

ACTAS DEL

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



VOLUMEN III

Comps.

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

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

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

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

© 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 III”, 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: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

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.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	9
IVANA GONZALEZ HERRADOR, LORENA GORDO HINOJOSA, CRISTINA GORDO HINOJOSA	
IMPORTANCIA DE LA BIOÉTICA APLICADA A LOS CUIDADOS ENFERMEROS....	10
ADRIANA ORELLANA MOVILLA, ISABEL MARÍA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, ANABEL LETRÁN CAPOTE	
ROL DE ENFERMERÍA PARA EDUCAR A LA FAMILIA DE UN PACIENTE EN EL PROCESO DE SU MUERTE	11
ALICIA PELAEZ MATEU, MARIA DEL CARMEN GERENA CASTILLO, MARIA JOSE SOLVAS SALMERON	
LA CAPACIDAD EMPÁTICA EN EL CUIDADO ENFERMERO	12
DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ, JENNIFER SUÁREZ BERMÚDEZ, MARIA LUISA TORRES PUA	
EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD EMPÁTICA	13
DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ, JENNIFER SUÁREZ BERMÚDEZ, MARIA LUISA TORRES PUA	
LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.....	14
MARÍA CARMEN SÁNCHEZ ROMERA, ANA MARÍA SUÁREZ PÉREZ, DOLORES CELIA CRIADO CALLEJON	
ANÁLISIS DEL MÉTODO DEBRIEFING TRAS CONTENCIÓN MECÁNICA	15
ANTONIO JAVIER SEGURA FORNIELES, CARLOS ALBA LÓPEZ, DARÍO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	
EFICACIA DE UNA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA TRATAR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS	16
ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-MONTES RODRÍGUEZ	
ESTUDIO SOBRE EL TRASTORNO POR ACUMULACIÓN	17
MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA, DALILA FERNANDEZ ALONSO	
EFICACIA DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL PARA MEJORAR HABILIDADES SOCIALES Y AUTOESTIMA EN UN CASO DE SÍNDROME DE ASPERGER	18

ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-
MONTES RODRÍGUEZ

**EFICACIA DE UNA PSICOTERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO DE PÁNICO19**

ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-
MONTES RODRÍGUEZ

EL EMBARAZO: ESTADOS DE ÁNIMO OPUESTOS20

ALVARO DOMINGUEZ RAMIREZ, MARÍA CONSOLACIÓN GARCÍA SÁNCHEZ,
MARIA ANGELES LAMPREA MORUNO

LA REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES OSTEOMIZADOS21

BELEN BENEDITED BAYO

**SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL TRAS UN DESASTRE
NATURAL22**

LORENA PEINADO MALAGÓN, ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ,
INMACULADA PINTO ORTIZ

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MATERNA EN EL CRECIMIENTO FETAL-NEONATAL .23

MARIA EUGENIA SAEZ MARIN, LUCIA SANCHEZ MOLINA, ROSARIO MOLINA
ARQUELLADAS

**ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL FORMANDO A OTROS ENFERMEROS/AS
SOBRE LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL CON
CONDUCTA SUICIDA24**

MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO, FRANCISCO GABRIEL PÉREZ MARTÍNEZ,
VERONICA DIAZ SOTERO

**CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA Y EL TRATAMIENTO
PSICOTERAPÉUTICO25**

ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA

**ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO
AUTISTA: NÚMERO DE AFECTADOS.....26**

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

MANEJO DEL SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO27

IGNACIO JESUS MORGADO MORA, NATALIA NAVARRO GORDILLO, JOSE MARIA
TAPIA PARRA

PREVALENCIA DEL SUICIDIO EN VÍCTIMAS MENORES DE ABUSO SEXUAL.....28

MARIA MOTOS MOLINA, FRANCISCA MOTOS MOLINA, MARIA BELEN NAVARRO
CARMONA

SEGUIMIENTO DE EPISODIO PSICÓTICO POR PARTE DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL	29
GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, NATALIA ALVADO COMPANY, EULALIA CARRATO VAZ	
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL	30
GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, EULALIA CARRATO VAZ	
EL GRAN IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA INFANCIA.....	31
ISABEL MARIA SANCHEZ BENITEZ, ESTHER FUENTES PARRA, ANA MARIA SANCHEZ ALONSO	
UN CASO DE TRASTORNO BIPOLAR ORIENTADO DESDE UNA ORIENTACIÓN SISTÉMICA	32
MONICA GARCIA MEDINA, PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO	
CASO DE CONSUMO Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	33
MONICA GARCIA MEDINA, PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO	
LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	34
PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO, MONICA GARCIA MEDINA	
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PROCESOS ONCOLÓGICOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA.....	35
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, VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO	
LA PERCEPCIÓN FAMILIAR SOBRE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	36
SANDRA ÁLVAREZ GUERRERO	
VARIABLES DE LA PERSONALIDAD Y DE AMOR ASOCIADAS A LA VIOLENCIA EN PAREJAS JÓVENES	37
CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ, ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ, NOELIA FLORES ROBAINA, CRISTINA JENARO RIO	
RELACIONES DE PAREJA: LOS ESTILOS DE AMOR Y VARIABLES ASOCIADAS...38	
CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ, ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ	
FOBIA A LA SANGRE: LA PUNTA DEL ICEBERG EN UN CASO DE DEPRESIÓN	39

PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS TICS MOTORES COMO SÍNTOMA DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR.....	40
PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS SÍNTOMAS ANSIOSOS EN UN CASO DE INTROYECCIÓN DEL DISCURSO PATERNO	41
PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS A PROPÓSITO DE UN CASO: MASTECTOMÍA MÁS LINFADECTOMÍA EN LA MAMA DERECHA.....	42
MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO, PABLO AGUILAR IBAÑEZ PACIENTE MUJER CON EPISODIO DEPRESIVO TRAS DUELO RETARDADO	43
EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS, PABLO RODRIGUEZ LOPEZ EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES EN LOS NIÑOS	44
MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA, MANUEL GUSTAVO GALVÁN MELERO, ISABEL GUIOMAR LÓPEZ SALAS SÍNTOMAS OBSESIVOS COMO UN SEÑUELO.....	45
PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS IMPORTANCIA DE LA DIETA EN LA DEPRESIÓN.....	46
CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICÓTICO	47
CRISTINA RODRÍGUEZ MESANZA, AIDA MON DÍAZ, NAZARET VICO MOYA, LORENA RAMOS BAZ LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL PROCESO DE DUELO	48
MARIA DEL CARMEN GARCIA MEDINA, JOAQUÍN RUIZ ORTEGA, ELENA GARCÍA FERRER TECNOLOGÍAS MÓVILES AL SERVICIO DE LA SALUD MHEALTH: VENTAJAS Y UTILIZACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	49
NOELIA FLORES ROBAINA, CRISTINA JENARO RIO, ANA PASCUAL SANCHEZ, CINDY VIVIANA RODRIGUEZ ECHEVERRIA, CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	50
NADIA DE LA FUENTE BEN YAHIA, ALICIA NAVARRO ARANDA TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO A TRAVÉS DEL ARTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	51

ANA RICO DE LA CRUZ, ALMUDENA BLANCO GONZALEZ, OLGA RODRÍGUEZ
GARCÍA

**ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN
AL ESTRÉS52**

YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS, PAULA
MONTES DE OCA MIRAS

**BAJA CAPACIDAD INTELECTUAL EN PACIENTE CON SOSPECHA DE
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y MIGRAÑAS.....53**

BELEN REYES ROMERO, DANAE GARCÍA PEREZ, DANIEL TORRES CAMPOS

ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....54

INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, MARÍA DEL MAR PICÓN SAN
MARTÍN, KAROLINA ANNA ROZMUS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO55

MARÍA FRANCISCA MORENO ARANCE, MARÍA TERESA GONZÁLEZ CARMONA,
MARIA JOSEFA DEL MORAL CASADO

TÉCNICAS Y MODELOS DE ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL EN CATÁSTROFES...56

LUCÍA VALDIVIESO JIMÉNEZ, ANDREA SÁNCHEZ MARTÍN, ÉVELYN GARCÍA
CALLEJAS

**ESTUDIO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
RESPECTO DEL USO DE LA TECNOLOGÍA MÓVIL EN LA RECUPERACIÓN DEL
PACIENTE MENTAL.....57**

MARIA JESUS BERRUEZO LOPEZ, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GUERRERO,
MARIA DOLORES CARRASCO GARCIA

**COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PSICOTICO EN URGENCIAS PARA LA
SEGURIDAD DE PACIENTE Y ENFERMERA58**

MARIA JOSE MENA TORRES, VERONICA ARIAS DIAZ, ISAAC RUIZ TARRAGONA

LA ANSIEDAD EN PACIENTES JÓVENES59

MARIA DEL MAR HIDALGO CASTELLANO, ELENA ALEJANDRES DEL ROSAL,
RAFAELA HINESTROSA ROSAL

**TRASTORNO DE PERSONALIDAD CON DESÓRDENES ALIMENTICIOS: A
PROPÓSITO DE UN CASO60**

EMILIO REGLI ROJAS, MARIA JESUS CUTILLAS POVEDA, ANDREA CAMARA
LINDE

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE CON CONTRATRANSFERENCIA
NEGATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO61**

EMILIO REGLI ROJAS, JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO, LARA ASENSIO
BORDONABA

AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE LINFOMA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA.....	62
EMILIO REGLI ROJAS, MARÍA RIESGO ARIAS, MARIA JESUS CUTILLAS POVEDA	
ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA INGRESADA EN MEDICINA INTERNA: A PROPÓSITO DE UN CASO	63
EMILIO REGLI ROJAS, ANDREA CAMARA LINDE, JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO	
PROBLEMAS EMOCIONALES EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	64
LAURA MONFORT HERNANDEZ, PEDRO DE ALBA COSTA, MARTA NUÑEZ DEL CASTILLO, IVON FERNANDEZ MEROÑO, ROSARIO MARTINEZ MENDOZA	
EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	65
LYDIA GARCIA RUIZ, MIREIA ESCRIBANO GIL, ROCIO AGUILERA HINOJOSA	
LA IMPORTANCIA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	66
MARÍA PEREZ JULIAN, MANUEL RODRIGUEZ RUIZ, JUSTINE SABRINA SANCHEZ MUÑOZ	
LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.....	67
FRANCISCO GABRIEL PEDRERA GARCIA, ELENA VEGA ARJONA, ANA CISNEROS MUÑOZ	
ATENCIÓN PSICOLÓGICA-MENTAL DURANTE EL DUELO	68
ALBA MARIA GARCIA GARCIA, ESTHER ARIAS MOYA, CARLOS BUSTAMANTE MARCOS	
EL ESTRÉS PARENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS.	69
MERCEDES GARNICA ALVAREZ, AMAYA ALEJANDRA JIMÉNEZ OJEMBARRENA, MARTA JIMÉNEZ LEÓN	
SALUD MENTAL EN INTERCONSULTAS DE ACTO ÚNICO	70
BELEN REYES ROMERO, DANAE GARCÍA PEREZ, DANIEL TORRES CAMPOS	
TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO	71
GISELA AMOR MERCADO, AMELIA VILLENA JIMENA, CLARA GÓMEZ OCAÑA	
ALTERACIONES EN EL APEGO MADRE-BEBÉ EN UNA UCI PEDIÁTRICA: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO CLÍNICO	72
ISABEL MARÍA CERVERA PÉREZ, JAVIER MELGAR MARTÍNEZ, MARIA DE LA VEGA TRUJILLO LÓPEZ	

EL AFRONTAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA: UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	73
GISELA AMOR MERCADO, AMELIA VILLEN A JIMENA, CLARA GÓMEZ OCAÑA	
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPERIENCIA DE DUELO DESPUÉS DE UN ABORTO VOLUNTARIO	74
PALOMA ALMAGRO GARCIA, MARINA SOLA OCETTA, SANDRA SANCHEZ-VILLEGAS, ISRAEL HUERTAS PATON	
EL TRABAJO COMO ESCAPE Y LAS PROTESTAS DEL CUERPO	75
GISELA AMOR MERCADO, CLARA GÓMEZ OCAÑA, AMELIA VILLEN A JIMENA	
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	76
CELIA MARTINEZ ALCARAZ, CAROLINA MARTÍNEZ ESQUINAS, LOURDES ASCENSIÓN PEINADO ROSALES	
COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE ANTE LAS PRUEBAS DE IMAGEN	77
IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	
CASO CLÍNICO TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL	78
JUAN ANTONIO LARA AGUILERA, CARMEN REVILLA MARTIN, NOELIA LÓPEZ BANDERA, SAMANTA MENACHO GARCIA, JANINA LLORENS VÁZQUEZ, ALVARO PALOMINO HERNANDEZ	
CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA.....	79
JUAN ANTONIO LARA AGUILERA, CARMEN REVILLA MARTIN, NOELIA LÓPEZ BANDERA, SAMANTA MENACHO GARCIA, JANINA LLORENS VÁZQUEZ, ALVARO PALOMINO HERNANDEZ	
SHOCK PSICOGÉNICO: MANEJO EN URGENCIAS	80
MARIA DEL ROCIO LADRON DE GUEVARA RIVAS, MARIA FERNANDA BARCO VILLAFRUELA, MARIA ISABEL GARCIA JIMENEZ	
A PROPÓSITO DE UN CASO: DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	81
ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, SANDRA RAMOS PICHACO, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS	
DETECCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	82
CATALINA LIRIA HARO, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LUISA MARIA LOPEZ TRINIDAD	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: APOYO PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES.....	83

JUAN MANUEL IZQUIERDO GONZALEZ, GRACIA ISABEL EVANGELISTA LÓPEZ,
VIRGINIA OCHOA MARTIN

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y EL CONSUMO DE ALCOHOL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....84

GISELA AMOR MERCADO, CLARA GÓMEZ OCAÑA, AMELIA VILLENA JIMENA

TRASTORNO PSICÓTICO Y CONSUMO DE TÓXICOS.....85

MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARTA SUÁREZ HURTADO, MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ

IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA EN EDUCACIÓN EMOCIONAL EN LA ETAPA INFANTIL86

MARÍA ISABEL TORRES GALLARDO, CAMILA LAURA TORRES GUTIÉRREZ

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DEL ENFERMERO AL PACIENTE.....87

ÁNGELES MARÍA SÁNCHEZ VICIANA, ANA RAQUEL GOMEZ SEGURA, YASMINA TAMARGO MUÑOZ

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

IVANA GONZALEZ HERRADOR, LORENA GORDO HINOJOSA, CRISTINA GORDO HINOJOSA

INTRODUCCIÓN: La autoestima en mujeres de violencia de género suele verse afectada en casi la gran mayoría de los casos, asumiendo las posteriores consecuencias como problemas psicológicos, ansiedad , depresión. Por eso es tan importante tratar adecuadamente y con carácter individual cada persona. Se identificarán estrategias para una mejora de la autoestima; todo esto dentro de un entorno, en donde la mujer es atendida por un equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS: Identificar estrategias para mejorar la autoestima en mujeres con violencia de género.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica, artículos científicos, publicaciones relacionadas con el tema, y consultando en bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane y Medline, usando como descriptores: autoestima, violencia y mujer.

RESULTADOS: Estrategias para mejorar la autoestima en mujeres de violencia de género: Analízate a ti mismo, pero de una manera positiva. Expresar tus emociones, sentimientos , opiniones te ayudará a reforzar tu autoestima. Cuando tengas pensamientos o emociones negativas, intenta modificarlos en emociones positivas. Destina un intervalo del día a realizar cosas, actividades de ocio con las que te sientes bien. Pide ayuda cuando lo necesites, no cargues sola con todo el peso. Es recomendable acudir a grupos de apoyo donde cada uno cuenta su experiencia y caso.

CONCLUSIÓN: Con lo anteriormente citado, y tras un aprendizaje la mujer reforzará su confianza y mejorará su seguridad y bienestar; todo ello implicando al entorno familiar, sociedad y equipo multidisciplinar que la rodea. Es muy común que las mujeres que han padecido violencia de género sufran lesiones corporales,dolor, trastornos gastrointestinales,... Todos ellos derivados de su vivencia, pero además de lo anterior están los efectos psicológicos, los cuales pueden hacer el mismo daño o efecto en la persona, por eso es tan importante que las mujeres de violencia de género recuperen su autoestima y seguridad en ellas mismas, para poder emprender una nueva vida.

PALABRAS CLAVE: VIOLENCIA, MUJER, AUTOESTIMA, GÉNERO.

IMPORTANCIA DE LA BIOÉTICA APLICADA A LOS CUIDADOS ENFERMEROS

ADRIANA ORELLANA MOVILLA, ISABEL MARÍA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, ANABEL LETRÁN CAPOTE

INTRODUCCIÓN: La función de la profesión de enfermería se basa en los cuidados, entendiéndose ellos como la acción de proporcionar el mayor bienestar físico, psíquico y social de la persona. Para combinar las dos dimensiones de la enfermería, técnica y humana, la ética debe incluirse siempre en sus planes de cuidado. La profesión va integrándola poco a poco y cada vez tiene más presencia en asociaciones científicas de bioética y comités éticos, así como la adopción del Código de ética de Enfermería y el Código Deontológico de la Enfermería Española. Con todo ello, continuamos mejorando para conseguir la excelencia del cuidado así como la satisfacción profesional y del paciente.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es analizar la importancia de la aplicación de la bioética a los cuidados de enfermería y sus limitaciones en la práctica.

METODOLOGÍA: La metodología utilizada ha sido una revisión bibliográfica en las bases de datos nacionales e internacionales (Scopus, PubMed, CINAHL, Cuiden) de artículos científicos publicados en los últimos 5 años, en lengua inglesa o española y que respondan a los siguientes términos DeCS y MeSH: cuidar, ética, bioética, enfermería.

