: depresión, delirios nihilistas, hipocondríacos, de inmortalidad, de culpa y ansiedad. El manejo del SC debe tratar la psicopatología de base, que en la mayor parte de los casos consiste en un trastorno depresivo. En pacientes con diagnóstico de depresión y sintomatología psicótica se recomienda la combinación de antipsicótico y antidepressivo para potenciar los efectos; hasta incluso terapia electroconvulsiva. El síndrome suele verse asociado a trastornos como: depresión, esquizofrenia (con riesgo de conductas lesivas) y neurosífilis; también puede coexistir con delirios de Capgras. La evolución del SC se da en estadios: Germinación: cursa con hipocondría, cenestopatía y ánimo depresivo. Afloramiento de las delusiones nihilistas, de inmortalidad junto con ansiedad y negativismo. Crónica: Con deterioro emocional tipo depresivo y sistematización de los delirios. Las alucinaciones se producen cuando: Emergen después de una despersonalización prolongada o a través de fuertes señales emocionales como el miedo.

CONCLUSIÓN: El SC se caracteriza por presentar delirios de negación del propio cuerpo o entorno. La sintomatología suele concomitar con otros trastornos psiquiátricos y su tratamiento variará en relación a la patología base.

PALABRAS CLAVE: COTARD, SÍNDROME, DELIRIO, DEPRESIÓN, PSICOSIS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

PILAR RUIZ NAVARRO, MARIA DEL PILAR LÓPEZ ROMERO, MARÍA DOLORES LIMÓN ALBA

INTRODUCCIÓN: La Psiquiatría estudia las enfermedades mentales, sus tipos, causas y tratamientos. La OMS define la salud mental como el estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir en su comunidad.

OBJETIVOS: Analizar las funciones del TCAE en la unidad de psiquiatría.

METODOLOGÍA: Base de datos: Google. Es; Dialnet; paciente psiquiátrico, salud mental, unidad psiquiátrica. Publicaciones médicas: Dialnet, Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, Fundación Hospital de Jove. Revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Descriptores utilizados: psiquiatría, enfermedad mental. Los criterios establecidos fueron: protocolos y estudios del paciente psiquiátrico.

RESULTADOS: Las funciones del Auxiliar de Enfermería en la unidad de psiquiatría son: recogida y orientación del paciente y familiares, participación en la elaboración y plan de cuidados, recogida de signos y manifestaciones del paciente, favorecer su autonomía, promoción de la salud y el bienestar, fomentar el desarrollo de las habilidades básicas de la vida diaria, reforzar la vinculación terapéutica del paciente y de la familia con el equipo de salud. Estas funciones persiguen su bienestar físico, psicológico y social.

CONCLUSIÓN: En psiquiatría utilizan un sistema de clasificación llamado DSM-IV basado en: el diagnóstico del tratamiento psiquiátrico, trastorno de la personalidad, enfermedades del paciente, experiencias vitales, escala de adaptación y funcionamiento del 100 al 0, siendo 100 sin problemas y adaptación óptima y 0 peligro eminente de suicidio o incapacidad completa. El equipo de trabajo de la unidad de psiquiatría está formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, monitores ocupacionales, auxiliares de enfermería, etc. Todos ellos trabajan conjuntamente para una pronta recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, ENFERMEDAD MENTAL, RECUPERACIÓN, BIENESTAR.

EL CUIDADO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO DEPRESIVO

ROSALIA MARIA GARCIA LOPEZ, MARIA ENCARNACION ROCIO MOYA BARRANQUERO,
MARIA DEL PILAR PRADOS SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno del cerebro que puede afectar a todas las edades y altera la calidad de vida. Es un estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza prolongados, estado de malestar continuo, pérdidas de interés e incapacidad para disfrutar de las actividades habituales. Entre los trastornos psiquiátricos los más frecuentes son los depresivos entre el 5 y el 17% , son más frecuentes en las mujeres que en hombres.

OBJETIVOS: Analizar la actuación de un auxiliar de enfermería con personas con esta enfermedad y procedimientos para ayudar al paciente en todo lo posible dentro de nuestra competencia.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en formato libro e Internet, consultando varios artículos relacionados con la depresión.

RESULTADOS: Los estudios han demostrado que los padres afectados con esta enfermedad pueden perjudicar que sus hijos padezcan de alteraciones de ánimo con un riesgo entre el 10% y el 25%.

CONCLUSIÓN: Crear una relación de confianza entre el profesional y el paciente es el primer paso para ayudar a una persona con esta enfermedad. El riesgo de desarrollar la depresión aumenta en determinadas circunstancias, se encuentra más en el medio urbano que en el rural, afecta más a las personas que viven solas o con dificultades socio económicas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO, TRASTORNO, ESTADO DE ANIMO, CONFIANZA.

DEPRESION POST-PSICOTICA: LA GRAN OLVIDADA EN NUESTRO MEDIO

ELISA EGEA CANOVAS, ALICIA JAEN HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 29 años que vive solo y que hasta hace un año trabajaba como empleado en banco. Ingresó 5 meses antes por cuadro psicótico que fue diagnosticado de Esquizofrenia paranoide. Acude de nuevo al hospital por haberlo encontrado su padre con una soga en la habitación y con la intención de suicidarse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se lo notó moderadamente deprimido. Contestaba en forma dubitativa y con frases cortadas, y admitió que hacía tiempo que pensaba en suicidarse pues creía que su situación no tenía esperanza. Desde hace tiempo no se interesaba por nada, no sentía placer por ninguna actividad y no tenía confianza. Sueño se había visto alterado, y se despertaba muy temprano. Disminución de apetito y pérdida de peso. Aún oía las voces que lo aludían pero no tan frecuentemente, y aseguró que ya no les prestaba tanta atención. Se dio cuenta de que tenía una enfermedad mental pero no pensaba en ella y no la usaba como excusa para sentirse desamparado. El examen físico, incluyendo el neurológico no revelaron anormalidades. En su internación previa le habían realizado pruebas EEG y ET, las que resultaron normales y no se consideró necesario repetir las en la segunda internación. Las pruebas de laboratorio de rutina fueron normales.

JUICIO CLÍNICO: Depresión postesquizofrenica ideación autolítica grave. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No había evidencia de trastorno cerebral orgánico o de abuso de sustancias psicoactivas.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide ingreso para control de síntomas depresivos y se pauta tratamiento con venlafaxina a dosis de 150mg/día.

CONCLUSIONES: Al aparecer un episodio depresivo moderadamente severo dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico de esquizofrenia, el episodio actual responde a los criterios diagnósticos para depresión post-esquizofrénica (F20.4). Es de notar que el paciente demostró tener cierta conciencia de enfermedad, respecto de su esquizofrenia, pero no consideraba que tuviera relación con su actual depresión.

PALABRAS CLAVE: DEPRESION, POST-PSICOTICA, SUICIO, PSICOSIS.

ESQUIZOFRENIA: MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES CON REHABILITACIÓN COGNITIVA

AIDA MON DÍAZ, LORENA RAMOS BAZ, NAZARET VICO MOYA, CRISTINA RODRÍGUEZ MESANZA

INTRODUCCIÓN: En las personas enfermas de esquizofrenia se produce un importante déficit en el funcionamiento cognitivo, esta alteración provoca un deterioro en el funcionamiento psicosocial de los pacientes repercutiendo negativamente en su calidad de vida y comprometiendo su seguridad. Diversos estudios han demostrado que a través de la rehabilitación de la función cognitiva se mejora la retención, concentración y memoria, funciones deterioradas por el proceso de la enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar la forma de fomentar la seguridad del paciente con esquizofrenia mejorando la función cognitiva y relaciones sociales a través de talleres específicos. Mejorar la adherencia al equipo de intervención comunitaria, lo que repercute de forma directa en el seguimiento del paciente, actuando precozmente en situaciones de empeoramiento y/o recaída.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultados fueron: PubMed, Cochrane Library, Trip DataBase, Cuiden, RNAO. La búsqueda abarca el periodo temporal del 2002 al 2017. De un total de 151 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas para su análisis en profundidad, por cumplir los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica y el acceso a los textos completos).

RESULTADOS: Se aplica la escala PSP antes y después de la intervención objetivándose una mejora en las relaciones sociales y el funcionamiento global de los participantes. En una muestra de 8 pacientes incluidos en el taller, se evalúa la subescala actividades sociales, trabajo y estudio, antes y después de la realización del mismo.

CONCLUSIÓN: A través de actividades que ejercitan la atención, concentración y memoria, se mejora el funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia repercutiendo de forma positiva en su seguridad y en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, REHABILITACIÓN, SALUS MENTAL, ENFERMERÍA.

LOS BENEFICIOS DE LA ESCUCHA DE MÚSICA DE PIANO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

SILVIA MUÑOZ MARTÍNEZ, MARIA DEL VALLE MARTÍN PEREZ, ALBA MARÍA TEJERO VELÁZQUEZ

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno mental que altera el estado de ánimo y la persona se siente triste, por lo que la escucha de música ayuda a realizar cambios positivos en el paciente produciendo unos efectos muy satisfactorios en el sistema cognitivo, produce un estímulo placentero para el cerebro con lo que ayuda a las personas a sentir relajación y bienestar.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de los beneficios de la escucha de música de piano en pacientes con depresión.

METODOLOGÍA: Los métodos de estudio empleados han sido: la revisión bibliográfica mediante el uso de la base de datos Cuiden, Pubmed y Scielo. A parte se realizaron varias pruebas con escucha de música de piano a dos pacientes que presentaban un estado depresivo durante dos semanas todos los días un par de horas. Con la finalidad de obtener información sobre lo que sería nuestro objetivo de estudio.

RESULTADOS: Una vez analizados los artículos seleccionados de la base de datos y el estudio realizado a los dos pacientes, hemos podido conseguir de manera satisfactoria un cambio positivo en sus estados, hemos ayudado de manera correcta produciendo una gran mejora y calma en su estado y comportamiento. Ayuda a conseguir un cambio positivo a través de la música de piano, aportando al paciente un alivio y una mejora en su estado de ánimo.

CONCLUSIÓN: Según la bibliografía y las pruebas realizadas a los dos pacientes con depresión se ha podido observar que una buena terapia de música de piano mejora el estado de ánimo de la persona, la música ha causado buenas emociones como alegría, felicidad, relajación. En cambio en otros pacientes que no se le ha ayudado con esta terapia han seguido con su malestar mental y físico. Los datos obtenidos han sido positivos por lo que se ha podido demostrar que la escucha de música de piano beneficia a los pacientes que se encuentran deprimidos.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, MÚSICA, PIANO, SALUD, DEPRESIÓN.

EL JUEGO TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ESTRÉS

CRISTINA RODRÍGUEZ MESANZA, LORENA RAMOS BAZ, NAZARET VICO MOYA, AIDA MONDÍAZ

INTRODUCCIÓN: El personal de Enfermería debe realizar su trabajo centrado en la familia, aplicando distintas estrategias que aumenten la capacidad de afrontamiento y adaptación del niño a la enfermedad y/o hospitalización. La actitud y vivencia del niño va a depender de muchos factores culturales, sociales y de la enfermedad, pero también de la edad.

OBJETIVOS: Analizar la implantación de juego terapéutico como medida para favorecer la adaptación de los niños en el entorno hospitalario.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el estrés en el personal sanitario, en la última década. Se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos (PubMed, Cochrane Library, Trip DataBase, CUIDEN, RNAO, Guía Salud, FISTERRAE, agencia de evaluación de tecnologías sanitarias). En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 2005-2017. Se han usado descriptores en español para las bases de datos nacionales (“estrés”, “juego terapéutico”) y en inglés para las bases de datos internacionales (“stress”, “therapeutic game”). Los criterios que se establecieron fueron: Estudios que aporten datos empíricos sobre el estado en cuestión; Escritos en inglés, español o portugués. De un total de 303 publicaciones, fueron seleccionadas 18.

RESULTADOS: En los primeros días en el 80% de los niños se observó agresividad, rebeldía y falta de cooperación. Refirieron miedo, abandono y mutilación corporal. El 20% restante no expresaba sentimientos pero se podía apreciar su miedo ante la situación.

CONCLUSIÓN: Aunque no es lo mismo estar en el hogar que en un hospital, un alto porcentaje de niños se adaptaron a la estancia hospitalaria, lo cual no quiere decir que se adaptaran y no les causara estrés enfrentarse a los diferentes tipos de pruebas a las que eran sometidos. Con los cuidados de Enfermería a través del juego terapéutico se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la adaptación de esos niños y de hacer su estancia hospitalaria más llevadera.

PALABRAS CLAVE: JUEGO TERAPÉUTICO, ESTRÉS, NIÑOS, ENFERMERÍA.

LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ANSIEDAD

FRANCISCA MARIA MOLINA MORENO, MARÍA DEL PILAR ONTIVEROS MUÑOZ, VALENTINA RAMOS NÚÑEZ

INTRODUCCIÓN: Ansiedad es la respuesta defensiva del organismo ante una situación que es vivida como peligrosa. Es un aspecto psíquico, es un sentimiento subjetivo de tensión interna , provocada por un temor indefinido. Se trata de una sensación similar al miedo, pero si bien en éste el peligro es concreto y real, en el caso de la ansiedad, el peligro que provoca la tensión mental es indefinido o irreal.

OBJETIVOS: El objetivo global es ayudar al paciente a mejorar la respuesta a la ansiedad. El TCAE realizará las actividades en colaboración con el diplomado de enfermería. *Valorar el estado respiratorio y asegurar que el paciente recibe el oxígeno suficiente. *Decir al paciente que haga respiraciones lentas y profundas, y hacerlas con él. *Reconocer el nivel de ansiedad antes de cada comida. * *Proporcionar atmósfera agradable y relajante para que coma pausadamente. *Informar sobre la conveniencia de comer despacio. *Evitar estímulos que sean generadores de ansiedad. *Respetar horarios de comidas. *Enseñar al paciente a disminuir los estímulos antes de acostarse. *Explorar los métodos que aumente la relajación.

METODOLOGÍA: He consultado varios artículos relacionados con el tema tratado, tanto manuales como artículos de internet.

RESULTADOS: El TCAE intentará conseguir los objetivos citados anteriormente , en colaboración con el equipo multidisciplinar .

CONCLUSIÓN: Es importante que el TCAE entienda el significado de la ansiedad, además del proceso, características y defensas de la misma. Es necesario saber esto para que el TCAE actúe frente a su propia ansiedad y la de los demás.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, ANSIEDAD, CUIDADOS, TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

ESTIGMA DEL PERSONAL SANITARIO HACIA EL ENFERMO MENTAL

GUILLERMO RAMIREZ VARGAS, MARIA JOSE GALIANO CABALLERO, FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD

INTRODUCCIÓN: Los enfermos mentales son un colectivo con una patología mental que les afecta de diferentes formas a nivel cognitivo, emotivo, social etc. En algunos casos se efectúan rechazos sociales hacia este tipo de personas tanto dentro como fuera del ámbito sanitario.

OBJETIVOS: Presentar el estigma de los profesionales sanitarios fuera de los servicios de salud mental hacia los enfermos mentales.

METODOLOGÍA: Búsqueda a través de la plataforma SciELO, Dialnet y Google académico recogiendo diferentes artículos de revista, estudios y revisiones bibliográficas con los descriptores expuestas anteriormente.

RESULTADOS: Uno de los problemas de los enfermos mentales es su exclusión social incluido en el ámbito sanitario. Según la bibliografía consultada los profesionales de la salud tendrían una actitud y prejuicios negativos hacia los enfermos mentales. El desconocimiento sobre las patologías mentales fuera de los servicios de salud mental hacen que se juzguen a estas personas con carácter violento y con pocas actitudes sociales aceptadas. Esto conlleva al uso de estereotipos y el aporte de un tratamiento inadecuado.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario que no se encuentra en servicios de salud mental sigue teniendo hoy en día estigmas y actitudes negativas hacia este colectivo de pacientes. La exclusión social es un punto importante a evitar para conseguir una buena inserción social que es uno de las intervenciones en el tratamiento de las enfermedades mentales.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO MENTAL, PERSONAL SANITARIO, ESTIGMA, SALUD MENTAL.

EL PAPEL DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS ENFERMOS DISCAPACITADOS

RAFAELA BARRON REYES, ANGELES PELÁEZ FUERTES, LUISA ANTONIA JORDANO ROMERO

INTRODUCCIÓN: La discapacidad es la falta de alguna facultad física o mental que hace imposible o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona. En el caso de discapacidad psíquica el enfermo presenta trastornos mentales como pueden ser: la esquizofrenia, depresión, el trastorno bipolar, etc... La discapacidad intelectual se da cuando la persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental. Las causas pueden ser de origen genético, trastornos cromosómicos, problemas en el embarazo y complicaciones en el parto... Dentro de la discapacidad existen varios tipos: física, psíquica, sensorial e intelectual.

OBJETIVOS: Identificar la importancia del papel del auxiliar de enfermería en esta clase de pacientes, conocer los distintos tipos y causas de discapacidad, así como los principales síndromes asociados y aprender a identificarlos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en Google Académico. Descriptores: discapacidad, auxiliar de enfermería, calidad de vida, trastornos mentales, limitaciones.

RESULTADOS: Los resultados nos muestran que hay distintos grados de discapacidad, siendo diferentes en el caso de cada persona, según su gravedad, siendo sus necesidades y su cuidado diferentes en cada caso. Cabe destacar la importancia que tienen los grupos de apoyo, como recursos, para conseguir un mejor desarrollo, para un óptimo funcionamiento individual del discapacitado. Estos apoyos pueden ser: intermitente, limitado, extenso y generalizado.

CONCLUSIÓN: Tras el estudio de los resultados se llega a la siguiente conclusión: es importante que la auxiliar de enfermería trabaje para que las personas discapacitadas tengan una buena calidad de vida y sus necesidades básicas y cubiertas: aseo, alimentación... Dando y mostrando su afecto, atendiendo a sus necesidades vitales y proporcionarles los recursos de apoyo necesarios con la colaboración de profesionales específicos para las personas con discapacidad intelectual o psíquica, para que puedan tener actividades adaptadas a cada persona.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD, CALIDAD DE VIDA, TRASTORNOS MENTALES, LIMITACIONES, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

MUSICOTERAPIA, TERAPIA ALTERNATIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

PATRICIA GARCIA HURTADO, FRANCISCO EGEA SANTAMARIA, LORENA MOLERO FORNIELES, NURIA LARDIÉS GOYENECHÉ, ANNA PARALS GRAU, SHEILA OLIVA ROMERO

INTRODUCCIÓN: La música se ha utilizado desde la antigüedad de forma curativa, existe constancia acerca de los efectos beneficiosos que ejerce ésta sobre el ser humano. En diversas ocasiones se ha aplicado la música de forma terapéutica en pacientes con problemas psiquiátricos, demostrando tener efectos beneficiosos. Por lo que la musicoterapia puede ser utilizada como terapia alternativa frente a tratamientos convencionales, con el objetivo de mejorar la sintomatología negativa en pacientes esquizofrénicos de larga evolución.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia y beneficios de la musicoterapia como tratamiento coadyuvante para los pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre artículos relacionados con la práctica de la musicoterapia en pacientes esquizofrénicos. Las bases de datos utilizados han sido las siguientes: Elsevier, PubMed, Google Académico, Scielo, Cochrane Library. Se emplearon los siguientes términos: musicoterapia, esquizofrenia, salud mental.

RESULTADOS: Se encontraron numerosos artículos sobre musicoterapia en la esquizofrenia. En su mayoría se trataba de diseños experimentales en el ámbito hospitalario. Se confirma que la musicoterapia como intervención mejora las habilidades cognitivas y emocionales con cambios favorables en los comportamientos positivos. Se destaca que la mayoría de los pacientes no están acostumbrados a participar de forma activa en su vida por lo que verse involucrados en la propia terapia es muy positivo.

CONCLUSIÓN: La musicoterapia como terapia complementaria, es efectiva, debido a que permite mostrar emociones y sentimientos que necesitan ser comunicados para lograr su bienestar, mejorando el estado general, el estado mental; reduciendo la depresión, ayudando en la autoestima, funciones cognitivas y la socialización.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, SALUD MENTAL, MUSICOTERAPIA, TERAPIA ALTERNATIVA.

PLAN DE CUIDADOS EN PATOLOGÍA DUAL

JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ, NOELIA DEL AMOR MARTINEZ, MARTA LAZARO SAHUQUILLO, VERONICA DATO CORBALAN, LAURA BLASCO BAUTISTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que ingresa en unidad de media estancia de psiquiatría tras un ingreso hospitalario prolongado en el que es diagnosticado de trastorno afectivo bipolar y consumo perjudicial de sustancias, en definitiva, patología dual (conurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico). Historia de aparición de trastorno psiquiátrico, problemas legales y familiares en el contexto de consumo.

PLAN DE CUIDADOS: Los diagnósticos de enfermería detectados se encaminan al mal manejo de su salud y régimen terapéutico, alteraciones en la alimentación, conflicto de decisiones, problemas de sociabilidad y ocio. 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico, 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud, 00083 Conflicto de decisiones, 00097 Déficit de actividades recreativas. Los resultados esperados se destinan a la mejora de estas áreas (1904 Control del riesgo: consumo de drogas, 1602 Conducta de fomento de la salud, 0906 Toma de decisiones, 1604 Participación en actividades de ocio) y las principales intervenciones de enfermería son: 4360 Modificación de conducta, 5240 Asesoramiento, 5510 Educación sanitaria, 6610 Identificación de riesgos, 5100 Potenciación de la socialización.

CONCLUSIONES: Tras una primera evaluación al mes de ingresar se ha conseguido abstinencia al consumo de tóxicos, mejora en la adherencia al tratamiento-terapéutica y buena sociabilidad. Se plantean objetivos entonces a largo plazo y fuera de un entorno seguro y más cercano a su medio habitual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Alteraciones conductuales frecuentes en vía pública y deficiente adherencia al tratamiento que lo llevan a tener ingresos frecuentes. Actualmente eutímico, con efectos secundarios al tratamiento y con incapacidad personal para la abstinencia en medio ambulatorio, con pruebas de tóxicos en orina sin negativizar. Serología positiva para Virus Hepatitis C.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno afectivo bipolar y consumo perjudicial de sustancias, patología dual.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Trastorno afectivo versus psicosis tóxica.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGÍA DUAL, PSIQUIATRIA, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PROMOCIONAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

SARA RUIZ ORTEGA, VERONICA LANCETA SANTOS, CARMEN DE LAS CUEVAS PELAYO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años de edad, diagnosticada de esquizofrenia hebefrénica desde los 24 años. Está en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. En las últimas revisiones del Plan de cuidados, detectamos un Incumplimiento del régimen terapéutico. A raíz de este acontecimiento, se inicia tratamiento con Inyectable de liberación prolongada Paliperidona, que termina suspendiéndose por unos niveles altos en sangre de prolactina, e iniciándose con Aripiprazol ILP, el cual supuso una disminución de la prolactina y mejoría clínica de la paciente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física obtenemos los siguientes datos: No refiere alergias conocidas (NAMC). AP: Ninguno de interés. TA= 124/81; FC=78; SatO₂=97%; T^a= 36.3°C. Se realizará analítica de sangre y de orina.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia hebefrénica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La adherencia al tratamiento es fundamental en cualquier tipo de enfermedad crónica. Sin embargo, en personas diagnosticadas de enfermedad mental garantizar esta adherencia puede resultar una tarea difícil. Es tarea principal de la enfermera trabajar con el paciente psiquiátrico la importancia del tratamiento. Para ello realizamos intervenciones de psicoeducación en la consulta, administración de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (ILP) con posterior seguimiento de la clínica.

CONCLUSIONES: La falta de adherencia al tratamiento aumenta el riesgo de recaídas, reingresos hospitalarios, incremento de los costes sociosanitarios y disminución de la calidad de vida. Los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (ILP) pueden aumentar la adherencia al tratamiento a largo plazo, reducir el riesgo de recaída y mejorar la funcionalidad del paciente. El Incumplimiento del régimen terapéutico, queda definido como conducta de una persona que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona y un profesional del cuidado de la salud. La persona pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos inefectivos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD MENTAL, PROMOCIÓN DE LA SALUD, PLAN TERAPÉUTICO, ENFERMERAM.

MUJER DE EDAD MEDIA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIGERA Y GRAVES ALTERACIONES DE CONDUCTA

ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 48 años de edad con un diagnóstico de discapacidad intelectual leve, trastorno histriónico de la personalidad y graves alteraciones de conducta. Antecedentes: lleva desde la edad adolescente institucionalizada ya que no es abordable en el entorno familiar. El último recurso es un centro especializado en graves alteraciones de conducta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tuberculosis en el año 1996. No cardiópata, ni broncópata. No alergias medicamentosas. No HTA, ni DM. Analítica dentro de los parámetros normales. Serología: VIH negativo, Hepatitis B positiva.

JUICIO CLÍNICO: Algunos informes refieren una posible esquizofrenia hebefrénica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras ser valorada por equipo multidisciplinar (psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicóloga, DUE y MAP) se llega al diagnóstico psiquiátrico (según la DSM V y la CIE 10) de Discapacidad Intelectual Ligera y Trastorno histriónico de la personalidad.

PLAN DE CUIDADOS: Ansiedad relacionada con crisis situacionales o de maduración y manifestado por agitación y dificultad para la toma de decisiones. NOC: Autocontrol de la ansiedad. NIC: Escucha Activa. Actividades: Favorecer la expresión de sentimientos, mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. Apoyo emocional. Actividades: Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o la tristeza. Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES: Tras diez años institucionalizada en un centro de graves alteraciones de conducta, resulta un caso muy difícil de abordar ya que tras tratamiento farmacológico y conductual, necesita de alta supervisión y planes muy individualizados ya que en los últimos meses ha tenido tres intentos de fuga del centro y no se consigue estabilizar a la residente. El equipo Técnico del centro valora sino mejora su estado un ingreso en la unidad hospitalaria de salud mental.

PALABRAS CLAVE: IMPULSIVIDAD, ANSIEDAD, AGRESIVIDAD, IDEAS AUTOLÍTICAS.

VARÓN DE 27 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADO Y DAÑO CEREBRAL TRAS ACCIDENTE.

ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 37 años con discapacidad intelectual leve, daño cerebral, vive en domicilio familiar y acude a centro de día para terapia ya que presenta alteraciones de la conducta. Presenta grave disruptividad, auto y heteroagresividad. Intolerancia a la frustración, desinhibición sexual. Alergias a AINES, y fibratos. Sufre TCE hace 17 años coma, secuelas motoras y cognitivas graves. No otros somáticos. Consumo THC. Seguimientos por ESM de la zona.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Temblor grosero. Habla coherente. Comprensión buena. Aspecto pueril. Eutimia. Alteración memoria a corto plazo. Impulsivo. Cálculo deficitario. Déficit conocimiento general. Dependencia completa. ABVD. Colabora, atento, respeta límites.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno orgánico de la personalidad, secuelas motoras-cognitivas por TCE. Deterioro cognitivo moderado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras valoración por equipo multidisciplinar del equipo salud mental según la DSM 5 y la CIE 10 Se diagnostica trastorno orgánico de la personalidad y discapacidad intelectual moderada como consecuencia de TCE.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico: Deterioro de la ambulación relacionado con deterioro cognitivo y fuerza muscular insuficiente tras accidente, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas. NOC: Movilidad (indicadores: mantenimiento de equilibrio, ambulación) NIC: Terapia de ejercicios:ambulación. Actividades: Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. Enseñar a paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. Cambio de posición: Animar al paciente a participar en los cambios de posición, sin precede. Colocar interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.

CONCLUSIONES: La familia no puede abordar sus alteraciones de conducta, tiene negativas a acudir al centro de día, además de no ser un recurso adecuado para él. La trabajadora social de su ESM de su zona gestionará un recuerdo adecuado para su ingreso.

PALABRAS CLAVE: AUTO Y HETEROAGRESIVIDAD, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, GRAVES ALTERACIONES DE CONDUCTA.

MANEJO DEL PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN DE PATOLOGÍA ESQUIZOFRÉNICA

NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, VERA LÓPEZ MUÑOZ, ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 37 años de edad, ingresa en la unidad de psiquiatría por derivación de urgencias debido a una descompensación de su patología (esquizofrenia paranoide), arraigado por un cambio en su dieta normal a una hipocalórica, refiere que se ha puesto muy nervioso, por la noche ha tenido alucinaciones auditivas y ha agredido a un compañero.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física aceptable, buen estado físico. Estado mental alterado por muestras de conducta evitativa y nerviosa. A veces parece mirar a un punto fijo con la sensación de que escucha o ve algo. Cuenta triste lo sucedido, no era su intención pero estaba muy nervioso porque últimamente le han puesto restricciones alimentarias. Consciente y colaborador. Tensión arterial: 135/95 mmHg Temperatura: 35.8 Glucemia: 122.

JUICIO CLÍNICO: Descompensación de su patología. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Crisis psicótica.

PLAN DE CUIDADOS: Valoración realizada por patrones de Marjory Gordon, encontramos como más relevantes los siguientes: 1) Nutrición-metabólico, 2) Cognitivo-perceptivo. Se pueden asociar los siguientes diagnósticos. Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c forma de alimentarse desordenada y compulsiva. Conducta de mantenimiento del peso (NOC). Fomento del ejercicio (NIC). Trastornos de la percepción sensorial: auditiva m/p alucinaciones auditivas r/c descompensación de su psicopatología base. Conducta de compensación auditiva (NOC). Disminución de la ansiedad, manejo de ideas ilusorias (NIC).

CONCLUSIONES: El paciente consigue la mejora deseada de su conducta, gracias al seguimiento terapéutico y las actividades dispuestas por enfermería. Ha bajado de peso y disminuido los hábitos tóxicos que hasta el momento tenía. Tiene buena relación con sus compañeros y no ha vuelto a tener ideas o impulsos de agresión. Gracias a las terapias de disminución de estrés y la ansiedad mantiene un buen estado mental. Se ha conseguido que tenga más entendimiento y funcionamiento de su enfermedad y de los recursos a los que puede acudir si le recaen recaídas. Las alucinaciones auditivas disminuyeron enseguida.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, SALUD MENTAL, SÍNTOMAS NEGATIVOS, ALUCINACIONES, DESCOMPENSACIÓN.

TALLER DE ENFERMERÍA: REHABILITACIÓN COGNITIVA EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL

MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes psiquiátricos presentan un peor rendimiento mnésico, atencional y ejecutivo, lo que es importante en su funcionamiento psicosocial. La integración de la evaluación cognoscitiva en la práctica clínica está cobrando cada vez más relevancia. Los pacientes que permanecen en una unidad de media estancia pueden beneficiarse de la práctica de rehabilitación cognitiva.

OBJETIVOS: Analizar las funciones cognitivas en pacientes con trastorno mental en una unidad de media estancia.

METODOLOGÍA: Se formó un grupo con 10 pacientes ingresados en una unidad de media estancia de salud mental. El grupo es llevado a cabo por una enfermera y una auxiliar de enfermería. Pueden estar presentes residentes de enfermería o estudiantes en prácticas. Se realiza dos veces a la semana, en una sesión de 45 minutos donde se trabajan por bloques las diferentes áreas.

RESULTADOS: Al inicio se realiza una evaluación para ver el nivel inicial de cada paciente. Al finalizar el ingreso se volverá a evaluar comparando este resultado con el de la primera evaluación. Durante las sesiones se trabaja la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las actividades de la vida diaria, habilidades sociales y cognición social. Tras acabar este periodo recuperan capacidades y logran mayor independencia.

CONCLUSIÓN: Tras poner fin al ingreso, los pacientes con trastorno mental han restablecido las relaciones sociales, el cuidado personal, la capacidad de comunicarse y todo aquello que repercute en el bienestar psicosocial de la persona.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN COGNITIVA, TRASTORNO MENTAL., CUIDADOS, ENFERMERÍA.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES, NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA

INTRODUCCIÓN: El trastorno de déficit de atención es uno de los problemas más frecuentes en niños y adolescentes. Los niños afectados suelen tener falta de atención, son impulsivos e hiperactivos. Las anfetaminas son el fármaco más utilizado en estos trastornos. Las principales anfetaminas son las lisdexamfetamina, sales de anfetaminas y dexamfetaminas.

OBJETIVOS: Identificar la importancia de la Enfermería en la detección de los casos de trastorno de déficit de atención.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Portales médicos y Aessme. Los descriptores utilizados han sido: enfermería, trastorno de déficit de atención, hiperactividad y trastorno.

RESULTADOS: Estudios realizados ponen de manifiesto la importancia de enfermería en la detección precoz del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Y su tratamiento. Se lleva a cabo planes de cuidados individualizados y con sus familiares, realizando grupos de apoyo, charlas informativas y educativas. Lo que más afecta a los niños con este trastorno es el rendimiento escolar, por ello en numerosos estudios se demuestra la importancia de la conexión entre el profesorado y la enfermera en el centro escolar, de tal manera que en cuanto se detecta un posible caso de este trastorno se produce el menor tiempo posible la atención del alumno afectado, así sufrirá el menor trastorno posible.

CONCLUSIÓN: El trastorno de déficit de atención e hiperactividad afecta al niño a nivel tanto físico como psíquico y su relación con la vida familiar y escolar, según la evidencia científica los pacientes mejoran en mayor proporción cuando los casos son detectados precozmente en el colegio y los diferentes profesionales, educadores y enfermeros ponen en marcha su actuación. Es de gran relevancia la importancia de la creación de programas de detección precoz de este trastorno, coordinados e interdisciplinares que formen tanto a los educadores como a los sanitarios.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, HIPERACTIVIDAD, ATENCIÓN, ESTRÉS, ENFERMERÍA.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DERIVADOS DE ELLA

ESPERANZA VÁZQUEZ ESTÉVEZ, ISABEL GARCÍA TIRADO, MARIA DEL CARMEN ANGUITA RAMOS

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple (EM) se trata de una discapacidad de origen neurológico que afecta al cerebro y a la médula espinal, afectando principalmente al grupo de edad comprendido entre 20 y 40 años. Un alto porcentaje de pacientes con EM sufre trastornos depresivos, debido a la no existencia de un tratamiento curativo.

OBJETIVOS: Analizar la literatura sobre las repercusiones que conlleva a nivel mental padecer esclerosis múltiple, y poder ofrecer cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA: El tipo de trabajo realizado es una revisión literaria a través de artículos científicos relacionados con la esclerosis múltiple y sus efectos secundarios a nivel mental. Los artículos han sido recabados tras establecer unos descriptores obtenidos mediante el DeCs y unos criterios de inclusión. Los descriptores son: “esclerosis múltiple”, “múltiple sclerosis”, “prevención primaria”, “primary prevention”, “signos y síntomas”, “signs and symptoms”, “enfermería”, “nursing”. Los criterios de inclusión han sido: estudios en los que el idioma principal fuese el español y/o el inglés, estudios actualizados en el tema a tratar (publicación inferior a 10 años). Estos artículos han sido encontrados gracias a bases de datos como: Scopus, Pubmed y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: Los resultados muestran que aproximadamente uno de cada dos pacientes diagnosticados de EM padece a lo largo de su vida al menos un trastorno depresivo, asimismo, el sexo femenino posee una mayor prevalencia de ambas enfermedades. En el tratamiento de la EM, resulta imprescindible además de tratar los signos y síntomas físicos, prestar atención a los síntomas psiquiátricos derivados, ya que de no tratarlos, la calidad de vida de la persona se verá reducida.

CONCLUSIÓN: Estudios muestran que los cambios inflamatorios producidos por esta enfermedad, pueden ser los responsables de la depresión que padecen estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, PREVENCIÓN PRIMARIA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, ENFERMERÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

MARÍA VALDIVIESO COCA, LAURA PÉREZ VEGUILLAS, ADRIÀ GIRÓ ESTIVILL

INTRODUCCIÓN: Los trabajadores sanitarios podemos observar con frecuencia que los enfermos, independientemente de su enfermedad y situación, pueden presentar de forma brusca e inesperada un síndrome confusional agudo. Estas situaciones son consideradas de gran importancia por el bienestar del paciente y por nuestro trabajo. Por lo que consideramos de interés conocer sus causas y los factores que pueden provocar su aparición.

OBJETIVOS: Conocer sus posibles causas y cómo debe actuar enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión de la evidencia disponible en las bases de datos Medline y Scielo. Los criterios de inclusión y exclusión que limitaron la búsqueda fueron: el tipo de estudio (ensayos, control aleatorio, revisiones sistémicas y/o metaanálisis), la fecha de publicación (2008- 2015) y el idioma (inglés y/o castellano). Finalmente se realizó una evaluación crítica de los artículos seleccionados antes de su revisión. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: Podemos observar en diferentes estudios que suele darse mas en hombres que en mujeres, y que la edad media de los pacientes en los que se presenta es de 70 años. La mayoría de los afectados presentaban alteraciones psiquiátricas previas al ingreso. Suele haber más casos en los turnos de tarde y noche. El 85% de los pacientes que lo presentan han estado ingresados en boxes abiertos. Las actividades de enfermería, como orientar en tiempo, disminuir ruidos, etc tienen efectividad al menos en la mitad de casos.

CONCLUSIÓN: Es importante que enfermería sepa actuar en estas situaciones, es importante orientar en espacio, tiempo y personar, disminuir ruidos ambientales, disminuir estímulos luminosos y tranquilizar al paciente con palabras de apoyo. Ante situaciones de agresividad y agitación es de gran importancia tener unas correctas medidas de seguridad, como subir barandillas, protección con almohadas de las barandillas, etc.

PALABRAS CLAVE: DESORIENTACIÓN, ACTITUD, CONFUSIÓN, ENTORNO.

EL CELADOR Y SU ACTUACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL

MARIA PAZ CARMONA ORTIZ, ANTONIA LOZANO MANZANO, MARÍA SOL AZOR MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Cuidar al entorno de los pacientes favoreciendo el descanso con la bajada y subida de persianas para su mejor descanso. Vigilar los pacientes para evitar agresiones o autolesiones. Ayudar y vigilar en el aseo de los pacientes. Animarles y acompañar a los pacientes en las prescripciones médicas de pasear por las zonas contiguas al centro sanitario a la vez que vigilamos. Ayudar al personal sanitario en la administración de inyectables en pacientes incapaces que se niegan al tratamiento prescrito.

OBJETIVOS: Establecer la actuación del celador ante el paciente con enfermedad mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando las bases de datos Elsevier, Pubmed. Los intervalos temporales de búsqueda han sido del 2014 al 2017. Los descriptores utilizados han sido: Comodidad del paciente, salud mental, promoción de la salud, atención.

RESULTADOS: Ayudar a un correcto manejo terapéutico, favorecer el control del tratamiento y prevención de posibles daños derivados de sus problemas mentales, favoreciendo así el bienestar de los pacientes, Se estimulará al paciente para que respete los horarios de vigilia y sueño. Ante los estados de hiperactividad o sueño profundo se comunicará con la enfermera para descartar posibles efectos de medicación. No se interrumpirá el sueño nocturno para dar medicación Garantizar un seguimiento y control de la toma de medicamentos para evitar posibles accidentes y así mejorar el bienestar del paciente.

CONCLUSIÓN: La actuación del celador en paciente con enfermedad mental está relacionada en ayudar a su bienestar, su ayuda a la toma de medicamentos, controlando su entrada y salida en el aseo controlando para evitar posibles lesiones.

PALABRAS CLAVE: COMODIDAD DEL PACIENTE, SALUD MENTAL, PROMOCIÓN, SALUD, ATENCIÓN.

INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTE LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES

CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adolescente de 14 años ingresada en Pediatría por presentar dolor abdominal y bajada de peso continuada aún estando ya diagnosticada y en tratamiento por anorexia nerviosa en la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Duerme de 5 a 6 horas diarias. Además, presenta poliuria, disuria y estreñimiento. En cuanto al aspecto emocional, se siente triste y con baja autoestima. Durante la estancia hospitalaria la acompaña su madre, con la cual mantiene buena relación aunque discuten con frecuencia. Le está prescrito no abandonar la habitación para evitar la pérdida de calorías al andar por el pasillo de la planta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración aportó los siguientes datos: TA: 89/61, IMC: 14.68.

JUICIO CLÍNICO: Anorexia nerviosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos tras la anamnesis y la exploración, se objetiva el diagnóstico enfermero de trastorno de la imagen corporal relacionado con la percepción negativa sobre sí misma y está manifestado por verbalización de percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal y pensamiento negativos sobre su cuerpo. También obtenemos el diagnóstico enfermero de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con factores psicológicos, y está manifestado por peso corporal inferior al 20% o más del peso ideal.

CONCLUSIONES: Con el fin de que la paciente mejore la percepción sobre su imagen corporal y sobre sí misma y aumente su peso corporal, realizaremos intervenciones enfermeras dirigidas a ayudarlo a separar aspecto físico de los sentimientos sobre la valía personal, ayudarlo a identificar las respuestas positivas de los demás, ayudarlo a expresar los sentimientos, aconsejar a los padres sobre cómo comportarse ante esta situación a la hora de dirigirse a ella, pactar con la paciente la ingesta de comida progresiva y en ambiente confortable.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, ADOLESCENTE, IMAGEN CORPORAL, PESO.

PLAN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE INTERNAMIENTO BREVE DE PSIQUIATRÍA CON UN USUARIO CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

SILVIA ROSILLO SAN JUAN, MARIAJOSE ORTEGA MARTIN, CRISTINA GALERA NAVARRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 35 años que ingresa en la unidad internamiento breve (UIB) de Psiquiatría.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración psicopatológica: Consciente, orientado en las 3 esferas, abordable, colaborador, disproséxico, psicomotrizmente tranquilo, lenguaje prolijo, tangencial en ocasiones, con bloqueos ocasionales, de contenido delirante. Delirios de perjuicio y referenciales con evidente repercusión conductual y emocional (la policía le espía a través del teléfono móvil, le persigue, controla todos sus pasos, ya que le consideran un peligro para la sociedad). Niega alucinaciones somatosensitivas. Ánimo eutimo con fases de ansiedad. Niega ideación autolítica. Nulo insight. Juicio de realidad alterado.

JUICIO CLÍNICO: Primer episodio psicótico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Primer episodio psicótico. Trastorno esquizoafectivo. Trastorno bipolar.

PLAN DE CUIDADOS: Patrón Cognitivo- Perceptivo. Manifiesta una distorsión del pensamiento, con contenido autorreferencial con sensación y certeza de que lo vigilan y persiguen, mostrando gran repercusión emocional. Se muestra observador del entorno y suspicaz con el personal. Patrón Autopercepción- Autoconcepto. Se muestra ansioso y angustiado. Patrón Adaptación- Tolerancia al estrés. Tiene una percepción de fallo sobre el control de la situación y marca como factor desencadenante la idea de que lo persiguen y lo vigilan. Diagnósticos enfermeros a trabajar con la paciente durante su estancia en la UIB. 00128. CONFUSIÓN AGUDA, 00146. ANSIEDAD, 00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCESO DE ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES: La psicosis suele provocar cambios en el estado de ánimo y en la forma de pensar, dando lugar a ideas extrañas. El primer episodio de psicosis puede resultar una experiencia particularmente traumática y desconcertante. Por lo que en numerosos casos debido a la falta de recurso en la comunidad hay que realizar un ingreso que en muchos casos es involuntario donde no solo se tratan los síntomas de la enfermedad si no la forma de enfrentarse a esta nueva realidad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERIA, PLAN DE CUIDADOS, PRIMER EPISODIO PSICOTICO, PSIQUIATRIA.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE RESISTENTE A FÁRMACOS

GLORIA VALERO CHAZARRA, VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO, MARTA GOMEZ OLTRA, MARIA JESUS MESEGUER SALVADOR, JESUS JIMENEZ MARTOS, CRISTINA PINILLA MATEOS, ROSARIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARIA CRISTINA FERNANDEZ GONZALEZ, FRANCISCO VALDIVIA MUÑOZ, DANIEL HERNANDEZ GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 34 años. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide y retraso mental leve con alteraciones de conducta. Vive con sus padres. Incapacitado. En seguimiento por Salud Mental desde 2002, de manera irregular hasta septiembre de 2010. Reingreso en Unidad de Agudos en noviembre de 2017 por recomendación de su psiquiatra de referencia, por ideación delirante y de perjuicio con mal manejo ambulatorio y escasa respuesta a la medicación pautada: aripiprazol, topiramato, y Xeplion 1amp im cada 28 días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración psicopatológica, ideación delirante y de perjuicio centrada en ruidos y golpes que escuchaba en su casa. TC y analíticas realizadas resultaron normales.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide descompensada. Retraso mental con alteraciones de conducta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Esquizofrenia paranoide descompensada. Retraso mental con alteraciones de conducta. Esquizofrenia subtipo hebefrénico. Trastorno por ideas delirantes persistentes.

CONCLUSIONES: Ante la falta de respuesta a los tratamientos farmacológicos empleados, tras discusión en sesión clínica se decide plantear tratamiento con terapia electroconvulsiva. Se realizan un total de 10 sesiones de TEC, con aplicación bilateral, con notable mejoría tanto en la clínica delirante como en los desajustes conductuales protagonizados por el paciente.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, ELECTROCONVULSIVA, ESQUIZOFRENIA, PARANOIDE, RESISTENTE, FÁRMACOS.

ANÁLISIS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA JUBILACIÓN Y LA DEPRESIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA

DIEGO BENITO GALLEGO, SANDRA NATALIA ALVAREZ GETINO, ASUNCIÓN ARIAS RODRÍGUEZ, MARÍA RUTH ALONSO PINTADO, CAROLINA VEGA CANO

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento es un fenómeno demográfico que ha modificado la estructura de la población. Según datos de IMSERSO, en Europa, en 2060 podría haber una persona mayor por cada dos personas en edad de trabajar. Alcanzar la edad de jubilación significa para el individuo finalizar la época productiva que ha venido desarrollando durante largos años de su vida y entrar en una etapa ligada a pérdidas: de las facultades físicas, psíquicas, económicas, de rol y en especial las afectivas, caracterizadas por la muerte del cónyuge o de amigos. Todo esto acompañado de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad, que, en ocasiones, resulta difícil de superar.

OBJETIVOS: Determinar el riesgo de depresión entre los trabajadores jubilados.

METODOLOGÍA: Se incluyen las bases de datos PubMed y PsycINFO, con combinaciones AND de las siguientes parejas de palabras clave: (depressive disorder); retirement; elderly; depression; aging; (older people); retired. Como criterios de inclusión se han considerado los siguientes: Población mayor de 50 años; resúmenes en inglés o castellano; cualquier país; estudios publicados los últimos 3 años; ambos sexos. Se han encontrado 5 trabajos con estos criterios.

RESULTADOS: Vivir en comunidad o en hogares compartidos se han señalado como factores beneficiosos para la salud mental de los jubilados. El desempleo, el tener una edad próxima a la de la jubilación o el haberse jubilado recientemente se presentan como factores que predisponen a la depresión o incrementan el riesgo de hospitalización por depresión. Factores como el sueño de mala calidad, determinados factores genéticos, la exposición durante la vida laboral al polvo de ciertas sustancias y una hipotensión diastólica, estarían asociados con la depresión.

CONCLUSIÓN: La depresión asociada a la jubilación es un fenómeno que aparece en un momento vital complejo y que engloba numerosos factores añadidos.

PALABRAS CLAVE: JUBILACIÓN, DEPRESIÓN, RIESGO DE DEPRESIÓN, SALUD MENTAL.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CUIDADOS E INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AGRESIVO

ANTONIO CASTILLO MARTÍN, MANUEL CASTILLO JIMENEZ, MARIA MARTIN HERRANZ

INTRODUCCIÓN: La agresividad puede ser tanto verbal como física; en forma de auto lesiones, lesiones a otros, golpes, rotura de objetos... El riesgo homicida en el paciente agresivo hay que considerarlo de forma urgente. Los episodios agresivos se dividen en: con trastornos de conciencia (embriaguez excitomotora y estado epilépticos crepusculares) y sin trastorno de conciencia (se dan en la paranoia, esquizofrenia y personalidades psicóticas).

OBJETIVOS: Conocer las intervenciones y cuidados ante un paciente agresivo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado teniendo en cuenta el objetivo planteado. Búsqueda en las bases de datos cuiden, Sciencedirect. Entre el año 2010 y 2018. Se seleccionaron 2 artículos y 1 libro. Los DeCS utilizados en las bases de datos fueron: Enfermería de urgencia, servicios de urgencia psiquiátrica, atención de enfermería, agresividad.

RESULTADOS: Cuidados del pacientes agresivos: - Evitar que el paciente pueda hacer daño a otros o a si mismo - Hablarle con tranquilidad, calma y aportándole seguridad, manteniendo una distancia cómoda para el paciente - Hay que dejar que exprese sus emociones sin juzgarlas, evitando actitudes paternalistas - Buscar un lugar tranquilo y alejar a espectadores inútiles - Ofrecerle la medicación, que haya indicado el médico - Informarle sin autoritarismo, y sin miedo, de que va a proceder a su contención, si es necesario - Pedir refuerzos si es necesario al personal de seguridad - Contenerlo y medicarlo - Control de constantes y mantenerlo hidratado - Vigilancia continua de sujeciones que se hayan utilizado

CONCLUSIÓN: Los estados peligrosos con trastorno de conciencia se da en cuadros orgánicos, como en el alcoholismo y la epilepsia. Este último son poco frecuentes pero revelan información de la evolución de la enfermedad. Los estados peligrosos sin trastornos de conciencia se dan en aquellos pacientes que no están en tratamiento o han abandonado la medicación.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA DE URGENCIAS, SERVICIOS DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, AGRESIVIDAD.

MUJER DE 40 AÑOS CON PROBLEMAS ALIMENTARIOS, CONSUMO DE ALCOHOL Y TÓXICOS

ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer con 40 años en seguimiento psiquiátrico desde los 24 por depresión, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia). Lleva desde los 25 años institucionalizada por no ser abordable sus conductas disruptivas en el domicilio familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, coherente. No se observa deterioro cognitivo significativo. CI: normal. Buen control de impulsos. Respeta límites. Sueño conservado. Antecedentes de impulsividad, irritabilidad, autolesiones, manipulación. Actualmente estable. Tratamiento: Topamax, seroquel, trileptal, Dorken, primperan, fluoxetina. Alergias medicamentosas a la penicilina. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de los parámetros normales. Serología de VIH Negativo, hepatitis C Positiva.

JUICIO CLÍNICO: Algunos informes reflejan algún diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Según DSM V y CIE 10 se llega al diagnóstico de Trastorno Límite De La Personalidad. Problemas alimentarios. Consumo de Tóxicos y alcohol.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico: Autoestima crónica baja relacionado con su trastorno psiquiátrico, manifestado porque la persona tiene expresiones negativas sobre sí misma. NOC: Autoestima. Indicadores: Sentimientos sobre su propia persona. Verbalización de autoaceptación. Nivel de depresión. Indicadores: Estado de ánimo deprimido. Tristeza. Abuso de alcohol. NIC: Prevención del consumo de sustancias nocivas. Actividades: Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida). Potenciación de la autoestima. Actividades: Animar al paciente a evaluar su propia conducta. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. Disminución de la ansiedad. Actividades: Crear un ambiente que facilite la confianza. Prevención del suicidio. Actividades: administrar medicación adecuada para disminuir la ansiedad, agitación y estabilizar el humor. Remitir a especialista de cuidados de salud (psiquiatra, enfermera salud mental, psicólogo) para evaluación y tratamiento de las ideas y conductas suicidas, si es necesario.

CONCLUSIONES: Seguimiento por Equipo multidisciplinar del centro donde está institucionalizada para control de enfermedad psiquiátrica grave y supervisión de trastorno alimentario. En periodos donde hay estabilidad se refuerza con periodos vacaciones en domicilio familiar.

PALABRAS CLAVE: AUTOAGRESIVIDAD, HETEROAGRESIVIDAD, ANOREXIA, BULIMIA, ALCOHOLISMO, DEPRESIÓN.

VARÓN DE 56 AÑOS CON DISCAPACIDAD Y GRAVES ALTERACIONES DE CONDUCTA

ROCIO MUÑOZ BALLESTEROS, FRANCISCO MUÑOZ BALLESTEROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años, institucionalizado desde joven. Múltiples centros. Trastornos de conducta. Robos, delincuencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aspecto tosco y envejecido. Coherente con disartria. Escasa flucidez y buena comprensión. Eutimia. No Hostil. No psicosis. Pobreza cognitiva. Receptivo. Escasos objetivos individuales. NO alergias medicamentosas. Analítica con parámetros dentro de la normalidad. Serología: VIH y hepatitis negativo. Tratamiento actual: Depakine, paroxetina, zypresa y haloperidol.

JUICIO CLÍNICO: Retraso mental n. E. Trastorno de la Personalidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras ser valorado por el equipo multidisciplinar (psiquiatra, Terapeuta ocupacional, psicóloga, DUE, y MAP se llega al diagnóstico de Retraso Mental leve y Trastorno antisocial de la personalidad.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico: Deterioro de la interacción social relacionado con aislamiento terapéutico, manifestado por interacción disfuncional con los compañeros, familia, amigos y verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales. NOC: Habilidades de interacción social (uso se asertividad, afrontamiento, relaciones con los demás. Participaciones en actividades de ocio (interacción con amigos, compañeros, familia, participar en actividades de ocio, participar en deportes de equipo) NIC:- Fomento de ejercicio. -Terapia de actividad. -Modificación de la conducta. Habilidades sociales (animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales). Animar al paciente a que valore los resultados esperados de la interacción social, establezca recompensas para los resultados positivos y solucionen los problemas con los objetivos no resueltos. -Entrenamiento para controlar impulsos. -Terapia con juegos. -Disminución de la ansiedad.

CONCLUSIONES: Tras una gran mejoría conductual en el último centro donde ha permanecido mas de 10 años y tras valoración del equipo multidisciplinar se gestionará un recurso en un centro de adultos ya que se adapta mas a sus necesidades actuales al ser un centro mas abierto.

PALABRAS CLAVE: ALTERACIONES DE CONDUCTA, HETEROAGRESIVIDAD, EUTIMIA, DISRUPTIVIDAD.