RESULTADOS: Con la incorporación de la enfermería a la universidad, las enfermeras adquieren cualidades y conocimientos específicos relacionados con el ser humano, una gran capacidad de observación, habilidades y destrezas comunicativas así como una práctica basada en conocimientos científicos, habilidades técnicas, principios éticos y virtudes como pilares fundamentales. Con todo ello, podemos reconocer la igualdad de derechos de todos los seres humanos, y tener en cuenta su vulnerabilidad durante la hospitalización y potencial en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, dolor y sufrimiento, curación y rehabilitación. El cuidado supone una decisión y actitud, para lo que son necesarios valores que les den un significado y una ética de principios, capaz de adelantarse al ámbito clínico por medio de un sistema empírico. Los principios éticos generales, universalmente conocidos y aceptados pueden ser una guía del comportamiento profesional: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Fundamentales para entender la reflexión bioética. Ayudan en el desarrollo de reglas y líneas de acción detalladas. Los valores morales son propiedades o cualidades que poseen las personas, complementos para fundamentar el comportamiento de los individuos. Fundamentales para dirigir la existencia y el proceso de cuidar por el valor que le asociamos a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. La ética es indispensable por su fundamento teórico, marca y determina el ideal de la profesión que permite el avance de la ciencia pero aparecen ciertas limitaciones por la dificultad para llevarla a la práctica. Desde la universidad debe enseñarse el modelo, transmitir la actitud global. Además, debemos hacernos conscientes de nuestros valores, creencias y estilos de comunicación en la práctica clínica. La prioridad está en darla a conocer, divulgarla.

CONCLUSIÓN: Es responsabilidad de los profesionales de enfermería y todos los seres humanos el respeto a la dignidad humana que tenemos por el hecho de serlo, sin distinción de raza, edad, clase social, preferencia sexual, credo religioso, filiación política entre otros. Teniendo en cuenta la importancia de los principios éticos se respetará la individualidad, la autonomía, la privacidad, unicidad e igualdad de derechos. El profesional debe formarse en el tema académico y actitudinal para cumplir con el fin de la profesión, siendo capaz de solucionar para dilemas éticos y conflictos de valores.

PALABRAS CLAVE: CUIDAR, ÉTICA, BIOÉTICA, ENFERMERÍA.

ROL DE ENFERMERÍA PARA EDUCAR A LA FAMILIA DE UN PACIENTE EN EL PROCESO DE SU MUERTE

ALICIA PELAEZ MATEU, MARIA DEL CARMEN GERENA CASTILLO, MARIA JOSE SOLVAS SALMERON

INTRODUCCIÓN: En la actualidad el proceso de la muerte (etapa final de la vida) se vive en nuestra sociedad como un tema tabú, a nadie le gusta la idea de pensar en morirse o dejar de existir, generándonos tristeza.

OBJETIVOS: Determinar unas pautas de actuación para educar a la familia en el proceso de la muerte de un ser querido con el fin de favorecer este afrontamiento y que el paciente siga con su proceso de vida de la manera más positiva posible.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos, tales como, Cuiden, Medbase, Indez de enfermería, Medline Plus. Los descriptores usados han sido "actitud ante la muerte", "afrontamiento de la muerte".

RESULTADOS: En el proceso de la muerte de un paciente rodeado de sus familiares o seres queridos se debe procurar que se realice con mucha paz y para ello se debe dar unas pautas a la familia con el fin que este proceso lo realice positivamente. La habitación debe tener una temperatura adecuada, templada, entre 24 - 26 °C. No se recomienda que haya más de 2 o 3 familiares en la habitación. Favorece una luz tenue. Y cuando el paciente esta llegando a su etapa final, se aconseja que se le hable suavemente y en un tono relajado, diciéndole frases tranquilizadoras, por ejemplo " estamos bien", "quédate tranquilo", "estamos contigo".

CONCLUSIÓN: No existen estadísticas que indiquen con exactitud lo que el paciente siente en el proceso de su muerte, pero si hay relatos de pacientes a los que se han reanimado tras una PCR y todos concluyen que el sentido que más les funciona es el oído. Por ello, resulta tranquilizador pensar que la muerte debe ser un proceso relajado, tranquilo y rodeado de seres queridos.

PALABRAS CLAVE: MUERTE, EDUCAR, PAZ, ETAPA DE LA VIDA.

LA CAPACIDAD EMPÁTICA EN EL CUIDADO ENFERMERO

DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ, JENNIFER SUÁREZ BERMÚDEZ, MARIA LUISA TORRES PUA

INTRODUCCIÓN: La empatía es una capacidad que debe tener todo profesional de la salud, siendo un pilar importante en las relaciones interpersonales y en el modelo de cuidados enfermero.

OBJETIVOS: Realizar una definición de empatía. Enumerar las ventajas de la empatía en las relaciones sanitarias.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Medline, Scielo y Dialnet. Descriptores: Empatía, relaciones de cuidado, profesionales sanitarios, cuidado enfermero.

RESULTADOS: La empatía se define como el estado de la percepción de la estructura interna de referencia de otra persona con una precisión, con componentes emocionales y los significados que pertenecen a la misma, como si uno fuera la otra persona, pero sin la pérdida de nuestra condición. Las ventajas de la empatía en la relación sanitaria interpersonal y en el área de cuidados enfermeros viene dada por el aumento de la adherencia al tratamiento, el menor riesgo de negligencia y el aumento de los niveles de satisfacción de los pacientes. Las características anteriores dan lugar a una mayor calidad en el cuidado.

CONCLUSIÓN: La empatía es una capacidad fundamental y ventajosa en el área sanitaria ya que, entre otras características, fomenta el vínculo terapéutico entre enfermero y paciente. Siendo este último unas de las labores imprescindibles de la profesión y punto de partida para la realización de cuidados enfermeros de calidad.

PALABRAS CLAVE: EMPATÍA, RELACIONES DE CUIDADO, PROFESIONALES SANITARIOS, CUIDADO ENFERMERO.

EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD EMPÁTICA

DANIEL ROMÁN SÁNCHEZ, JENNIFER SUÁREZ BERMÚDEZ, MARIA LUISA TORRES PUA

INTRODUCCIÓN: La empatía es una habilidad que se puede entrenar a partir de programas estratégicos para fomentar su uso y desarrollo en el área sanitaria. La literatura científica nos habla de ella como pilar fundamental en las relaciones de cuidado.

OBJETIVOS: Conocer el estado actual de la habilidad empática en el área sanitaria, así como su uso. Conocer programas de entrenamiento en empatía.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Medline, Scielo y Dialnet. Descriptores: Empatía, desarrollo, entrenamiento, profesionales sanitarios.

RESULTADOS: Según la investigación científica con el paso de los años académicos y laboral decrece el uso de la habilidad empática, esto es debido en gran medida al poco desarrollo de la inteligencia emocional, al burnout profesional, a la sobrecarga asistencial del sistema sanitario que da poco espacio para las relaciones entre sanitarios y pacientes y a las propias experiencias profesionales. Las universidades y los ciclos formativos de posgrado están aplicando modelos de desarrollo de la empatía como son el role-playing, los modelos estandarizados de pacientes tipo, las habilidades de la comunicación y la simulación.

CONCLUSIÓN: La habilidad empática se debe desarrollar en el sector sanitario debido al poco uso y entrenamiento en esta y motivado por la cantidad de ventajas que tiene en el modelo de cuidados.

PALABRAS CLAVE: EMPATÍA, DESARROLLO, ENTRENAMIENTO, PROFESIONALES SANITARIOS.

LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

MARÍA CARMEN SÁNCHEZ ROMERA, ANA MARÍA SUÁREZ PÉREZ, DOLORES CELIA CRIADO CALLEJON

INTRODUCCIÓN: La intervención quirúrgica es una situación donde los pacientes se exponen aun estrés físico, emocional, siendo la ansiedad una de las reacciones más conocidas y comunes. Según la NANDA, la ansiedad se define como como “Vaga sensación de malestar y amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo”.

OBJETIVOS: Analizar la literatura científica para valorar la información disponible sobre la ansiedad y su influencia en el paciente quirúrgico.

METODOLOGÍA: Estudio de revisión bibliográfica disponible en diferentes bases de datos y estudios clínicos.

RESULTADOS: La intervención quirúrgica es una situación donde los pacientes se exponen aun estrés físico y emocional, siendo la ansiedad una de las reacciones más conocidas y comunes. Según la NANDA, la ansiedad se define como como “Vaga “sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica ;sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para para afrontarlo.

CONCLUSIÓN: Es importante el papel del celador y el auxiliar de enfermería, para el control y la prevención de la ansiedad, mediante intervenciones para identificar condiciones físicas y psíquicas, siendo necesario el apoyo emocional y proporción de información al paciente, que le permita la expresión de miedos dudas y sentimientos.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, QUIRÚRGICO, QUIRÓFANO, PACIENTE.

ANÁLISIS DEL MÉTODO DEBRIEFING TRAS CONTENCIÓN MECÁNICA

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

INTRODUCCIÓN: Debriefing es la intervención psicológica que se lleva a cabo después de una situación estresante, su principal función es aliviar la carga emocional generada y propiciar un espacio donde pueda expresarse de forma segura los sentimientos y pensamientos relacionados con lo vivido. En el ámbito de la salud mental una de las situaciones más estresantes y traumáticas experimentadas en las unidades de hospitalización es la utilización de la contención mecánica (C. M.) En episodios de agitación psicomotriz.

OBJETIVOS: Identificar el impacto psicológico que tiene la intervención debriefing en pacientes tras una C. M.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Cinahl, Cuiden, Ncbi, PubMed. Para la realización de esta búsqueda bibliográfica se seleccionaron 12 documentos en castellano y en inglés publicados entre 2010 y 2017.

RESULTADOS: La bibliografía revisada no expresa las bases del procedimiento debriefing ni establece quién, cómo y cuándo debe llevarse a cabo. Los pacientes de unidades de salud mental valoran positivamente contar con alguien que escuche y valide emocionalmente su experiencia tras un procedimiento coercitivo; considerando estas entrevistas como una oportunidad para lograr un cambio de conducta ante la angustia, ira o frustración. Cuando los profesionales involucrados en un procedimiento de C. M aplican el debriefing, valorando la seguridad de las personas implicadas, documentando el incidente y revisándolo posteriormente con el resto del equipo, consiguen una reducción en el número de futuras indicaciones de dicho procedimiento y en su duración, sin incrementar el impacto negativo en la salud del paciente.

CONCLUSIÓN: La escasa evidencia actualmente disponible limita la aplicación de este procedimiento; aún desconocido para muchos profesionales. El debriefing proporciona un espacio para la reflexión entre pacientes y equipo, promueve un trabajo colaborativo y permite desarrollar una relación terapéutica, disminuyendo así el uso de la contención mecánica.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECÁNICA, HOSPITALIZACIÓN, PSIQUIATRÍA, DEBRIEFING.

EFICACIA DE UNA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA TRATAR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-MONTES RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, el estrés se percibe según se valore la situación y los recursos de afrontamiento, que determinarán la adaptación a los cambios, preparándonos para actuar o escapar, o apareciendo síntomas de ansiedad al percibir insuficientes recursos.

OBJETIVOS: El objetivo planteado con este estudio es evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual grupal dirigido a disminuir la sintomatología ansiosa.

METODOLOGÍA: Se trata de un diseño pre-post sin grupo control, con una muestra de 30 pacientes. Se han utilizado como instrumentos de medida la Escala de Inadaptación de Echeburúa y Corral, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Apoyo Social percibido de Duke.

RESULTADOS: En la Escala de Inadaptación, la media del Pre-tratamiento fue 24,935 con desviación típica de 6,648; y la media del Post-tratamiento fue 16,935, con desviación típica de 7,763. En la Escala de Ansiedad, la media Pre-tratamiento fue 27,867 con desviación típica de 8,645; y la media del Post-tratamiento fue 15,400 con desviación típica de 9,313. En la Escala de Apoyo Social percibido, la media del Pre-tratamiento fue 36,300 con desviación típica de 10,551; y la media del Post-tratamiento fue 40,700 con desviación típica de 9,233. El análisis se ha llevado a cabo con un intervalo de confianza del 95% (Sig. : *= $P \leq 0,05$ se acepta diferencia entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento).

CONCLUSIÓN: El programa se considera eficaz para aumentar los recursos de afrontamiento frente al estrés y disminuir los síntomas de ansiedad. También para reducir la Inadaptación y para aumentar el Apoyo social percibido.

PALABRAS CLAVE: COGNITIVO-CONDUCTUAL, ANSIEDAD, GRUPAL, ESTRÉS.

ESTUDIO SOBRE EL TRASTORNO POR ACUMULACIÓN

MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA, DALILA FERNANDEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: El trastorno de acumulación es la incapacidad para desechar las pertenencias, dándole un valor sentimental teniendo la percepción que hay que guardar y guardar. La sola idea de desprenderse de los objetos les genera angustia. La acumulación desorganizada impide la permanencia en ese lugar. Repercutiendo todo esto en su ámbito laboral, familiar y social.

OBJETIVOS: Conocer las características del trastorno de acumulación y cuáles son los factores que llevan a convertirlo en un trastorno obsesivo- compulsivo.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos científicas.

RESULTADOS: Las personas que sufren de acumulación son personas discretas que revelan su situación por vecinos o familiares. A veces lo acumulado es de tal dimensión que abarcan toda la casa, impidiendo a veces la estancia en ese lugar e incluso el acceso a la vivienda. La limitación de espacio por acumulación les resta calidad de vida quedando incluso confinados en ella. Además aumenta el riesgo de incendios, de mala higiene y de caídas. Los individuos que poseen este trastorno han tenido carencias afectivas de niños. Son controladores de sus permanencias, sufren de ansiedad e inseguridad si se separan de sus objetos o si se los cambian de sitio. La psicoterapia con enfoque cognitivo- conductual es el tratamiento más efectivo tratando con estrategias concretas manejando la problemática.

CONCLUSIÓN: Con una terapia adecuada comprenderán que no se necesita acumular los objetos para estar seguros. Se empezará a desprenderse de los objetos tolerando el malestar que da hacerlo.

PALABRAS CLAVE: ACUMULACIÓN, PSICOTERAPIA, CONTROLADORES, LIMITACIÓN.

EFICACIA DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN FORMATO GRUPAL PARA MEJORAR HABILIDADES SOCIALES Y AUTOESTIMA EN UN CASO DE SÍNDROME DE ASPERGER

ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-MONTES RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Asperger se caracteriza por una alteración cualitativa grave y persistente del contacto social y del desarrollo de patrones del comportamiento e intereses, y por actividades restrictivas y repetitivas.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual grupal, para mejorar habilidades sociales y autoestima en un paciente.

METODOLOGÍA: Diseño de caso único AB o de fase simple, siendo A la fase de evaluación inicial pre-tratamiento, y B la fase de tratamiento y evaluación post-tratamiento. Instrumentos de medida utilizados: Autoconcepto Forma – 5 de F. García y G. Musitu; Escala de Ansiedad de Hamilton; y Cuestionario de Asertividad de Sharon y Gordon Bowers.

RESULTADOS: Autoconcepto: Pre-tratamiento / Post-tratamiento (respectivamente): Dimensión Académica-Laboral -> PD: 5,68 Y Pc: 15 / PD: 6,58 y Pc: 25; Social -> PD: 1,47 y Pc 1 / PD: 3,83 y Pc: 3; Emocional -> PD: 3,4 y Pc: 5 / PD: 8,25 y Pc: 85; Familiar -> PD: 3,88 y Pc: 3 / PD: 7,08 y Pc: 20; y Físico -> PD: 3,33 y Pc: 20 / PD: 6,12 y Pc: 60. Cuestionario de Asertividad: la conducta no asertiva disminuyó en los siguientes ítems: Pedir Ayuda, manifestar distinta opinión, preguntar, pedir un favor, etc... La conducta no asertiva disminuyó con las siguientes personas: Extraños, superiores y conocidos. Adquirió los siguientes ítems: Ser escuchado y comprendido, sentirse cómodo con extraños, etc...

CONCLUSIÓN: La utilización de Técnicas Cognitivo-Conductuales en formato grupal ha sido eficaz para mejorar el nivel de asertividad, empatía y autoestima, disminuyendo los síntomas de ansiedad y las conductas evitativas en el paciente.

PALABRAS CLAVE: ASPERGER, HABILIDADES SOCIALES, COGNITIVO-CONDUCTUAL, AUTOESTIMA, GRUPAL.

EFICACIA DE UNA PSICOTERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO DE PÁNICO

ROSA CAPILLA SOLERA, MÓNICA ARIAS DE GOUVEA, ISABEL FERNÁNDEZ-MONTES RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico imprevistos recurrentes, consistentes en la aparición súbita de miedo o malestar intenso, que alcanza su máxima expresión en minutos, cuyos síntomas pueden ser: sudoración, taquicardia, temblor, etc...

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual grupal para adquirir estrategias de afrontamiento con exposición progresiva.

METODOLOGÍA: Se trata de un diseño de caso único AB o de fase simple, siendo A la fase de evaluación inicial pre-tratamiento, y B la fase de tratamiento y evaluación de los efectos tras éste. Los instrumentos de medida fueron la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow; Inventario de Ansiedad Estado-Rango; y ClinicalOutcomes in RoutineEvaluation – OutcomeMeasure.