SISTEMA DE ALARMAS NOCTURNAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO

INTRODUCCIÓN: La enuresis es la micción involuntaria de orina durante el sueño, en niños que han alcanzado una edad mayor o igual a los cinco años. Afecta aproximadamente entre el 15 y 20% a los 5 años y decrece con la edad. En muchas ocasiones remite con la edad pero existen algunos casos en los que son necesarios tratamientos farmacológicos y conductuales para evitar mojar la cama. Actualmente el uso de alarmas como tratamiento conductual se encuentra muy extendido.

OBJETIVOS: Conocer la efectividad de las alarmas nocturnas en la enuresis infantil.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión bibliográfica de estudios relacionados con la enuresis infantil y la intervención con alarmas. Se hizo una selección de artículos publicados en los últimos 10 años buscando en diferentes bases de datos nacionales dentro del campo de las ciencias de la salud.

RESULTADOS: Las alarmas constituyen un tratamiento que pretende modificar la conducta del niño mediante un sensor de humedad que se coloca dentro de la ropa interior del niño. Cuando este dispositivo detecta la humedad de la orina activa una alarma sonora o vibratoria para que el niño pueda detectar cuando tiene que ir al servicio.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica se ha visto que las alarmas constituyen un buen método para lograr la enuresis nocturna obteniéndose resultados a largo plazo. Es importante destacar la implicación y motivación que ha de tener tanto el niño como la familia para lograr los mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: ENURESIS, INFANTIL, ALARMA, INTERVENCIÓN.

LA DEPRESIÓN POSTPARTO CÓMO PROBLEMA DURANTE EL PUERPERIO

ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA

INTRODUCCIÓN: La depresión postparto es el trastorno afectivo más habitual durante el puerperio. Afecta aproximadamente al 10-15 % de las mujeres y actualmente su etiología no se encuentra bien definida. La DPP cursa con sintomatología depresiva mayor que persiste al menos dos semanas: tristeza, llanto, pérdida de interés por aficiones cotidianas, incapacidad para el cuidado del niño e incluso pensamientos recurrente de muerte. Según la bibliografía consultada se ha podido observar que se trata de un trastorno con un buen pronóstico aunque poco diagnosticado ya que es una tarea complicada para los profesionales de y difícil de reconocer por parte de la mujer y de la familia.

OBJETIVOS: Revisar la literatura disponible para poder identificar los factores de riesgo de la depresión postparto.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión bibliográfica de estudios relacionados con la literatura relacionada con la depresión postparto y sus factores de riesgo. Se hizo una selección de artículos publicados en los últimos 10 años buscando en diferentes bases de datos de ciencias la salud.

RESULTADOS: Los resultados de la búsqueda nos señalan los siguientes factores de riesgo: Antecedentes personales de depresión Sintomatología ansiosa/ depresiva durante el embarazo Escaso apoyo familiar Acontecimientos vitales traumáticos o estresantes Se ha visto que las mujeres que presentan factores de riesgo psíquicos tienen mayor vulnerabilidad para la aparición de un trastorno afectivo.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica se ha detectado la necesidad de realizar una buena prevención durante el embarazo y con ello pudiendo prevenir el desarrollo de este trastorno.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, PUERPERIO, EMBARAZO, DEPRESIÓN POSTPARTO.

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA NUEVA DROGA CANÍBAL

ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO

INTRODUCCIÓN: La Flakka es una sustancia química psicoactiva derivada de la Metilendioxiptovalerona o más conocida como droga canibal. Según los consumidores es conocida como la “Droga Hulk” por sus efectos en el organismo y es usada sobretodo en contexto festivo.

OBJETIVOS: Analizar las principales características de la nueva droga canibal. Revisar la actual regulación de esta droga en España.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión bibliográfica de estudios relacionados con la literatura relacionada con la droga canibal. Se hizo una selección de artículos publicados en los últimos 5 años buscando en diferentes bases de datos de ciencias la salud y otras fuentes de interés.

RESULTADOS: Según la literatura revisada se puede concluir que “La flakka” tiene unas características especiales debido al estado de hiperestimulación catecolaminérgica que genera provocando arritmias, isquemia miocárdica graves y taquicardias. Además también se han visto asociados síntomas psiquiátricos como agitación, paranoia y delirium. La intoxicación con esta droga ha creado cuadros de delirium agitado creando comportamientos extraños en el consumidor y en algunas ocasiones ha causado la muerte, como la ocurrida durante el verano de 2015 en Mallorca. Actualmente no se encuentra regulada la venta de esta droga ya que la sustancia química se encuentra en algunos productos legales como fertilizantes o sales de baños lo que hace difícil la identificación.

CONCLUSIÓN: La nueva droga cannibal es una sustancia peligrosa y 10 veces más potente y adictiva que otras anfetaminas. El hecho de no estar regulada hace que sea muy fácil obtenerla sobre todo a través de las redes sociales.

PALABRAS CLAVE: DROGA, ESPAÑA, REGULACIÓN, CANIBAL.

EL TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO

ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es un trastorno mental grave crónico caracterizado por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos opuestos: la manía y la depresión. La prevalencia de este trastorno se asocia entre un 0,5-1,5 %. Muchas de las mujeres diagnosticadas se encuentran en edad reproductiva por lo que lidiar con una situación de embarazo ha de tener una especial atención debido a la teratogenia de algunos de los fármacos implicados en el tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer las recomendaciones existentes para mujeres con trastorno bipolar que planean un embarazo.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos en diversas fuentes de interés nacional relacionadas con las ciencias de la salud. Se hace una recopilación de artículos publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: A través del análisis descriptivo de la bibliografía se concluye: La mujer que está planeando un embarazo debería sustituir el tratamiento con valproato/ carbamacepina y lamotrigina por otro tratamiento alternativo debido al posible riesgo de malformaciones fetales. Ha de ser informada de las posibles dificultades de concepción debido al aumento de prolactina al tomar antipsicóticos. En periodo de eutimia se podría hacer una retirada de litio de manera gradual y una posible reintroducción en el 2º trimestre si fuese necesario. Si existiese riesgo de descompensación se ha de continuar con litio informando de los posibles riesgos e ir haciendo un cambio gradual a un antipsicótico. Si durante el embarazo se continúa tomando litio es importante monitorizar los niveles séricos cada 4 semanas, hasta la semana 36 y luego semanalmente hasta el parto y control ecocardiográfico (18-20 semana).

CONCLUSIÓN: La importancia de un buen control antes y durante el embarazo evitará la descompensación de la enfermedad y reducirá los riesgos para el feto.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, EMBARAZO, TERATOGENESIS, ANTIPSICÓTICO.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA

LAURA ORDÓÑEZ LLOPIS, PEDRO LUIS OLIVA SOMÉ, NIEVES MARIA PLAZA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La alteración de la conducta es un patrón repetitivo y constante de actuaciones violentas, retardoras o antisociales en las que destacan la intolerancia a la frustración, impulsividad. Se trata de una de las alteraciones psiquiátricas más comunes actualmente en la edad infanto-juvenil, pudiendo incrementarse en la adolescencia.

OBJETIVOS: Determinar diagnóstico de enfermería con los adolescentes que padecen trastorno de conducta a partir de la taxonomía NANDA.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Basándonos en la NANDA consensuamos una serie de intervenciones enfermeras a modo de sesiones de trabajo con los adolescentes y familiares, para ello se proponen los diagnósticos de enfermería relacionados con dicho problema. Diagnósticos de Enfermería: Afrontamiento infeectivo. Baja autoestima crónica o situacional. Deterioro de la adaptación. Deterioro de la interacción social. Impotencia. Violencia... Sesiones de trabajo: Habilidades sociales. Derechos personales. Estilos de comunicación: agresión, aserción, inhibición. Críticas con mensaje yo y feed back. Control de la rabia: componentes de la respuesta airada, formas de autocontrol. Resolución y afrontamiento de problemas. Autoinstrucciones. El contenido de estas sesiones va adaptado al nivel de los pacientes, con ejemplos y explicaciones fácilmente comprensibles. Evaluaremos los resultados de estas sesiones con cuestionarios propios.

CONCLUSIÓN: La instrucción de los jóvenes en las diversas habilidades sociales (expresión sentimientos, control de la ira, autocontrol, asertividad) favorecen comportamientos en consonancia con la sociedad, siendo capaces de ponerse en lugar del afectado por su anterior conducta.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTES, TRASTORNO DE LA CONDUCTA, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ACOMPAÑADA DE IDEAS DELIRANTES

GABRIEL JESÚS ALMAGRO GUERRERO, IRENE GALAN RANEA, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BONHOMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 56 años que ingresa por descompensación de su psicopatología de base, que es traído a Urgencias tras provocar un incendio en su casa. Su familia, que lo apoya mucho, comenta que previamente llevaba cierto tiempo más aislado y con ánimo disfórico. Refiere que le habla la TV, que lo amenazan, que le cuesta mucho más trabajo dormir. Igualmente, aparecen contenidos relativos al hacerse mayor, a sentirse menos valioso, etc. No antecedentes personales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, colaborador y con buen contacto. Sin inquietud psicomotriz. Discurso lineal respondiendo a las preguntas y relatando los contenidos delirantes de perjuicio. Alucinaciones auditivas y cenestésicas. Estado de ánimo triste. Trastorno de conducta. Insomnio de conciliación y mantenimiento. No ideación autolítica. Conciencia de enfermedad.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia Paranoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A su ingreso, por su sintomatología, podría tratarse de trastorno afectivo, de la personalidad, etc. Puesto que son comunes algunos síntomas; pero en el transcurso de la valoración y la entrevista clínica, se evidenció claramente que padecía una esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES: El paciente ingresó en la Unidad de Agudos de Salud Mental. Tranquilo desde su ingreso, aunque inicialmente presentaba episodios delirantes y actitud suspicaz, que fueron remitiendo progresivamente con el paso de los días. Se le realizó una modificación de su tratamiento psiquiátrico, y finalmente, tras 16 días ingresado, se le dio el alta e ingresó en una residencia de ancianos.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL, CASO CLÍNICO.

EFICACIA DE LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y EL GRADO DE IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA

SONIA VALERO SÁNCHEZ, MARÍA ÁNGELES JIMÉNEZ MARTÍNEZ, ANA BELEN LOPEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno mental frecuente, siendo la primera causa mundial de incapacidad. En España afecta hasta a un 8,56% de la población general, suponiendo un importante problema de salud pública; que conlleva un gran gasto sanitario. Además la depresión es una patología con frecuentes recidivas, que tiende a cronificarse, dificultando la capacidad del usuario para afrontar las actividades de la vida diaria. El origen de esta patología tiene que ver con un desequilibrio de los neurotransmisores cerebrales (adrenalina, dopamina y serotonina). Diversos estudios han evidenciado que el ejercicio físico puede aumentar la cantidad y la concentración de dicha sustancias, planteándose así el propósito de este trabajo.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la prescripción de ejercicio físico en el usuario con diagnóstico de depresión y el grado de implicación del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión de literatura realizada en bases de datos disponibles virtualmente (Pubmed, Cochrane Library, LILACS...); llevada a cabo en el último trimestre de 2017; sobre la prescripción del ejercicio físico en la depresión y el papel de enfermería. Se seleccionan estudios, tanto en inglés como en español, posteriores a 2014.

RESULTADOS: El ejercicio físico tiene un potencial efecto positivo sobre la calidad de vida del paciente con depresión. Muestra beneficios en relación con la ansiedad, el estrés y el bienestar psicológico, y también en la esfera social. Se encuentra escasa evidencia relacionada con la prescripción de ejercicio físico por parte del personal de enfermería en el usuario con depresión.

CONCLUSIÓN: Es importante insistir en la formación continuada de Enfermería en relación al uso del ejercicio físico como estrategia terapéutica para el tratamiento de la depresión y otros problemas de salud, pues programas de ejercicio, desde un enfoque integral que incluyan aspectos mentales, podrían tener resultados muy positivos en el usuario con depresión.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO FÍSICO, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PRESCRIPCIÓN.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PSICOSIS TÓXICAS EN LA PROVINCIA DE HUELVA

MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN, ISMAEL PRIETO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: Se relaciona a casi todas las drogas de abuso con la aparición de psicosis tóxica, pero se desconoce si existe una sustancia que suponga un mayor riesgo para la aparición de dicho cuadro.

OBJETIVOS: Analizar la recogida de datos epidemiológicos (edad, el género y droga) en pacientes con psicosis tóxicas, y compararlo con la literatura científica existente.

METODOLOGÍA: Se estudia una muestra de pacientes atendidos en el servicio de urgencias psiquiátricas de Huelva entre enero y junio de 2016, con diagnóstico de Psicosis Tóxica. Se recogen las variables edad, sexo y sustancia de abuso en relación con el cuadro y se comparan los resultados con la bibliografía existente.

RESULTADOS: Muestra de 16 pacientes: 93.75% Varones y 6.25% Mujeres, de edades entre 17 y 56 años (media de 28,62 años). Consumo de sustancias: 75% THC, 18,75% cocaína, 25% alcohol, y 12.5% Derivados anfetamínicos. Comparación con literatura científica existente: En un estudio checo (Vseticka, J. , 2014) Apuntan que las psicosis tóxicas se relacionan con mayor intensidad con el consumo de metanfetaminas, mientras que nuestros resultados apuntan al cannabis como la sustancia tóxica más relacionada con la aparición de psicosis tóxicas. Los resultados obtenidos en el estudio de Arendt y cols. En 2004, coinciden con los nuestros, donde aparece con mayor incidencia la relación cannabis-psicosis, que con otro tipo de droga.

CONCLUSIÓN: Las psicosis tóxicas continúan siendo más prevalentes en adultos varones jóvenes. No podemos asegurar que el cannabis tenga un mayor potencial para desencadenar cuadros de psicosis tóxicas que otras sustancias pero sí que es la sustancia tóxica que aparece con mayor incidencia en psicosis tóxicas en nuestro medio. La aparición de un mayor número de casos de psicosis tóxicas asociadas a cannabis puede deberse al mayor uso de esta sustancia en nuestro medio en comparación con otras drogas ilegales.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS TÓXICA, DROGAS, CANNABIS, EPIDEMIOLOGÍA.

ESTUDIO SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PSICOSIS TÓXICAS EN LA PROVINCIA DE HUELVA

MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, ISMAEL PRIETO SANCHEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN

INTRODUCCIÓN: En la actualidad existe controversia entre si la psicosis tóxica es un trastorno autolimitado y de resolución completa, o se es el inicio de lo que a medio-largo plazo terminará por manifestarse como una esquizofrenia. Este asunto tiene gran importancia a la hora de determinar planes de tratamiento específicos, de cara a actuar en beneficio a su pronóstico.

OBJETIVOS: Evaluar la evolución clínica de pacientes diagnosticados de psicosis tóxica y la relación con el consumo.

METODOLOGÍA: Se recoge una muestra de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de psiquiatría de Huelva en el primer semestre de 2016, con diagnóstico de Psicosis Tóxica. Pasados seis meses, se revisa si en este periodo, estos pacientes han precisado nuevas atenciones médicas por sintomatología psicótica y si se ha producido en abstinencia o consumo de sustancias y cual es la situación clínica actual.

RESULTADOS: Se obtiene una muestra de dieciséis pacientes diagnosticados de psicosis tóxica. A los seis meses, se observó que: el 6.25% De la muestra, evolucionó en un periodo de seis meses a un Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia), con persistencia de consumo de drogas. El 12.5% Tuvo un nuevo episodio de psicosis tóxica. El resto de los pacientes de la muestra, que suponen un 81.25% Del total, no precisó de nuevas intervenciones urgente ni ingresos psiquiátricos, no detectándose presencia de nuevos episodios de sintomatología psicótica al cabo de los seis meses posteriores.

CONCLUSIÓN: No podemos afirmar que las psicosis tóxicas sean un continuum con la esquizofrenia. El abuso recurrente de drogas de abuso tiene mayor riesgo de causar nuevos episodios de psicosis tóxica, reduciéndose este riesgo si se abandona el consumo. El consumo de tóxicos está relacionado con una peor evolución, dado el mayor número de recaídas, y en consecuencia con un peor pronóstico.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS TÓXICA, EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO, DROGAS.

PSICOSIS EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

MARÍA REINA DOMÍNGUEZ, SANDRA FERNÁNDEZ LEÓN, ISMAEL PRIETO SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 73 años, viuda, madre de 4 hijos. Acude a urgencias por intento autolítico, mostrándose angustiada y arrepentida. La familia describe que desde que inició tratamiento 4 meses antes con dexametasona y lenalidomida por progresión de Mieloma Múltiple, la paciente comenzó a decir cosas raras y a tener comportamientos incomprensibles, consistentes en ánimo depresivo y verbalizaciones delirantes de perjuicio y de ruina. Se inició tratamiento con quetiapina 50 mg prolong y se suspendió el tratamiento con dexametasona, sin control sintomático completo. Finalmente, se suspende la lenalidomida, y la paciente comienza a recuperarse, encontrándose desde entonces asintomática.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración psicopatológica: buen estado general. Consciente, abordable y colaboradora. Ideación delirante de perjuicio y ruina, congruentes con estado anímico depresivo, que se acompañan de momentos de angustia e irritabilidad. Trastorno del sueño. Niega deseos de muerte y se arrepiente de intento autolítico llevado a cabo. Constantes vitales dentro de la normalidad. RMN de cráneo sin hallazgos relevantes.

JUICIO CLÍNICO: Psicosis tóxica yatrógena. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome confusional agudo. Psicosis primaria. Psicosis tóxica yatrógena: secundaria a corticoides. Psicosis tóxica yatrógena: secundaria a lenalidomida.

PLAN DE CUIDADOS: Suspensión de dexametasona y lenalidomida. Uso de antipsicóticos y acompañamiento familiar mientras exista psicopatología activa.

CONCLUSIONES: Esta descrita la aparición de cambios psicológicos, tales como euforia, depresión, reacciones psicóticas y tendencias suicidas con el uso de dexametasona. La mayoría de estos problemas desaparecen si se disminuye o retira este medicamento. Es importante tener especial atención ante la aparición de este tipo de cuadros, pues puede suponer un grave riesgo para la seguridad del paciente. No están descritas los cuadros de psicosis secundaria a lenalidomida, aunque si depresión e insomnio. Dada la mejoría clínica ante la retirada de este fármaco no podemos descartar su implicación en el cuadro descrito.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, PSICOSIS ORGÁNICA, CORTICOIDES, LENALIDOMIDA, DEXAMETASONA.

LOS CORTICOIDES COMO POSIBLE DESESTABILIZADORES DE LOS ENFERMOS MENTALES

ELENA MORAL ZAFRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se describe el caso de una mujer de 70 años que con antecedentes de un ingreso en psiquiatría con diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con síntomas Psicóticos y Catatónicos (F32.3) Que precisó de TEC. De forma secundaria a su lumbalgia, comienza con irritabilidad, suspicacia, insomnio e ideación delirante de perjuicio poco estructurada. Se relaciona la aparición brusca de la psicopatología con la administración de corticoides por dicha lumbalgia. La hipótesis diagnóstica es Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas mixtos (F19.8 De la CIE-10).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se suspendió de forma gradual los corticoides y se introdujo un estabilizador del ánimo (Quetiapina). Además se programan varias sesiones de TEC que resultan efectivas sin que aparezcan importantes síntomas amnésicos o confusionales. El resto del tratamiento se mantiene (Venlafaxina 225 mg Retard: 1-0-0 y Mirtazapina 15 mg 0-0-1) con revisiones periódicas en su Centro de Salud Mental de referencia.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas mixtos (F19.8 De la CIE-10). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se examina la posibilidad de descompensación de su enfermedad de base.

PLAN DE CUIDADOS: Es decir, el clínico debe informar al paciente y la familia sobre el riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos al iniciar un tratamiento con corticoides, así como mantener una supervisión estrecha durante las primeras semanas del tratamiento con el objetivo de detectar precozmente la sintomatología.

CONCLUSIONES: Los corticoides a pesar de todas estas propiedades beneficiosas, también están asociados a múltiples efectos no deseados en un cierto número de pacientes pueden inducir: depresión, hipomanía, manía, psicosis, ideas de suicidio, irritabilidad, agresividad, ansiedad o trastornos del sueño Para evitar tales efectos adversos, lo más importante es la prevención. Los corticoides son fármacos muy usados en la práctica clínica habitual que, sin embargo, se asocian a frecuentes efectos adversos neuropsiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: CORTICOIDES, ANCIANOS, ENFERMEDAD MENTAL, TRATAMIENTO.

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAÍNA EN HOSPITALIZACIÓN

CRISTINA RODRÍGUEZ REYES, MARIA DEL CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ ALCANTARA

INTRODUCCIÓN: El consumo de cocaína inicialmente produce sensación de alegría, optimismo y bienestar. El estrés y ansiedad desaparecen y aumenta la sensación de energía. Después del consumo de cocaína se produce el llamado “bajón” que instaura de golpe un estado de profundo agotamiento. Se sienten cansados e irritables, sintiéndose amenazados, lo que provoca que entren en pánico y actúen de forma violenta o rara.

OBJETIVOS: Determinar las actuaciones de enfermería en paciente con síndrome de abstinencia en hospitalización.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de Datos: Pubmed, Scopus, Biblioteca Chocrane plus, utilizando como descriptores en ciencias de la salud (DeCS): cocaína, síndrome de abstinencia a sustancias, atención de enfermería. Se realizó la búsqueda de los artículos desde el año 2012 en adelante hasta 2017 que pertenecieran a revistas clasificadas según CIRC 2012 en puntuaciones A, B y/o C.

RESULTADOS: Las intervenciones enfermeras que se han encontrado están basadas en dos áreas como área salud y autocuidados y área psicopatológica. Los objetivos generales encontrados son reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas y lograr la mayor estabilidad psíquica posible del paciente. Las principales intervenciones de enfermería: Monitorización respiratoria 3350; Monitorización de líquidos 4130; Monitorización neurológica 2620; Manejo de las náuseas 1450; Vigilancia de la piel 3590; Manejo del delirio 6440; Manejo del humor 5330; Administración de medicación 2300.

CONCLUSIÓN: El profesional de enfermería que desarrolla sus funciones dentro de un proceso de atención integral debe ser capaz de adaptarse a las necesidades de cada individuo y en cada momento. En los distintos estudios se coincide en la necesidad de formación, en ampliarla y mejorarla tanto en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Al mejorar los conocimientos aumenta la calidad de la atención a los pacientes drogodependientes.

PALABRAS CLAVE: COCAÍNA, SEGURIDAD DEL PACIENTE, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA: LA NECESIDAD DE TRABAJAR JUNTOS

ELENA MORAL ZAFRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Ponemos el caso de una mujer de 42 años de “difícil manejo” con importante inestabilidad afectiva y alta expresividad emocional. Así mismo muestra una conducta impulsiva e imprevisible con estallidos de ira y escasa tolerancia a la frustración. Los profesionales se sienten desconcertados y a la par desbordados debido a las importantes dosis de tratamiento farmacológico pautadas y demandadas, en contraposición con la escasa eficacia o efectos secundarios que se podrían esperar. Tras indagar, la paciente confiesa que estaba comercializando y lucrándose de los psicofármacos prescritos y por tanto, no se estaba tomando la medicación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No acude a las revisiones en su Centro de Salud Mental. En cambio, acude frecuentemente al Centro de Salud Mental, donde manipula y amenaza a su médico de cabecera con realizar algún gesto autolítico en caso de no ceder a sus demandas. Exige mantener la prescripción de una elevada cantidad de benzodicepinas entre otros.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de la personalidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza diagnóstico diferencial entre Trastorno límite de la personalidad (F60.3) Vs. Trastorno explosivo intermitente (F63.8).

PLAN DE CUIDADOS: La nueva línea de tratamiento con estabilizadores del ánimo y la psicoterapia permite una mejoría en la calidad de vida de la paciente así como la correcta adherencia a las consultas sucesivas y al tratamiento farmacológico y terapéutico.

CONCLUSIONES: El abismo entre los Médicos de Atención Primaria y los Especialistas, es una barrera pendiente de asumir y superar. La actuación para desbloquear esta situación fue: buscar asesoramiento por parte de los Servicios Jurídicos, contactamos con su Médico de Atención Primaria, nos reunimos dada la necesidad de unificar criterios, y se decide que las prescripciones de psicofármacos sólo se harán desde el Centro de Salud Mental. Así mismo, desde la Asesoría, también nos recomiendan dejar constancia clara y precisa en la historia clínica de las posibles amenaza de la paciente.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALISTAS, TRASTORNO DE PERSONALIDAD, ATENCIÓN MÉDICA.

DIFICULTADES PARA DISCERNIR LOS SÍNTOMAS EN LOS ENFERMOS MENTALES CON CONSUMO ACTIVO DE ALCOHOL

ELENA MORAL ZAFRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 48 años, acude de forma pasiva con su mujer por problemas relacionados con el alcohol. El consumo se relaciona con altibajos emocionales, con periodos de alergia importante, tristeza y tendencia a la clinofilia alternados con otros periodos de euforia y estallidos de energía vital. Ambos sin factor precipitante y de los que se recupera de forma espontánea. Tras sucesivas consultas, el paciente consigue la abstinencia a tóxicos, pero en cambio, mantiene la misma sintomatología anímica. Al revisar la historia clínica con sus familiares, evidenciamos clínica compatible con el diagnóstico de Ciclotimia (F34.0). El paciente ya había experimentado sucesivas fases hipomaníacas y fases depresivas leves previos al inicio del consumo de alcohol, sin embargo, no había supuesto un problema mayor para el paciente, motivo por el cual no había hecho alusión a esta sintomatología, ni había solicitado atención psiquiátrica previamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le ha realizado una analítica al paciente y una entrevista personal psicológica para determinar el juicio clínico.

JUICIO CLÍNICO: F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13) F10.9, Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13), F31.9 Trastorno bipolar no especificado, F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9).

PLAN DE CUIDADOS: Se instaura el tratamiento con estabilizador del ánimo manteniendo cierto equilibrio anímico la par que mantenemos la remisión total y sostenida del consumo.

CONCLUSIONES: En este caso resaltamos la necesidad de no perder de vista la posibilidad de patologías duales ya que corremos el riesgo de devaluar enfermedades mentales graves al relacionar la sintomatología anímica y conductual sólo con el consumo.

PALABRAS CLAVE: CICLOTIMIA, ALCOHOL, TRASTORNOS DEL HUMOR, DIAGNÓSTICO.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS

ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ANGEL JOSE CALVO DE DIOS

INTRODUCCIÓN: Tratamos la rehabilitación psicosocial, cuya intervención se lleva a cabo sobre el contexto de la persona con enfermedad mental, es decir, sobre sus redes sociales, su familia y sobre el tejido social en el que habrá de desenvolverse, lo que le facilitará su integración y su desempeño social adaptado. Las redes sociales son estructuras abiertas conformadas por personas, grupos y organizaciones entre las cuales existe un intercambio vincular, es decir, un intercambio basado en vínculos desplegados entre las partes de esta estructura. Cumplen varias funciones importantes como, por ejemplo, ofrecer a la persona una identidad, cohesión y pertenencia social, y posibilitar a la comunidad el control social sobre los sujetos.