RESULTADOS: Escala de Pánico y Agorafobia, Pre-tratamiento, PD: 20; y Post-tratamiento, PD: 10. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Pre-tratamiento, PD: 35; y Post-Tratamiento, PD: 24. ClinicalOutcomes in RoutineEvaluation, Pre-tratamiento: Dimensión bienestar subjetivo -> PD: 3; Dimensión problemas/síntomas -> PD: 2,91; Dimensión funcionamiento general -> PD: 1,66; y puntuación total -> PD: 2,39. En el Post-tratamiento: Dimensión bienestar subjetivo -> PD: 2; Dimensión problemas/síntomas -> PD 1,91; Dimensión funcionamiento general -> PD: 1,25; y puntuación total -> PD: 1,64.

CONCLUSIÓN: Consideramos el programa eficaz para promover una actitud de afrontamiento del miedo, reducir la ansiedad, y prevenir el desarrollo de otros problemas emocionales. Así mismo, el estado del paciente mejora significativamente (descenso de la puntuación de más de un 0,5 puntos) tanto en bienestar subjetivo, como en sus problemas/síntomas, como en la puntuación total; mejora en funcionamiento general, aunque no significativamente.

PALABRAS CLAVE: COGNITIVO-CONDUCTUAL, GRUPAL, AFRONTAMIENTO, PÁNICO.

EL EMBARAZO: ESTADOS DE ÁNIMO OPUESTOS

ALVARO DOMINGUEZ RAMIREZ, MARÍA CONSOLACIÓN GARCÍA SÁNCHEZ, MARIA ANGELES LAMPREA MORUNO

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. El embarazo es una etapa propicia para las mujeres en riesgo o con antecedentes de padecer depresión debido al gran cambio fisiológico, psicológico, emocional y social que sufre la mujer y su familia. Alrededor de la mitad de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo, desarrollan después depresión postparto.

OBJETIVOS: Analizar los trastornos de ánimo que se dan durante el embarazo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica hasta el momento actual en las siguientes bases de datos: Cuiden y Pubmed.

RESULTADOS: La prevalencia de la depresión durante el tercer trimestre del embarazo es del 15% en las madres y el 4% en los padres. Los principales factores de riesgo son la historia personal o familiar de depresión o ansiedad, bajo apoyo social, embarazo no planificado, mala relación con su pareja, historia de abusos y problemas económicos. Existe mayor incidencia de este trastorno en mujeres mayores de 33 años.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia detectar a las embarazadas con alto riesgo de desarrollar patología depresiva, para prevenir y evitar consecuencias, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA, SENTIMIENTOS.

LA REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS

BELEN BENEDITED BAYO

INTRODUCCIÓN: Una ostomía es la intervención quirúrgica destinada a crear una comunicación artificial a través de la pared abdominal. Permite eliminar los productos de desecho, así como administrar alimentos o medicamentos. Las causas por las que se realiza son: cáncer de colon, enfermedades inflamatorias del intestino, traumatismos, malformaciones, oclusión u obstrucción del intestino.

OBJETIVOS: Analizar el impacto psicológico en pacientes ostomizados y las actividades enfermeras en los cuidados psicoemocionales de estos pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los estudios realizados sobre el impacto psicológico del paciente ostomizado en las distintas etapas del proceso.

RESULTADOS: Es necesario valorar la repercusión que tiene el estoma en cada paciente para poder dar cuidados individualizados. La educación y el seguimiento del paciente y de la familia mejoran su calidad de vida. Tiene que adaptarse a su nueva imagen corporal y vivirá esto como un periodo de duelo. Dependerá si la ostomía es de carácter temporal o permanente, la edad del paciente, el genero.

CONCLUSIÓN: Durante el marcaje el paciente empieza a hacerse a la idea. La adaptación dependerá del diagnóstico de la enfermedad de base, el pronóstico, las condiciones y las complicaciones posibles, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) causara sentimientos de ansiedad, depresión y dificultades que disminuyen la calidad de vida. La presencia de la bolsa y otros dispositivos conlleva un estilo de vida diferente sabiendo que conlleva: malos olores, flatulencias, fugas. El poder irrigarse permite cierta autonomía ya que las personas controlan sus evacuaciones, consiguiendo en cierto modo la continencia.

PALABRAS CLAVE: OSTOMÍA, PACIENTE OSTOMIZADO, IMPACTO PSICOLÓGICO, ENFERMERA, CUIDADOS ENFERMEROS.

SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL TRAS UN DESASTRE NATURAL

LORENA PEINADO MALAGÓN, ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ, INMACULADA PINTO ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La manera en la que la población infanto-juvenil afronta y se adapta a los eventos traumáticos depende de la edad, de su capacidad de comprensión, de los eventos vitales vividos y de las medidas de protección y seguridad del entorno familiar.

OBJETIVOS: Determinar cómo afectan los desastres naturales a la salud mental de niños y adolescentes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando Cuiden, Cochrane y Google académico. Se han escogido artículos en español, disponibles a texto completo y publicados posteriormente al año 2000. Los descriptores utilizados son: “desastre natural”, “niño”, “trauma”, “salud mental”, “enfermería”.

RESULTADOS: Los niños muestran unas reacciones emocionales diferentes tras el desastre que los adultos. La mayoría de estas reacciones son esperadas y los síntomas desaparecen con el paso del tiempo. Sin embargo, si permanecen es señal de alarma y se debe llevar a cabo a una intervención terapéutica en el ámbito de la salud mental. La estrategia del equipo de salud debe realizarse desde una perspectiva social, aprovechando sus tareas cotidianas y la presencia de los padres.

CONCLUSIÓN: Los equipos de salud atienden estas situaciones desde un punto de vista integral realizando intervenciones específicas en las que se tiene en cuenta los factores emocionales que influyen en las etapas de desarrollo de niños y adolescentes. Se ha comprobado que la inclusión de los padres mejora la efectividad de estas terapias.

PALABRAS CLAVE: DESASTRE NATURAL, NIÑO, TRAUMA, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MATERNA EN EL CRECIMIENTO FETAL-NEONATAL

MARIA EUGENIA SAEZ MARIN, LUCIA SANCHEZ MOLINA, ROSARIO MOLINA ARQUELLADAS

INTRODUCCIÓN: Se ha encontrado que la depresión y la ansiedad materna afectan negativamente el crecimiento fetal y neonatal. Sin embargo, los efectos independientes de la depresión y la ansiedad materna sobre los resultados y las trayectorias del crecimiento feto-neonatal siguen sin estar claros.

OBJETIVOS: Determinar los efectos de la depresión prenatal materna y la ansiedad en los resultados del crecimiento neonatal. Identificar el crecimiento fetal-neonatal desde el segundo trimestre del embarazo hasta el parto.

METODOLOGÍA: Se reclutó una muestra de 172 mujeres y se completaron medidas autoinformadas de depresión y ansiedad durante el segundo y tercer trimestre de embarazo y durante el parto. Los datos biométricos fetales y neonatales se obtuvieron de los informes clínicos en los mismos momentos de evaluación.

RESULTADOS: Los recién nacidos de madres prenatalmente ansiosas mostraron menor peso, longitud e índice ponderal al nacer que los recién nacidos de madres prenatalmente no ansiosas. Además, los fetos-recién nacidos de madres con ansiedad alta mostraron un menor aumento de peso desde el segundo trimestre del embarazo hasta el parto que los fetos-recién nacidos de madres con baja ansiedad. Considerando simultáneamente la depresión y la ansiedad materna, solo se encontró el efecto de la ansiedad materna en estos marcadores de resultados y trayectorias de crecimiento fetal-neonatal.

CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra el efecto longitudinal independiente de la ansiedad materna en los principales marcadores de resultados y trayectorias de crecimiento fetal-neonatal, al tiempo que se considera el efecto de la depresión y la ansiedad materna.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, EMBARAZO, CRECIMIENTO FETO-NEONATAL, DEPRESIÓN.

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL FORMANDO A OTROS ENFERMEROS/AS SOBRE LA ACTUACIÓN CON LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL CON CONDUCTA SUICIDA

MARIA DEL CARMEN GARCIA CASTRO, FRANCISCO GABRIEL PÉREZ MARTÍNEZ, VERONICA DIAZ SOTERO

INTRODUCCIÓN: Suicidio es la acción que perjudica a quien la realiza y suicidarse, es el acto de quitarse voluntariamente la vida. Las enfermeras con mayor aceptación del suicidio tienen más probabilidades de prestar una atención positiva. Para ello, las enfermeras prestarán atención al paciente manejando las emociones de ambos, ya sea el dolor, la tristeza o el alivio y la esperanza. Por eso, una correcta formación del personal de enfermería mejoraría mucho la actitud del paciente con conductas suicidas, estableciendo una buena relación de confianza.

OBJETIVOS: Analizar los conocimientos a la enfermería de un paciente suicida. Identificar los factores de riesgo que determinan la conducta de suicidio. Determinar pautas para mejorar la calidad de la atención en estos pacientes, a través de un protocolo de actuación de enfermería.

METODOLOGÍA: Base de datos: Se ha hecho una revisión bibliográfica, por la falta de formación de enfermería para tratar pacientes suicidas, con los buscadores: Medline, Scielo, Dialnet y Cuiden. Descriptores: Tipos de suicidio, factores que intervienen en la conducta suicida e intervenciones enfermeras para tratar un paciente suicida. Formulas de búsqueda: Se han obtenido 40 artículos de los cuales, hemos seleccionado 16 para nuestro estudio. Periodo de búsqueda: Desde 2007 hasta 2017.

RESULTADOS: Se enseñarán los diferentes tipos de suicidios que hay, los factores de riesgo que intervienen en la conducta suicida y se mejorará la calidad de la atención con intervenciones de enfermería ante una situación suicida.

CONCLUSIÓN: Los pacientes que no logran hallar la diferencia entre lo que es un problema y una dificultad, unido a la falta de juicio y a la soledad, agravan la situación de suicidio. Tienen que aprender a abrirse a los demás y pedir ayuda, o ser tratados por un especialista. Por eso las acciones de los enfermeros no deben ser limitadas ni de alejarse de la integralidad de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, CONDUCTA SUICIDA, EMOCIONES, INTERVENCIONES, PERSONAL DE ENFERMERÍA.

CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA Y EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Una chica de 17 años que inicia consumo esporádico de cannabis tras el fallecimiento del padre a los 15 años. Viene derivada por su M. A. P. Acompañada de la madre la cual está siendo vista en salud mental por trastorno ansioso-depresivo reactivo al duelo complicado. Verbaliza que ha perdido el año del instituto y que se encuentra perdida sin ganas de vivir.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Escala de depresión de Beck. Entrevista PRIMS (Psychiatric Research Interview for substance and mental disorders).

JUICIO CLÍNICO: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabis. F12.2, Según Cie-10. Episodio depresivo moderado. F32, según Cie-10. Y duelo complicado. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Trastorno depresivo recurrente o depresión mayor en adolescentes.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento integrado y enfocado a las dos psicopatologías, con especial importancia en el establecimiento del vínculo. 3 Meses de terapia individual (enfocada a la consecución de la abstinencia y a la integración del duelo) y terapia multifamiliar para adolescentes.

CONCLUSIONES: Es necesario considerar ante casos de adolescentes: Énfasis en la detección precoz y en la intervención preventiva. Uso de programas escalonados. Estrategias de vinculación inicial y alianza terapéutica. Evaluación exhaustiva de cada caso. Tratamiento integrado, siendo el elemento clave el abordaje psicoterapéutico. Programas flexibles e individualizados. Periodo de seguimiento prolongado. Coordinación con recursos comunitarios y la inclusión de la familia al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, CANNABIS, ADICCIÓN, ADOLESCENCIA.

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: NÚMERO DE AFECTADOS

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

INTRODUCCIÓN: Desde los primeros estudios de prevalencia del autismo en los años 60 del siglo pasado, se ha observado un aumento de los casos, especialmente en las últimas décadas.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia actual de los casos de personas afectadas con Trastornos del Espectro Autista. Conocer el incremento del número de casos que se ha observado en las últimas décadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de los diferentes estudios epidemiológicos, especialmente a los realizados en los últimos años que comprenden investigaciones más exhaustivas y rigurosas.

RESULTADOS: Los resultados muestran que la proporción de 4-5 casos de afectados con Trastornos del Espectro Autista por cada 10000 personas, cifra mantenida durante muchos años como prevalente dentro de estos trastornos se ha visto incrementada especialmente en los últimos años hasta alcanzar una cifra aceptada a nivel mundial por la comunidad científica que indica la presencia de 1-2 personas con TEA por cada 100.

CONCLUSIÓN: Desde el año 2000, múltiples estudios manejan valores superiores al 2% de la población, y se observa una mejoría en la calidad y cantidad de la información sobre las muestras de estudio. Se aprecia que la cifra de 1-2% de la población es la más repetida, utilizando criterios diagnósticos de la CIE-10, DSM-IV, DSM-IV-TR y los últimos actualizados de la DSM-V, apareciendo en diferentes etnias, zonas geográficas y países de diferentes niveles de desarrollo, aunque hay que considerar que los valores encontrados varían ostensiblemente de un estudio a otro. Los resultados encontrados aún así no justifican la existencia de una "epidemia" de personas afectadas.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA, AUMENTO DE CASOS.

MANEJO DEL SUICIDA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

IGNACIO JESUS MORGADO MORA, NATALIA NAVARRO GORDILLO, JOSE MARIA TAPIA PARRA

INTRODUCCIÓN: El manejo del suicida es una situación muy complicada para los profesionales de la salud, ya que cualquier dificultad añadida, supondría un desenlace indeseable para cualquier persona.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca del manejo suicida en el ámbito extrahospitalario.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo este estudio hemos realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que investigan acerca del manejo de la conducta suicida en el ámbito extrahospitalario. La búsqueda se ha realizado en diferentes libros de psicología y psiquiatría y en Google académico.

RESULTADOS: Perfil del suicida: causas psicológicas más habituales que inducen a esta situación y diferenciación entre el perfil del intento suicida y el del suicida. Valoración psicológica del suicida: valoración de presencia y cuantificación de factores de riesgo y otros factores como patología psicológica/médica presente o las motivaciones para llegar a tal situación. Manejo psicológico: diferenciación si el inicial intento de suicidio ha sido o no ejecutado.

CONCLUSIÓN: Tras valorarse la administración de un tratamiento psicofarmacológico o psicológico urgente y si el paciente puede permanecer en su domicilio o si es necesario su ingreso hospitalario inminente, el colectivo de enfermería deberá realizar un seguimiento y control de su evolución por si hubiera sospecha de nuevas crisis. También si el paciente tiene una atención continua con acceso rápido a servicios de salud por su zona y valorar cuando la medicación es conveniente para el control de su cuadro médico.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, EXTRAHOSPITALARIO, INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

PREVALENCIA DEL SUICIDIO EN VÍCTIMAS MENORES DE ABUSO SEXUAL

MARIA MOTOS MOLINA, FRANCISCA MOTOS MOLINA, MARIA BELEN NAVARRO CARMONA

INTRODUCCIÓN: La experiencia de abuso sexual en la infancia constituye un grave problema de salud pública, que se vincula con el comportamiento suicida en un elevado número de casos.

OBJETIVOS: Conocer la relación y relevancia entre la experiencia de abuso sexual infantil y la ideación y conducta suicida en el adolescente, a nivel académico y profesional.

METODOLOGÍA: Realizar una revisión sistemática de los estudios publicados sobre la prevalencia del suicidio en menores que han sido víctimas de abuso sexual pertenecientes a nuestra población. Se han seleccionado aquellos trabajos publicados en las bases de datos Psycinfo, Scopus y Medline de la Web of Science utilizando las fórmulas de búsqueda: “sexual abuse” AND “child” AND “suicide” AND “prevalence” OR “incidence”.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos de los 16 estudios revisados muestran la elevada frecuencia de ideación y conducta suicida en estas víctimas y alertan de una grave consecuencia del abuso sexual que parece afectar a un número importante de menores. Las víctimas de abuso sexual infantil tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar ideación suicida y entre 3 y 4 veces más riesgo de cometer algún intento de suicidio que las no víctimas.

CONCLUSIÓN: Desde el ámbito de la salud, es necesario amplio estudio y un mayor conocimiento de los efectos concretos, a corto y largo plazo, del abuso sexual infantil, lo que permitirá una intervención más adecuada para sus víctimas y un tratamiento más eficaz de aquellas que presentan un mayor riesgo de suicidio.

PALABRAS CLAVE: ABUSO SEXUAL, INFANCIA, ADOLESCENCIA, IDEACIÓN SUICIDA, CONDUCTA SUICIDA.

SEGUIMIENTO DE EPISODIO PSICÓTICO POR PARTE DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, NATALIA ALVADO COMPANY, EULALIA CARRATO VAZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 20 años de edad, inició seguimiento en la Unidad de Salud Mental en noviembre de 2017 (primer episodio psicótico). No antecedentes psicopatológicos previos. No ideación autolítica ni hospitalizaciones psiquiátricas previas. Está haciendo seguimiento en la Unidad de Conductas Adictivas por adicción a Tablet/Consola. Tratamiento actual: Heipram 10mg, Rivotril 0,5mg, Arizol 15mg, Akineton Retard 4mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado en las tres esferas, pseudoaproséxico. Conductualmente adecuado. Inhibición psicomotriz, evita contacto ocular. Contacto pseudoautístico, por momentos casi perplejo, angustia que impresiona de psicótica. Discurso parco, dirigido, bien articulado y estructurado. Ideación delirante de perjuicio y de tipo somático. Vivencias de referencia y alusión. Alteración de la miocidad, con probables fenómenos de transmisión del pensamiento y de transformación/control corporal. Alucinaciones auditivas en forma de voces intrapsíquicas increpadoras, no comandatorias. Con repercusión afectiva referida, no repercusión conductual. Impresiona componente depresivo. Cierta embotamiento afectivo. Hiporexia referida. Niega ideación autolítica en el momento actual. Ideación autolítica expresada en días previos.