OBJETIVOS: Analizar las diversas redes sociales y el importante papel de apoyo que han de cumplir en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y crónica; y determinar cuáles son las características de estas redes y la manera en que su modalidad vincular repercute sobre los sujetos con enfermedad mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La intervención sobre las redes sociales que sirven de apoyo al individuo con enfermedad mental grave y crónica cobra importancia en el proceso rehabilitador, puesto que le sirve de apoyo y acompañamiento y ayuda a que el sujeto con enfermedad pueda mejorar su calidad de vida e incluso evitar las re hospitalizaciones. Los pasos del proceso de rehabilitación psicosocial son: la evaluación, la planificación y la intervención.

CONCLUSIÓN: La intervención sobre las familias de las personas con enfermedad, tanto a nivel unifamiliar como multifamiliar, se emplea para generar recursos comunes de apoyo, conocer las características de las conductas de sus familiares y para que se impliquen directamente en el proceso de recuperación, aceptación y adaptación.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACION, ENFERMEDAD MENTAL, GRAVE, CRONICA.

APOYO EMOCIONAL EN EL PACIENTE PSICÓTICO

AMAYA ALEJANDRA JIMÉNEZ OJEMBARRENA, MARTA JIMÉNEZ LEÓN, MERCEDES GARNICA ALVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años ingresada en psiquiatría por sintomatología psicótica e ideación autolítica. Está diagnosticada de esquizofrenia paranoide y trastorno límite de personalidad desde hace años. Tiene antecedentes familiares de esquizofrenia y ansiedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La valoración según Patrones Funcionales de Majory Gordon evidencian alteración de los siguientes: percepción y mantenimiento de la salud (alucinaciones auditivas), nutricional-metabólico (cicatrices producidas por intento autolítico), cognitivo-perceptual (ocasionales pérdidas de memoria, alucinaciones auditivas), autopercepción-autoconcepto (descontento con su cuerpo y consigo misma), rol-relaciones (problemas familiares) y adaptación-tolerancia al estrés (ansiedad).

JUICIO CLÍNICO: La paciente padece esquizofrenia paranoide y trastorno límite de personalidad. Sufre alucinaciones auditivas que le provocan ansiedad, y realiza intentos autolíticos consecuencia del descontento con su autoconcepto y autoimagen, exacerbados por los episodios de ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se determinan como principales diagnósticos de enfermería para este paciente: 00069 Afrontamiento inefectivo (relacionado con incapacidad de afrontamiento de la situación) y 00146 Ansiedad (relacionada con alucinaciones auditivas).

PLAN DE CUIDADOS: Se establecen como intervenciones NIC a realizar para mejorar los diagnósticos: apoyo en la toma de decisiones, apoyo emocional, intervención en caso de crisis, técnicas de relajación. Durante la estancia hospitalaria se integra a la paciente en grupos de apoyo, asambleas y talleres de actividades para controlar la ansiedad.

CONCLUSIONES: Se considera que la paciente requiere un ambiente tranquilo para favorecer su reposo y disminución de la ansiedad, que se lograría con su ingreso en psiquiatría; un tratamiento farmacológico que mejore los síntomas psicóticos; y una serie de intervenciones por parte del equipo de enfermería y de salud mental como: escucha activa, apoyo emocional, ayuda a la relajación en situaciones de estrés, identificación de desencadenantes de episodios de ansiedad, refuerzo de actitudes positivas y permanencia con la paciente proporcionándole sentimientos de seguridad.

PALABRAS CLAVE: APOYO EMOCIONAL, ESQUIZOFRENIA, ANSIEDAD, AUTOLISIS.

DEMENCIA Y ESTADO DE ANIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años, ama de casa derivada desde Atención Primaria por ánimo bajo. Cuando la paciente llega a la consulta de Salud Mental refiere encontrarse mal de ánimo desde hace unos meses ella lo relaciona con fallos que se nota que va teniendo cada vez de forma más frecuente. Habla de olvidos, despistes, no recuerda dónde ha dejado las cosas, no recuerda nombres de familiares y a veces no reconoce a la gente. Todo esto le hace sentirse triste y preocupada, se muestra irritable cuando la familia le señala los olvidos, más recelosa y ha disminuido su contacto social.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica completa con hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, dentro de los límites normales. Se realiza exploración neurológica que también se encuentra dentro de los límites normales, se intenta realizar mini mental pero la paciente se pone muy nerviosa y se niega a realizarlo. Se solicita TAC craneal en el que se aprecia una marcada atrofia cortical.

JUICIO CLÍNICO: Demencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pseudodemencia depresiva frente a un cuadro de demencia. La prueba de imagen y el deterioro y limitación en sus actividades cotidianas con orientan al diagnóstico de una demencia.

PLAN DE CUIDADOS: En primer lugar se pauta un antidepresivo a bajas dosis, sertralina 50 mg, que ayudan a mejorar la irritabilidad y el ánimo bajo de la paciente, posteriormente se deriva a Neurología para seguimiento y tratamiento de su demencia.

CONCLUSIONES: Muchos cuadros de demencia, en sus inicios pueden pasar en primer lugar por cuadros depresivos por la irritabilidad y el ánimo bajo que empiezan a mostrar los pacientes cuando empiezan a notar sus limitaciones, es importante hacer un buen diagnóstico diferencial entre estos cuadros y una demencia para poder iniciar el tratamiento y plan de cuidados más oportuno para el paciente.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, ESTADO DE ÁNIMO, DETERIORO COGNITIVO, APATÍA.

RELACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS CON LA APARICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

MARIA JESUS RUEDA GONZALEZ, ISABEL MARIA MOYA MORALES, ROSA MARIA GAMEZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Recientemente el consumo de cannabis entre la población adolescente ha sufrido un aumento significativo. El consumo de cannabis produce psicosis agudas que pueden ser la antesala que de paso a una esquizofrenia. Aunque no todos los trabajos son concordantes, la mayoría de los autores observan un incremento de los delirios y las alucinaciones de los pacientes con esquizofrenia en relación con el consumo de cannabis.

OBJETIVOS: Analizar los efectos del cannabis en el adolescente. Analizar la relación entre consumo de cannabis y aparición de esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda de artículos publicados de 2010 a 2015 en la Biblioteca Cochrane, en las Bases de datos Cochrane Library, Pubmed, Medline, Scielo y CUIDEN. Se incluyen todos los artículos relacionados con la relación que existe entre el cannabis y la esquizofrenia.

RESULTADOS: Los jóvenes son la población de mayor riesgo y más vulnerable ya que el inicio precoz del uso del cannabis aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia, afectando a la memoria y el aprendizaje y por tanto en el desempeño escolar y laboral. Tras revisar varios artículos se hace evidente que el consumo de cannabis induce síntomas psicóticos, un porcentaje elevado de esquizofrénicos consume cannabis, este consumo aumenta el riesgo de recaídas e ingresos por psicosis.

CONCLUSIÓN: Múltiples estudios destacan la alta prevalencia de consumo y dependencia de drogas en general y de cannabis en particular en pacientes con esquizofrenia. Por esto es importante la educación sanitaria a la población diana, que en este caso son los adolescentes.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, ESQUIZOFRENIA, ADOLESCENCIA, BROTE PSICÓTICO.

ENFERMERÍA Y EL CAMBIO: INTERVENCIONES MOTIVACIONALES BREVES

MARTA MARÍA MARTÍNEZ CIFUENTES, IRENE LOPEZ LOPEZ, MARIA DOLORES LAGAR MARTÍNEZ, IRENE MARÍA NAVARRO MORALES, ANA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ, PILAR TÁRRAGA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermeras de salud mental nos encontrarnos frecuentemente con que unos de los factores relacionados de nuestros diagnósticos son “disminución de la motivación” o “motivación insuficiente” y que múltiples de nuestras actividades se dirigen a aumentar la motivación. La motivación es la probabilidad de una conducta, entonces es razonable buscar las técnicas específicas para aumentar la probabilidad de conductas que promuevan el cambio.

OBJETIVOS: Identificar las técnicas y su combinación para poder desarrollar INTERVENCIONES MOTIVACIONALES BREVES y así ampliar intervenciones terapéuticas enfermeras.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: La intervención breve motivacional permite que surja el deseo de cambiar. Una vez iniciado éste, el cambio surge de forma rápida con poca ayuda o bien surge la necesidad de orientación y apoyos terapéuticos que podremos atender. Es una “forma de ser” con los pacientes, que es probablemente muy diferente a cómo los han tratado otras personas en el pasado. La intervención motivacional breve se sustenta de las bases de la entrevista motivacional. Se citan las estrategias motivacionales que se desarrollarán en el póster. Ofreciendo consejo, eliminando obstáculos, Ofreciendo alternativas, Disminuyendo la deseabilidad, Practicando la empatía, Ofreciendo un feedback, Aclarando observacional, Ofreciendo ayuda activa.

CONCLUSIÓN: Los enfermeros de salud mental creemos que cada persona posee un potencial poderoso para el CAMBIO. Nuestra tarea como profesional especializado es hacer salir dicho potencial creado una atmósfera positiva para ello. Nos encontramos ante un cambio importante en la atención de enfermería psiquiátrica y con estas intervenciones enriquecemos y complementamos la intervención terapéutica del profesional de enfermería de salud mental alcanzando responsabilidad y peso en el tratamiento a nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: MOTIVACIÓN, CAMBIO, INTERVENCIÓN, MENTAL, ESTRATEGIAS.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA

FERNANDO RODRIGUEZ OTERO, TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA

INTRODUCCIÓN: El concepto de personalidad y adolescencia están íntimamente unidos, la construcción de la identidad en la adolescencia una a su vez estos conceptos. Así identidad , personalidad y adolescencia son procesos estrechamente unidos.

OBJETIVOS: Determinar una revisión de los precursores del Trastorno Limite en la adolescencia a través de una revisión de la literatura.

METODOLOGÍA: Se seleccionaron los artículos publicados en últimos 5 años que estudiaran sobre factores precursores del trastorno límite en la adolescencia.

RESULTADOS: Un número de estudios han relacionado el trastorno a la incapacidad de formar una fijación segura a un cuidador La disfunción afectiva, la hostilidad y el conflicto interpersonal del Trastorno oposicionista desafiante (ODD) y la impulsividad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en particular puede ser indicativo de un camino al desarrollo temprano. Los estudios familiares muestran consistentemente que una amplia gama de trastornos psiquiátricos, incluyendo la depresión mayor, el consumo de sustancias , el trastorno limite y el trastorno antisocial de la personalidad, son más comunes en los familiares. La presencia de un ambiente invalidante y la historia de abusos sexuales en la infancia son otros de los precursores.

CONCLUSIÓN: Todos los factores analizados en la literatura coinciden en que estamos ante una población de riesgo para el desarrollo de Trastornos de Personalidad Limite Se necesitan programas específicos de abordaje en la adolescencia. Es preciso una mayor coordinación y acceso a los hospitales de día.

PALABRAS CLAVE: IDENTIDAD, PERSONALIDAD, ADOLESCENCIA, DIAGNOSTICO.

USO DE ANTIPSICÓTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA EN ALTERACIONES DE CONDUCTA SECUNDARIA A PATOLOGÍA ORGÁNICA

ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 16 años que ha estado en seguimiento por neuropediatría y que es derivado a Salud Mental por alteraciones de conducta. El paciente sufrió una hipoxia cerebral al nacer, como secuelas presenta retraso mental ligero y alteraciones de la psicomotricidad. Desde hace unos meses presenta alteraciones de conducta importantes con conductas heteroagresivas en el medio familiar y escolar, acoso a compañeras que le han valido la expulsión del Instituto. Las conductas son muy disruptivas llegando a agredir al padre y a la abuela.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica completa con hemograma y bioquímica, hormonas tiroideas, dentro de lo normal, EEG sin alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Alteraciones conductuales secundarias a hipoxia cerebral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Psicosis de injerta, consumo de tóxicos y alteraciones de conducta.

PLAN DE CUIDADOS: Al inicio de la consulta y por la gravedad de las alteraciones se inicia tratamiento con antipsicótico a dosis bajas, una vez comprobada la tolerancia se propone antipsicótico de acción prolongada que tanto el padre como el paciente aceptan. Empiezan a ceder las conductas disruptivas y la heteroagresivada y se puede iniciar una intervención cognitivo conductual con el paciente para trabajar la tolerancia a la frustración y el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida cotidiana.

CONCLUSIONES: El uso de antipsicóticos de acción prolongada a dosis bajas, en pacientes con retraso mental y alteraciones de conducta, ha demostrado un control de la heteroagresividad y de las conductas disruptivas. Es una opción a tener en cuenta en este tipo de patologías.

PALABRAS CLAVE: ALTERACIONES DE CONDUCTA, ANTIPSICÓTICOS, AGRESIVIDAD, RETRASO MENTAL.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

CARLA FALCONI VALDERRAMA, JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, FRANCISCO FLORES ORTIZ

INTRODUCCIÓN: El TEA es un trastorno del neurodesarrollo con aumento de la incidencia en los últimos años y con heterogeneidad tanto causal como sintomática. En el momento actual más personas que nunca antes están siendo diagnosticadas de TEA, no está suficientemente claro si este incremento se debe a una ampliación en los criterios del trastorno o a mayores esfuerzos en su diagnóstico. Cuando los TEA se presentan en su manera clásica no son difíciles de reconocer y diagnosticar por un profesional con experiencia. Pero la situación es diferente para los cuadros clínicos que aparecen de manera atípica.

OBJETIVOS: Conocer las características de los pacientes considerados dentro del espectro autista, así como dar a conocer los principales procesos a considerar como diagnóstico diferencial en la primera infancia.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y búsqueda bibliográfica, así como el análisis y estudio de la documentación existente.

RESULTADOS: Dentro de las principales entidades clínicas con las que es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial tenemos a las siguientes: Deprivación severa de estimulación, Trastornos del desarrollo intelectual, Síndrome de Rett, Trastornos del lenguaje expresivo-receptivo, Síndrome de Landau Klefner, Mutismo selectivo y ansiedad de separación.

CONCLUSIÓN: Es evidente que se necesitan más investigaciones cada día y una mayor colaboración entre clínicos e investigadores para un correcto abordaje de los TEA. La excelencia en la formación de los profesionales para la detección a edades muy tempranas y el interés genuino por estos pacientes son los pilares sobre los que debemos construir el futuro de las intervenciones en personas con TEA.

PALABRAS CLAVE: TEA, INFANCIA, ASPERGER, AUTISMO, **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

CUIDADOS ENFERMEROS CON CROMOTERAPIA EN UNIDAD DE DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

VIRGINIA MARTÍN ESTÉBANEZ, ANA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ, NOELIA BENITEZ DIAZ

INTRODUCCIÓN: La cromoterapia o terapia con los colores es un método que ejerce una influencia física, psíquica y emocional de la que no somos conscientes generalmente.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica sobre el uso de la cromoterapia en unidad de discapacidad intelectual.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión mediante las bases de datos: PubMed, Cinahl, Cochrane, Cuiden, etc. Además de plasmar la práctica diaria para demostrar el efecto positivo que produce en estos pacientes. Se describe en que consiste la cromoterapia o terapia con los colores, así como en el perfil de pacientes que puede asistir a estas sesiones.

RESULTADOS: Informar y demostrar como ayuda la cromoterapia en una unidad de discapacidad intelectual usándola como apoyo conductual positivo. El objetivo en sí de este espacio es proporcionar un estado de bienestar y tranquilidad al paciente con dificultades para controlar sus impulsos y por ello, con distintos trastornos de conducta que se dan a diario. En un perfil de paciente donde los déficit de control son frecuentes, llegando a manifestar conductualmente situaciones complicadas, se plantea el uso de un espacio que ayude a regular dichas conductas.

CONCLUSIÓN: Diversos estudios consideran la cromoterapia como una terapia útil para el control de una crisis; tratando de calmar a la persona evitando así usar otras técnicas o actividades enfermeras más negativas o invasivas.

PALABRAS CLAVE: CROMOTERAPIA, DISCAPACIDAD, TERAPIA, COLORES, ENFERMERÍA.

PÉRDIDA PERINATAL: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

MARÍA CRISTINA ANDRADE POZO, CECILIA ALCAZAR PEREZ, ANA MARIA LOPEZ ORTIZ

INTRODUCCIÓN: El duelo provoca un mecanismo natural de adaptación, a través de la cual se canaliza el dolor y la pena que se siente, sólo en este momento de la vida se produce un dolor biológico, psicológico, familiar, social y espiritual. La tendencia actual en nuestra sociedad es negar la muerte, más aún en niños nacidos o no, siendo esta situación la más dura a la que se pueden enfrentar los padres y la familia, es por ello que su abordaje debe de ser por parte de todo el equipo multidisciplinar.

OBJETIVOS: Analizar la documentación científica sobre la muerte perinatal, con el fin de aumentar los conocimientos sobre dicha situación para orientar los cuidados enfermeros a las necesidades cada persona o pareja.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión de la literatura de enfermería y medicina en varias bases de datos, como son: Scielo, Cuiden y PubMed y Google Académico y revistas científicas de enfermería como HYGGA.

RESULTADOS: Tras realizar la búsqueda bibliográfica, encontramos las recomendaciones de actuación encaminadas a la pareja y a la familia para ayudar y apoyar con la intención de evitar un duelo patológico.

CONCLUSIÓN: En la pérdida perinatal se debe afrontar una transformación de todas las ilusiones ante la llegada de una vida por el dolor de su pérdida, el personal de enfermería tiene un papel clave en su abordaje, debiendo ayudar a afrontar de la manera más sana esta dura situación.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA, DUELO, PERINATAL, CUIDADOS.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ENFERMERA DE ENLACE ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

VERONICA DATO CORBALAN, LAURA BLASCO BAUTISTA, JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ, NOELIA DEL AMOR MARTINEZ, MARTA LAZARO SAHUQUILLO

INTRODUCCIÓN: La psiquiatría de enlace (en inglés consultation liaison psychiatry) es una subespecialidad de la psiquiatría cuyo objetivo es ayudar a los pacientes con problemas médicos, y a los profesionales al cargo de su cuidado, a integrar la patología psiquiátrica y los problemas de adaptación a la enfermedad en el proceso terapéutico general del paciente para mejorar el pronóstico.

OBJETIVOS: Justificar la introducción de la figura de la enfermera especialista en salud mental en las unidades de psiquiatría de enlace.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica y rotación como residente de enfermería de salud mental en una unidad de psiquiatría de enlace.

RESULTADOS: Se describen habilidades específicas de un miembro del equipo de psiquiatría de enlace con las que cumple la enfermera especialista en salud mental. Se describen funciones que específicamente podría asumir la enfermera especialista en diversos ámbitos (asistencial, gestora, docente e investigadora).

CONCLUSIÓN: La figura de la enfermera de enlace no está ampliamente instituida en nuestro país, sin embargo en los países de habla inglesa sí. Los principales beneficios de la implementación de esta figura en los hospitales generales se derivarían de una mayor coordinación entre diferentes categorías profesionales así como de la atención integral al paciente.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, INTERCONSULTA, ENLACE, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA.

PACIENTE ADULTA CON ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

SONIA QUIROGA MAYA, MACARENA MARTÍNEZ CALDERÓN, MARÍA FARRÁN PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años que acude a la consulta por encontrarse desde hace casi un año constantemente nerviosa e irritable. Refiere mucha tensión muscular cervical, palpitaciones ocasionales, cansancio, dificultad para concentrarse y dificultad para conciliar el sueño. Refiere empeoramiento en el último mes. No presenta antecedentes de interés ni toma medicación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizar una exploración física y hacer una buena historia clínica, que oriente el diagnóstico diferencial tanto de patologías orgánicas subyacentes, como diferentes cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de ansiedad generalizada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Previamente a establecer un diagnóstico de ansiedad hay que descartar que las alteraciones se puedan deber a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, fármacos, etc.), A una patología orgánica subyacente o a otros cuadros psiquiátricos donde la ansiedad es un síntoma relevante, por ejemplo, ansiedad simple, crisis de pánico, ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Para establecer el diagnóstico de ansiedad generalizada, la ansiedad y preocupación se debe asociar durante más de 6 meses a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteración del sueño.

CONCLUSIONES: El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria, más frecuente en el sexo femenino y su momento de aparición suele ser la edad adulta. Su curso es variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental. En cuanto al tratamiento, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son recomendados usualmente como agentes de primera elección. Los agentes de segunda línea incluyen las Benzodiazepinas, buspirona, Imipramina y Pregabalina. Aunque las benzodiazepinas se encuadran como tratamientos de segunda línea, pueden ser empleadas en cualquier momento si la ansiedad o la agitación son severas.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNO, ATENCIÓN PRIMARIA, CASO CLÍNICO.

PACIENTE QUE PRESENTA IRRITABILIDAD RELACIONADA CON TRASTORNO PSICÓTICO

LAURA BAUTISTA GONZÁLEZ, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, MAGDALENA TIRADO TROYANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 56 años, que acude al servicio de urgencias porque presenta irritabilidad con intento de agresión a su madre durante el día de hoy. Sus antecedentes personales son: Paciente sin alergias medicamentosas. Padece Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. Es independiente para las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a urgencias, la paciente refiere que ha dejado tratamiento con Seroquel porque dice que nota cosas extrañas en la cabeza cuando se levanta. Está consciente y orientada, normocoloreada, eupneica, Glasgow 15, habla coherentemente, normopsíquica, insomnio de mantenimiento y conciliación desde hace tres meses, anorexia y alucinaciones visuales.

JUICIO CLÍNICO: Agresividad por abandono de tratamiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de agresividad por abandono de tratamiento. Según valoración psiquiátrica la paciente presenta un trastorno psicótico sin especificar.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento con Diazepam 10 mg. Derivación a psiquiatría para volver a ser evaluada.

CONCLUSIONES: Esta categoría incluye una sintomatología psicótica sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico. El tratamiento sintomático es necesario, por lo que se le prescribe y se le aconseja volver a ser evaluada por su psiquiatra.

PALABRAS CLAVE: ADHERENCIA, TRATAMIENTO, TRASTORNO, PSICÓTICO.

RELACIÓN ENTRE EL HIPOTIROIDISMO Y LA DEPRESIÓN

PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, MARTA RUBIO CEBRIAN, JOSEFA GARCIA MADRID,
SALVADOR NAVARRO MOROTE, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO

INTRODUCCIÓN: Los trastornos endocrinos, en especial el hipotiroidismo, son una de las causas orgánicas más frecuentes que desencadenan trastornos mentales. Aproximadamente un 40% de los pacientes hipotiroideos muestran síntomas y signos depresivos y cada vez existen más estudios que asocian depresiones resistentes al tratamiento con alteraciones en la función tiroidea. Además de los signos y síntomas clínicos clásicos, puede presentarse con síntomas secundarios a la alteración hormonal como alteraciones en memoria, atención, enlentecimiento psicomotor, alteraciones viso-perceptivas o alteraciones ejecutivas, frecuentes en la depresión. En la depresión, disminuyen las catecolaminas en el cerebro y en el hipotiroidismo descienden los receptores alfa y beta adrenérgicos cerebrales, lo que muestra en parte la hiporreactividad neuronal y los síntomas depresivos.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar la bibliografía existente para conocer las características clínicas del hipotiroidismo y su relación con la depresión.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: cuiden, PubMed, Cochrane y Dialnet. Descriptores: hipotiroidismo, depresión, trastornos afectivos, tiroides.

RESULTADOS: El tratamiento del hipotiroidismo puede disminuir síntomas psiquiátricos en los pacientes afectados, por otro lado, los antidepresivos no están indicados cuando el ánimo depresivo es debido a una alteración hormonal.

CONCLUSIÓN: Es necesario evaluar la función tiroidea debido a presentar una clínica similar, en especial, pacientes con respuesta insuficiente a los psicofármacos o con recaídas tras una buena evolución inicial. Es de importancia realizar controles a aquellos que presentan factores que podrían asociarse a su aparición como los tratados con litio o carbamazepina, a consecuencia de los efectos secundarios sobre la función tiroidea.

PALABRAS CLAVE: HIPOTIROIDISMO, DEPRESIÓN, TIROIDES, TRASTORNOS AFECTIVOS.

UNA PRIMERA CONSULTA ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCA CARTAS MORENO, MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años. Viuda. Madre de 4 hijos. Tercera de ocho hermanos. No sabe leer ni escribir. No presenta antecedentes familiares ni personales psiquiátricos. Acude derivada desde neurología a falta de resultado de pruebas complementarias por presentar alucinaciones auditivas de tipo brusco. Como antecedentes presenta hipoacusia con necesidad de audífono el cual no usa. En la exploración se muestra consciente y orientada, reconociendo alucinaciones de tipo cenestésico y visual, además de auditivas, que son interpretadas desde una base de personalidad y de cultura previa, de aparición relativamente reciente. No presenta inquietud ni agitación psicomotriz ni ideación autolítica estructurada en la actualidad. Se realiza introducción de antipsicótico y se recomienda seguimiento por neurología a falta de pruebas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza RNM con resultado de meningioma en parte frontal izquierda, con moderado edema vasogénico, así como probable meningioma milimétrico parietal derecho. Silla turca parcialmente vacía y probable tumor en oído izquierdo. Se deriva a neurocirugía siendo operada con resultado parcial y mantenimiento de sintomatología previamente descrita, junto con hipofrontalismo por operación.

CONCLUSIONES: En consulta se corre el riesgo de hiperdiagnosticar y tratar antes de tiempo por presión personal o familiar. Se deben de esperar a las pruebas complementarias correspondientes en el caso de sintomatología sugerente de organicidad, para poder elegir el mejor camino a seguir para conseguir la remisión de sintomatología o la mejoría en la calidad de vida del paciente, así como un correcto tratamiento.

JUICIO CLÍNICO: Meningioma ocupante de espacio con edema vasogénico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe descartar patología orgánica previo a diagnosticar de esquizofrenia en edad avanzada.

PALABRAS CLAVE: ORGANICIDAD, MENINGIOMA, PSIQUIATRÍA, ALUCINACIONES, CENESTÉSICA.

VARÓN CON ANSIEDAD RELACIONADA CON LA INSITUCIONALIZACIÓN

GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA LUISA RESOLA MOLINA, MARIA DOLORES GAY OCAÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 43 años, con esquizofrenia paranoide y trastorno de personalidad, ingresado en la unidad de rehabilitación de media estancia para estabilización, desarrollo como persona con su enfermedad crónica bajo medicación, supervisión a largo plazo y realización de actividades de rehabilitación. Presenta alteración del ciclo sueño-vigilia y se encuentra ansioso por no poder salir del centro y porque la familia no le ingresa más dinero. Es fumador y toma bebidas alcohólicas y con alto contenido en cafeína.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realización de test de cocaína y THC tras las salidas del centro (Negativos). Toma de constantes vitales (Tensión arterial (TA):132/67 mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC): 84 lpm, Frecuencia Respiratoria: 16 rpm, Saturación de oxígeno (SatO2): 99% y Temperatura (T°): 36.4 °C.

JUICIO CLÍNICO: (00146) Ansiedad, (00222) Control de impulsos ineficaz, (00095) Insomnio y (00173) Riesgo de confusión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00146) Ansiedad r/c cambio en el entorno y abuso de sustancias m/p irritabilidad, nerviosismo e insomnio.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (1402) Autocontrol de la ansiedad. Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada. NIC: (5820) Disminución de la ansiedad. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Fomentar la realización de actividades no competitivas. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad. (60640) Terapia de relajación. Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.

CONCLUSIONES: La atención de enfermería irá encaminada a disminuir la ansiedad presentada por el paciente por estar institucionalizado, utilizando para ello terapias de relajación. Será la responsable de que el paciente tome la mediación prescrita adecuadamente y de identificar conductas que puedan poner en riesgo su salud.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, PARANOIDE, PERSONALIDAD, ESTABILIZACIÓN ALTERACIÓN.

EMPLEO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

LAURA RODRIGUEZ JORGE, MIREIA MARISCAL, SORAYA PIZARRO AGUILILLA, SANDRA PIZARRO RINO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica, también considerada contención física, es un procedimiento que se emplea como última medida en la reducción de una persona que se encuentra en estado de agitación, con el fin de prevenir los riesgos o peligros de lesiones a la persona enferma o a otras personas de su entorno. Ha de ser evaluada de forma particular, valorando los riesgos y las consecuencias que pueden ejercer en el usuario. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre su uso y empleo y el procedimiento de utilización de los sistemas de contención en el centro hospitalario.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía que nos ayude a: Mantener la integridad física del paciente cuando pone en peligro su propia seguridad, la del personal sanitario o terceras personas. Saber utilizar las contenciones de manera correcta.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Durante la contención mecánica, el empleo de correas y/o arneses disminuye la movilidad del usuario. Es importante evitar el daño inmediato y siempre mantener la seguridad del usuario, del entorno y del propio personal sanitario. Procedimiento de una contención: Informar al usuario siempre que su estado lo permita. Comunicarle los motivos por los que se realiza dicha contención, intentado conseguir su consentimiento y unión terapéutica. Tratar al usuario de forma holística, evitando sentimientos de humillación. Evitar la presencia de familiares. Todo el personal debe retirarse los objetos que puedan ser potencialmente peligrosos para el paciente y si mismos.

CONCLUSIÓN: El adecuado empleo de la contención disminuye el número de lesiones producidas al paciente y la disminución del empleo de la violencia.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECANICA, PACIENTE AGITADO, PREVENCIÓN DE LESIONES, ASPECTOS ÉTICOS.

LA ESQUIZOFRENIA Y SUS RIESGOS MENTALES

ELVIRA GALERA TRABALÓN, SERAFINA RUIZ REYES, ELENA GARCIA ACOSTA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia y trastornos relacionados caracterizándose por presentar síntomas psicóticos y a menudo síntomas negativos y/o deterioro cognitivo. Los síntomas psicóticos incluyen las ideas delirantes, las alucinaciones, el pensamiento y el habla inapropiada. Los síntomas negativos se refieren a una disminución o falta de emociones y comportamientos normales, tales como el afecto aplanado y la falta de motivación. La disfunción cognitiva involucra principalmente la atención sostenida y la memoria de trabajo.

OBJETIVOS: Conocer e identificarlos tratamientos para esta patología.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en pubmed/enciclopedia medicina medine plus y mediante la utilización de palabras clave como: personalidad, trastorno, test y psiquiatría.

RESULTADOS: El tratamiento prescrito por los especialistas, los síntomas pueden prevenirse y evitarse: Tratamiento psiquiátrico: se encargará de la valoración del trastorno mental, seguimiento clínico, plan terapéutico y tratamiento farmacológico. Tratamiento psicológico: espacio de relajación para el paciente, para reducir su vulnerabilidad, el impacto de situaciones estresantes, riesgo de recaídas. El tratamiento farmacológico puede combinarse con la psicoterapia.

CONCLUSIÓN: Es una enfermedad que aparece generalmente en la adolescencia y su curso es crónico y deteriorante. El pronóstico de esta patología es complicado y depende de cada caso. En la mayoría de los pacientes los síntomas mejoran con el tratamiento farmacológico. Cuando se abandona los síntomas suelen reaparecer. Los pacientes con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia necesitan un seguimiento adecuado a pesar de que la intervención temprana no ha demostrado mejoría clínica en disminución de psicosis. Hay pacientes que con esta intervención pueden retrasar el inicio de la enfermedad y esto a su vez ayudar a alcanzar ciertos logros académicos, sociales y familiares que mejoren su red de apoyo para esta morbilidad.

PALABRAS CLAVE: PERSONALIDAD, TEST, TRASTORNO, PSIQUIATRÍA.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE: ETIOLOGÍA NEUROLÓGICA O PSIQUIÁTRICA

MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, FRANCISCA CARTAS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 68, acude a consulta de psiquiatría derivada de neurología al presentar trastorno del lenguaje. El marido que la acompaña y la paciente indican que presenta problemas para encontrar palabras y las sustituye por otras expresiones o en ocasiones no contesta o lo hace con algo diferente al tema del que se le está preguntando. Refiere que presenta lenguaje reiterativo con problemas mnésicos, alteración en la evocación de recuerdos. No se realiza estudio por otorrinología sin presentar alteraciones. La paciente refiere altibajos anímicos e irritabilidad y llanto con baja tolerancia a la frustración ya que no puede expresarse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración psicopatológica: Consciente, orientada en los 3 ejes. Sonríe ante las preguntas pero no responde a las mismas. Lenguaje reiterativo. Alteración en la articulación del lenguaje. Ánimo decaído reactivo a situación actual. Cierta irritabilidad. Alteración en memoria reciente y de evocación. Signos de deterioro cognitivo leve. RMN craneal: Cambios involutivos corticales y centrales con aumento de los espacios que contiene líquido cefalorraquídeo. Aumento de señal en T2 y Flair con disminución de volumen de ambos hipocampos de características inespecíficas. Leucoaraiosis periventricular y lesiones de tipo gliosis isquémica en sustancia blanca de ambos hemisferios.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno mental orgánico compatible con deterioro cognitivo leve. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el diagnóstico diferencial, se debe tener en cuenta la enfermedad cerebrovascular que puede conllevar un deterioro cognitivo como es el caso que presentamos pero también hay que diferenciarlo con trastorno depresivo endógeno o una alteración en la articulación del lenguaje por alteración del aparato fonatorio.

PLAN DE CUIDADOS: Seguimiento por Neurología para estudio del cuadro de deterioro cognitivo y tratamiento con rehabilitación del trastorno del lenguaje de etiología vascular probablemente afasia.

CONCLUSIONES: En un paciente que presente alteración del lenguaje, memoria y alteraciones anímicas siempre se deben realizar pruebas de imagen y neuropsicológicas para estudiar su etiología.

PALABRAS CLAVE: AFASIA, LENGUAJE, MEMORIA, COGNICIÓN, NEUROLÓGICA.

CRISIS DE ANSIEDAD EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 43 años que acude a Puerta de Urgencias de su Hospital de referencia acompañado por familiares para valoración psiquiátrica por sintomatología de tipo ansioso de una semana de evolución sin desencadenante aparente. El paciente ha asistido en varias ocasiones a su Centro de Atención Primaria y recibe tratamiento con Benzodiacepinas con escasa respuesta al mismo. En la entrevista clínica no refiere antecedentes psiquiátricos ni episodios similares con anterioridad. Como factores de estrés refiere mayor presión a nivel laboral y algún conflicto familiar reciente de poca gravedad según el paciente. Niega alergias medicamentosas así como antecedentes somáticos de interés. Como antecedentes familiares, tiene un hermano con Trastorno Mental Grave. El cuadro clínico que presenta el paciente se caracteriza por nerviosismo importante además de náuseas, mareos y aumento del apetito. Se solicita analítica urgente de sangre en la que se obtiene como resultado una glucemia basal de más de 400mg/dL. Se decide el ingreso del paciente a cargo de Medicina Interna para completar estudio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física y psicopatológica en Urgencias mediante entrevista al paciente y familiares acompañantes. Analítica de sangre urgente.

JUICIO CLÍNICO: Debut de Diabetes Mellitus. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Crisis de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada.

CONCLUSIONES: En la valoración en el Servicio de Urgencias de los pacientes que consultan por sintomatología del espectro ansioso, hay que realizar un correcto diagnóstico diferencial en el que se descarten otro tipo de patologías como abuso o abstinencia de sustancias, efectos secundarios de tratamientos o enfermedad física como hiperglucemia o hipertiroidismo entre otras.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE ANSIEDAD, DIABETES MELLITUS, CRISIS DE PÁNICO, URGENCIAS.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ,
ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS, GLORIA FERNANDEZ RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Preescolar de 26 meses que es remitida para valoración en su Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia por sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se solicita valoración a través de su Pediatra a petición del Equipo de Atención Temprana por presentar signos de alarma en el área socio-comunicativa. Se realiza seguimiento durante un periodo de 12 meses siendo el diagnóstico definitivo un trastorno específico del lenguaje (TEL).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Informe del EOEP que incluye escala de desarrollo (M-CHAT). Informe del servicio de Neuropediatría, siendo las exploraciones complementarias normales. Exploración psicopatológica desarrollada en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno específico del lenguaje (TEL). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno del espectro autista (TEA). Trastorno de ansiedad social (fobia social). Discapacidad intelectual.

CONCLUSIONES: Un TEL tiene en común muchas cosas con el TEA. Es por eso que, a veces, establecer un diagnóstico diferencial no es tarea sencilla. Muchos de los síntomas son iguales en ambos trastornos. El TEL, como su nombre indica, es un trastorno que afecta al lenguaje, retrasa la adquisición del lenguaje en niños que no tienen pérdida de audición ni ninguna otra causa de retraso en su desarrollo. No se produce por un déficit cognitivo ni tampoco por lesiones cerebrales. El niño, al no poderse relacionar con el entorno mediante el lenguaje, tiende a aislarse y a comportarse de forma similar a los niños que tienen TEA. El lenguaje es el medio con el que nos relacionamos con el entorno social, y la falta de él, dificulta muchísimo esta relación. Es común que se diagnostique TEA cuando son pequeños, y al crecer, los síntomas indiquen que se trata de TEL.

PALABRAS CLAVE: TEL, TEA, FOBIA SOCIAL, DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

LOS DEFECTOS FATÍDICOS DE LA PERSONALIDAD

MARIA ZURITA CARRASCO, CLARA FERNANDEZ BURRACO, MARIA NIEVES BAEZ AMUEDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años que tras ser derivado desde Psiquiatría a Psicología clínica, tras dos años de seguimiento y tratamiento con varios antidepresivos, ansiolíticos y eutimizantes, solicita la revisión de su diagnóstico y del abordaje terapéutico. Pide que el Psiquiatra le explique en base a qué criterios clínicos le ha diagnosticado de Trastorno mixto de la personalidad (con predominio de rasgos narcisistas e histriónicos) defendiendo que padece una depresión recurrente (aludiendo que se ha informado en internet). Solicita además un informe clínico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado con actitud demostrativa y querulante, pero abordable. No se evidencia en el momento actual alteración mayor del ánimo ni patología de la esfera psicótica. Capacidad volitiva y juicio de realidad conservados. Importante nivel de ansiedad que se refleja en el discurso que es prolijo, centrado en vivencias de abandono del terapeuta, necesidades afectivas y de reconocimiento laboral que no considera satisfechas. Los rasgos caracteriales son marcadamente desadaptativos y concordantes con la psicobiografía. Se indica realizar una evaluación psicométrica, aunque se contemplan en la misma las resistencias del paciente. Se aborda en consulta consideraciones diagnósticas con intención terapéutica. Se indican 15 sesiones de psicoterapia y se pacta la simplificación del tratamiento farmacológico, que acepta.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno mixto de la personalidad (F61.0) Según CIE-10. **CONCLUSIONES:** Sabemos que en Psiquiatría una de las consideraciones diagnósticas más sujeta a controversia es la que engloba a los Trastornos de la Personalidad tanto entre profesionales como usuarios. La descripción de la personalidad en este caso, cumpliría criterios de los también controvertidos defectos fatídicos definidos por Yudofsky. La demanda explícita realizada podría explicarse por la negativa a que se le considere un paciente menos grave (y perder atención del terapeuta) o por una neurosis de renta que con frecuencia asienta sobre las personalidades histriónicas y narcisistas, sobre todo en varones.

PALABRAS CLAVE: PERSONALIDAD, CONTROVERSIA, NARCISISMO, HISTRIONISMO, NEUROSIS.

PROGRAMA DE OCIO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER

MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO

INTRODUCCIÓN: Las personas con Síndrome de Asperger suelen tener alteraciones en la interacción social recíproca, problemas de comunicación no verbal y patrones de conducta e intereses restringidos y rutinarios, que repercuten en un uso limitado de la realización de actividades de ocio y tiempo libre.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta el programa de ocio en pacientes con Síndrome de Asperger.

METODOLOGÍA: Se seleccionó un grupo de 10 adolescentes diagnosticados de Síndrome de asperger, de entre 14 y 16 años. Antes de la intervención se evaluaron, mediante entrevista personal, perfiles de funcionamiento ocupacional e intereses.

RESULTADOS: Tras la participación en el programa de intervención se evidencian cambios en la intencionalidad de los chicos para la realización de actividades de manera autónoma. Así mismo se valora positivamente el aprendizaje de estrategias de planificación de actividades grupales relacionadas con el ocio y un aumento de motivación para compartir su disfrute con los padres y con los profesionales implicados. Promover en los chicos cambios en el aprendizaje y desarrollo de estrategias, que favorezcan la autonomía en el desempeño de actividades de ocio y tiempo libre, tanto a nivel de planificación como de ejecución.

CONCLUSIÓN: El programa de ocio es considerado relevante en el proceso terapéutico, al reforzar la participación activa de los adolescentes, así como su inserción en el medio comunitario. Interesa continuar trabajando en esta línea, pudiendo extrapolar la experiencia a otras franjas de edad y dando un papel más activo a la familia.

PALABRAS CLAVE: ASPERGER, ADOLESCENTES, OCIO, SÍNDROME.

MANEJO SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM

MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO

INTRODUCCIÓN: El delirium es un síndrome agudo cerebral orgánico , que provoca un deterioro de las funciones cognitivas globales, depresión del nivel de conciencia, alteraciones de la atención y de la actividad psicomotora. El origen suele ser consecuencia de una enfermedad somática aguda. Su inicio puede ser agudo o subagudo, su curso fluctuante y la etiología orgánica. En algunas ocasiones puede ser reversible y de corta duración. Puede darse a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente en ancianos.

OBJETIVOS: Dar a conocer la actuación que se debe llevar a cabo ante estos pacientes y las características de los mismos.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, Medline, Cuiden, Cochrane y Pubmed. Descriptores utilizados son: delirium, depresión, confusión mental.

RESULTADOS: El delirium es presentado por la mayoría de las personas que tienen estancias prolongadas en hospitales y centros de larga estancia, los factores de riesgo que presentan son: Factores predisponentes: edad, pluripatología, déficit de audición y visión, reserva cerebral disminuida, antecedentes de toxicomanía, alteraciones hidroeléctricas, inmovilizaciones prolongadas, entornos estresantes y aislamiento. Factores desencadenantes: polifarmacia,(errores de automedicación y administración), cuadros infecciosos en el anciano(urinarios, respiratorios),enfermedades cardiovasculares y metabólicas prolongadas ,y las más importantes enfermedades del sistema nervioso central.

CONCLUSIÓN: El delirium precisa de una atención minuciosa y continua del paciente para poder controlar sus altibajos. Es muy importante tener intervenciones precoces y preventivas que ayuden al control del dolor, alimentación e hidratación óptimas que ayuden a la no desencadenamiento del problema.

PALABRAS CLAVE: SINDROME, DELIRIUM, TERAPIA, RIESGO.

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ENFERMERAS

FRANCISCO MIGUEL CRUZADO MARTÍN, MARÍA ISABEL MAQUEDA ALBARRÁN, MARÍA SOLEDAD DOMÍNGUEZ DEL VALLE

INTRODUCCIÓN: Actualmente, la salud mental de los profesionales de Enfermería está siendo alterada a causa del estrés con el cuál vivimos cada día, lo que repercute en nuestro estado físico y emocional. Esto puede originar episodios de ansiedad e incluso llegar a padecer depresión.

OBJETIVOS: Detectar el impacto en la salud mental del personal sanitario dada su labor de cuidar.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el objetivo del estudio. Se consultaron diferentes bases de datos (Medline, PubMed y Google Académico). Se limitó la búsqueda al intervalo 2014-2018. Se utilizaron descriptores en español (“estrés laboral”, “Enfermería”, “factores de riesgo”, “salud mental”), en inglés (“work stress”, “Nursing”, “risk factors”, “mental health”), o ambos. Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen la cuestión planteada; 2) que aporten datos empíricos; 3) con acceso al texto completo; y 4) escritos en inglés y español. De 22 publicaciones, seleccionamos 6.

RESULTADOS: Un estudio analizado determinó que durante el proceso del cuidado a los pacientes las Enfermeras permanecían constantemente como principal cuidador, convirtiéndolas en profesionales muy vulnerables de padecer problemas físicos como psicológicos en el caso de no saber gestionar la implicación durante el cuidado a los demás. Los factores externos tanto psicológicos como sociales en el ámbito del trabajo, en la planificación de los objetivos e incluso en el contenido a tratar evidenció una fuerte carga psicológica, provocando niveles altos de estrés y un gran malestar para afrontar situaciones referentes al cuidado de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El estrés permanente no controlado puede llevar al síndrome de Burnout, por ello mantener un equilibrio constante entre las características inherentes a la organización y la Enfermera, probablemente disminuya el estrés y factores de riesgo desencadenante, mejorando la salud mental ya que disminuirá la carga biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS LABORAL, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL, FACTORES DE RIESGO.

FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

ALICIA PINTOR CASTILLO, MARTA BEATRIZ SANCHEZ SORIANO, LAURA GUERRERO VALENTIN

INTRODUCCIÓN: La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es esencial para una psicofarmacoterapia efectiva. La falta de adherencia a los fármacos psicoactivos constituye una gran barrera para el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída y recurrencia. Es un problema multifactorial.

OBJETIVOS: El objetivo es conocer la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos mentales.

METODOLOGÍA: Se realiza revisión sistemática en base de datos PubMed. Las palabras clave fueron obtenidas del descriptor DeCS y utilizadas en MeSH Database, son: “Mental Disorder”, “Medication Adherence”, “Schizophrenia” y “Bipolar Disorder”. Se combinó con otras palabras como: epidemiology, therapy, prevention, pharmacology, statistic. Se aplican criterios de inclusión, artículos publicados en los últimos 5 años, aplicación en humanos, revisiones, revista enfermera y texto libre. Se emplea un total de 3 artículos para la revisión. Además, se ha consultado Google académico, Cuiden plus y Scielo.

RESULTADOS: La Fundación Manantial y Obra Social Caja Madrid sostienen que, el 75% de los pacientes con esquizofrenia acaban abandonando el tratamiento farmacológico transcurridos dos años y el 50% de estas personas abandonan la medicación tras el primer año. La edad joven también se ha identificado como un predictor de baja adherencia. La adherencia a los antipsicóticos por parte de los pacientes diagnosticados con psicosis es notablemente baja; una revisión encontró una tasa promedio del 42%.

CONCLUSIÓN: Un método común para evaluar la adherencia ha sido el recuento de píldoras en las visitas domiciliarias no avisadas. Los métodos disponibles para monitorear el cumplimiento generalmente se dividen en directos, por ejemplo, el conteo de pastillas, blíster, tratamiento directamente observado (más fiable), e indirectos como por ejemplo preguntar al paciente.

PALABRAS CLAVE: MENTAL DISORDER, MEDICATION ADHERENCE, SCHIZOPHRENIA, BIPOLAR DISORDER.

GRUPO FOCAL: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE AUTONOMÍA EN FAMILIAS CON NIÑOS CON TEA

ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO

INTRODUCCIÓN: La técnica de grupo focal o grupo de discusión que se utilizará en nuestro estudio de investigación estará desarrollada en base al diseño técnico propuesto por Alfonso Ortíz¹⁵. La técnica que complementará los resultados obtenidos en la Entrevista Histórica Ocupacional será la realización de Grupos Focales con los padres de los participantes.

OBJETIVOS: Conocer las necesidades de los padres de adolescentes con Trastornos Generalizados del Desarrollo. Analizar las necesidades y preferencias de los pacientes, identificar los obstáculos para su adaptación social.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El proceso de desarrollo de la técnica de grupo focal lleva consigo una serie de fases. En primera fase denominada “Preparación del grupo” La segunda fase, consistirá en “la selección de los participantes” El tamaño de la muestra vendrá dado por el criterio de saturación, es decir cuando el informante no incorpore nueva información al estudio. El criterio de saturación nos aportará la calidad y la suficiencia de los datos. Se llevó a cabo los siguientes procedimientos: retroalimentación de los informantes, intercalar las fases de recolección, transcripción, interpretación y sistematización de los datos, aplicar el criterio de saturación, controlar la existencia de los llamados “casos negativos”, identificar el estatus y rol del investigador.

CONCLUSIÓN: El grupo focal aportará información acerca de estrategias empleadas en sus rutinas y rituales significativas diarias 14 que dan sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas, al mismo tiempo que nos hará conocer cuáles son los déficits detectados en base estrategias de manejo del contexto familiar. Resultaría de gran interés en el ámbito sanitario, desarrollar una investigación cualitativa mediante la Técnica de Grupo Focal, la cual nos permita conocer cuáles son las necesidades principales de las familias de adolescentes con Trastornos Generalizados del Desarrollo y la relación que pueda existir con el perfil de desempeño ocupacional propio del adolescente con TGD.

PALABRAS CLAVE: GRUPO FOCAL, AUTONOMÍA, AUTISMO, FAMILIAS.

CUADRO DEPRESIVO AL FINAL DE LA VIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GLORIA FERNANDEZ RUIZ, JOAQUÍN RUIZ RIQUELME, EVA IMBERNON PARDO, MODESTO JESÚS SÁNCHEZ LÓPEZ, ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CÁNOVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Descripción del caso de una paciente de 91 años derivada por el médico que visita la residencia donde vive desde que hacía 3 años se había quedado viuda y sus hijos vivían lejos. Desde hace un mes aproximadamente presenta sintomatología depresiva e ideas autolíticas poco estructuradas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Refería labilidad afectiva, ganas de llorar, leve deterioro cognitivo, tendencia a la clinofilia y disminución de la ingesta desde hacía varias semanas, discurso escaso (“solo quiero dormir para ver si ya no me despierto”). Limitaciones físicas importantes por la pérdida auditiva con aislamiento social e ideas autolíticas pobremente estructuradas de las que hacía crítica.

JUICIO CLÍNICO: Depresión mayor sin síntomas psicóticos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencia.

PLAN DE CUIDADOS: Iniciamos tratamiento antidepressivo a dosis bajas, ajustado a la función renal. Al mes y medio vuelve a la consulta con recuperación del apetito y disminución de las horas de sueño pero persistencia de ánimo bajo por lo que se ajusta dosis de antidepressivo con mejoría sustancial al mes de la revisión.

CONCLUSIONES: El envejecimiento trae consigo pérdidas, de la funcionalidad tanto física como intelectual, seres queridos, trabajo, placeres e independencia, así como se crea una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. Mas importante que iniciar tratamiento farmacológico es fomentar los factores protectores, para prevenir estas conductas (un entorno familiar donde se sientan queridos y respetados, posibilidad de participar en un número mayor de actividades físicas y cognitivas, así como favorecer las relaciones sociales).

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ANCIANO, SUICIDIO, ENVEJECIMIENTO.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

SONIA GARCÍA MUÑOZ, LIDIA GÓMEZ GARCÍA, CRISTINA ISABEL GODOY MORENO

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia es un método terapéutico que emplea la música y elementos musicales para ayudar a los pacientes, en este caso con trastorno mental grave. Esta técnica ha mostrado grandes beneficios en el uso terapéutico, ayudando a establecer relaciones y abordar los problemas que no podrían tratar solo con palabras.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta la musicoterapia en los pacientes esquizofrénicos.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica durante enero y febrero de 2018. Los artículos se seleccionaron en un rango de cinco años. La base de datos utilizadas fueron: Pubmed, Cuiden y Google académico. De los artículos revisados se han seleccionado tres para este póster. Los descriptores utilizados fueron: efectividad, esquizofrenia, intervención, musicoterapia y salud mental.

RESULTADOS: Durante la lectura crítica de los diferentes estudios seleccionados se identifica que la musicoterapia en pacientes esquizofrénicos ayuda como herramienta para expresar emociones, contactar con su propia realidad, estimular la comunicación, promover la interacción, desarrollar habilidades grupales, disminución de la ansiedad y de la depresión, especialmente en combinación con antidepresivos.

CONCLUSIÓN: Se demuestra que la musicoterapia en pacientes esquizofrénicos resulta efectiva y segura, ya que aporta resultados positivos. Puede ser un complemento más en la base de su tratamiento junto con su medicación y establecerse desde el comienzo de la enfermedad. Esta técnica resulta de bajo coste y puede utilizarse tanto en centros de salud mental como en hospitalización.

PALABRAS CLAVE: EFECTIVIDAD, ESQUIZOFRENIA, INTERVENCIÓN, MUSICOTERAPIA, SALUD MENTAL, TRASTORNO MENTAL GRAVE.

ESTRATEGIA PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO MENTAL

LIDIA GÓMEZ GARCÍA, CRISTINA ISABEL GODOY MORENO, SONIA GARCÍA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno mental, caracterizado por presentar síntomas de tristeza, anhedonia (pérdida de interés o placer), falta de concentración, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima y sensación de cansancio, interfiriendo en la vida cotidiana. Según la OMS es uno de los trastornos de salud mental más prevalentes. Las técnicas de relajación son actividades encaminadas a calmar y reducir el estrés.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la técnica de relajación en personas con depresión.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de enero y febrero de 2018. Se utilizaron las bases de datos: Cuiden, Scielo, el buscador Google académico y Pubmed. Se utilizaron en la búsqueda los siguientes descriptores: relajación, técnicas de relajación, depresión, ansiedad. De los estudios consultados se seleccionaron 2.

RESULTADOS: Según los resultados de diferentes estudios, el uso de técnicas de relajación en personas con depresión produce una disminución de los síntomas ansiosos y depresivos, consiguiendo un aumento del nivel de autoestima. Además estas técnicas ayudan a disminuir la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la tensión muscular.

CONCLUSIÓN: Se comprueba que la utilización de técnicas de relajación en personas con depresión mejora el nivel de autoestima, reduciendo la sintomatología de la enfermedad. El personal de enfermería en atención primaria juega un papel muy importante, ya que desde la consulta puede captar a la población afectada y recomendar este tipo de programas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, RELAJACIÓN, DEPRESIÓN.

CAMBIOS DEL DSM-IV-TR AL DSM-5 EN TCA

GEMMA QUINTERO GARCIA, SARA MARTINEZ CASTILLO, JULIA GARCIA ROMERO

INTRODUCCIÓN: La clasificación previa de los diagnósticos psiquiátricos (DSM-IVR) tenía una serie de limitaciones, siendo necesario una mejor nosología. Psiquiátrica.