JUICIO CLÍNICO: Dado el empeoramiento de la clínica psicótica y ante posible riesgo autolítico se recomienda acudir a la Unidad de Hospitalización para valorar ingreso en la misma. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Aún está pendiente la determinación de si se trata de un trastorno esquizofreniforme o una esquizofrenia paranoide, se espera evolución en los próximos meses de cara a determinar el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES: La aplicación de programas de primeros episodios psicóticos debe prolongarse a lo largo de todo el periodo crítico, es decir, los primeros años de la enfermedad, para lograr una mayor efectividad a largo plazo. Introducir en la práctica diaria un estilo de abordaje dirigido a la dirección y tratamiento precoz de los primeros episodios de psicosis, y basado en las necesidades de las personas que lo padecen y de sus familiares. Las intervenciones biológicas, sociales y psicológicas deben integrarse para proporcionar el beneficio máximo.

PALABRAS CLAVE: EPISODIO PSICÓTICO, UNIDAD DE SALUD MENTAL, PRIMER EPISODIO, PSICÓTICO.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, LAURA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ, EULALIA CARRATO VAZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 43 años de edad, primer diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en 1991. Hospitalizada por última vez en 2011, un episodio con síntomas psicóticos muy prolongado que requirió varios intentos terapéuticos incluyendo Terapia Electro Convulsiva. Antecedentes somáticos de interés: Hipotiroidismo actualmente en tratamiento. Intervenciones quirúrgicas: Amigdalectomía. Hábitos tóxicos: Niega consumo de tóxicos, niega consumo enólico habitual. Antecedentes familiares: Abuela materna con depresión y suicidio y madre con trastorno afectivo bipolar diagnosticado y con seguimiento en esta misma unidad de salud mental. El cuadro se ha caracterizado por una remisión incompleta y síntomas residuales pese al tratamiento. Se pauta Litio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada. Atenta, tranquila y colaboradora. Aspecto cuidado. No trastornos psicómotrices. Establece y mantiene contacto ocular adecuado. Discurso espontáneo, fluido, coherente, bien articulado y estructurado. No se aprecian trastornos formales o en contenido del pensamiento. Niega trastornos en sensopercepción, sin otros signos de psicoticismo. Cierta tendencia subdepresiva cronicada sin signos actuales de descompensación afectiva mayor endógena, preserva cierta capacidad hedónica e impulso vital. Niega ideación auto o heterolesiva, niega ideación autolítica. Niega ideación tanática pasiva. Expresa deseos de continuidad vital.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno afectivo bipolar con predominio de episodios maníacos y estado anímico subdepresivo persistente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La principal duda apareció con el trastorno esquizoafectivo. En este último los síntomas psicóticos deben aparecer durante al menos dos semanas sin sintomatología afectiva presente.

CONCLUSIONES: El trastorno afectivo bipolar es una condición con una gran influencia hereditaria y de carácter crónico. Ante el diagnóstico de dicho trastorno debe pautarse medicación eutimizante y generalmente mantenerse en el tiempo con el fin de evitar recaídas. Favorecer la adherencia terapéutica a la medicación mediante la entrevista clínica motivacional y el consentimiento informado parece aumentar la adherencia terapéutica a la toma de la medicación. Actualmente el objetivo es trabajar los síntomas subdepresivos persistentes mediante la intervención psicoterapéutica de carácter cognitivo-conductual.

PALABRAS CLAVE: AFECTIVO BIPOLAR, TRASTORNO AFECTIVO, UNIDAD DE SALUD MENTAL, BIPOLAR.

EL GRAN IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA INFANCIA

ISABEL MARIA SANCHEZ BENITEZ, ESTHER FUENTES PARRA, ANA MARIA SANCHEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: La evolución de las tecnologías ha producido un gran impacto en la sociedad en general, pero sobretodo durante la adolescencia.

OBJETIVOS: Valorar el uso de las nuevas tecnologías durante la adolescencia.

METODOLOGÍA: El estudio se ha llevado a cabo en una consulta de enfermería de vacunas de Atención Primaria. Aprovechando la visita de los adolescentes para la administración de la vacuna correspondiente a los 14 años. Se realiza entrevista y se pasa cuestionario CERI/CERM. Los datos se recogieron de enero a diciembre de 2016. Los participantes han sido elegidos de forma aleatoria. Participando en el estudio 100 adolescentes de ambos sexos.

RESULTADOS: Tras la realización del estudio se observa que el 85% de los adolescentes tienen móvil propio, utilizándolo mas de 3 horas/día el 30%. En cuanto el uso de Internet diario, el 95% lo utilizan en el domicilio, 45% más de 3 horas/ día y un 30% lo utilizan para hablar. El uso de redes sociales: WhatsApp 80%, Instagram 55%, Snapchat 15% y Twitter 5%.

CONCLUSIÓN: Tras la conclusión del estudio se considera adecuado proporcionar alternativas de ocio y tiempo libre que sean divertidas, así como potenciar aficiones, ya que se observa un elevado grado de adicción a las nuevas tecnologías.

PALABRAS CLAVE: TWITTER, SNAPCHAT, INTERNET, TELÉFONO MÓVIL, WHATSAPP, NUEVAS TECNOLOGÍAS.

UN CASO DE TRASTORNO BIPOLAR ORIENTADO DESDE UNA ORIENTACIÓN SISTÉMICA

MONICA GARCIA MEDINA, PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 54 años que ingresa, procedente de la Unidad de hospitalización, para tratamiento intensivo en Comunidad Terapéutica en régimen de hospitalización completa. Vive solo en un domicilio familiar. Trabajaba como ayudante en centro de discapacitados, actualmente se encuentra de baja laboral. Tiene cuatro hijos el mayor de 26 y el pequeño de 16 años, de tres madres diferentes, con los que no mantiene mucha relación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración se muestra consciente, bien orientado en las tres esferas de tiempo, espacio y persona. Se muestra correcto y parcialmente abordable. Normoproséxico. No alteraciones psicomotrices. Aspecto físico extravagante. Lenguaje verborreico con un discurso acelerado, farfullante (en ocasiones ininteligible) y saltigrado, mostrando agresividad verbal cuando no le gusta la pregunta. Taquipsiquia. Ánimo disfórico. Se evidencian dificultades en el curso y en el contenido del pensamiento aflorando un discurso delirante de grandeza, ideación delirante de características megalomaníacas e ideación de perjuicio y actitud paranodie. Refiere en días previos insomnio global. Juicio de realidad y capacidad volitiva mermadas.

JUICIO CLÍNICO: F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

CONCLUSIONES: Una parte crucial del tratamiento del Trastorno Bipolar es la prevención de nuevos episodios de alteración del estado de ánimo. Se trata de un trastorno recurrente por lo que el inicio del trabajo terapéutico fue informar al paciente y a su familia sobre la forma en que la medicación y algunos cambios en el estilo de vida pueden ayudar a prevenir las recaídas, haciendo especial hincapié en la importancia de reducir el estrés, conservar un patrón de sueño estable y evitar el abuso de sustancias. Tras la parte psicoeducativa, el tratamiento terapéutico fue orientado desde un modelo familiar sistémico dirigido a fomentar la individuación y emancipación emocional y recuperar la funcionalidad psicosocial.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TERAPIA SISTÉMICA, EMANCIPACIÓN FAMILIAR, PROCESO DE INDIVIDUACIÓN.

CASO DE CONSUMO Y PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MONICA GARCIA MEDINA, PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente (19 años) es un estudiante universitario de primer año de Derecho. Se desenvolvía bien y sin dificultades previas hasta que la pasada semana comienza a consumir grandes cantidades de cocaína tras ruptura sentimental. Padres separados, ambos con pareja actualmente. Convive con su madre y la pareja de ésta. Tiene dos hermanas (ambas emancipadas y con familia creada).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la exploración en Urgencias, el paciente refiere insomnio y alucinaciones auditivas. En primer plano, problemas de contenido del pensamiento con delirios místicos, de posesión, de filiación, de robo e inserción del pensamiento. Muy irritable, con gran repercusión afectiva. Tras unos días de ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, C. Sólo recuerda vagamente el episodio. Se muestra consciente, bien orientado en las tres esferas de tiempo, espacio y persona. Abordable y colaborador. Tranquilo en la entrevista aunque se inquieta cuando se le confronta con sus dificultades, que minimiza o niega. Mantiene planes de futuro coherentes. Sueño y apetito preservado.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. **CONCLUSIONES:** El consumo de drogas no significa necesariamente que la sustancia sea la causante de los síntomas psicóticos, porque los sujetos con una historia establecida de psicosis primaria suelen consumir drogas. Además, muchas personas desarrollan un episodio psicótico persistente poco característico después de consumir sustancias que normalmente causan síntomas psicóticos más transitorios. En dichas situaciones resulta complicado determinar hasta qué nivel el uso de una sustancia está implicado en la etiología de los síntomas psicóticos o si dicho uso es meramente incidental o contribuye en parte a que un individuo ya de por sí vulnerable, presente un episodio psicótico.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, DROGAS, CONSUMO, VULNERABILIDAD PREVIA.

LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

PALOMA FERNANDEZ-NOVEL RODRIGUEZ, CRISTINA SALAZAR SORIANO, MONICA GARCIA MEDINA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años, en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Casada y con dos hijos independizados, vive con su marido. Trabaja como ama de casa. Es la mayor de cuatro hermanos, buena relación con ellos y con su madre, padre fallecido. El pasado verano sufrió una agresión en su portal por parte de un vecino, con importantes lesiones físicas. El agresor tiene antecedentes legales por tráfico y consumo de tóxicos, violencia de género e incumplimiento de orden de alejamiento de su pareja. Tras la denuncia fue penado con una multa y servicios comunitarios, actualmente vive en el mismo portal que la paciente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, adecuada, atenta y colaboradora. Aparecen en primer plano llanto, tristeza y síntomas ansiosos que la paciente relaciona directamente con el acontecimiento traumático. Tendencia al aislamiento y abandono de actividades. Síntomas ansiosos en forma de palpitaciones y temblores cada vez que sale a la calle e imposibilidad de hacerlo si no es acompañada. Sensación de inseguridad excepto en su casa. Hiporexia con pérdida de peso, insomnio mixto y pesadillas recurrentes relacionadas con la agresión.

JUICIO CLÍNICO: F43.2 Trastorno de adaptación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno de estrés posttraumático.

CONCLUSIONES: El apoyo social recibido por su familia jugó un papel crucial en la evolución del caso. Desde la agresión, su madre y su marido le acompañan de manera permanente, y sus hijos y nietos le visitan diariamente, lo cual ha motivado a la paciente a retomar tareas de autocuidado y actividades de ocio. Adicionalmente, se trabajó en consulta con la terapia EMDR, sustituyendo la cognición positiva de la fase de instalación por dibujos realizados por la paciente con sus nietos, ya que tenían mayor carga emocional positiva para ella.

PALABRAS CLAVE: APOYO SOCIAL, AGRESIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, EMDR.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PROCESOS ONCOLÓGICOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

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, VÍCTOR PÉREZ PLAZA, JUAN ANTONIO GARCIA-CARMONA, MARIA DOLORES RUIZ VELASCO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 47 años que recibe diagnóstico de cáncer de mama. Desde la Unidad de mama realizan interconsulta con psicología solicitando valoración tras el diagnóstico. Se realiza cirugía conservadora y linfadenectomía axilar que transcurre con éxito. Se programa tratamiento con quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal. Proponemos esquema de intervención psicológica en etapas, en función del momento clínico y emocional al que está expuesta la paciente y la familia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Entrevista clínica semiestructurada: exploración de estructura psicológica y factores de personalidad predisponentes, psicopatología previa, historia oncológica y antecedentes de enfermedad como determinantes de la respuesta emocional, respuesta emocional presente, niveles de angustia asociados y mecanismos de afrontamiento. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Inventario de Depresión de Beck (BDI).

JUICIO CLÍNICO: Reacción de duelo normal en el momento actual ante el cáncer de mama. Imprescindible seguimiento y evolución para descartar otra psicopatología. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Z63.4 Duelo normal VS F43.2 Trastorno de adaptación VS F32 Episodio depresivo.

PLAN DE CUIDADOS: La evaluación detecta nivel altos de ansiedad estado y nivel bajo de ansiedad rasgo. Depresión leve, reactiva al diagnóstico. Modo de afrontamiento negativo, caracterizado por valorar la situación como excesivamente amenazante o incapaz de hacerle frente, generando un desequilibrio emocional importante. Utiliza estrategias desadaptativas que pueden llevarle a la negación de la enfermedad.

CONCLUSIONES: Los objetivos terapéuticos serán los siguientes: En fase de diagnóstico, detectar necesidades, orientarlas y facilitar percepción de control y prevenir la negación. En fase de tratamiento, fomentar estilo de afrontamiento activo. En la libre de enfermedad, el miedo a la recaída y la reincorporación a la vida cotidiana. La psicooncología comprende el ejercicio de profesionales de la salud mental en la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención de psicopatologías secundarias a procesos neoplásicos, incluyendo funciones de apoyo al entorno del paciente y a los miembros del equipo médico que desarrolla su labor dentro de las unidades oncológicas.

PALABRAS CLAVE: PSICOONCOLOGÍA, CÁNCER DE MAMA, INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, PROCESOS ONCOLÓGICOS.

LA PERCEPCIÓN FAMILIAR SOBRE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

SANDRA ÁLVAREZ GUERRERO

INTRODUCCIÓN: Si bien la familia desarrolla un papel fundamental en la recuperación de enfermos hospitalizados, sobre los pacientes críticos constituye un pilar aun más esencial. La estancia de un ser querido en cuidados intensivos constituye para la familia una experiencia traumática, desagradable y estresante.

OBJETIVOS: Analizar la percepción que tienen las familias de pacientes ingresados en cuidados intensivos sobre estas unidades.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones registradas en la colección Web of Knowledge para el periodo 2012-2017. Se seleccionaron aquellos estudios que tratasen la percepción que tienen los familiares sobre la comunicación y el apoyo emocional en cuidados intensivos, publicados en español e inglés.

RESULTADOS: Familiares de pacientes hospitalizados en unidades de enfermos críticos, habitualmente precisan de cuidados que preserven su salud mental y física, necesitando establecer estrechas relaciones con personas a quien poder confiar sus sentimientos. Las necesidades de información, apoyo emocional, proximidad y seguridad son las más destacadas para estas familias. Se encontró que, en ocasiones, el personal sanitario no conversa con los familiares, no pregunta sobre los problemas que enfrentan, y no responde amablemente a sus preguntas. La alta carga de trabajo existente en este tipo de unidades que impide disponer de tiempo suficiente, puede suponer un impedimento para el establecimiento de una interacción más cálida. Sin embargo, en instituciones hospitalarias las familias valoran mejor los aspectos del cuidado, donde conductas como la empatía o el afecto son percibidas como un cuidado de calidad. Por otro lado, la mirada, el tacto y la escucha son los sentidos que más información aportan a los profesionales, ya que añaden mucha claridad a los sentimientos del familiar, antes de su expresión de forma verbal.

CONCLUSIÓN: Humanizar las unidades de cuidados intensivos permite posicionar a las familias como eje central de la asistencia, constituyendo familias más sanas con más mecanismos para hacer frente a su situación.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS CRÍTICOS, RELACIONES FAMILIARES, PROFESIONAL SANITARIO, COMUNICACIÓN, SALUD.

VARIABLES DE LA PERSONALIDAD Y DE AMOR ASOCIADAS A LA VIOLENCIA EN PAREJAS JÓVENES

CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ, ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ, NOELIA FLORES ROBAINA,
CRISTINA JENARO RIO

INTRODUCCIÓN: La violencia de pareja genera mucho interés dentro de los organismos oficiales e investigadores debido a los graves efectos en sus víctimas. Las repercusiones van más allá de secuelas físicas y emocionales, ya que influyen negativamente sobre la capacidad productiva, económica y social de las víctimas. Este tipo de violencia puede aparecer en parejas casadas como en parejas jóvenes ¿Podríamos relacionar ciertos rasgos de personalidad y/o ciertos estilos de amor con la presencia de maltrato en las parejas?

OBJETIVOS: El objetivo es analizar las dimensiones de la personalidad y los tipos de amor presentes en dos grupos de adultos jóvenes que difieren por haber experimentado maltrato o no en su relación de pareja.

METODOLOGÍA: El diseño de investigación es correlacional con un solo grupo. La muestra está formada por 163 sujetos con una media de edad de 24.06 Años (DT=6.40). Los instrumentos utilizados son el Inventario de Personalidad Breve de los Cinco Factores (NEO-FFI) y la Escala de Actitudes hacia el Amor de Hendrick y Hendrick (1986). Se ha realizado el análisis de medias y discriminante correspondiente con cada una de las variables de la investigación.

RESULTADOS: El análisis de contraste de medias y el análisis discriminante arrojaron resultados estadísticamente significativos en las dimensiones de personalidad neuroticismo y escrupulosidad y en el estilo de amor manía. Los sujetos que sí informaron violencia puntuaron más alto en neuroticismo y manía y los que no, lo hicieron en escrupulosidad.

CONCLUSIÓN: La personalidad y los tipos de amor parecen estar asociados con la presencia o no de violencia en las parejas. Se evidencia la necesidad de intervenir a través de la prevención primaria y la educación sobre nuestros jóvenes y, así, ayudarles a evitar en un futuro relaciones de pareja no sanas, incidiendo en la importancia de determinados rasgos de personalidad y estilos de amor positivos.