OBJETIVOS: Analizar los cambios del DSM-IV-TR al DSM-5 en los trastornos alimentarios según criterios diagnósticos e implicaciones clínicas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos y buscadores científicos utilizando como descriptores las palabras clave nombradas.

RESULTADOS: Revisión bibliográfica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desde el DSM III, (APA, 1980), con bulimia como subtipo. En DSM-III-TR,(APA, 1987) agregándose al término bulimia el origen psicológico llamándola bulimia nerviosa, (Russell (1979). En DSM-IV, (APA,1994), cambios en LOS trastornos de la conducta alimentaria, división en dos dos grupos, infancia y adolescencia, estos últimos en específicos, anorexia y bulimia nerviosa y los no específicos, cuadros subclínicos y trastorno por atracón. Sin cambios en DSM-IV-TR, (APA, 2000). En 2013 con el DSM-5, cambios en la concepción de estas psicopatologías. En el DSM-5: Cambia la estructura de los trastornos alimentarios, desaparecen los trastornos de la infancia y adolescencia, creando un solo espectro. Diagnóstico a cualquier edad. Especificaciones de gravedad y remisión. Definición de los trastornos alimentarios se amplía, añade a la conducta los problemas de absorción de los alimentos, y explicita áreas de deterioro. Trastornos de la infancia, modificación en cuanto a edad de diagnóstico. Trastorno de conducta alimentaria de la adolescencia, incluyendo trastorno de atracones, con criterios muy similares al DSM-IV-TR, precisando duración y frecuencia del atracón. Bulimia, se quita la especificación de subtipos. Se incluye a la antes llamada bulimia no purgativa, considerando las conductas compensatorias no purgativas. Anorexia nerviosa, como criterio diagnóstico solo bajo peso corporal y eliminación de la amenorrea. Estos cambios incrementarán los casos de anorexia nerviosa.

CONCLUSIÓN: Estos cambios impactarán en la epidemiología de estos trastornos, principalmente en anorexia y bulimia nerviosas. En los casos de pica, rumiación y evitación de alimentos, su mayor visibilidad, proporcionará nuevos datos de prevalencia y otros campos de investigación poco explorados en las psicopatologías alimentarias.

PALABRAS CLAVE: PSICOPATOLOGÍA, REVISIÓN, CLASIFICACIÓN, PSIQUIATRÍA.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA, FERNANDO RODRIGUEZ OTERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 43 años que ingresa en la unidad de internamiento breve. Es seguida ambulatoriamente por su Unidad de Salud Mental desde el año 2003. Diagnosticada de múltiples diagnósticos en estos 15 años. Siendo el de trastorno límite de la personalidad su diagnóstico principal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aspecto descuidada, desaliñada y caquéxica. Consciente y orientada. Poco colaboradora Trata al personal desde el primer momento con familiaridad, y selectiva con el mismo. Durante su estancia la paciente se muestra: conflictiva, manipuladora, impulsiva, genera mucha confusión por el manejo que hace de informaciones parciales y no siempre verídicas. Demandante de medicación.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno límite de la personalidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno bipolar.

PLAN DE CUIDADOS: Poner límites al comportamiento del paciente. Explicarle que se espera de él. Favorecer su expresión verbal. No emplear medidas extremas. No se debe tolerar un comportamiento arbitrario par después reprenderle. No tolerar que el paciente viole los derechos de otros pacientes. Hay que explicar cuándo, cómo y dónde sus conductas son inaceptables.. Por parte del profesional una conducta segura y constante.

CONCLUSIONES: El Trastorno Límite de Personalidad se manifiesta en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo, se caracteriza por: la impulsividad, la intensidad en las respuestas emocionales, la inestabilidad en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales. Son prevalentes en la Red de Salud Mental, entre el 1 y el 2 % de la población mundial lo padecen, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Proporciona resultados terapéuticos pobres y, despierta en los profesionales reacciones intensas. La ideación e intentos autolíticos son prevalentes en este tipo de pacientes, como en esta usuaria queda patente, manteniéndose tal ideación incluso hasta el final del ingreso lo que nos supone un conflicto ético.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, BORDELIN, IMPULSIVIDAD, APEGO.

EL SUICIDIO EN EL ANCIANO COMO TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD

RAQUEL TINOCO GARDÓN, PILAR ORTEGA ORIHUELA, DARÍO SIMÓN GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: El suicidio en el anciano se considera un problema de salud a nivel mundial. Múltiples estudios sobre el suicidio demuestran que las personas mayores tienen la tasa más alta de suicidios y la más baja de intentos.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo fue conocer los rasgos distintivos de las conductas suicidas en los ancianos para una actuación precoz de los sanitarios.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo con búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Medline. La valoración se centró en pacientes con edades mayores de 65 años.

RESULTADOS: Tras las revisiones observamos que la conducta suicida en el anciano tiene una serie de rasgos: Los ancianos usan métodos mortales como ahorcamientos, disparos, armas de fuego. No actúan de manera impulsiva. En ocasiones pactan el suicidio con su cónyuge. Adoptan formas de suicidio pasivo. Destacar la importancia del suicidio en este grupo de edades, dado que en nuestro ámbito hospitalario, la mayoría de estos pacientes son pluripatológicos, con enfermedades crónicas, con incapacidad funcional, dolor muchas veces mal controlado y depresión, siendo factores de riesgo importante para llevarles a cometer tal acto.

CONCLUSIÓN: La conducta suicida en el anciano tiene rasgos distintivos dados por la realización de menos intentos de suicidio, utilización de métodos más mortales y menos señales de aviso, las cuales son más difíciles de detectar. El principal factor de riesgo lo constituye la depresión, asociada o no a otros factores como enfermedades invalidantes, pérdidas sociales, familiares y personales. La literatura revisada nos demuestra que es muy importante conocer esta serie de rasgos en el anciano para una actuación temprana por parte de los familiares y sanitarios. Por tanto, los médicos y enfermeros deben tener una entrevista exhaustiva de cada uno de sus pacientes haciendo hincapié en cada uno de esos aspectos.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, ANCIANO, PLURIPATOLOGÍA, ENFERMEDADES CRÓNICAS.

CUIDADOS HOSPITALARIOS EN TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Objetivos El objetivo del presente caso es destacar las intervenciones hospitalarias en pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de salud mental realizadas desde enfermería, logrando una mejoría en sus habilidades de interacción social, capacidades y comunicación. Descripción del caso Paciente mujer de 49 años con nivel de estudios medios, actualmente no trabaja, vive con su marido e hijos. Ingresa por descompensación psicopatológica desde hace un mes y medio aproximadamente. Presenta cuadro de desorganización, con graves alteraciones funcionales y conductuales importantes junto con pararespuestas, desorientación temporo-espacial. Alteración en el sueño, ideas delirantes de poder. No refieren antecedentes familiares. El cuadro ha ido evolucionando negativamente a pesar de los ajustes farmacológicos, con litio y olanzapina, realizado por parte de su psiquiatra privado. Se le realiza múltiples pruebas analíticas que no han detectado ninguna anormalidad. Se ingresa para control y modificación del tratamiento e inicio con Clozapina. Su evolución es tórpida y pasa más de un mes ingresada en la unidad de agudos de salud mental.

CONCLUSIONES: Después de un tiempo de ingreso la paciente confía en el personal sanitario, adaptándose a los cambios reconduciendo las acciones impulsivas perjudiciales hacia ella, identificando sentimientos negativos. Esta confianza lleva a reducir la ansiedad contenida, aceptar el tratamiento, y volver a tener un patrón del sueño normalizado. Esta evolución positiva hace que las visitas de su familia sean beneficiosas y esté más tranquila. Se trabaja el autocuidado, volviendo a ducharse la paciente sola y a mantener un aspecto cuidado, a comer sola de una forma tranquila y ordenada. A participar en actividades grupales y juegos. Fomentado las relaciones sociales.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, SALUD MENTAL, FUNCIONALIDAD, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

MODELO TIDAL: REHABILITACIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

MARINA MARTÍNEZ LÓPEZ, LIDIA ANA HINOJO IBAÑEZ, MARINA RAMÍREZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: El Modelo Tidal proporciona una estructura para el desarrollo de los cuidados centrados en la persona, y colaborativos con la persona en cualquier marco. El propósito es identificar los problemas de la vida, evitar un ingreso en cualquier institución o preparación de la persona para la vuelta a casa. De esta manera, la persona, profesionales, familiares pueden empezar a explorar juntos los problemas a resolver, o ayudar a la persona a aceptarlos.

OBJETIVOS: Conocer en qué se basa el Modelo Tidal como parte de la rehabilitación comunitaria en salud mental.

METODOLOGÍA: Consistió en una revisión bibliográfica, llevada a cabo en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud: Cuiden Plus, MedLine, Scielo. Se realizó en febrero de 2018, escogiéndose dos artículos de los últimos 8 años.

RESULTADOS: Con el Modelo Tidal, se pretende ayudar a la persona a recuperar la historia personal de su sufrimiento, utilizando su propio lenguaje, metáforas e historias personales que tienen un significado en su vida, evitando el uso e jerga profesional. Aquí encontramos el crecimiento, beneficio o recuperación de la persona. Podemos dividir este modelo en 4 intervenciones: 1. Valoración monitorizada, por la que se valoran y examinan las amenazas e inseguridades emocionales; 2. Plan de seguridad personal, con el que se ayuda a la persona a identificar “lo que hace” para mantenerse a salvo de riesgos graves; 3. Valoración holística: la persona debate sobre sí mismo y cómo abordar los problemas; 4. Grupos Tidal: escenarios sociales donde compartir sus problemas y reivindicar su identidad.

CONCLUSIÓN: La enfermera de salud mental debe trabajar haciendo partícipe a la persona en todo momento con el fin de proporcionar apoyo. Debe existir una relación de cuidado entre enfermera paciente, que requiere tiempo y compromiso emocional.

PALABRAS CLAVE: APOYO, ENFERMERÍA, MODELO TIDAL, SALUD MENTAL.

HERRAMIENTAS DE ENFERMERÍA Y ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

NOELIA BENITEZ DIAZ, ANA MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ, VIRGINIA MARTÍN ESTÉBANEZ

INTRODUCCIÓN: Entre los trastornos mentales graves (TMG), la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental. El SM se define en base a la coexistencia de diversos componentes que han ido variando a lo largo del tiempo como son obesidad abdominal, dislipidemia aterogénica, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, estado protrombótico y estado pro inflamatorio.

OBJETIVOS: Los objetivos de la presente comunicación irían encaminados a: -Conocer la prevalencia de este síndrome en los pacientes que presentan patología mental. -Identificar factores causantes o desencadenantes del síndrome metabólico en esta población. -Definir estrategias de mejora para el síndrome metabólico desde el punto de vista de enfermería.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica sistemática en fuentes primarias y secundarias, utilizando las bases de datos tales como Cuiden, Scielo, Pubmed; y el metabuscador de evidencias en Salud Pública (Public Health Evidence). Se realiza una gran parte de la revisión en inglés pues muchos estudios están en este idioma.

RESULTADOS: Los pacientes que sufren esquizofrenia tienen un mayor riesgo de padecer SM. -Según otro artículo, la prevalencia del SM en la esquizofrenia fue de un 36.8% (IC95%: 26.0-47.6%). - Las estrategias para la mejora de éste problema en la bibliografía revisada apuntan hacia varias intervenciones. - Las organizaciones implicadas, entregan la recomendación de que todo paciente que reciba terapia con antipsicóticos atípicos debe ser cuidadosamente monitorizado.

CONCLUSIÓN: De acuerdo a la revisión realizada, y a los resultados obtenidos en la misma, se llega a la conclusión que como enfermeras una de las principales acciones sería la monitorización de la salud física de los pacientes con esquizofrenia u otro TMG, más si están tratados con antipsicóticos. Habría que realizar una buena valoración inicial y las intervenciones directas irían desde la educación alimentaria hasta la intervención motivacional.

PALABRAS CLAVE: ANTIPSICOTICOS, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO MENTAL GRAVE, SINDROME METABOLICO, INTERVENCIONES ENFERMERAS.

PLAN DE CUIDADOS EN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón, de 42 años de edad. Diagnosticado hace 10 años, ha precisado de dos ingresos breves en UHSM este tiempo. Actualmente, predominio de sintomatología negativa, con aislamiento en domicilio y poca iniciativa para participar en actividades de ocio. La madre del paciente, cuidadora principal, tiene 70 años y realiza un apoyo insuficiente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La madre del paciente, cuidadora principal, realiza un apoyo insuficiente, con sobreprotección y no sabiendo orientar los cuidados necesarios en una línea recuperadora, sino que favorece, sin ser su intención, el aislamiento del paciente.

JUICIO CLÍNICO: Diagnóstico médico (Paciente): Esquizofrenia paranoide. Se realiza plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC (Diagnóstico, Resultados, Intervenciones). Diagnósticos de enfermería en relación a apoyo familiar y resultados: 00074 Afrontamiento familiar comprometido. **PLAN DE CUIDADOS:** Resultados e intervenciones de enfermería 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento 2204. Relación entre el cuidador principal y el paciente 1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad 7040 Apoyo al cuidador principal 5270 Apoyo emocional 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5370 Potenciación de roles 5606 Enseñanza: individual 5230 Mejorar el afrontamiento 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

CONCLUSIONES: La intervención con el cuidador principal ha permitido que la evolución del paciente haya sido positiva, resaltando la importancia del establecimiento de objetivos comunes, lo que potencia la motivación de ambos para cambiar hacia intervenciones de apoyo familiar adecuadas.

PALABRAS CLAVE: PLAN DE CUIDADOS, AFRONTAMIENTO FAMILIAR, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, COMPROMETIDO.

PACIENTE DIAGNOSTICADA DE EPISODIO PSICÓTICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, KAROLINA ANNA ROZMUS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 49 años, sin contacto previo con salud mental, que estando en casa en las horas previas comienza a inquietarse, presentando gran inquietud psicomotora y verbalizando que alguien les ha envenenado el agua y que van a ir a su domicilio a matarlos. En dicho contexto coge un cuchillo para defenderse según refiere y se atrinchera en la cocina de casa. Su familia avisa al 112 y se traslada a urgencias para su valoración. La familia señala mala adaptación tras traslado de domicilio de Portugal (país de origen) a Murcia hace 1 año. Rasgos de personalidad paranoide de base.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física normal. TC craneal y punción lumbar normales. Analítica normal. Tóxicos en orina negativos. EEG normal. A la exploración la paciente se encuentra consciente, orientada en tres esferas. Inquietud psicomotriz. Angustia psicótica, con actitud suspicaz y recelosa, manteniendo soliloquios. Ideación delirante de perjuicio mal estructurada, con repercusión emocional y conductual. Actitud alucinatoria. Heteroagresividad verbal y física. Juicio de realidad distorsionado.

JUICIO CLÍNICO: Episodio psicótico agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Depresión psicótica, trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia tratamiento antipsicótico con olanzapina, hasta dosis de 20 miligramos/día así como quetiapina 25 mg/noche. La angustia psíquica disminuye y las ideas delirantes pasan a un segundo plano, con menor consonancia afectiva y extinción de conductas heteroagresivas. Por ello se decide con la familia alta a domicilio para proseguir tratamiento y seguimiento a nivel ambulatorio en el centro de salud mental correspondiente.

CONCLUSIONES: Se ha considerado la migración como factor de riesgo para la psicosis, sobre todo de aparición tardía. Los factores que pueden contribuir a ello son la posible invidencia elevada de psicosis en grupo de origen, la emigración de individuos predispuestos, sobrediagnóstico por factores socioculturales así como los efectos de adaptación en un ambiente de lengua y cultura extraños.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, INMIGRACIÓN, DEPRESIÓN, ADAPTACIÓN.

ETIOLOGÍA Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA, FRANCISCO FLORES ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Por lo que no es posible determinar una causa única vinculada a la aparición de los TEA, pero debido a causas genética en su origen. La gran variabilidad presente en este tipo de trastornos apunta también a la relevancia que puede tener la interacción entre los distintos genes y diferentes factores ambientales.

OBJETIVOS: Determinar las principales causas neurobiológicas y ambientales en el TEA.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y búsqueda bibliográfica, así como el análisis y estudio de la documentación existente.

RESULTADOS: En los años 60 se consideraba el TEA como una consecuencia de un problema de la crianza. Las teorías psicodinámicas relacionaban el Autismo con actitudes distantes de la figura materna. La hipótesis de las vías comunes se refiere a que diferentes agentes causales pueden producir trastornos en un mismo conjunto de vías y centros nerviosos, además de estudios de neuroimagen confirman el hallazgo. Además están implicados genes simples, anormalidades en locus concretos, variantes de réplicas genéticas con 20% más de variaciones en el número de copias surgidas durante la formación del óvulo y del espermatozoide, alteración en el número de copias de genes determinados. Diferentes estudios señalan la mutación de genes implicados en las conexiones cerebrales y pondrían de manifiesto la relación entre TEA y anomalías sinápticas.

CONCLUSIÓN: El origen del trastorno es múltiple pero en la mayoría de los casos se debe a una formación inadecuada del sistema nervioso en el período crítico de la neurogénesis. Una hipótesis interesante en estudio sugiere el funcionamiento inadecuado de genes que regulan la formación del SNC entre el tercer y séptimo mes con una neurogénesis alterada que mostraría el pico sintomático a partir del segundo año de vida fundamentalmente.

PALABRAS CLAVE: ETIOLOGÍA, TEA, AUTISMO, PSIQUIATRÍA, AMBIENTE, GENES.

SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN PACIENTE CON SECUELA POR ICTUS

INMACULADA GUIL GARCIA, GEMA CRISTINA LOPEZ ESTEVEZ, AMANDA VILLALOBOS CHICA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude sólo al SU, por ansiedad e ideas suicidas. Al parecer lleva unos meses con ánimo subdepresivo en el contexto de múltiple problemática (se encuentra en paro, problemas económicos, separado, escasa relación con sus hijos, limitación física secundaria por Ictus. Vive con su madre, y apenas tiene red social. Verbaliza apatía intensa en el último mes, anhedonia, empeoramiento anímico, sentimientos de desesperanza y aislamiento progresivo hasta apenas salir del domicilio. Ayer por la noche recae en el consumo de alcohol, ante angustia que le generaban los pensamientos suicidas (ha tenido dos recaídas en el último año). En consulta presenta sentimientos intensos de culpa por haber vuelto a consumir. Verbaliza deseo de muerte, así como intencionalidad autolítica estructurada (refiere que no puede soportar más su situación, que no se siente capaz de volver a su domicilio, asegurando intención de tomarse la medicación que tiene prescrita si regresa, e incapacidad para controlarse por sí mismo en este momento).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado en las tres esferas, sin problemas de memoria ni atención. Feto enólico, pero no se encuentra en estado de embriaguez en el momento de la entrevista (ingesta de varias copas hasta las 2am). Ánimo subdepresivo, anhedonia completa, y tendencia al aislamiento en el último mes. Sentimientos de desesperanza. Ideación e intencionalidad autolítica. No alteraciones mayores del ánimo, ni clínica en la esfera psicótica. Se le ofrecen diversos planes terapéuticos, el paciente acepta el abordaje domiciliario. Valorado por psiquiatra de guardia que deriva a su centro de salud. Se solicita AS y AO con tóxicos Hemograma normal. Hb. 12.7. Etanol 186 tóxicos negativos.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome ansioso depresivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ideación autolítica versus síndrome ansioso depresivo.

CONCLUSIONES: El paciente es incluido en grupos de técnicas de relajación. Importancia de la enfermería en prevención y abordaje del síndrome depresivo.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, DREPRESIÓN, RELAJACIÓN, ENFERMERÍA.

TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTE DE 15 AÑOS

MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, KAROLINA ANNA ROZMUS, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adolescente de 15 años acude a urgencias remitida por su médico de familia para valoración por restricción alimentaria. Tras descartar patología orgánica se nos avisa para valoración psiquiátrica. La paciente refiere restricción de alimentos de mes y medio de evolución, con pérdida ponderal de unos 10 kgs de peso, acompañada por vómitos autoprovocados y realización de ejercicio físico de hasta 3 horas diarias. Aislamiento social en las últimas semanas. Niega amenorrea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física y analítica con bioquímica y hemograma normales. A la exploración psicopatológica la paciente está consciente y orientada en tres esferas. Sin alteraciones en atención, memoria o esfera psicomotriz. Actitud tranquila, abordable y colaboradora, con un discurso parco y cierta reticencia inicial y minimización de sintomatología que disminuye conforme avanza la entrevista. No clínica psicótica. Verbaliza descontento con su físico y temor a ganar peso, con rumiaciones constantes acerca del contenido calórico de los alimentos. Niega alteración afectiva nuclear. No ideación de muerte ni autolisis. No auto ni heteroagresividad.

JUICIO CLÍNICO: Anorexia nerviosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bulimia nerviosa y trastorno dismórfico corporal.

PLAN DE CUIDADOS: Al no cumplir criterios de ingreso hospitalario se decide alta a domicilio. Se introduce tratamiento farmacológico con fluoxetina a dosis de 20 miligramos diaria y se deriva con carácter preferente a centro de salud mental de referencia.

CONCLUSIONES: Los trastornos alimentarios son enfermedades mentales que cursan con complicaciones psiquiátricas y orgánicas que condicionan su evolución y les otorga la gravedad que les caracteriza. Su incidencia y prevalencia han aumentado significativamente en las últimas décadas. Es una patología típica de chica adolescente y mujer joven, aunque con formas de expresión en varones, con extensión cada vez más frecuente a franja de edad infantil.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, CONDUCTA ALIMENTARIA, VÓMITOS, EJERCICIO FÍSICO.

LA CONQUISTA DE LA IMAGEN DURANTE EL EMBARAZO

TERESA CRIADO GONZÁLEZ, BARBARA MARTINEZ PINDADO

INTRODUCCIÓN: La anorexia es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria que suele aparecer en mujeres jóvenes e incluso niñas, pero ¿qué sucede cuando la afectada es una mujer embarazada? ¿Cómo se rigen actualmente los cánones de belleza en mujeres gestantes? La presión de una sociedad cada vez más dedicada al culto del cuerpo, donde la imagen en redes sociales implica también a este grupo de mujeres, subyace un componente fundamental, la salud y bienestar del hijo y de la propia madre.

OBJETIVOS: Conocer los riesgos de la anorexia en el embarazo y la tendencia que suscita como venta de un modelo de imagen de la mujer en nuestros días.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como PubMed, Cuiden, Cochrane Plus.

RESULTADOS: Según los estudios analizados, las gestantes que atraviesan casos de anorexia nerviosa o en aquellas que prevalece una hiponutrición consentida, tienen más probabilidades de dar a luz a bebés con un perímetro craneal disminuido (asociado de forma positiva con el rendimiento cognitivo de la infancia), restricción del crecimiento fetal, puntuaciones menores en el test de Apgar e incluso provocar muerte fetal, en ellas puede suponer una alteración metabólica importante, anemia, riesgo de preeclampsia, complicaciones en el parto, depresión postparto, pérdida de libido o mantenimiento de la anorexia en el puerperio. Sin embargo también hay estudios que reflejan que la gestación supuso mejoría para aquellas que se encontraban al final del tratamiento.

CONCLUSIÓN: El ejercicio en la mujer embarazada no debe ser extenuante y acompañarse de una dieta saludable. Los planes de cuidados a la mujer que sufre anorexia durante la gestación deben ir enfocados desde una asistencia sanitaria multiprofesional de forma continuada y ser visible no solo desde la consulta, si no también en el medio digital.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, ANOREXIA, PREGOREXIA, TRASTORNO ALIMENTARIO.

FALTA DE RECURSOS Y SUS CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL ÁMBITO RURAL

JUAN JAVIER GARCIA FERNANDEZ, ANA MARIA SANCHEZ AGUILAR, CARLOS GARCÍA MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 50 años de edad que acude a consulta acompañada de su hermana (oligofrénica). Como antecedentes personales del paciente cabe destacar: Esquizofrenia. Oligofrenia. Trastorno psicótico. Impregnación neuroléptica iatrogénica. HTA. Actualmente en tratamiento con: Risperdal consta 50mg/vial jeringa precargada 2 cada 14 días. Mepifilina 25mg/5mL 250mL oral 7,5mL cada 8 horas. Paracetamol 640mg 1 cada 8 horas. Levosulpirida 25mh 1 cada 8 horas. Clopixon depot 200mg/mL 1 ampolla 1mL inyectable 1 cada 14 días. En la consulta nos solicita que: “Quiero que me corten la cabeza y me pongan una nueva” “Mándeme a Granada a que me pongan otra” “Todo esto (se toca el cráneo) está pudriéndose”. Le explicamos al paciente que no es posible realizar dicha intervención y que debe inyectarse ya el Risperdal (al haber pasado los correspondientes 14 días). Él se niega. Tratamos de comunicarlo a su hermana, la cual debido a su oligofrenia no termina de entenderlo a pesar de la gravedad de la situación y la inestabilidad del paciente. Conociendo el núcleo familiar el cual está formado por ellos dos y su madre, la cual padece demencia y esquizofrenia, entendemos la difícil situación en dicha familia. Finalmente tras una tediosa disputa cede a inyectarse la medicación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente y orientado. No alteraciones cardiorrespiratorias. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Miembros inferiores con pulsos conservados sin edemas asociados.

JUICIO CLÍNICO: Descompensación psicótica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Brote psicótico. Descompensación medicamentosa. Consumo de drogas.

PLAN DE CUIDADOS: Advertir el caso a la trabajadora social.

CONCLUSIONES: En los medios sin recursos hay una gran dificultad para tratar a los pacientes. Esto genera situaciones de hogar difícil donde la medicación tiene un control inadecuado conllevando más brotes y tasas de curación menores respecto a zonas con más recursos (cuidadores externos, información cercana).

PALABRAS CLAVE: MEDICINA RURAL, ESQUIZOFRENIA, FALTA DE RECURSOS, SITUACIÓN, FAMILIAR COMPLEJA.

EL CELADOR EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

MARIA ANTONIA GARRIDO PEREZ, MARIA ANTONIA SERRANO LOPEZ, MARIA DE LA LUZ GRECIANO BRAZA

INTRODUCCIÓN: Conocer la relación del Celador con el paciente, así como sus funciones y análisis de su puesto de trabajo específico en el área de Salud Mental.

OBJETIVOS: Conocer la relación del celador en relación con el enfermo mental y ante una urgencia psiquiátrica así como el traslado psiquiátrico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado revisión bibliográfica de estudios observacionales, ensayos clínicos y GPC. Base de datos utilizadas: CUIDEN, pubmed, ENFISPO, cochrane y NICE. Se ha revisado Manual del Celador de Instituciones Sanitarias.

RESULTADOS: El celador en la unidad de salud mental de un hospital realiza las siguientes funciones cuida el entorno ambiental de los pacientes y favorece el descanso nocturno, vigila a los pacientes ante posible agresiones o autolesiones, ayuda al aseo personal, recoge medicación y otros productos de la farmacia en carros de uni dosis, vigila a los pacientes en sus paseos y el orden y armonía entre ellos, controla el suministro de tabaco, traslado de los pacientes y recoge pedido de los almacenes y traslado de documentación sanitaria y no sanitaria, El celador actúa ante una urgencia psiquiátrica en pacientes con riesgos suicidas y en pacientes agresivos o agitados.