PALABRAS CLAVE: PERSONALIDAD, AMOR, VIOLENCIA, PAREJAS JÓVENES, EVALUACIÓN.

RELACIONES DE PAREJA: LOS ESTILOS DE AMOR Y VARIABLES ASOCIADAS

CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ, ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: A lo largo de la historia, muchos académicos de diferentes disciplinas han intentado especular sobre la naturaleza del amor. No existe una definición sobre el amor aceptada universalmente. Somos capaces de amar, pero ¿nos enamoramos del mismo modo? ¿Qué variables influyen sobre el estilo de amor de cada miembro de la pareja?

OBJETIVOS: El objetivo de la presente investigación consiste en analizar las dimensiones básicas de la personalidad en conjunción con el género y la edad influyen en los estilos de amor de una muestra de adultos.

METODOLOGÍA: Se trata de un diseño correlacional con un solo grupo. La muestra está formada por 130 mujeres y 33 hombres (N=163) con una media de edad de 24.06 Años (DT=6.40). Se ha aplicado el Inventario de Personalidad Breve de los Cinco Factores (NEO-FFI) y la Escala de Actitudes hacia el Amor (Hendrick y Hendrick, 1986). Se ha realizado un análisis de varianza secuenciado en un diseño factorial 2x2 con cada una de las variables estudiadas.

RESULTADOS: Los análisis de varianza sugieren resultados estadísticamente significativos. Los hombres que puntúan más bajo en neuroticismo y más alto en extraversión obtienen mayores puntuaciones en ludus; las mujeres que puntúan más alto en neuroticismo y más bajo en extraversión puntúan más alto en ludus. En cuanto a la influencia de la edad y la personalidad sobre los estilos de amor, tanto jóvenes como las personas de mayor edad puntúan alto en cordialidad y en ludus.

CONCLUSIÓN: El amor hacia la pareja es un constructo complejo que adquiere diferentes matices en función de los rasgos de personalidad y del ciclo vital en el que lo estemos sintiendo. Por la relevancia que pueda adquirir con la génesis y/o mantenimiento de la violencia entre las parejas, es necesario seguir profundizando sobre la relación entre los estilos de amor y otras variables asociadas.

PALABRAS CLAVE: PERSONALIDAD, ESTILOS DE AMOR, GÉNERO, EDAD, EVALUACIÓN.

FOBIA A LA SANGRE: LA PUNTA DEL ICEBERG EN UN CASO DE DEPRESIÓN

PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 15 años, natural de Málaga. Hija única, convive con su madre y su padre adoptivo. El padre biológico abandonó a su madre cuando ésta se quedó embarazada. Buen rendimiento académico. Tiene pareja desde hace un año y dos meses. Adecuado círculo social. Situación de precariedad económica grave de la familia (ambos padres en desempleo, cobrando distintas pensiones).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, colaboradora, adecuada, atenta. No hay signos ni síntomas del espectro psicótico ni afectivos mayores en la primera exploración. La paciente informa de síntomas compatibles con miedo o fobia a la sangre/inyecciones/daño, con presentación bifásica (taquicardia y subida de tensión arterial, seguida de súbita bajada con desvanecimiento o desmayo), ante la presencia de sangre (extracción) o heridas abiertas propias o ajenas. No se presenta la sintomatología ante ninguna otra circunstancia. Según refiere, la situación económica de la familia sirve de base para el desarrollo de síntomas globales de ansiedad. Apetito y sueño conservados. No consumo de tóxicos. No hay ideación autolítica.

JUICIO CLÍNICO: Fobia a sangre/ inyecciones/ daño. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Rasgos obsesivos de personalidad. Trastorno Depresivo.

CONCLUSIONES: Tras tratar la fobia a la sangre desde una aproximación cognitivo-conductual, los síntomas ansiosos se reducen hasta nivel subclínico. Es entonces cuando la paciente deja de situar el miedo a la sangre como su principal problema, aflorando signos y síntomas compatibles con Trastorno Depresivo, que la paciente relaciona con la precaria situación económica de la familia, y su incapacidad para alcanzar la máxima nota en todas las asignaturas, aspectos nunca antes mencionados ni valorados por ella como importantes. Durante el proceso terapéutico, la paciente logra dilucidar el papel de los síntomas fóbicos como moduladores de un trastorno depresivo que se encontraba latente, y se hace necesaria una nueva intervención para los síntomas afectivos.

PALABRAS CLAVE: FOBIA, SANGRE, DEPRESIÓN, ICEBERG.

TICS MOTORES COMO SÍNTOMA DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR

PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 9 años, que acude derivada por primera vez a Salud Mental por su pediatra. Es la mayor de dos hermanos. Convive con su hermano menor y ambos padres. Tiene buen rendimiento escolar. La madre reconoce en consulta problemas en su relación matrimonial, con continuas discusiones de los cónyuges en presencia de los hijos, especialmente en los últimos meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, adecuada, atenta, colaboradora. No hay signos ni síntomas del espectro psicótico. Protoimperativos y protodeclarativos presentes. Buen contacto ocular. La paciente centra su demanda en tics motores complejos de varias modalidades, siendo el más grave la necesidad de producir un sonido gutural con la garganta, que reconoce como muy molesto y doloroso. Con menor asiduidad aparecen la tendencia a levantar las cejas y arrugar la nariz. Dichos síntomas se desarrollan en los últimos 3 meses, desde que sus padres están manejando la posibilidad de separarse. Se recrudecen por la tarde y pueden llegar a realizarse incluso estando dormida. También repuntan en momentos de estrés o tensión emocional, y muy especialmente cuando sus padres discuten. Han tenido despistaje orgánico por Neurología. Sueño y apetito conservados.

JUICIO CLÍNICO: Tics motores. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno Adaptativo. Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación.

CONCLUSIONES: El trabajo terapéutico se redujo casi exclusivamente en los progenitores de la paciente, acudiendo esta a consulta únicamente en cuatro ocasiones. Ambos entendieron el papel de las discusiones en presencia de su hija, y cómo podían estar influyendo en los síntomas que la trajeron a Salud Mental. La intervención con la paciente se centró en el establecimiento en consulta de un lugar seguro donde poder expresar el malestar emocional consecuente a los continuas discusiones de sus padres. Con la disminución progresiva de los enfrentamientos en el contexto familiar, los síntomas se redujeron notablemente, si bien no desaparecieron por completo.

PALABRAS CLAVE: TICS, MOTORES, DISFUNCIÓN, FAMILIA, PSICOLOGÍA SISTÉMICA.

SÍNTOMAS ANSIOSOS EN UN CASO DE INTROYECCIÓN DEL DISCURSO PATERNO

PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 17 años que acude derivada por su MAP por clínica ansiosa, baja autoestima y tendencia al aislamiento. Es la menor de dos hermanos, y convive con su hermano y ambos progenitores. Refiere situación familiar complicada. El padre acudió a terapia de deshabitación alcohólica. Informa de continuos mensajes de éste en los que se duda de las capacidades de la paciente para valerse por sí misma, con grandes cargas de criticismo y hostilidad, y que se dan desde la infancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, colaboradora. Abordable y adecuada. Buen contacto interpersonal. Discurso coherente en el que no se objetivan síntomas psicóticos ni afectivos mayores. Sí que aparece clínica ansiosa que ha ido en aumento desde la incorporación al instituto en septiembre del pasado año, dando lugar a síntomas fisiológicos, miedo anticipatorio y evitación de situaciones que le provocan ansiedad. Refiere peor estado de ánimo ante la anticipaciones de situaciones que le dan miedo o le suponen un conflicto. Sentimientos de soledad. Dificultad en las relaciones sociales. Miedo a la crítica y el juicio externo. Tendencia a la rumiación y a la anticipación. Juicio de realidad y capacidad volitiva conservados. No hay ideación autolítica.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de pánico con agorafobia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Rasgos de personalidad dependiente y fobia Social.

CONCLUSIONES: Durante el proceso terapéutico, la paciente pudo elaborar adecuadamente la manera en que los continuos mensajes críticos de su padre sobre su ineptitud o su incapacidad para valerse por sí misma habían cuajado en un profundo sentimiento de inseguridad e infravaloración personal, con su consecuente afectación incluso en las tareas más cotidianas. Con el paso de las sesiones, los síntomas ansiosos se redujeron hasta nivel subclínico y se logró trabajar con la paciente la capacidad para discernir el discurso paterno de su verdaderas aptitudes y potencialidades.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, PÁNICO, INSEGURIDAD, INTROYECCIÓN, INCOMPETENCIA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MASTECTOMÍA MÁS LINFADECTOMÍA EN LA MAMA DERECHA

MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO, PABLO AGUILAR IBAÑEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años ingresa de forma programada, para ser intervenida de un cáncer ductal en la mama derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Por palpación se identifica una lesión en la mama derecha. Mediante una biopsia se descubre que es un carcinoma. Al mes se procede a realizar una mastectomía más linfadenectomía en la mama derecha y se colocan dos drenajes en dicha mama.

JUICIO CLÍNICO: Presenta dificultad respiratoria relacionada a ataques de ansiedad. Riesgo de desequilibrio nutricional y de electrolitos debido a náuseas y vómitos. No refiere dolor en la zona intervenida quirúrgicamente. No presenta signos de infección. Privación del sueño debido a la ansiedad. Problemas de seguridad y riesgo de aislamiento social debido al cambio producido en su imagen corporal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Náuseas r/c fármacos, m/p continuas ganas de vomitar. Ansiedad r/c el estado de salud, m/p problemas a la hora de conciliar el sueño. Trastorno de la imagen corporal r/c factores perceptuales m/p falta de aceptación del cambio producido en su cuerpo.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Control de náuseas y vómitos. NIC: Administración de medicación: antieméticos y protectores gástricos. Manejo de las náuseas. NOC: Autocontrol de la ansiedad. NIC: Disminución de la ansiedad. A través del uso de ansiolíticos y antidepresivos. Técnica de relajación. Proporcionar métodos e información que ayuden a disminuir la ansiedad de la paciente. NOC: Autoestima. NIC: Potenciación de la imagen corporal. Conseguir que acepte su imagen corporal tras la operación. Apoyo emocional. Aumentar el afrontamiento. Mejora de la autoconfianza.

CONCLUSIONES: No siempre debemos centrarnos en los factores físicos. En muchas ocasiones los factores psicológicos pueden causar más estragos en el proceso de recuperación.

PALABRAS CLAVE: MASTECTOMIA, CARCINOMA, NAUSEAS, ANSIEDAD, AUTOESTIMA.

PACIENTE MUJER CON EPISODIO DEPRESIVO TRAS DUELO RETARDADO

EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS, PABLO RODRIGUEZ LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años derivada a consulta de psicología por MAP por clínica depresiva. Casada, con dos hijas, ambas concebidas por fecundación in vitro. La hija menor es gemela de un bebé que falleció al mes de nacer por infección bacteriana. A los 4 meses del parto se incorporó a su exigente trabajo intentando dejar atrás la pérdida acontecida debido a presiones laborales e intenso dolor emocional. Hace 8 meses, debido a la fuerte tensión muscular y bruxismo, empieza a desarrollar problemas articulares en mandíbula, con clínica álgica y dificultades importantes que le llevan a baja laboral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta cuadro de tristeza, apatía, anhedonia y tendencia al llanto que ha ido desarrollándose de forma progresiva desde que se encuentra de baja laboral. Importantes recuerdos de su bebé fallecido que reaparecen tras inicio de esta etapa de interrupción de la rutina acostumbrada. Aparece sintomatología del duelo por su bebé no elaborado en el pasado con gran resonancia emocional. Sentimientos de pérdida con los que la paciente puede conectar. Autoverbalizaciones despreciativas. Sentimientos de incapacidad y de culpa. Ansiedad y tensión muscular. Dificultades en la conciliación del sueño y pesadillas. Tendencia al aislamiento y disminución de la sociabilidad. No sintomatología psicótica. No ideación autolítica.

JUICIO CLÍNICO: Episodio depresivo en contexto de duelo retardado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros trastornos afectivos.

CONCLUSIONES: La evitación experiencial de la elaboración del duelo perinatal con frecuencia provoca duelo diferido o retardado, es decir, los sentimientos normales de un proceso de duelo se reprimen y el proceso necesario para elaborarlo se detiene, dando lugar a su reaparición meses o años más tarde cuando un acontecimiento biográfico importante detiene o afecta de forma significativa la vida del paciente reabriendo la herida de la pérdida.

PALABRAS CLAVE: DUELO, DUELO PERINATAL, DUELO RETARDADO, ELABORACIÓN.

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES EN LOS NIÑOS

MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA, MANUEL GUSTAVO GALVÁN MELERO, ISABEL GUIOMAR LÓPEZ SALAS

INTRODUCCIÓN: La Intervención Asistida por Animales de Compañía son intervenciones en las que un animal es incorporado como parte del tratamiento con el objetivo de mejorar las funciones físicas, sociales, emocionales o cognitivas. Siempre deben estar dirigidas por Profesionales de la salud o de la educación.

OBJETIVOS: Determinar el uso de la Terapia Asistida en determinados contextos clínicos.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica empleando los descriptores “animal-assisted” “therapy” “children” en varios motores de búsqueda; Tripdatabase, Epistemonikos, fuentes primarias y Guías de práctica clínica.

RESULTADOS: Las características del animal tienen que estar adaptadas al problema a tratar estar especialmente adiestrado para entornos especiales. El perro es el animal más utilizado por su variedad de razas, temperamentos, tamaño y facilidad de adiestramiento. Se han encontrado mejora en Habilidades Sociales, empatía, percepción del dolor, mayor recuperación postquirúrgicas, etc.

CONCLUSIÓN: Las revisiones bibliográficas realizadas aportan datos sobre la adecuación y pertinencia del uso de la Terapia Asistida por Animales en niños. En todos los estudios usados se sugieren mejoras clínicas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES, EFECTIVIDAD, NIÑOS, ENFOQUES NOVEDOSOS.

SÍNTOMAS OBSESIVOS COMO UN SEÑUELO

PABLO RODRIGUEZ LOPEZ, EVA MARTINEZ SANZ, ANGELICA GARCIA ENCINAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 38 años, que acude derivada a una unidad especializada en trastornos de la personalidad desde la unidad de trastorno obsesivo-compulsivo. Es la menor de dos hermanas. Sus padres se separan teniendo ella 16 años, teniendo que responsabilizarse de su madre, que en aquél momento manifestaba continuas tentativas de suicidio ("y ahora le toca a ella cuidarme a mí"). Cursó tres carreras universitarias y actualmente trabaja como autónoma en una empresa de robótica. Únicamente ha tenido una relación de pareja estable, de 18 años de duración, y a la que ella misma da fin en 2013 según refiere al no poder tolerar sus propios síntomas. Cuando su ex-pareja le comunica que está comenzando una nueva relación, sufre un empeoramiento sintomático que acaba con ingreso en Unidad de Hospitalización.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, adecuada, colaboradora. No hay síntomas del espectro psicótico, ni afectivos mayores. La paciente centra su demanda en obsesiones y compulsiones de larga data que toman forma de fobias de impulsión (miedo a perder el control, a tener un impulso, a hacer daño a otros, a suicidarse). Es atendida por unidad especializada en TOC por este motivo sin mejoría significativa. Desde su ingreso en Unidad de Hospitalización, hace casi un año, manifiesta dislalia o tartamudeo que se considera psicógeno tras ser valorada por el Servicio de Neurología. No hay ideación autolítica en la actualidad. Juicio de realidad y capacidad volitiva conservados.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno Obsesivo-Compulsivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno Facticio.

CONCLUSIONES: Tras repetidas entrevistas con la paciente, se logra determinar la relación entre el alejamiento de su ex-pareja y el empeoramiento paulatino de sus síntomas obsesivos y disociativos. En algún momento de su historia vital, la paciente consiguió traducir la adopción de un rol de necesitada de cuidados en mayor atención, apoyo y cercanía de sus únicas figuras de apego: su madre y su ex-pareja.

PALABRAS CLAVE: TOC, MUNCHAUSEN, TRASTORNO DE PERSONALIDAD, DISOCIACIÓN.

IMPORTANCIA DE LA DIETA EN LA DEPRESIÓN

CRUZ MARIA ALVAREZ SEGURA, ANA ISABEL RAMOS RAMOS, CARMEN MARIA NIETO GARRIDO

INTRODUCCIÓN: La depresión es considerada como la enfermedad mental más común en la población actual. En España, la sufren cerca de dos millones y medio de personas. Ante la aparición de esta situación, es de vital importancia analizar todos los factores que puedan ocasionar o evitar la aparición de esta enfermedad, para así poder llegar a realizar una exitosa prevención o tratamiento.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios que presenta una dieta equilibrada en la depresión.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO, Medline, PubMed y Cochrane. Se escogieron artículos con fechas de publicación entre 2005 y 2015 y cuyo idioma fuera castellano o inglés. Los descriptores utilizados fueron: dieta, depresión, beneficios, salud.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 55 artículos. Se excluyeron 20 de ellos, por no encontrarse dentro de los criterios de inclusión. Algunos de los estudios encontrados más destacados fueron: Estudio que analiza mediante un seguimiento prospectivo la relación entre la depresión y el consumo de pescado. Se comparó en mujeres los distintos tipos de dieta junto con síntomas ansioso/depresivos. Ensayo controlado randomizado que se analiza la eficiencia de dar recomendaciones higiénico-dietéticas a pacientes con depresión en Atención Primaria.

CONCLUSIÓN: Se concluye que la dieta es un factor determinante ante la aparición de depresión. La mediterránea se presenta como una de las dietas más completas que beneficia de forma notable la depresión en pacientes con ella instaurada. Se aprecia la necesidad de realizar más estudios ante la diferencia cultural existente, y así observar su efecto en la población otro tipo de dietas.

PALABRAS CLAVE: DIETA MEDITERRÁNEA, ENFERMEDAD MENTAL, DEPRESIÓN, DIETA SANA.

PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICÓTICO

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

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno mental que requiere de tratamiento psicótico continuado. El incumplimiento del tratamiento es un problema de primer orden. Actualmente, un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de esquizofrenia no cumplen con el tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer la adherencia al tratamiento psicótico de los pacientes con esquizofrenia.

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, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Trip DataBase, CUIDEN, RNAO, Guía Salud, FISTERRAE, AETS, 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 (“esquizofrenia”, “adherencia terapéutica”) y en inglés para las bases de datos internacionales (“schizophrenia”, “therapeutic adherence”). Los criterios que se establecieron fueron: Estudios que analicen la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia; 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: Los artículos encontrados señalan que un 25-50% de pacientes con trastorno esquizofrénico incumplen con el tratamiento y un 30-60% lo abandonan en el primer año. Los factores relacionados con el incumplimiento son la negación de la enfermedad, desconocimiento de la enfermedad o del tratamiento y voluntariedad hacia el tratamiento.

CONCLUSIÓN: El porcentaje de incumplimiento y abandono del tratamiento psicótico de los pacientes que sufren esquizofrenia es muy elevado. Existen diferentes factores que se relacionan con la baja adherencia al tratamiento y enfermería es una pieza clave. Por eso, se recomienda a las enfermeras tener en cuenta esos factores para reducir el incumplimiento del tratamiento psicótico.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ADHERENCIA TERAPÉUTICA, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA.

LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL PROCESO DE DUELO

MARIA DEL CARMEN GARCIA MEDINA, JOAQUÍN RUIZ ORTEGA, ELENA GARCÍA FERRER

INTRODUCCIÓN: El duelo es el proceso que experimenta el ser humano, ante la pérdida de un ser querido, provocando sensación de dolor, malestar y sufrimiento. Provoca cambios en la persona, que en la mayoría de las ocasiones, evolucionan en mayor fortaleza y crecimiento a nivel personal. Dependiendo de la persona este se puede alargar o no más en el tiempo. Afectando a nivel personal y social. El duelo se vive también diferente dependiendo de las costumbres culturales.

OBJETIVOS: Determinar las medidas de afrontamiento del proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido.

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

RESULTADOS: Los principales objetivos del duelo se pueden clasificar en expresar el duelo, aceptar la pérdida, adaptarse a una vida cambiada e invertir en nuevas relaciones. Se puede ayudar a afrontar el duelo: Dedicando tiempo a la persona, y acompañando en el dolor, escuchando y dejando hablar, compartiendo recuerdos. Además de permitiendo expresar las emociones, respetando momentos de soledad o acompañamiento dependiendo de cada necesidad y animando en la realización de actividades para poder recuperar equilibrio. Para el afrontamiento de los problemas mediante la verbalización sensación de control, múltiples estrategias de superación, ayuda de un profesional sanitario, dedicación de tiempo de otras personas, autocontrol de la depresión y mejoría del estado de ánimo.

CONCLUSIÓN: El apoyo y acompañamiento de los seres cercanos, para poder expresar con tranquilidad las emociones de dolor, ira, ante la muerte de un ser querido, ayudan a la persona a pasar las fases y etapas del duelo de una manera más sana, sin llegar a negar el dolor que se experimenta en esos momentos tan difíciles. En algunas ocasiones, las personas no logran afrontar por ellos mismos el duelo. Provocando estados continuos de tristeza y soledad alargados en el tiempo. En estos casos es conveniente recurrir a profesionales especialistas que pueden ayudar a superar esta angustia.

PALABRAS CLAVE: DUELO, EMOCIONES, DEPRESIÓN, PÉRDIDA.

TECNOLOGÍAS MÓVILES AL SERVICIO DE LA SALUD MHEALTH: VENTAJAS Y UTILIZACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

NOELIA FLORES ROBAINA, CRISTINA JENARO RIO, ANA PASCUAL SANCHEZ, CINDY VIVIANA RODRIGUEZ ECHEVERRIA, CRISTINA SANTOS GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: En los últimos años las Nuevas Tecnologías se han introducido con fuerza en el ámbito de la salud. Servicios como la telemedicina o las aplicaciones móviles (mHealth) han supuesto importantes avances que permiten y ayudan a las personas a vivir independientemente, a tomar el control de sus vidas y a ser responsables de su propia salud y cuidados.

OBJETIVOS: Analizar los principales usos y ventajas que ofrecen las tecnologías móviles para la salud (mHealth) para la intervención y mejora de la salud de personas con enfermedad mental.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica publicada a lo largo de los años 2015 a 2017. Se han consultado las bases de datos Medline, PsycINFO y Cinahl y se utilizaron como descriptores los términos: "serious mental illness or severe mental illness" and "ehealth or mhealth or mobile health", lo que resultó inicialmente en 167 artículos seleccionados en lo que tras aplicar los criterios de inclusión, exclusión y una vez eliminados los contenidos duplicados quedaron un total de 15 artículos a texto completo sobre los que se hizo la revisión.

RESULTADOS: Los resultados ponen de manifiesto que este tipo de intervenciones emergentes basadas en las mHealth son factibles y pueden ser utilizadas con éxito en personas con enfermedad mental grave y prolongada. Dentro de los principales usos destacan las aplicaciones específicas para el automanejo de la enfermedad, monitorización de los síntomas y la prevención de recaídas así como aquellas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento. Las aplicaciones psicoeducativas y de promoción de la salud y bienestar también se consideran ventajosas para este tipo de pacientes.

CONCLUSIÓN: Se precisa aumentar la investigación en este ámbito dada la usabilidad y beneficios aportados por las mHealth en la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades crónicas.

PALABRAS CLAVE: MHEALTH, SALUD MÓVIL, ENFERMEDAD MENTAL, INTERVENCIÓN, CALIDAD DE VIDA, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

NADIA DE LA FUENTE BEN YAHIA, ALICIA NAVARRO ARANDA

INTRODUCCIÓN: Las exigencias de los medios pueden llevar a una persona al punto más profundo de la anorexia o la bulimia. Algunos especialistas así lo creen.

OBJETIVOS: Identificar cómo los modelos de belleza que imponen los medios de comunicación a través de sus mensajes, pueden influir en conductas de riesgo de Bulimia y Anorexia. Conocer comportamientos y prácticas. Analizar el tipo de programación, perfeccionismo, impulsividad, miedo a crecer...

METODOLOGÍA: Para ello se utilizó una muestra de 60 personas al azar, adultos y jóvenes de 15 a 18 años de edad, indiferenciando su clase social, a los que se les administró un test de evaluación destinado a detectar conductas de riesgo de la Bulimia y la Anorexia y la influencia de los mensajes que emite televisión.

RESULTADOS: Un 67% de los encuestados afirmó realizar comparaciones con su propio cuerpo alguna vez o más. Un 60% afirmó querer parecerse a la persona con la que se compara, en el físico, un 35% en la fama y un 5% en su profesión. Un 45% afirmó hacer dietas para alcanzar el objetivo, un 10% tomar suplementos dietéticos, un 40% afirma hacer gimnasia y dietas, y un 5% afirmó no interesarle.

CONCLUSIÓN: Se puede concluir que: A la mayoría de los adolescentes encuestados, les gustaría parecerse a alguien de la televisión y que fuera delgada y con medidas "perfectas". Tienen una baja opinión de sí mismas y suelen comer alimentos grasos con culpa. Estos jóvenes afirman que están disconformes con su propio cuerpo y eligen la belleza como elemento más importante. Afirmaron que la televisión les influye en su manera de ser.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, BULIMIA, MEDIOS DE COMUNICACIÓN, RIESGO.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO A TRAVÉS DEL ARTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA RICO DE LA CRUZ, ALMUDENA BLANCO GONZALEZ, OLGA RODRÍGUEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Chica de 19 años, que acude a tratamiento por presentar síntomas obsesivos compulsivos de limpieza, repetición y orden. El problema se inició hace 6 meses, tras una ruptura de pareja. Los pensamientos obsesivos se relaciona con el miedo a la contaminación y a la suciedad. Las compulsiones se basan en limpieza de manos, ordenar objetos y conductas de repetición y reaseguración: cerrar varias veces la puerta, comprobar que el gas está cerrada Todas estas limitaciones le han afectado a su estado anímico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Entrevista de evaluación clínica individual y familiar.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno obsesivo compulsivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Episodio psicótico, Trastorno depresivo.

PLAN DE CUIDADOS: Tras intentar un programa de exposición con prevención de respuesta, que resultó fallido, a partir de la cuarta sesión se inició un trabajo manual con barro dónde se le pedía que esculpiera esculturas en un intento de plasmar su estado emocional, a la vez que se le iba preguntando cómo se sentía y se iba relacionando con sus pensamientos de asco y suciedad, permitiéndose la expresión emocional y el llanto, así como el duelo por la pérdida de la relación sentimental. Esto se prolongó durante 10 sesiones más. Finalmente, se llevó a cabo una última sesión para valorar los resultados y trabajar la prevención de recaídas.

CONCLUSIONES: La última sesión se dedicó a valorar de forma conjunta los resultados obtenidos a través de una entrevista de valoración, en la que se comprobó la desaparición de los rituales compulsivos y los pensamientos obsesivos, así como su estabilización anímica.

PALABRAS CLAVE: OBSESIONES, COMPULSIONES, BARRO, ESCULTURA, TERAPIA.

ENFERMERÍA EN EL ESTUDIO SOBRE EL SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

YOLANDA MARTÍN CRUZ, CARMEN ESTEFANÍA MONTES DE OCA MIRAS, PAULA MONTES DE OCA MIRAS

INTRODUCCIÓN: Se describe el estrés, como aquellos cambios que el cuerpo sufre al estar sometido a un aumento de tensión continuo y prolongado, provocando la puesta en marcha de mecanismos fisiológicos para adaptarse.

OBJETIVOS: Analizar las fases que componen el Síndrome de adaptación al estrés.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión sistemática a través de bases de datos de Ciencias de la Salud (Dialnet y ENFISPO), utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud: estrés fisiológico, estrés psicológico, conducta adaptativa, atención de enfermería. Criterios de inclusión: artículos con evidencia científica actuales, en castellano.

RESULTADOS: Los estresores serán los que desencadenen la reacción del organismo, y por lo tanto, la puesta en marcha de diferentes mecanismos adaptativos en distintas fases: Fase de alarma; se inicia una actividad simpática y endocrina que activar el organismo. Aumenta la secreción de adrenalina, noradrenalina y cortisol, produciendo un estado de "huida" o "lucha". Si el estresor desaparece volverá al estado basal, si continua, pasa a la siguiente fase. Fase de resistencia: existe un aparente control de la situación, pero en el interior continúan las respuestas adaptativas psicológicas y fisiológicas mantenidas a través del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Podemos encontrar alteraciones del sistema inmunitario. Si la respuesta es eficaz, se pone fin, si no, pasa a la siguiente fase. Fase de agotamiento: la capacidad de adaptación y de respuesta del organismo disminuyen, dando lugar a lesiones, tumores, enfermedades y, en casos muy extremos, a muerte.

CONCLUSIÓN: El estrés puede desencadenar y llevar a la persona a estados de enfermedad real, donde siente que no puede controlar la situación. Es importante conocer la forma en la que se produce, sus síntomas y signos de adaptación y de desadaptación para identificarlos de forma precoz en la persona y así prevenir o establecer una guía de trabajo para evitar que llegue a una situación irreversible.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS FISIOLÓGICO, ESTRÉS PSICOLÓGICO, CONDUCTA ADAPTATIVA, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

BAJA CAPACIDAD INTELECTUAL EN PACIENTE CON SOSPECHA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y MIGRAÑAS

BELEN REYES ROMERO, DANAE GARCÍA PEREZ, DANIEL TORRES CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 6 años de edad, acude derivado por su pediatra al Equipo de Salud Mental Comunitaria por migrañas y dolores gastrointestinales frecuentes de meses de evolución, cuyo comienzo comienza cronológicamente con el inicio de la educación primaria. Tras la realización previa de un despistaje orgánico por parte de neuropediatría, se descarta etiología orgánica por lo que se recomienda ser valorado por salud mental. A la consulta acude con su madre y aporta un informe del Equipo de Orientación Escolar de su colegio, quien refleja poca capacidad de esfuerzo, tendencia a la distracción, inquietud y baja tolerancia a la frustración. El rendimiento escolar es escaso y solicitan un diagnóstico clínico para realizar la adaptación curricular pertinente. E pasado curso escolar tuvo numerosas ausencias dadas las continuas somatizaciones que manifestaba el paciente. Su madre se muestra muy angustiada e invasiva en las primeras entrevistas clínicas. Insiste en que su hijo padece un trastorno del déficit de atención e hiperactividad. Ha solicitado numerosas valoraciones por el ámbito privado (psicólogos, otorrino, logopedia) los cuales descartaron patología. El desarrollo evolutivo fue normalizado excepto en el área del lenguaje, donde aludieron un posible retraso madurativo. A nivel cognoscitivo presenta un desfase importante a pesar de que no ha sido valorado intelectualmente por el equipo escolar. A la exploración, el niño se muestra colaborador, con buen contacto. No impresiona una inquietud notable, responde a límites. Se evidencia una alta necesidad de llamar la atención de sus padres, los cuales refuerzan dichos comportamientos. Se realizó una minuciosa exploración psicopatológica además de una valoración intelectual mediante WISC-IV los cuales arrojaron datos que permitieron realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizaron las siguientes pruebas: - WISC-IV - Test de CARAS de Thurstone.

JUICIO CLÍNICO: Capacidad Intelectual Límite. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno del déficit de la atención e hiperactividad.

PALABRAS CLAVE: TDAH, CAPACIDAD INTELECTUAL, FRACASO ESCOLAR, DESPISTAJE ORGÁNICO, **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**, SOMATIZACIÓN.

ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN,
KAROLINA ANNA ROZMUS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 9 años que acude con su madre derivado por su pediatra debido a conductas de apego excesivo hacia la figura materna, reacciones de llanto e intensa ansiedad ante su marcha, síntomas físicos y conductas de evitación (ir al colegio o a excursiones).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la exploración el paciente se muestra inhibido y con dificultades en la expresión emocional. Su discurso se centra en el miedo que siente en aquellas situaciones donde tiene que separarse de su madre, refiriendo dolores de estómago y angustia. Duerme con su madre, mostrando dificultades para hacerlo solo en su cama. Esta sintomatología le provoca malestar, verbalizando que quiere superar esos miedos.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de ansiedad por separación de la infancia (F93.0 CIE-10). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido a la circunscripción de las reacciones afectivas y de ansiedad a los episodios de separación con la madre, se descarta el Trastorno depresivo y el Trastorno de ansiedad generalizada. Además, las conductas de evitación se explican por las consecuencias de separación con su figura de apego, por lo que se descarta el diagnóstico de Fobia escolar.

CONCLUSIONES: La ansiedad por separación en la infancia es habitual y considerada normal en niños pequeños y de edad preescolar, aunque puede convertirse en un trastorno cuando se vuelve el foco principal de preocupación del niño, que va a intentar evitar situaciones donde la separación con la figura de apego principal se produzca. La inclusión de esta última en la intervención psicológica es fundamental, pues es posible que exista de base un apego inseguro en la relación que no podemos dejar de tener en cuenta.

PALABRAS CLAVE: APEGO, CONDUCTAS DE EVITACIÓN, ANSIEDAD POR SEPARACIÓN, FOBIA ESCOLAR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO

MARÍA FRANCISCA MORENO ARANCE, MARÍA TERESA GONZÁLEZ CARMONA, MARIA JOSEFA DEL MORAL CASADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 65 años de edad que acude a la consulta de Atención Primaria de salud porque refiere que ha sufrido la pérdida de su marido y dos hermanos en un periodo de dos años. Refiere nerviosismo, tiene ganas de llorar a menudo y cifras de tensión arterial elevadas. No diagnosticada de hipertensión arterial hasta el momento. Tras valoración médica se sospecha de crisis hipertensiva y depresión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad (00146) y duelo (00136). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00136 Duelo relacionado con muerte de una persona manifestado por alteración del nivel de actividad y sufrimiento.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: 1304 Resolución de la aflicción: Expresa sentimientos sobre la pérdida (1-4). NIC: 5290 Facilitar el duelo: Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida. Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida. Fomentar la expresión de sentimientos de forma cómoda por el niño, escribiendo, dibujando o jugando.

CONCLUSIONES: La importancia de enfermería ante el duelo es fundamental pues es el enfermero quien debe explicar al paciente que la respuesta humana ante la pérdida de un ser querido pasa por una etapa de duelo. Por ello es necesario que el personal de enfermería sepa en qué fase se encuentra el paciente para poder brindar los cuidados necesarios en cada fase de duelo por la que está pasando el paciente.

PALABRAS CLAVE: PÉRDIDA, DUELO, CRISIS HIPERTENSIVA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

TÉCNICAS Y MODELOS DE ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL EN CATÁSTROFES

LUCÍA VALDIVIESO JIMÉNEZ, ANDREA SÁNCHEZ MARTÍN, ÉVELYN GARCÍA CALLEJAS

INTRODUCCIÓN: Un desastre es entendido como un evento natural o artificial, que cursa con gran cantidad de pérdidas, tanto humanas, como materiales y económicas. Estas pérdidas pueden desembocar en profundas crisis, en las que la capacidad de superación de una comunidad se puede ver mermada.