CONCLUSIÓN: La función del celador en salud mental es imprescindible por lo que se requiere siempre un celador en la unidad, para cuidar y vigilar la estancia y el buen orden de este servicio no poner en peligro al paciente ni al personal que lo cuida.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ENFERMO, CELADOR, HOSPITAL, RELACIÓN.

INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO PREVENCIÓN DEL ESTRÉS EN ENFERMERÍA

LUCAS SOTO LÓPEZ, NATALIA FERNANDEZ GONZALEZ, GLORIA FEITO FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Como profesionales de enfermería la inteligencia emocional forma parte de una de las herramientas básicas para desempeñar nuestra profesión.

OBJETIVOS: Analizar si existen diferencias entre diferentes unidades asistenciales en cuanto a aplicación de la inteligencia emocional por parte del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica entre los años 2008-2018. Búsqueda en las bases de datos PubMed, ScieLo y se completó con búsqueda referencial y intuitiva en Google académico. Idiomas de búsqueda: castellano e inglés.

RESULTADOS: Los enfermeros/as con niveles de ansiedad altos son incapaces de regular las emociones de cara al público aumentando la hostilidad en la relación con el paciente y los demás compañeros. Posibles soluciones: Una adecuada educación en inteligencia emocional produce que la enfermera “conecte” con sus pacientes y no “interprete” un papel, eliminando las emociones negativas y los estresores. La mejora de las condiciones laborales y el cumplimiento del ratio enfermero/a-pacientes conllevaría una mejora de la calidad asistencial en todos los niveles y una mejora de la salud mental de los trabajadores. Atención primaria Estresores: relación terapéutica inadecuada, único referente sanitario para una gran cantidad de pacientes. Influencia de la inteligencia emocional: control emocional que produce una mejora en la relación terapéutica entre paciente y profesional aumentando la calidad de la asistencia. Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Estresores: prisas, emergencias, falta de equipamiento ... Influencia de la inteligencia emocional: emplear la empatía con el paciente, intentar humanizar más este tipo de servicios.

CONCLUSIÓN: El ambiente sanitario es un entorno estresante, por ello es importante el desarrollo de unas competencias prácticas en relación a la comunicación, trabajo en equipo y respeto entre los distintos niveles en el ámbito asistencial ayudando a prevenir el síndrome Burnout y depresión entre otros.

PALABRAS CLAVE: INTELIGENCIA EMOCIONAL, EMOCIONES, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, ENFERMERÍA.

SÍNDROME DE ASPERGER DIAGNOSTICADO EN LA EDAD ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA DIAGO LABRADOR, MARIA DE LA VEGA TRUJILLO LÓPEZ, JAVIER MELGAR MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un varón de 42 años de edad derivado por su médico a consulta de psiquiatría con un cortejo sintomático consistente en importante angustia, ideación autolítica y retraimiento social. Acude acompañado de su hermana. Ha sido trasladado a vivir a otra ciudad por motivos laborales. Inicialmente impresiona de trastorno adaptativo con clínica mixta ansioso-depresiva. En posteriores consultas, tras exploraciones más exhaustivas, llaman la atención el lenguaje formal que emplea y la escasa expresividad facial. El familiar informa que desde su infancia presenta dificultades de interacción entre iguales e intereses restringidos que desde hace años se centran en la Segunda Guerra Mundial. Muestra inflexibilidad cognitiva y gran resistencia a los cambios. Su angustia se traduce en importante irritabilidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Anamnesis. Exploración Psicopatológica. Evaluador de Asperger en adultos (AAA).

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Asperger según criterios DSM IV-TR. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Trastorno de la personalidad por evitación. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento consiste en psicoterapia cognitivo conductual y farmacológica con neurolépticos y antidepresivos.

CONCLUSIONES: A pesar de hacerse el hincapié en los niños, el Síndrome de Asperger perdura durante toda la vida del individuo. El Síndrome de Asperger puede pasarse por alto, o enmascarse por otras patologías. De ahí la importancia de realizar una correcta anamnesis y exploración psicopatológica para poder establecer un diagnóstico diferencial adecuado. Es bastante probable que muchos pacientes consulten por problemas de estado de ánimo o sintomatología ansiosa como en el caso expuesto.

PALABRAS CLAVE: ASPERGER, DÉFICIT INTERACCIÓN SOCIAL, INTERESES RESTRINGIDOS, HABILIDADES SOCIALES.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y A SUS FAMILIARES

LOREDANA RUMEGA, ANA BELÉN RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, LIDIA ORTEGA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica que afecta no sólo al paciente que la sufre, sino también al familiar o familiares más cercanos. Su tratamiento más efectivo se basa en la combinación de fármacos y psicoterapia. Es por ello que el personal enfermero debe saber manejar situaciones de estrés y aplicar los conocimientos necesarios en cada momento.

OBJETIVOS: Determinar medidas para enseñar al personal enfermero las herramientas para tratar al paciente con trastorno bipolar. Integrar a los familiares de los pacientes con trastorno bipolar en el tratamiento para evitar sobrecargarlos.

METODOLOGÍA: Para el desarrollo de esta revisión sistemática se han realizado búsquedas bibliográficas en bases de datos, como: Dialnet, Scopus y Cuiden. Los idiomas utilizados han sido: inglés, español y rumano.

RESULTADOS: Una vez realizado el proceso de asistencia de enfermería, nos debemos centrar en las actividades a realizar tanto individualmente, como con otros profesionales: terapia interpersonal; terapia cognitivo-comportamental; terapia familiar (fundamental integrar a los familiares de estos pacientes, ya que en muchas ocasiones se sobrecargan y sufren); programa de psicoeducación; etc.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería es un pilar fundamental en la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar y de los familiares de éstos. Debe tener presente que la suma del tratamiento farmacológico y la psicoterapia tienen que estar siempre en una simbiosis perfecta.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, PROCESO DE ENFERMERÍA, SOBRECARGA DEL CUIDADOR, EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

FUNCIONES DEL CELADOR ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ISMAEL GARCIA GARRIDO, CRISTINA CARMONA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Existen diferentes tipos de reducción del paciente psiquiátrico según en que estado se encuentre, veamos los diferentes tipos para saber a cual de ellos recurrir.

OBJETIVOS: Conocer los diferentes tipos de reducción del paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA: Revisión de manuales y protocolos.

RESULTADOS: Reducción Verbal. Las técnicas de reducción verbal son un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores por medio de la cual actúan cada uno con sus propios objetivos, emitiendo simultáneamente mensajes verbales y no verbales e influyéndose recíprocamente a lo largo de la interacción. Reducción física. La reducción Física debe de ejecutarla la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera, y en último momento el personal sanitario, siempre en colaboración con alguien, no sólo por los peligros que conlleva la reducción en sí, para lo que estamos preparados al no conocer las distintas técnicas de reducción, sino porque, el personal sanitario es que va a tener que "ganarse" posteriormente al paciente, siendo por lo tanto preferible no crear sentimientos animadversibles contra dicho personal. Cuando el paciente advierte un número grande de personas dispuesto a reducirlo, por lo general se somete y una vez reducido, es el personal médico quien decide el momento de quitar las sujeciones. Reducción farmacológica. Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa ante su persona (a veces nos las ha hecho pasar tan mal que es verdaderamente difícil).

CONCLUSIÓN: Saber los diferentes tipos de reducción nos facilitara el trato con el paciente psiquiátrico y sera mas fácil nuestro trabajo, reduciendo asi el daño que nos podemos ocasionar.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, HOSPITAL, PSIQUIÁTRICO, REDUCCIÓN.

LA SALUD MENTAL EN LA MUJER CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

JESSICA SOLANO BARRAGÁN, SENDI VANESSA RUIZ LOAIZA, MARIA JESUS CAZALLO HERVAS

INTRODUCCIÓN: El embarazo es una etapa natural dentro de la vida de la mujer, aunque existen embarazos en los que se pueden producir complicaciones que suponen un mayor riesgo tanto como para la madre como para el feto. El embarazo de alto riesgo es aquel en el que la probabilidad de presentación de un resultado adverso inesperado es mayor que en una gestación normal. Corresponden el 10-20% del total de gestaciones, responsable del 75% de la mortalidad y morbilidad perinatal. El estereotipo cultural del embarazo nos lo muestra como un proceso feliz, que ocurre tranquilamente y, en general, sin ninguna alteración. La realidad es bien distinta y más en un embarazo calificado de riesgo para la madre y/o feto, por lo que se produce un impacto emocional en el embarazo de alto riesgo. Es por ello que resulta conveniente conocer las alteraciones psicológicas y emocionales más frecuentes que lo diferencian de un embarazo normal.

OBJETIVOS: Determinar las alteraciones psicológicas más frecuentes en mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane Plus y Scielo. Como fuente secundaria también la revista colombiana de psiquiatría y el libro Obstetricia para matronas, Guía práctica. Ed. Panamericana, 2013. Intervalo de tiempo entre 2000 y 2018. Los descriptores fueron: Embarazo, alto riesgo y alteraciones psicológicas.

RESULTADOS: Ansiedad y depresión: Se triplica el riesgo de depresión postparto. Alteraciones psicosomáticas. Malestar psicológico. Alto nivel de estrés. Emociones negativas. Proceso de duelo: Duelo disparado por la noticia de un embarazo de alto riesgo o por el nacimiento de un niño con dificultades.

CONCLUSIÓN: La gestación de alto riesgo requiere un enfoque multidisciplinar que garantice una atención integral, prestando especial atención a los factores emocionales y psicosociales que tienen especial importancia en la aparición y curso clínico de alteraciones en la salud mental materna.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, EMBARAZO, ALTO RIESGO, ALTERACIONES.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, AUTOLESIÓN Y AISLAMIENTO SOCIAL

ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA, MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, TATIANA RAMÍREZ VALDERAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 48 años, paciente psiquiátrico que ingresa en urgencias involuntariamente por reactivación de clínica delirante y contenido mecánicamente por agitación. Predomina delirio de grandeza con presencia de alucinaciones visuales (zoopsias). Abandono el tratamiento farmacológico (por falta de insight), descuida alimentación. Manifiesta dolor en mano izquierda, por incisión interdigital entre el 3er y 4º dedo de la mano de una autolesión. NAMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 124/63 mm Hg SO₂: 95% FC: 80 lpm
Peso: 63 kg Talla: 1,88 cm IMC: 17,8 % (Delgadez) Incisión zona interdigital del 3er y 4º dedo de la mano izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de los procesos del pensamiento debido a la Esquizofrenia Paranoide y deterioro de la integridad cutánea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Paciente con debut de Esquizofrenia Paranoide hace más de 20 años que tras el ingreso en Salud Mental adquirió una serie de cuidados de un paciente psiquiátrico. Dicha enfermedad es tratada con medicamentos antipsicóticos, los cuales son muy importantes pero lamentablemente le ocasionan al paciente reacciones secundarias muy desagradables (acatisia, distonía muscular...), lo que es frustrante para el mismo. Es fundamental en el tratamiento integrar al paciente y satisfacer sus necesidades de manera biopsicosocial, integrándolos en la sociedad como seres humanos integrales.

CONCLUSIONES: La incisión interdigital, mejora muy notablemente a diferencia del estado al ingreso (edematizado, rojo y caliente). No ha conseguido ningún grado de autocontrol de su pensamiento y ansiedad ya que, a pesar de tomar su medicación, se agita muchísimo cuando no tiene tabaco dando golpes y patadas. Se decide traslado a un Hospital Psiquiátrico para recibir cuidados en relación a la descompensación aguda y conseguir su completa reinserción social.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ANTIPSICÓTICOS, CONTENCIÓN MECÁNICA, REINSERCIÓN SOCIAL.

ACTUACIÓN DEL TCAE EN URGENCIA PSIQUIÁTRICA

ISABEL MARIA PALOMO MATEOS, LAURA ALBA ALCARAZ, ENCARNACION BRAVO MARTIN

INTRODUCCIÓN: Una urgencia psiquiátrica es la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata.

OBJETIVOS: Identificar, en la literatura científica sobre el tema, los aspectos fundamentales sobre: La seguridad del paciente y del personal que lo atiende, pidiendo ayuda siempre al equipo de salud, y a las fuerzas de seguridad cuando sea necesario. *Descartar patologías orgánicas que tienen manifestaciones psicológicas y psiquiátricas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos así como una revisión de guías clínicas y estudios publicados.

RESULTADOS: El abordaje es similar a otra urgencia médica, aunque el examen físico debe realizarse con la inmediatez que la situación lo permita. *Atender al paciente aparte, en una habitación tranquila, para evitar que aumente su agitación. Retirar objetos innecesarios. *Comunicar al médico los signos y síntomas que puedan ser indicio de enfermedad orgánica y los cambios de conducta. *Considerar seriamente las ideas de intento de suicidio u homicidio y los riesgos de agresión. (Retirar objetos punzantes, gafas, prótesis, cinturones...) *Colaborar en la contención verbal y mecánica. *Colaborar en la administración de medicación. *Entregar los objetos personales del paciente a la familia, aprovechar para tranquilizar en ese momento. Conforme a los resultados obtenidos se aplicará: 1. Contención verbal: La comunicación debe ser persuasiva, directa y firme. Primer paso para intentar controlar la conducta del paciente. 2. Contención física: Se realiza para proteger al paciente o a los demás, tiene que estar autorizada por el médico. 3. Tratamiento farmacológico: Aplicación del tratamiento prescrito, basada en el empleo adecuado y seguro de los psicofármacos.

CONCLUSIÓN: La urgencia psiquiátrica circunstancias es diferente al resto de las urgencias médicas. La demanda de atención psiquiátrica urgente tiende a seguir una línea ascendente en los centros y hospitales que ofertan este servicio y el personal sanitario que realiza el proceso de recepción, acogida y clasificación de pacientes debe saber cómo actuar en estos casos.

PALABRAS CLAVE: URGENCIA, ABORDAJE, SEGURIDAD, CONTENCIÓN.

PSICOSIS CICLOIDES EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

RUBÉN VICENTE MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 45 años, con antecedentes de varios ingresos psiquiátricos previos por episodios psicóticos y en seguimiento irregular en Salud Mental, ingresa en la unidad de hospitalización por posible descompensación maniaca. En la unidad, se muestra fácilmente irritable. Mantiene un discurso ambivalente, de ideas encontradas entre su sensación de deber ante el mundo y una crítica hacia ello basada en los problemas que esto le está causando. Describe una sensación de apertura ante los múltiples significados percibidos ante los objetos cotidianos e incluso ante él mismo y su identidad, llegándolo a poner en duda. Se inicia tratamiento con Litio y risperidona. En dos semanas, la sintomatología remite de forma total.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se descarta organicidad (exploración física, electrocardiograma, analítica de sangre y orina, TAC cerebral sin alteraciones).

JUICIO CLÍNICO: Psicosis aguda polimorfa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Teniendo en cuenta el carácter crónico y recurrente de episodios autolimitados, con sintomatología predominantemente delirante y cierta expansividad del ánimo, y recuperación completa posterior, no podríamos decir que nos encontramos ante un trastorno afectivo bipolar ni ante una esquizofrenia típica.

PLAN DE CUIDADOS: Se mantiene el tratamiento pautado en el ingreso y se vincula al centro de salud mental de zona.

CONCLUSIONES: El concepto de psicosis cicloide se ha modificado con los años. A pesar de estos cambios conceptuales, en la actualidad este trastorno todavía conduce a errores diagnósticos a causa de la dificultad que entraña su identificación clínica. Según Barcia, se caracteriza por un inicio brusco; aparición conjunta de todos los síntomas; brevedad en la duración del episodio; normalidad postcrítica; ausencia de deterioro cognitivo; tendencia a la repetición y polimorfismo. Nuestra conclusión es que el diagnóstico de psicosis cicloide puede ser útil a la vez que necesario para describir a determinados pacientes con características similares y diferentes a otros grupos, lo que podrá permitir una mejor comprensión terapéutica.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, PSICOSIS CICLOIDE, TRASTORNOS PSICÓTICOS, ERRORES DIAGNÓSTICOS.

TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL DSM 5

FRANCISCO FLORES ORTIZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA, JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ

INTRODUCCIÓN: Desde que TEPT apareció por primera vez en 1980 en las clasificaciones internacionales (DSM III), se han llevado a cabo numerosos estudios que demuestran que la exposición a estresores intensos puede producir en población infantil y juvenil clínica similar en muchos aspectos a la de los adultos y que puede perdurar a lo largo de su desarrollo.

OBJETIVOS: Dar a conocer las características clínicas del TEPT en la población infanto juvenil.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y análisis bibliográfico de la documentación existente.

RESULTADOS: El TEPT se define por la aparición de varios grupos de síntomas posteriormente a la exposición a un acontecimiento altamente estresante, que implica, de forma real o como amenaza, la posibilidad de lesión grave o de muerte. También incluye ser testigo de acontecimientos igualmente graves sufridos por otras personas. Actualmente existe una gran cantidad de estudios acerca de la respuesta de los niños ante desastres y vivencias traumáticas. Se están investigando los factores que pueden mitigar o en cambio intensificar los síntomas y el impacto en el desarrollo del niño. Este incremento del interés y de los conocimientos sobre el estrés postraumático infantil se ha visto reflejado en la última edición del DSM, que ha incluido por primera vez un subtipo de TEPT específico para niños menores de 6 años.

CONCLUSIÓN: Si bien en la última versión del DSM se ha incluido un subtipo de TEPT para menores de 6 años, se usan los mismos criterios diagnósticos para niños en edad escolar, adolescentes y adultos, lo que puede constituir un problema en la práctica clínica. La investigación señala que, debido a que los niños tienen un razonamiento abstracto y unas habilidades verbales en desarrollo, los criterios diagnósticos deben ser expresados más conductualmente y deben ser más sensibles a las distintas etapas del desarrollo infantil.

PALABRAS CLAVE: PAIDOPSIQUIATRÍA, TEPT, DSM 5, TRASTORNO, ESTRÉS, POSTRAUMÁTICO.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CON AISLAMIENTO SOCIAL Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

MARTA MACHADO ROSILLO, MARÍA AURORA GONZÁLEZ GARCÉS, PAULA DEL RIO MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico que engloba un grupo de trastornos mentales crónicos y se caracteriza por conductas que suelen resultar anómalas para la comunidad, alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad. Su prevalencia está aumentando en los últimos tiempos y ha pasado a ser un objetivo primordial en los servicios de salud. El presente caso, aborda la situación de una paciente esquizofrénica que no seguía el tratamiento y que sufría aislamiento social.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se han utilizado las taxonomías NANDA, NOC, NIC y la valoración se ha realizado a partir del modelo conceptual enfermero de Virginia Henderson. Se ha realizado una anamnesis para conocer antecedentes personales de interés y una exploración física y neurológica.

JUICIO CLÍNICO: El presente caso clínico surge de la necesidad de elaborar planes de cuidados individualizados, adaptados al contexto familiar y social en el que se encuentran los pacientes. El objetivo fundamental se centra en mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de vida de los pacientes que presentan esquizofrenia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mantenimiento ineficaz de la salud r/c incapacidad para realizar juicios apropiados m/p falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. Aislamiento social r/c alteración del estado mental y físico m/p expresa sentimientos de soledad impuesta por otros. Riesgo de violencia dirigida a otros r/c sintomatología psicótica.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Conducta de fomento de la salud, Severidad de la soledad, Autocontrol de la conducta abusiva. NIC: Ayuda en la modificación de sí mismo, educación para la salud, Potenciación de la socialización, Manejo ambiental: prevención de la violencia.

CONCLUSIONES: Las intervenciones enfermeras en personas con esquizofrenia han de estar enfocadas a realizar una aproximación a la persona desde un ámbito holístico, considerando la relación entre enfermedad mental-entorno como un continuo en el que nuestra actuación vaya encaminada a proporcionar a la persona mayor independencia y calidad de vida. Sensibilizar a estos pacientes es un proceso dificultoso que requiere ser constantes para lograr una adecuada adherencia terapéutica.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL, AISLAMIENTO SOCIAL.

INTERVENCIONES BIOPSIICOSOCIALES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

CAROLINA DE LOS SANTOS PARIENTE, FRANCISCA SIERRA MORENO, ANA VALLADARES ALCOBENDAS

INTRODUCCIÓN: El concepto trastorno mental grave concibe no solo la clínica de los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos, sino que incluye el funcionamiento social, familiar y laboral de estos usuarios. Este funcionamiento se ve mermado tanto por la clínica como por la duración del trastorno, siendo necesarias las intervenciones en las tres esferas “bio, psico y social”.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones de enfermería de salud mental dirigidas al paciente TMG.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, se utilizó la fórmula “esquizo* AND psicosis AND enfermería AND intervenciones”, y PubMed, utilizando la misma fórmula pero con los términos en inglés: “schizo* AND psychosis AND nursing AND interventions”. De 33 artículos, siete son seleccionados para su revisión. Finalmente, se incluyen cinco de estos artículos.

RESULTADOS: Se han hallado múltiples intervenciones para este perfil de usuarios. Diferentes estudios indican: más de la mitad de los usuarios que recibieron intervenciones telefónicas semanales para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, tenían niveles séricos de antipsicóticos dentro del rango terapéutico. Otro, mediante un Programa grupal de psicoeducación basado en “mindfulness”, mostraba que los usuarios obtenían una reducción de la duración de los síntomas psicóticos y una menor duración de las rehospitalizaciones, mejoras en la percepción de la enfermedad, tratamiento y nivel de funcionamiento. Y programas para reducir la anhedonia y la apatía basado en el manejo de las emociones positivas, redujeron estos síntomas. Por último, el enfoque de entrevista motivacional, produjo mejoras en la percepción de la enfermedad y/o tratamiento, funcionamiento psicosocial, gravedad de los síntomas, número de reingresos y adherencia a la medicación.

CONCLUSIÓN: La bibliografía muestra múltiples intervenciones de enfermería que son eficaces para los usuarios TMG que van más allá de la atención habitual. La búsqueda es compleja porque el concepto TMG varía de unos sistemas sanitarios a otros.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERIA, SALUD MENTAL, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO MENTAL GRAVE.

SÍNDROME PSICOLÓGICO EN PACIENTES PREADOLESCENTES EN SALUD MENTAL

SARA RUIZ ORTEGA, VERONICA LANCETA SANTOS, CARMEN DE LAS CUEVAS PELAYO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente derivado de su MAP por el siguiente motivo. Varón de 16 años de edad, convive con sus padres y un hermano más pequeño. Abuela materna fallecida de cáncer hace 6 meses a la cual estaba muy unida. Presenta síntomas de ansiedad y refiere que hay situaciones que presenta palpitaciones, nerviosismo, sensación de mareo, como un nudo en el pecho, etc. Ante la presencia persistente de los síntomas la madre lo lleva a su MAP, que lo deriva a la consulta de enfermería para realizar técnicas de relajación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acude acompañado de su madre y realizamos valoración inicial de las constantes. En la exploración física obtenemos los siguientes datos: No refiere alergias conocidas (NAMC). AP: Ninguno de interés. TA= 114/71; FC=68; SatO₂=98%; Ta= 36.2OC.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad, que la podríamos definir como: sensación vaga de incomodidad cuyo origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo. Se experimenta de forma subjetiva y se comunica de forma interpersonal. **PLAN DE CUIDADOS:** Realizamos 8 sesiones individuales con el paciente donde explicamos beneficios de la relajación, técnicas de relajación, técnicas de visualización, relajación muscular progresiva de Jacobson, control de la respiración, control de la postura y toma de conciencia del propio cuerpo. Tras esta 8 sesiones el paciente evoluciona favorablemente disminuyendo los síntomas que presentaba al inicio de las sesiones. Al finalizar las sesiones reforzamos la puesta en práctica de los ejercicios de relajación aprendido cuando aparezca alguno de los síntomas.

CONCLUSIONES: En este caso concreto podemos observar como las técnicas de relajación son efectiva y disminuye progresivamente los síntomas de la ansiedad. Esta ha sido una alternativa efectiva en un adolescente antes de la toma de tratamiento. Una enfermera con una formación adecuada en técnicas de relajación es muy beneficioso en un equipo de salud comunitario.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ADOLESCENTE, SINDROME, RELAJACIÓN, PLAN TERAPÉUTICO.

LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

JUAN JESÚS ROSA MARTÍN, NATHALIA GARRIDO TORRES, JULIO PIEDRA CRISTÓBAL

INTRODUCCIÓN: Actualmente el suicidio está situado entre las 15 primeras causas de muerte, incluso en algunos países se considera la segunda causa de muerte en personas entre 10 y 24 años de edad; y la tercera en edades comprendida entre los 25 y 44 años. Por ello hemos de reseñar la importancia del abordaje multidisciplinario en la prevención para evitar casos potenciales de conductas suicidas, siendo fundamental la intervención por parte de todos los profesionales que trabajan en el sistema público de salud, así como la del ámbito familiar.

OBJETIVOS: Analizar aquellas acciones preventivas de suicidio establecidas en el Sistema Público de Salud, evaluar sus resultados y proponer posibles acciones de mejora.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática sobre publicaciones comprendidas entre 2000 y 2017.

RESULTADOS: Análisis de un total de 25 artículos, seleccionándose 15 por su relación expresa con el tema abordado. Muchos de los suicidios se pueden prevenir, para ello debemos de elaborar un protocolo conjunto que sirva de referencia para todos los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, y además que tenga en cuenta a los familiares. Ello contribuiría a la prevención y facilitaría la predicción de la intención o pensamiento de proceder al suicidio.

CONCLUSIÓN: Entendiendo el acto suicida como la consecuencia de una situación de pobre salud mental, se hace necesario el abordaje multidisciplinario de todos los profesionales que trabajan en salud, además de contar con el entorno más cercano :la familia. Igualmente necesario es el articular herramientas y protocolos de actuación unificados para este tipo de conductas, siendo una clave fundamental para su prevención. El diagnóstico y tratamiento precoz, así como el abordaje de las medidas oportunas para evitar el paso de la ideación al acto suicida son, junto a la limitación de acceso a medios, las medidas más eficaces de prevención.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, MULTIDISCIPLINAR, CONDUCTA SUICIDA, PROFESIONALES DE SALUD.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: CASO CLÍNICO

KAROLINA ANNA ROZMUS, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años, que acudió a Centro de Salud Mental remitido por su oftalmólogo para valoración por presentar alucinaciones visuales repetitivas, en forma de siluetas de personas, figuras de soldados, conjunto de colores de duración de minutos u horas, que suelen desaparecer al cerrar los ojos y en la oscuridad. En antecedentes médicos destaca degeneración macular bilateral (DMAE) con importante pérdida de agudeza visual en ambos ojos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica exhaustiva que incluye campo visual, EEG y TAC cerebral. Mini Mental Test.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Charles Bonnet. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico diferencial realizado con múltiples patologías tanto psiquiátricas como neurológicas.

CONCLUSIONES: Se trata de un cuadro clínico descrito en personas de edad avanzada sanas, sin deterioro cognitivo, con un déficit visual significativo, que consiste en (seudo)alucinaciones visuales complejas de variable duración, frecuencia y complejidad, que engloban figuras de personas, animales y paisajes. Previamente es importante realizar un estudio completo para descartar otras enfermedades.