OBJETIVOS: Describir la evidencia científica existente sobre las distintas técnicas y modelos de atención psicoemocional en situaciones de catástrofe.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus y PubMed obteniéndose 341 artículos de los cuales finalmente fueron seleccionados 11. Los descriptores en ciencias de la salud utilizados fueron: "técnicas", "asistencia", "víctimas de desastres", "salud mental". La ecuación de búsqueda fue: (((techniques) AND assistance) AND disaster victims) AND mental health.

RESULTADOS: Encontramos que los autores citan una serie de técnicas y modelos de atención psicoemocional utilizados en situaciones de catástrofe, en un periodo de tiempo que va desde corto a intermedio. La mayoría coincide que, en primera instancia, son fundamentales los primeros auxilios psicológicos. Los autores coinciden en que es necesario normalizar reacciones que puedan parecer exageradas, así como la importancia de proporcionar información a las víctimas y afectados, orientar a la comunidad, ayudar a expresar emociones de forma individual o colectiva, educar y prevenir en caso de nuevo suceso, pedir ayuda externa y movilizar a la sociedad y sus líderes.

CONCLUSIÓN: Como hemos podido ver, las catástrofes son eventos traumáticos que desembocan en profundas crisis a causa de los múltiples tipos de pérdidas. Existen una gran cantidad de modelos teóricos y técnicas de atención psicoemocional, entre ellos, los primeros auxilios psicológicos, que están a disposición de cualquier persona que desee entrenarse en ellos, y que tienen la capacidad de prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos posteriores y favorecen la recuperación.

PALABRAS CLAVE: TÉCNICAS, ASISTENCIA, VÍCTIMAS DE DESASTRES, SALUD MENTAL.

ESTUDIO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RESPECTO DEL USO DE LA TECNOLOGÍA MÓVIL EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE MENTAL

MARIA JESUS BERRUEZO LOPEZ, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GUERRERO, MARIA DOLORES CARRASCO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La salud mental se define, según la Organización Mundial de la Salud, como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” Pero a veces la ansiedad, los ataques de pánico, el estrés, la depresión, las adicciones o las fobias requieren la ayuda de personal especializado.

OBJETIVOS: Conocer los nuevos métodos y herramientas que aportan las nuevas tecnologías para asegurar la efectiva recuperación del paciente.

METODOLOGÍA: Repaso de distintos proyectos, iniciativas y estudios de diferentes universidades españolas y hospitales en el ámbito de la salud mental, recogidos en publicaciones científicas.

RESULTADOS: El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña subraya la importancia de incorporar las tecnologías móviles en el ámbito sanitario con el objeto de que se conviertan en nuevas herramientas como: comunicación a distancia entre paciente y profesional; aplicación de la realidad virtual en el tratamiento del alcoholismo y demás drogodependencias; introducción de apps para dar un papel mas activo al paciente o promover su autogestión; seguimiento de constantes vitales online a través de sensores; uso de las redes sociales como vía para comunicar y hallar apoyos; monitores remotos inteligentes para el seguimiento de pacientes con depresión.

CONCLUSIÓN: Todos estos proyectos, iniciativas y estudios suponen la creación de un mapa de ruta que facilite y promueva la correcta implementación de las tecnologías móviles en el ámbito sanitario, y aunque el avance de las tecnologías es muy rápido, la aplicación de estas está en un estadio muy joven, y será la misma sociedad la que obligará a hacer el cambio tecnológico para beneficiarse del uso de las mismas.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, TECNOLOGÍA, TRATAMIENTO, MÉTODO.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PSICOTICO EN URGENCIAS PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTE Y ENFERMERA

MARIA JOSE MENA TORRES, VERONICA ARIAS DIAZ, ISAAC RUIZ TARRAGONA

INTRODUCCIÓN: La psicosis es una alteración del estado mental que se extiende al pensamiento, reconocimiento de la realidad y comunicación con los demás. Cuando acude un paciente psicótico al servicio de urgencias, el personal de enfermería debe de tener una serie de habilidades de comunicación para saber tratarlos de manera adecuada. La mejor forma de comunicarnos con ellos se realiza mediante la entrevista terapéutica, para poder realizar la recepción, acogida y clasificación del paciente. Es importante tener habilidades comunicacionales para saber abordar a este tipo de pacientes, así como saber detecta los signos y síntomas de riesgo, a través de la comunicación verbal y no verbal, tanto del personal de enfermería como del paciente.

OBJETIVOS: El objetivo general de este trabajo es determinar cómo es la comunicación terapéutica que brinda el personal de enfermería al paciente psicótico que ingresa a la unidad de urgencias, para proporcionar seguridad al paciente y al propio personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica, en bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane y Cuiden.

RESULTADOS: La entrevista clínica es la recogida de información del paciente con el objetivo de llegar a establecer unos juicios clínicos acertados. Sin embargo, también es una forma de intervenir y de cambiar los hábitos de los pacientes. El encuentro entre la enfermera y el paciente que se produce en la entrevista es complejo, por lo que es necesario tener habilidades comunicativas y de interacción para asegurar la seguridad.

CONCLUSIÓN: Es importante realizar una buena evaluación inicial, para poder así clasificar el paciente y su gravedad, así como la preparación de un entorno adecuado para este tipo de pacientes, para que se sientan seguros y con confianza, y así poder mantener la seguridad. El principio fundamental para establecer una comunicación terapéutica es tener los conocimientos necesarios en las diferentes habilidades comunicacionales, para asegurar la seguridad del entorno.

PALABRAS CLAVE: ENTREVISTA TERAPEUTICA, SEGURIDAD, PACIENTE PSICÓTICO, COMUNICACIÓN VERBAL, COMUNICACIÓN NO VERBAL.

LA ANSIEDAD EN PACIENTES JÓVENES

MARIA DEL MAR HIDALGO CASTELLANO, ELENA ALEJANDRES DEL ROSAL, RAFAELA HINESTROSA ROSAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 17 años de edad que acude a consulta por presentar dificultad para respirar, sensación de ahogo y de angustia. No tiene antecedentes personales, ni le había ocurrido con anterioridad un episodio igual. Médico y enfermera se disponen a atenderlo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración da como resultado palpitations, mareo, palidez y sensación de falta de aire o ahogo. Pruebas complementarias: electrocardiograma, tensiómetro.

JUICIO CLÍNICO: Ataque de ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al realizar el electrocardiograma se pudo descartar que fuera alguna dolencia cardíaca tal como pericarditis o algo más grave como un ataque cardíaco.

CONCLUSIONES: Sentir ansiedad de vez en cuando es normal. Sin embargo, las personas que tienen trastornos de ansiedad con frecuencia sienten una preocupación intensa, excesiva y persistente, y son temerosas para todas las situaciones de la vida diaria. Los síntomas pueden comenzar durante la infancia o los años de la adolescencia y continuar cuando ya eres adulto. Como tratamiento en ese momento se le intentaría tranquilizar y se le daría una pastilla para que se pudiera relajar, además se recomienda hablar con algún profesional para que pueda aconsejarle métodos para afrontar las situaciones del día a día que puedan causarle este tipo de estrés y en el caso de que se repita en el tiempo podría ponerse medicación.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, ANSIEDAD, TRASTORNOS, BIENESTAR.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD CON DESÓRDENES ALIMENTICIOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

EMILIO REGLI ROJAS, MARIA JESUS CUTILLAS POVEDA, ANDREA CAMARA LINDE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 24 años derivada a dispositivo especializado en abordaje de Trastornos de la Conducta Alimentaria. La paciente inicia seguimiento hace tres años por un Equipo de Salud Mental, por problemas en las relaciones interpersonales, inestabilidad emocional, marcada impulsividad y ocasionalmente gestos autolíticos en forma de cortes superficiales en antebrazos. En los últimos dos meses previos a la derivación la familia expresa preocupación por inconsistencia en el patrón de comidas, preocupación por su imagen y conductas purgativas que posteriormente la paciente confirma con una frecuencia de un vómito semanal. Tras la aparición de estos síntomas la paciente es derivada y comienza a realizar abordaje terapéutico consistente en consulta individual una vez por semana y en la incorporación a grupos terapéuticos 2 veces por semanas. Tras cuatro meses la paciente expresa deseos de no continuar seguimiento dado la no percepción de beneficio del trabajo realizado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, colaboradora y abordable. Sin déficit reseñables de funciones superiores. Contacto caracterial. Discurso fluido, coherente y centrado en la entrevista. No psicoticismo. Ánimo subdepresivo y cierta labilidad emocional. Expresión facial congruente con el estado de ánimo. Sentimientos de minusvalorización, baja autoestima e ideas de culpa. Ansiedad fluctuante en forma de clínica somática. No sintomatología afectiva mayor. Rasgos disfuncionales de tipo límite. Marcada impulsividad que se cristaliza en episodios de heteroagresión verbal y gestos autolíticos en forma de cortes superficiales o vómitos. No ideación autolítica.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno límite de la personalidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bulimia Nerviosa. Anorexia Nerviosa.

CONCLUSIONES: Tras cuatro meses de seguimiento se valora que el diagnóstico mental de la paciente corresponde con un Trastorno Límite de la Personalidad y que en dicho fondo caracterial surge algunos síntomas alimenticios que no conforman una Trastorno de la Conducta Alimentaria con entidad propia, por lo que continuar seguimiento por una Unidad especializada en dichas patologías puede resultar iatrogénico para la paciente.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOS, TRASTORNO LÍMITE, PERSONALIDAD, RASGOS ANÓMALOS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE CON CONTRATRANSFERENCIA NEGATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

EMILIO REGLI ROJAS, JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO, LARA ASENSIO BORDONABA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años que ingresa en Unidad de Hospitalización de Salud Mental tras alteraciones de conducta en domicilio familiar. Ingresos previos en 2016, 2014 y 2012 con diversos diagnósticos: trastorno psicótico no especificado y trastorno límite de la personalidad. Durante los primeros días de su ingreso su marcada irritabilidad y poca colaboración dificulta el mantener una entrevista o exploración psicopatológica en profundidad. Niega alteraciones de la sensopercepción. La familia únicamente expresa alteraciones de la conducta en forma de insultos, amenazas y gritos. Tiene una hermana mayor con diagnóstico de esquizofrenia simple. Aparte de la familia la paciente no tiene red social ni ha desempeñado actividad laboral. Ante la marcada irritabilidad de la paciente se inicia tratamiento con estabilizador del ánimo. Al tercer día con el tratamiento la paciente se muestra más abordable y colaboradora y comienza a referir síntomas de corte psicótico como alucinaciones auditivas e ideas delirantes de perjuicio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, nada colaboradora y escasamente abordable. Contacto psicótico. Autorreferencialidad. Discurso parco en palabras centrado en ideas delirantes de perjuicio en relación con familia. Alucinaciones auditivas en forma de voces imperativas. En la esfera afectiva marcada irritabilidad y aislamiento. Alteraciones de conducta en domicilio familiar. No ideación autolítica. Fragmentación del sueño.

JUICIO CLÍNICO: F.25 Trastorno esquizoafectivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno límite de la personalidad. TAB con síntomas psicóticos. Esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES: La dificultad del manejo de la paciente junto con la poca información aportada por familiares provocó una dificultad diagnóstica de dicho caso. La irritabilidad de la paciente durante las entrevista y el que negara la existencia de síntomas psicóticos podía hacer pensar de un diagnóstico más característico como en los ingresos previos. Además seguramente una contratransferencia negativa junto con unos familiares negadores de la enfermedad sesgaría el diagnóstico. Es por ello la gran importancia de un buen análisis de la transferencia para no llegar a actuarla.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, ESQUIZOAFECTIVO, LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, PSICÓTICO, AFECTIVO BIPOLAR.

AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DE LINFOMA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA

EMILIO REGLI ROJAS, MARÍA RIESGO ARIAS, MARIA JESUS CUTILLAS POVEDA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 42 años ingresado en Medicina Interna En tratamiento por recaída de linfoma previo a trasplante, solicitan petición al Servicio de Interconsulta y Enlace del Psicología Clínica, a petición del paciente, para valoración para afrontamiento de enfermedad y síntomas ansioso-depresivos. El paciente padece de VIH desde hace 10 años aunque solo es conocedor del diagnóstico su marido, situación que le genera un gran estrés respecto a otros familiares y amigos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, colaborador y abordable. Discurso coherente y organizado centrado en situación médica actual. Dificultad en la expresión de emociones y en conectar con la experiencia vital vivida. Temor por sufrimiento de los familiares que puede causar que exprese su dolor o el comunicar diagnóstico de enfermedad infecciosa. Expresa rabia y culpa respecto al diagnóstico de VIH impresionando de falta de integración y elaboración de la enfermedad. Buen apoyo social.

JUICIO CLÍNICO: Sin patología de Salud Mental. Angustia psicosocial-existencial en paciente con pronóstico grave de enfermedad médica. **PLAN DE CUIDADOS:** Se inició seguimiento una vez por semana del paciente para crear espacio psicoterapéutico donde trabajar la facilitación y expresión de emociones y el afrontamiento de sus enfermedades. Se abordó con el paciente el auto-estigma de su enfermedad infecciosa permitiendo una elaboración más realista e integrada de esta. También se realizó una intervención familiar a petición del paciente para comunicar enfermedad infecciosa a familiares y para favorecer la comunicación y la relación entre su marido y sus padres, pues anteriormente mantenían una relación distante y evitativa.

CONCLUSIONES: La importancia de la figura del Psicólogo Clínico de Interconsulta y Enlace es especialmente relevante en pacientes con enfermedades y pronóstico grave, específicamente en casos donde existe una negación de la enfermedad o un manejo socioemocional que puede influir y agravar el propio estado de salud.

PALABRAS CLAVE: AFRONTAMIENTO EMOCIONAL, SÍNTOMAS ANSIOSO DEPRESIVOS, LINFOMA, ENFERMEDAD INFECCIOSA.

ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA INGRESADA EN MEDICINA INTERNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

EMILIO REGLI ROJAS, ANDREA CAMARA LINDE, JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años sin antecedentes en Salud Mental que ingresa en UCI debido a desnutrición grave e hipopotasemia. Una vez estabilizada ingresa en Medicina Interna donde realizan petición de Interconsulta a Psicología Clínica para valoración de desorden alimenticio. La paciente presenta un grave estado de delgadez (IMC: 13). Niega síntomas de desorden alimenticio (conductas restrictivas, compensatorias o atracones) ni distorsión de la imagen corporal. Vive con su madre y sus dos hermanos, de quienes describe relación conflictiva debido a consumo de alcohol y otros tóxicos por parte de estos. Reconoce consumo de alcohol, cannabis y cocaína hasta los 26 años. Mantenemos entrevista con la madre, quien refiere vómitos, atracones y conductas restrictivas desde los 15 años, agravándose el cuadro en los últimos 10 años. Refiere historia familiar disfuncional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Colaboradora y abordable. Discurso coherente y organizado centrado en experiencias vitales traumáticas. Refiere síntomas depresivos de años de duración en forma de ánimo decaído, aislamiento, tendencia a la inactividad y abandono relacionado con situación vital. Vómitos autoinducidos, conducta alimentaria restrictiva y atracones semanales según informa la madre. Nula conciencia de enfermedad mental, y minimiza los problemas físicos. Sin red social de apoyo.

JUICIO CLÍNICO: F50.0 Anorexia Nerviosa tipo purgativo. **PLAN DE CUIDADOS:** Se le ofrece ingreso en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. La paciente rechaza el ingreso por lo que el equipo valora involuntariedad.

CONCLUSIONES: Dicho caso generó un debate interno del equipo entre quienes proponían un ingreso involuntario debido a la gravedad del estado de la paciente, el nulo apoyo social y la falta de conciencia de enfermedad y quienes proponían trabajar el vínculo terapéutico durante su ingreso en MI para continuar seguimiento ambulatorio en dispositivo específico de TCA. Finalmente se decidió no realizar el ingreso, consiguiendo que la paciente comenzara un tratamiento en Salud Mental gracias al trabajo de vinculación que se realizó.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA NERVIOSA, INGRESO HOSPITALARIO, VINCULACIÓN TERAPÉUTICA, CONSUMO DE ALCOHOL.

PROBLEMAS EMOCIONALES EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

LAURA MONFORT HERNANDEZ, PEDRO DE ALBA COSTA, MARTA NUÑEZ DEL CASTILLO, IVON FERNANDEZ MEROÑO, ROSARIO MARTINEZ MENDOZA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes recién diagnosticados de IRC pasan por un proceso de adaptación hasta la aceptación de la enfermedad crónica. Dentro de este proceso destacan las emociones como la ansiedad y la depresión. Por ello, es importante que se lleve a cabo un seguimiento interdisciplinar entre médico, enfermero, psicólogo, nutricionistas, etc. Además de un apoyo familiar y social durante todo el proceso de la enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar los principales cambios emocionales que se producen en el paciente recién diagnosticado de IRC al iniciar tratamiento de hemodiálisis y analizar la importancia del cuidado enfermero sobre estos pacientes.

METODOLOGÍA: Investigación cualitativa. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Enero de 2018. La revisión de la evidencia científica se realizó fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, Cochrane, Elsevier y el Ministerio de Salud.

RESULTADOS: La elaboración de un plan de acción enfermero dirigido a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis es una de las herramientas más importantes para disminuir la ansiedad y la depresión. Además de una atención interdisciplinar con el resto del equipo médico.