PALABRAS CLAVE: ALUCINACIONES, ANCIANOS, PSICOSIS, DMAE.

LA DEPRESIÓN EN JÓVENES ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ROCIO MEDINA MALDONADO, MARIA JOSÉ FERNÁNDEZ BLÁNQUEZ, CLAUDIA VARGAS ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Los trastornos mentales constituyen una prioridad en salud pública, dado que se encuentran entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria. Diversos estudios señalan que los trastornos depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general. La prevalencia de depresión en población universitaria oscila entre el 25% y el 50%.

OBJETIVOS: Identificar las características de la depresión en jóvenes universitarios.

METODOLOGÍA: Para la preparación de dicho trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet, ISOC y Scielo; siendo los criterios de inclusión estar escritos en español, tener acceso al texto completo e intervalo de tiempo comprendido entre los años 2003-2017. Han sido utilizados como descriptores: trastornos mentales, depresión, jóvenes, universitarios. De los resultados obtenidos se han seleccionado para sus análisis 3 artículos.

RESULTADOS: En el ámbito universitario uno de los principales factores asociados a la depresión es el estrés académico. Este estrés se debe a que en el ambiente universitario se somete continuamente al estudiante a nuevas responsabilidades, evaluaciones, realización de trabajos, así como presiones familiares, económicas y sociales. A todo esto se suma el hecho de que muchos estudiantes se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento, que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social; esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y en el transcurso de la adultez.

CONCLUSIÓN: Hay que orientar los programas de intervención a disminuir los niveles de estrés y por ende la frecuencia de depresión, generados por las diferentes situaciones de la vida universitaria.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO MENTAL, DEPRESIÓN, JÓVENES, UNIVERSITARIOS.

CONSECUENCIAS DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

JULIO ALBERTO CLARO PONCE, ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON

INTRODUCCIÓN: La Hipertensión Arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal que tiene una alta prevalencia en España en la población adulta de edad ≥ 18 años. La HTA es una de las principales causas de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Existe una evidencia de la relación entre los factores psicosociales como la depresión, la ansiedad, el estrés y la HTA.

OBJETIVOS: Analizar cómo afectan los factores psicosociales como estrés, la depresión y la ansiedad a personas con trastornos hipertensivos frente a otras personas que no tienen este tipo trastornos hipertensivos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Medlineplus, Pubmed) y otras publicaciones en papel.

RESULTADOS: Los trastornos hipertensivos constituyen unos de los problemas sociosanitarios más importantes. Dentro de los factores de riesgo existen los de carácter biológico y los de carácter psicosocial, de este último entre ellos están el estrés, la ansiedad, la sintomatología depresiva y los estilos de vida. Nos encontramos que las personas hipertensas se ven más afectadas que las personas normotensas cuando están sometidos a factores de carácter depresivo, ansiedad y estrés. El estrés, la ansiedad y la depresión no afectan igual a personas con HTA que a personas que no tiene HTA, cuando están sometidos a estos factores empeore su enfermedad. A su vez también podemos encontrar pacientes con HTA que aseguran que su hipertensión es emotiva y asocian los incrementos de su tensión arterial a situaciones estresantes

CONCLUSIÓN: Concluimos que existe una relación entre los factores psicosociales y la hipertensión, en la que estos factores afectan de manera más significativa a pacientes diagnosticados de HTA que a pacientes normotensos.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN.

AUTOLISIS EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL,
MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años que acude al servicio de urgencias por intento/gesto autolítico, la paciente refiere no haber tomado nada pero su madre refiere que si ha tomado algo, habla de eutirox 50 y anafranil 75mg, pero no sabe cuántos. Según su madre no se toma su medicación psiquiátrica. Antecedentes personales: no RAM. SD depresivo crónico en seguimiento por centro salud mental. Ingreso en el hospital psiquiátrico por depresión paranoide. Hipotiroidismo, en tratamiento con eutirox.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: constantes vitales: FC 133 l. P. M, SAT o2 100%, PAD 109mmhg, PAS 165mmhg, Tª 37.4°C, glasgow 15, sin focalidad NRL, pupilas medias y reactivas, no sequedad de mucosas. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales aumentados, piel normocoloreada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Gesto autolítico.

CONCLUSIONES: Evolución en urgencias. Imposible poner sonda nasogástrica. Iniciamos carbón activo con dosis repetidas según protocolo de antidepresivos triclicos y laxante con monitorizacion ECG. Constantes vitales: FC 82 LPM EN RS con QRS menor de 0.11, TA 127/92mmhg. Buena tolerancia oral por la tarde. Pasa bien la noche. Se contacta con el hospital psiquiátrico de referencia, que acepta su traslado para valorar por psiquiatría.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, URGENCIAS, CARBON ACTIVO, MENTAL.

CUSTODIA COMPARTIDA A DÍAS ALTERNOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA ESTER ALCÁZAR ARTERO, IRENE DE LA TORRE RUBIO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Gemelos de 9 años remitidos a salud mental por enuresis nocturna primaria, con frecuencia diaria. Anteriormente en tratamiento con Desmopresina, sin resultado. Padres divorciados, custodia compartía a días alternos, mala relación entre ambos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza entrevista inicial. Ambos presentan enuresis nocturna diaria y diurna durante el sueño, sin despertar tras la micción. Buena accesibilidad al WC y a la luz de la habitación. Refieren miedo a la oscuridad, con necesidad de llamarse entre ellos. Además presentan alteraciones de conducta en casa, rebeldía y aumento de irritabilidad. Describen síntomas de ansiedad diurna, anticipatoria a situaciones cotidianas. No alteración del patrón de sueño, anteriormente pesadillas. Buenos hábitos dietéticos. No llevan pañal. Motivación para el cambio e implicación en su higiene personal tras la micción. Padres separados hace 4 años, conviven con ambos padres a días alternos, estando la mayor parte del día con la abuela paterna por trabajo de éstos. Mala relación entre los padres, no hay comunicación. La abuela es muy consentidora. Estudian 4º de primaria. Buen rendimiento escolar, no problemas de sociabilización con iguales ni quejas por parte del colegio. Acuden a comedor escolar. Les gusta ir al parque, no realizan actividad física extraescolar.

JUICIO CLÍNICO: Enuresis nocturna primaria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diabetes mellitus Potomanía Infección urinaria Insuficiencia renal Patología convulsiva.

PLAN DE CUIDADOS: Registro de enuresis (noches secas) y entrenamiento de fortalecimiento de esfínteres. Sistema de alarma (pipi-stop). Resolución de miedos evolutivos.

CONCLUSIONES: El cambio de rutina familiar diaria provoca desestabilización emocional en los niños junto con el estrés añadido de la mala relación entre los padres, dando lugar a problemas de conducta, ansiedad, manifestándose en niños pequeños con enuresis nocturna. La enfermera especialista en salud mental, según el plan de cuidados individualizados, dará pautas de conducta y reestructuración del ámbito familiar, manejo de ansiedad y manejo de enuresis.

PALABRAS CLAVE: PADRES, ENURESIS, DIVORCIO, CUSTODIA.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

ANA ISABEL PUERTO DEL CANTO, VICTOR MANUEL CASADO GARRON, JULIO ALBERTO CLARO PONCE

INTRODUCCIÓN: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en la infancia y en la adolescencia y se caracteriza por la presencia de tres grupos de síntomas como desatención, hiperactividad e impulsividad (DSM-IV; APA, 1995). En cuanto a su tratamiento tiene que ser global, farmacológico, conductual, con psicoterapia y psicoeducación.

OBJETIVOS: Determinar el papel de enfermería en los pacientes con TDAH.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La metodología es personalizada, los pacientes con TDAH necesitan rutinas tanto en su vida personal, como en su vida académica y social. La propuesta metodológica se compone de tres fases diferenciadas: Por un lado la detección de los síntomas TDAH, por otro se enumerarán las estrategias a emplear y por último se propondrá una metodología de trabajo con instrucciones concretas. Puesto que el TDAH supone un motivo de consulta tanto en salud mental como en atención primaria, el conocimiento de los aspectos más relevantes de esta patología, en cuanto a los síntomas y al tratamiento se considera fundamental, para así poder establecer un plan de cuidados que proporcione al niño y a su familia una atención de enfermería individualizada y de calidad. Cuanta más información pueda recabarse más se podrá personalizar la metodología y por tanto más efectiva será.

CONCLUSIÓN: El TDAH es una enfermedad psicológica y como tal es muy difícil cuantificarla, pero es importante que se conozca a fondo la enfermedad y los comportamientos considerados “normales” de la misma. Un niño con TDAH puede tener actitudes diferentes a la de los demás, pero sigue siendo un niño.

PALABRAS CLAVE: TDAH, METILFENIDATO, IMPULSIVIDAD, HIPERACTIVIDAD.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE TÓXICOS

MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO

INTRODUCCIÓN: Patología dual es el término utilizado para referirnos a la asociación de una adicción a sustancias tóxicas y un trastorno mental en una persona. Los síntomas más frecuentes son la impulsividad, agresión, no respeto de normas, desorden rutinario, ideas paranoides y vagabundeo. En este trabajo vemos un plan de cuidados establecido a una persona con patología dual que ingresa en una unidad de media estancia de salud mental.

OBJETIVOS: Analizar el plan de cuidados establecido a una persona con esquizofrenia y consumo de tóxicos que ingresa en una unidad de media estancia.

METODOLOGÍA: Se realiza una valoración exhaustiva completando los 13 dominios de la NANDA. Los datos son obtenidos a partir de la exploración y observación de los profesionales, del historial clínico y de la entrevista realizada al paciente a su llegada a la unidad, conjunta con un familiar. Se establece un plan de cuidados de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

RESULTADOS: Tras analizar la valoración se establecen como diagnósticos principales obesidad, descuido personal, mantenimiento ineficaz de la salud y disposición para mejorar la comunicación. Se establecen los siguientes NOC: estado nutricional, autocuidados: actividades de la vida diaria, conducta de fomento de la salud y autocontrol del pensamiento distorsionado. Las intervenciones más eficaces son ayuda para disminuir el peso, ayuda al autocuidado, prevención del consumo de sustancias nocivas y manejo de ideas ilusorias.

CONCLUSIÓN: Se realizaron las actividades oportunas durante 4 meses, motivando al paciente a realizar las AVD, a establecer y seguir una dieta adecuada a sus necesidades consiguiendo un peso óptimo. El paciente ha sido incluido en el grupo de psicoeducación de patología dual y es capaz de identificar los riesgos del consumo de tóxicos manteniéndose abstinentes en este periodo. Su ideación delirante ha mejorado notablemente.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGÍA DUAL, ESQUIZOFRENIA, CONSUMO DE TÓXICOS, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON CARBONATO DE LITIO

BEATRIZ ORTEGA MORENO, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ, PALOMA SILES PEREZ

INTRODUCCIÓN: El carbonato de Litio es el fármaco de elección en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos afectivos. Para conseguir su efecto terapéutico, debe alcanzar determinados niveles sanguíneos, conocidos como litemia.

OBJETIVOS: Analizar el tratamiento con Litio en Salud Mental.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de bibliografía publicada en los principales buscadores científicos, como Pubmed, Cochrane y Scielo. Se seleccionaron artículos publicados en español e inglés, en los últimos 10 años.

RESULTADOS: El tratamiento con sales de litio en forma de carbonato se emplea, sobre todo, en el trastorno maníaco o trastorno depresivo. Los niveles de litio en sangre deben ser monitorizados mediante analítica, siendo los niveles terapéuticos entre 0.6 Y 1.2 MEq por litro. El papel de Enfermería será el asegurarnos de la correcta toma y la extracción de la muestra para litemia, asegurando la última toma de mediación previa al menos 12h antes.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con Carbonato de Litio es común en salud mental para el tratamiento de trastornos afectivos. Enfermería se asegurará de la correcta administración del fármaco y de la preparación previa a la extracción sanguínea para la monitorización periódica de la litemia, El papel de Enfermería en el tratamiento con litio también incluye realizar educación sanitaria en cuanto al uso correcto del fármaco.

PALABRAS CLAVE: LITIO, TRATAMIENTO, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL.

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON VALPROATO

BEATRIZ ORTEGA MORENO, PALOMA SILES PEREZ, ANGELA MONTORO MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: El ácido valproico, o valproato, es un fármaco de amplio espectro utilizado como anticonvulsivo en neurología y psiquiatría en epilepsia, trastornos de personalidad, dolor neuropático o demencia, y como eutimizante en trastornos maniformes. Se describe el caso de una mujer de 70 años en seguimiento por ansiedad generalizada y cuadro distímico. Ingreso previo hace 2 meses a cargo de Neurología-Psiquiatría por alteraciones conductuales, inicialmente parecen por encefalitis, recibiendo Aciclovir. No se evidencia patología orgánica neurológica entonces. En actual ingreso, a cargo de Psiquiatría, se avisa a Neurología por alteración del lenguaje y del nivel de consciencia. En tratamiento con ácido valproico por alteraciones conductuales, verborrea e insomnio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente pasa a cargo de Neurología. RMN, EEG y Ecografía abdominal sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Se diagnostica de encefalopatía que se resuelve tras la retirada de valproato, controlando niveles de amonio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No se logra esclarecer causa finalmente, pero la paciente está estable, consciente y orientada, sin alteración del lenguaje, al alta, tras la retirada del ácido valproico.

PLAN DE CUIDADOS: El plan de cuidados de Enfermería se basó en el control del estado de consciencia a nivel neurológico, la administración de tratamiento farmacológico prescrito, extracción de muestra sanguínea para control de amoniemia y manejo de necesidades básicas, como nutrición, eliminación y confort.

CONCLUSIONES: La encefalopatía hiperamoniémica inducida por el valproato es una reacción reversible, pero grave. Un daño cerebral previo y polimedición parecen ser factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: ÁCIDO VALPROICO, ENCEFALOPATÍA, AMONIEMIA, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL.

PROGRAMAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ, PATRICIA MIRAS GONZALEZ, MARIA ISABEL GARCIA GIL,
DOLORES DUARTE PADILLA

INTRODUCCIÓN: Los programas residenciales se engloban dentro de los programas de apoyo social que son necesarios para la atención comunitaria de personas con trastornos mentales, se podrían definir como el conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, mediante una atención directa o con apoyo, de un conjunto de necesidades básicas de la vida diaria.

OBJETIVOS: Analizar algunos de los principales programas residenciales para personas con trastornos mentales en España.

METODOLOGÍA: En la presente revisión se realizara una búsqueda literaria científica y se analizaran algunos de los principales programas residenciales existentes en España, artículos publicados hasta la actualidad que evalúen los programas residenciales para personas con trastornos mentales. Búsqueda y revisión en diferentes bases de datos y buscadores como Medes, Pubmed, Cochrane, Google Académico utilizando los descriptores: Programas residenciales. Trastornos mentales. Atención comunitaria. Salud mental.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos, mediante la puesta en marcha de este tipo de programas, son muy positivos para las personas usuarias, podemos destacar entre otros: una reducción de crisis y descompensaciones psicopatológicas, favorece la integración social, mejora nivel de autocuidados e independencia en las actividades de la vida diaria, aumenta el nivel de competencias y habilidades sociales, ...

CONCLUSIÓN: Claramente mediante la correcta utilización y puesta en marcha de este tipo de programas se consiguen unos beneficios muy importantes para el enfermo mental, pero se deberían aumentar el número de plazas, un mayor apoyo de las políticas públicas sobre todo buscando la reinserción social, contar con los adecuados equipos interdisciplinares que realicen los programas así como llevar a cabo las intervenciones, su seguimiento y evaluación.

PALABRAS CLAVE: PROGRAMA RESIDENCIAL, TRASTORNOS MENTALES, SALUD MENTAL, ATENCIÓN COMUNITARIA.

ETILISMO EN PACIENTE CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO DE BASE: A PROPÓSITO DE UN CASO

JUAN ANTONIO LOPEZ RAMOS, MARIA SONIA GONZÁLEZ TROYA, VIRGINIA TORREJÓN OVIEDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude en estado de embriaguez, refiriendo desde hace varios días ansiedad, agitación y angustias obsesivas. Ve cuerdas y tiene ideas suicidas, pues refiere que un hermano y un tío se ahorcaron (según refiere) y la están llamando. Esta noche no se ha tomado su medicación habitual, y comenta haber tomado alcohol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Psicopatológica: consciente y orientada en las tres esferas, colaboradora y atenta. Sin afectación en funciones superiores a la exploración grosera. Ánimo ansioso con tendencia al llanto. Ánimo depresivo con tendencia al aislamiento. Ideas e imágenes obsesivas, sin alteración en forma ni propiedad del pensamiento, inquietud psicomotriz. Insomnio, no hiperoxia, ideas pasivas y escasamente estructuradas de muerte. Física: Consciente, colaboradora y orientada. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni viceromegalias. AS: Hemograma: Hto 37.3, HcM 31.9, Neutr 36.6%, Linfoc. 55%, Resto sin alteraciones. Bioquímica: CR 0.95, Resto sin alteraciones. Gasometría venosa: pH 7.34, exceso de bases 3.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de la personalidad límite. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Embriaguez acompañada de ansiedad.

PLAN DE CUIDADOS: Animar al paciente a realizar una programa de desintoxicación-deshabitación.

CONCLUSIONES: El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una afección mental por la cual una persona tiene patrones prolongados de emociones turbulentas o inestables, llevándolo a tener acciones impulsivas y relaciones caóticas con otras personas. La terapia dialéctica cognitivo-conductual es el TTO más efectivo. Consiste en un conjunto de técnicas dirigidas al aprendizaje de habilidades, que mejoran la calidad de vida de estas personas. El paciente fue ingresado en S. M. Se ajustó su tratamiento habitual y se valoró dicha terapia, se acordó un mayor apoyo y seguimiento familiar.

PALABRAS CLAVE: ETILISMO, EMBRIAGUEZ, TRASTORNO, DEPRESIÓN.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ABUSO DE SUSTANCIAS

ANA VALLADARES ALCOBENDAS, CAROLINA DE LOS SANTOS PARIENTE, FRANCISCA SIERRA MORENO

INTRODUCCIÓN: El Consejo de Ministros aprobó el pasado 9 de febrero la primera Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024, liderada por el Ministerio de Sanidad. En este documento encontramos un bloque que trata la situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género, contemplando que existían marchadas diferencias entre hombres y mujeres con respecto al consumo de sustancias. Se han marcado ciertos objetivos entre los que se contemplan conocer estas diferencias y diseñar programas de intervención al respecto.

OBJETIVOS: Analizar las diferencias que existen con respecto al género en el abuso de sustancias.

METODOLOGÍA: Consiste en una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos tales como Pubmed, Cuidem y Scopus.

RESULTADOS: Se ha observado que los hombres tienen un porcentaje más alto de consumo de sustancias tóxicas a excepción de los hipnosedantes, siendo el consumo abusivo más prevalente en mujeres. En España, 3.732.000 Personas han consumido hipnosedantes en 2015 en los últimos 12 meses, siendo el 65% mujeres y el 57% además tienen entre 45 y 64 años. Por otro lado, los hombres tienen un porcentaje más alto en otras sustancias tales como alcohol, cannabis, cocaína y otras drogas. Algunos estudios han observado cómo el consumo de alcohol es más frecuente en aquellos hombres con un nivel educativo más bajo, siendo al contrario en el caso de las mujeres.

CONCLUSIÓN: Se ha observado que existe una marcada diferencia en cuanto al consumo de sustancias con respecto al género, por lo que sería necesario profundizar sobre las razones de esto y qué intervenciones son pertinentes a realizar.

PALABRAS CLAVE: ABUSO DE SUSTANCIAS, GÉNERO, PERSPECTIVA DE GÉNERO, TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA

TANIA PALENCIAS HORNEDAL, INMACULADA GONZALEZ MORALES, CASILDA ANTONIA MARTINEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La contención son las medidas para que el paciente se mantenga dentro de unos parámetros de conducta adecuados, evitando riesgos para sí mismos o su entorno. Existen varios tipos de contención; la contención verbal, la contención química y la contención mecánica. En este estudio nos centraremos en la contención mecánica. Recurrimos a este tipo de intervención cuando fallan las anteriores intervenciones o cuando el peligro requiere su utilización prioritaria. Aun así debe acompañarse siempre la contención mecánica con la contención verbal y la contención química en mayor o menos grado. Siempre que sea posible debe realizarse entre 5 personas, una de las cuales supervisara y el resto sujetaran cada una de las extremidades del paciente. Siempre hay que tener en cuenta no poner en peligro la integridad física del personal ni del paciente.

OBJETIVOS: Describir la técnica correcta para llevar a cabo una restricción física sin riesgo. Evaluar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre contención mecánica.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional realizado a 13 profesionales de enfermería de una planta de Psiquiatría. Se les evaluó sobre su jornada laboral, mientras empleaban dicha técnica. Previamente se les paso un cuestionario que respondieron de forma anónima sobre los riesgos de la contención mecánica.

RESULTADOS: El estudio revelo que el 80% sabría describir los riesgos de la contención mecánica. El 43% contesto que solo lo hacían bajo preinscripción medica. El 67% determino que no es una practica bien vista por los familiares.

CONCLUSIÓN: La contención mecánica es un procedimiento necesario y beneficioso para los pacientes en estado de agitación, siempre y cuando se realiza en las condiciones óptimas y se haga el seguimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERIA, SALUD, SEGURIDAD, RIESGO, CONTENCIÓN MECANICA.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN PACIENTE ADULTO

PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, ANA MARÍA SERRANO SALINAS, JUAN JOSÉ SALMERÓN PELLICER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 37 años con antecedentes de consumo habitual de cannabis y puntual de cocaína (últimos consumos hace meses). Desde hace 3 años verbaliza ideas de perjuicio (presentes en menor frecuencia con anterioridad) y megalomaníacas, cambios comportamentales y variaciones de estado de ánimo (en ocasiones depresivo y en otras de irritabilidad). En los últimos 3 meses ha empeorado, con abandono las tareas de casa y aislándose. Además, ha gastado cantidades ingentes de dinero en los últimos días, conducta que ya se había dado periodos atrás. Por otro lado, hace 3 años, presentó posiblemente estado de ánimo deprimido al volver a España. Trabajaba en un almacén pero lo dejó por preocupación por comentarios y situaciones allí. Solía salir con amigos, cosa que fue abandonando también.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración consciente y orientado, colaborador. Lenguaje fluido, circunstancial, gramaticalmente estructurado y abundante. Hipertimia leve. Discurso coherente con ideas de perjuicio y megalomaníacas. Sin alteraciones psicomotrices. Niega alteraciones sensorio-perceptivas e ideación autolítica. Insomnio de conciliación en las últimas semanas. Hiporexia, con realización de una sola comida abundante en la noche. Se realizaron un TAC y analíticas de sangre y orina, tanto de sedimentos como tóxicos. Sin alteraciones de interés.

JUICIO CLÍNICO: El diagnóstico más adecuado sería trastorno esquizoafectivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar.

CONCLUSIONES: El trastorno esquizoafectivo resulta de la combinación de clínica psicótica y afectiva, presenta una evolución con sintomatología negativa que impide tener una funcionalidad normalizada, con aislamiento social, incapacidad laboral y sufrimiento personal. Es importante hacer una evaluación longitudinal y no transversal para poder realizar un diagnóstico más fiable.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, ESTADO DE ÁNIMO, IDEAS MEGALOMANÍACAS, IDEAS DE PERJUICIO.

EL PSICODRAMA COMO PROPUESTA TERAPÉUTICA

PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, ANA MARÍA SERRANO SALINAS

INTRODUCCIÓN: En el departamento de Salud de Elda se está desarrollando una propuesta de terapia grupal conocida como psicodrama.

OBJETIVOS: Entender la base teórica de esta terapia para en un futuro poder utilizarla en la práctica clínica habitual

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica en el buscador Google Académico con búsqueda avanzada (psicodrama en salud mental psicodrama) en un intervalo específico (“2017- 2018”).

RESULTADOS: El psicodrama consta de 3 fases (caldeamiento, acción o escena dramática y puesta en común). En la primera se ayuda a la interacción de los participantes, fomentando la unión, confianza y honestidad. Esta etapa existe porque la cohesión en el grupo aumenta la efectividad de la terapia. Durante la segunda tiene lugar la puesta en escena, cuyas principales técnicas son: inversión de roles, soliloquio, doblaje, proyección al futuro, espejo y dramatización. En último lugar, se trabaja a nivel grupal lo vivido en la puesta en escena y se realiza el cierre de la sesión.

CONCLUSIÓN: El uso de esta propuesta promueve el desarrollo de la creatividad, espontaneidad y metacognición. Esta última es descrita como la capacidad de pensar acerca de lo que se piensa, es decir, un momento de reflexión que adquiere un conocimiento más profundo de uno mismo. El psicodrama lo fomenta porque el fin es que el sujeto tenga un panorama más amplio y dote de significado a sus problemas. Al hacerlo público se convierten en problemas reales y se obtienen soluciones.

PALABRAS CLAVE: PSICODRAMA, GRUPO, METACOGNICIÓN, TERAPIA.

EL TRASTORNO DUAL DESDE LA INTERVENCIÓN EN INTELIGENCIA EMOCIONAL Y AUTOESTIMA

DULCE HERRERA GÁLVEZ, PATRICIA LOPEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: Aunque el problema de la droga ocupe tan solo el treinta y dos lugar en el barómetro del CIS de Junio de 2013, los datos que se refieren a los consumos nos presentan un panorama extremadamente inquietante, planteando la necesidad de redefinir las actuales intervenciones de tipo preventivo. Comparando la situación actual con la que existía hace pocos años, observamos un cambio en el perfil de los consumidores, con una disminución de la edad media de consumo y aumento del nivel socioeconómico, y el tipo de drogas consumidas, con un aumento sustancial de sustancias como la cocaína, el cannabis y drogas de diseño.

OBJETIVOS: Determinar una investigación sobre las relaciones entre IE, autoestima y consumo de drogas entre pacientes con trastorno dual atendidos en los dispositivos de salud mental.

METODOLOGÍA: Para la evaluación de la IE de estos pacientes se llevarán a cabo medidas de habilidad, como el MSCEIT, mide la IE percibida; además, medidas de autoinforme que evalúan los aspectos intrapersonales de la IE, como TMMS, de la que se ha desarrollado una versión reducida en España llamada TMMS-24. La autoestima se medirá utilizando la escala AF5 El grupo de control estará formado por pacientes con diagnóstico equivalente que no hagan uso de tóxicos.

RESULTADOS: Los datos se elaborarán utilizando el programa estadístico SPSS y los resultados se utilizarán para diseñar actividades específicas para los pacientes con este tipo de trastorno.

CONCLUSIÓN: Existen argumentos a favor de que la falta de competencias emocionales juegue un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de muchos trastornos psicológicos Es evidente por estas razones que la realización de programas para la recuperación y mejora de las habilidades sociales y emocionales ha de considerarse prioritaria para este tipo de unidad.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DUAL, INTELIGENCIA EMOCIONAL, AUTOESTIMA, DROGAS.