CONCLUSIÓN: Los pacientes recién diagnosticados de IRC iniciados en el tratamiento de hemodiálisis presentan en la mayoría de los casos emociones altamente estresantes como ansiedad, depresión y miedo. Los profesionales que ocupan mayor tiempo en la vida de estos pacientes son los enfermeros de sus centros, por lo que cabe destacar la importancia de la elaboración de un plan de acción que ayude a disminuir estos cuando se encuentren en tratamiento de hemodiálisis en sus respectivas clínicas.

PALABRAS CLAVE: IRC, HEMODIALISIS, ENFERMERIA, PACIENTE RENAL.

EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

LYDIA GARCIA RUIZ, MIREIA ESCRIBANO GIL, ROCIO AGUILERA HINOJOSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 14 años que acude con sus padres a revisión del niño sano por parte de enfermería. Se sospecha de TCA. Sin AP de interés. Estabilidad familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Peso: 35 kg Talla 150 cm. IMC 15.5 Patrones funcionales alteradas: Percepción / Control de la salud: Reconoce hábito restrictivo, con conductas purgativas (vómitos). No usa laxantes. Refiere no haberse autolesionado nunca, no presenta signos de lesiones. Nutricional / Metabólico: Toma leche con una galleta cuando tiene hambre y algún sándwich. Bebe 1 litro de agua al día. Visible deshidratación, signo del pliegue positivo. Eliminación: estreñimiento ocasional. Actividad / Ejercicio: Realiza ejercicio físico en casa (abdominales) después de ingerir cualquier alimento y sale a pasear a su perro durante horas. Autopercepción / Autoconcepto: Tiene miedo a coger peso. Baja autoestima. Refiere haber perdido el control. Cuando va al supermercado dice sentirse ansiosa Rol / Relaciones: Dificultad para mantener relaciones con personas de su edad ya que sus amigos, los fines de semana, quedan para merendar y ella evita esas situaciones.

JUICIO CLÍNICO: TCA (anorexia) en niña de 14 años. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bulimia.

PLAN DE CUIDADOS: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c trastorno psicológico m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. NOC Conducta de cumplimiento: dieta prescrita NIC Manejo de la nutrición Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p indefensión. NOC Autoestima NIC Reestructuración cognitiva.

CONCLUSIONES: En este momento está en proceso de conseguir los resultados establecidos. La paciente ha aumentado 5 kilos de peso en las 3 semanas de evolución. Se encuentra con una actitud más positiva, con ganas de realizar actividades con sus amigos, ha mejorado la deshidratación, pero aún se puede observar el signo de Russell. Practica técnicas de relajación cuando siente ansiedad y refiere no se ha vuelto a provocar el vómito.

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, TRASTORNO, ANOREXIA, ADOLESCENCIA.

LA IMPORTANCIA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MARÍA PEREZ JULIAN, MANUEL RODRIGUEZ RUIZ, JUSTINE SABRINA SANCHEZ MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario.

OBJETIVOS: Determinar medidas para evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno, se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

METODOLOGÍA: Se realiza una visión bibliográfica con los criterios de búsqueda con los tipos de contención mecánica según los resultados tras las técnicas con pacientes con esquizofrenia. Antes de iniciar el proceso, asegurarse que el material está preparado. No buscar confrontación de ideas, razones sino alianzas sencillas que lo tranquilen y refuercen su sentido de la realidad. Material necesario será de un juego completo de contenciones estándar.

RESULTADOS: Esquizofrenia existen varios tipos y no hay una característica común para todos. Entre los síntomas psicóticos están: Delirios. Alucinaciones. Incoherencias. Comportamiento catatónico o hiperactivo. Afecto plano. En la actualidad la esquizofrenia se trata fundamentalmente con determinados medicamentos, denominados neurolépticos o antipsicóticos.

CONCLUSIÓN: Tras la técnica de contención mecánica el auxiliar debe: Restringir estímulo excesivo (ruidos, luz directa, temperatura agradable). Retirar los objetos potencialmente peligrosos. Proporcionar cuña y botella. Ayudar en la higiene personal.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN, SALUD, MOVIMIENTOS, DELIRIOS, HIGIENE, SÍNTOMAS.

LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

FRANCISCO GABRIEL PEDRERA GARCIA, ELENA VEGA ARJONA, ANA CISNEROS MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El profesional sanitario 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: Determinar la actuación de los profesionales del ámbito sanitario en la hospitalización del paciente pediátrico.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio cualitativo retrospectivo en el área de hospitalización de pediatría captando a los niños de edades comprendidas entre 5 y 12 años; con un total de 50 niños durante los meses de octubre y noviembre de 2017 con un período de hospitalización mínimo de 5 días. Se les hizo una entrevista al ingreso y cada día de su estancia. Entre las estrategias utilizadas por los profesionales sanitarios y no sanitarios en el cuidado de los niños se encuentra el juego terapéutico. A través de éste se consiguió trabajar los miedos y preocupaciones del niño ante su enfermedad.

RESULTADOS: En los primeros días en el 95% de los niños se observó llanto, malestar, apatía, agresividad, rebeldía y falta de cooperación. Refirieron miedo y sentimiento de abandono por parte de su familia. El 5% restante no expresaba sentimientos pero se podía apreciar su miedo ante la situación. Tras 4 días en el Hospital el 98% de los niños mostraron su adaptación al medio hospitalario.

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. Por lo que se plantean medidas para disminuir los miedos del niño durante el período de hospitalización y trabajar los miedos y preocupaciones del niño ante su proceso de enfermedad.

PALABRAS CLAVE: HOSPITALIZACIÓN, JUEGO TERAPÉUTICO, NIÑOS, PROFESIONAL DE LA SALUD.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA-MENTAL DURANTE EL DUELO

ALBA MARIA GARCIA GARCIA, ESTHER ARIAS MOYA, CARLOS BUSTAMANTE MARCOS

INTRODUCCIÓN: El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida por el que pasan todas las personas, ya bien sea por muerte de un familiar o proceso de salud.

OBJETIVOS: Identificar el duelo como un proceso salud-enfermedad, conocer la atención necesaria a los pacientes que pasan por este proceso.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio sobre los artículos publicados en varias bases de datos como Cuiden, Medline y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron: “duelo”, “muerte”, “pérdida”. Se ha realizado un filtro de los artículos publicados los últimos años y se han seleccionando 3 artículos.

RESULTADOS: Tras la recogida de datos de la revisión bibliográfica, podemos identificar que en todos los artículos se diferencian 5 fases del duelo, como fase de dolor. Y tras superar las fases se consigue avanzar de manera natural un ciclo o un cambio vital en la experiencia del paciente. Cuando no es posible superar este ciclo de forma natural, se habla de duelo patológico, que se caracteriza por el estancamiento por medidas de defensa, que impiden el avance en el proceso a lo largo del tiempo. La actuación enfermera va dirigida al acompañamiento, identificación de la etapa del duelo para aliviar la angustia y el dolor. Se recomienda que todo el proceso de duelo esté supervisado por profesionales no solo enfermeros, sino psicólogos.

CONCLUSIÓN: El duelo es un proceso normal en la vida de las personas, pero constituye un problema de salud por sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad. El acompañamiento durante el duelo y el manejo terapéutico exige a los profesionales preparación técnica, ética y una gran responsabilidad y autocuidado permanente para no dañar la dignidad del doliente y la propia vida del profesional.

PALABRAS CLAVE: DUELO, MUERTE, SALUD MENTAL, PÉRDIDA.

EL ESTRÉS PARENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

MERCEDES GARNICA ALVAREZ, AMAYA ALEJANDRA JIMÉNEZ OJEMBARRENA, MARTA JIMÉNEZ LEÓN

INTRODUCCIÓN: Cuando hospitalizan a un un hijo en una unidad de cuidados críticos pediátricos, los padres pueden tener diferentes reacciones. Como enfermeras debemos encontrar las situaciones que pueden producir estrés para poder desarrollar un nivel de afrontamiento satisfactorio. Un nivel moderado de estrés puede ser beneficioso y es normal encontrarlo en muchas situaciones de la vida; pero, cuando nos enfrentamos a situaciones difíciles, se puede experimentar un nivel de estrés por encima del manejado, poniendo en riesgo la bienestar mental, física y emocional.

OBJETIVOS: Analizar y determinar el problema del estrés parental.

METODOLOGÍA: Buscamos en las bases de datos, con las palabras clave padres UCI y encontramos 521 en Cuiden, de los que revisamos 58 e incluimos 22.

RESULTADOS: El control del estrés de los padres de recién nacidos hospitalizados se encuentra alterado en la mayoría de los casos. La situación de los padres para adaptarse al nuevo rol dentro del hospital de no atender a su hijo como tenían previsto, suele llevarles a experimentar altos niveles de estrés. Debemos tener en cuenta, que si no consiguen afrontar la situación de una manera adecuada puede poner en riesgo su papel como apoyo para el niño y esto pueden llevar a un aumento del estrés del niño. Nuestro papel como enfermeras es esencial, no solo en la atención del niño, sino también como facilitadoras del afrontamiento parental ante esta situación para evitar consecuencias perjudiciales dentro del núcleo familiar.

CONCLUSIÓN: Cuando nos enfrentamos a un paciente pediátrico, no se nos puede olvidar valorar la situación de los padres, ya que pueden encontrarse en una situación de riesgo que ponga en riesgo al niño.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, UNIDAD CUIDADOS CRÍTICOS, PEDIATRÍA, ENFERMERÍA.

SALUD MENTAL EN INTERCONSULTAS DE ACTO ÚNICO

BELEN REYES ROMERO, DANAE GARCÍA PEREZ, DANIEL TORRES CAMPOS

INTRODUCCIÓN: Uno de los objetivos de la formación de los Psicólogos Internos Residentes (PIR) a lo largo de la especialidad es la rotación por Atención Primaria. A continuación se describirá la experiencia piloto puesta en marcha desde la Unidad de Salud Mental Comunitaria de San Lúcar de Barrameda, y el Servicio de Pediatría del Centro de Salud Barrio Alto con el objetivo de realizar por primera vez interconsultas de acto único.

OBJETIVOS: Entre los objetivos principales de esta rotación se encuentra conocer de primera mano el contexto clínico de los pediatras donde tienen que hacer frente de frecuentes demandas relacionadas con la salud mental. A su vez, y al tratarse de consultas donde están presentes ambos facultativos (psicólogo clínico y pediatra) se puede realizar un mejor filtraje de la demanda de atención así como dotar a los pediatras de herramientas para la exploración clínica y psicopatológica de aspectos básicos que pudieran manejarse desde atención primaria. Otro de los objetivos a tener en cuenta fue discriminar aquellas demandas que aunque aparentemente pudieran ser susceptibles de ser abordadas desde la salud mental, pertenecen a otras especialidades u organismos (neuropediatría, atención temprana, servicios sociales, equipos de orientación escolar, etc).

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: Las interconsultas de acto único fueron realizadas durante tres meses por una psicóloga interna residente de cuatro años junto al pediatra referente de cada caso. El día estipulado para las interconsultas fueron los martes de 12:30-14:30h con un espacio de 30 minutos por consulta. Previamente a la citación de pacientes se realizaba una breve coordinación del caso. Los resultados de la experiencia han sido muy positivos, habiendo un importante descenso de las derivaciones salud mental.

CONCLUSIÓN: La figura del psicólogo clínico en Atención Primaria es necesaria de cara a una mejor calidad asistencial y mejor atención integral y coordinada entre servicios sanitarios.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, INTERCONSULTAS, DERIVACIONES, EXPLORACIÓN CLÍNICA, PEDIATRÍA.

TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

GISELA AMOR MERCADO, AMELIA VILLEN A JIMENA, CLARA GÓMEZ OCAÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 51 años que acude a consulta de Psicología Clínica en un Centro de Atención Primaria. Refiere que desde hace 4-5 años realiza 1-2 atracones a diario en relación a ansiedad. Refiere aumento de peso como consecuencia. Diagnosticado de Fibromialgia. Convive en pareja, no tiene hijos. En activo laboralmente. Buena red de apoyo social. Realiza diversas actividades de ocio y aquagym dos veces por semana. Niega eventos vitales estresantes en el momento actual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Adecuado y colaborador. No sintomatología psicótica. Eutímico. Refiere crisis de ansiedad esporádicas, sin comportamiento agorafóbico. Ansiedad rasgo. Rasgos anancásticos de personalidad. Refiere rumiaciones constantes sobre tareas pendientes cuando está desocupado y dificultad en la toma de decisiones (TD), reconociendo que se trata de tareas triviales fundamentalmente. Ante la elevada ansiedad que le genera esta dificultad en la TD, recurre al atracón como forma de alivio, actuando este así como refuerzo negativo. Sensación de falta de control al comer, sin estar el atracón motivado por el hambre. Refiere sensación placentera al tragar, lo cual actúa como refuerzo positivo. Tras el atracón, sentimientos de vergüenza y culpa por continuar con la misma dinámica. Ausencia de conductas compensatorias. Refiere sensación de incapacidad para frenar dicho comportamiento. Además, reconoce tendencia a anteponer las necesidades de los otros sobre las suyas, lo cual entorpece la TD.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno por atracón grave (DSM-5). **CONCLUSIONES:** Resulta interesante observar en este caso la función del síntoma (atracción) como conducta utilizada para aliviar/evitar el malestar (ansiedad). El trabajo con este paciente se encamina a romper este "círculo vicioso", abordando la dificultad para tolerar el malestar, así como la gestión del mismo y la rigidez cognitiva que le lleva a ello. Los objetivos psicoterapéuticos concretos serían: aprender a tolerar al malestar, aumentar la flexibilidad cognitiva y mejorar del proceso de toma de decisiones.

PALABRAS CLAVE: ATRACÓN, ANSIEDAD, TOMA DE DECISIONES, GESTIÓN DEL MALESTAR.

ALTERACIONES EN EL APEGO MADRE-BEBÉ EN UNA UCI PEDIÁTRICA: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO CLÍNICO

ISABEL MARÍA CERVERA PÉREZ, JAVIER MELGAR MARTÍNEZ, MARIA DE LA VEGA TRUJILLO LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de una mujer de 32 años y su bebé, hospitalizada desde el nacimiento, primero en la UCI Neonatal y posteriormente en la UCI Pediátrica, por presentar una grave enfermedad congénita que cursa con múltiples anomalías (cardíacas, neurológicas, musculo-esqueléticas, etc.). La discapacidad intelectual y el retraso global del desarrollo son habituales. Se realiza interconsulta a la Unidad de Psicología Clínica para proporcionar apoyo psicológico a la madre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó evaluación mediante entrevista clínica y aplicación de pruebas psicométricas a la madre. También se usaron escalas de observación para examinar los procesos de interacción madre-bebé.

JUICIO CLÍNICO: Los resultados constataron en la madre sintomatología ansioso-depresiva de carácter grave, caracterizada principalmente por: estado de ánimo deprimido, desesperanza y anticipaciones negativas recurrentes respecto al futuro, ideación autolítica, marcada dificultad para tomar decisiones y sentimientos de inutilidad, culpa, angustia e impotencia. También se observaron alteraciones muy significativas en el proceso normal de apego madre-hijo, presentado la progenitora importantes dificultades para mantenerse cerca de su bebé y sintiéndose incapaz de atenderla y cuidarla. **PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento constó de sesiones individuales de intervención psicológica con la madre, con el objetivo de mejorar el estado emocional de ésta, y también se llevaron a cabo otras estrategias de intervención dirigidas a mejorar la vinculación afectiva madre-hija, como el establecimiento de un plan gradual de comportamientos y acciones maternas orientadas a la consecución de un apego seguro.

CONCLUSIONES: Tras la intervención se constató una mejoría notable en la salud mental de la madre y un incremento significativo de las conductas de aproximación y cuidado a su hija.

PALABRAS CLAVE: APEGO, MADRE, BEBÉ, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

EL AFRONTAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA: UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

GISELA AMOR MERCADO, AMELIA VILLENA JIMENA, CLARA GÓMEZ OCAÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años en seguimiento por Psicología Clínica en un Centro de Salud Mental de Adultos, derivada por su MAP a recomendación de neuróloga referente. Sin antecedentes personales en Salud Mental. Diagnosticada de Esclerosis Múltiple (EM) hace 4 años. La paciente refiere sintomatología ansioso-depresiva de un año de evolución, reactiva a las limitaciones de la enfermedad. Convive con su marido y sus dos hijos (11 y 6 años). Marido en desempleo actualmente. Padre ex - alcohólico, relata haber presenciado malos tratos en la infancia entre sus padres. Actualmente en ILT. Tiene reconocida una minusvalía del 36%. Buen apoyo familiar percibido. No actividades de ocio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Adecuada y colaboradora. No síntomas psicóticos. Sintomatología ansioso-depresiva reactiva a limitaciones de la enfermedad y efectos secundarias del tratamiento. Anhedonia, apatía, tendencia a la clinofilia. Sentimientos de soledad y de desprotección. Labilidad emocional. Refiere ansiedad estado. Sentimientos de frustración y rabia al verse limitada. Reconoce dificultad en la aceptación de su enfermedad. Rumiaciones constantes sobre el futuro. Refiere cambios en la dinámica familiar debido a la enfermedad, sentimientos de culpa. Tendencia a ocultar su malestar y mantener imagen de fortaleza. Reconoce dificultad para aceptar o solicitar ayuda y/o apoyo de su familia. Cuestionamiento de sus creencias religiosas. Ideas pasivas de muerte, sin intención ni planificación. No consumo de tóxicos. Buena capacidad de insight. Juicio de realidad y capacidad volitiva conservadas.

JUICIO CLÍNICO: F43.23 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión (CIE-10).

CONCLUSIONES: La EM es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a la calidad de vida de los/las pacientes y produce un gran impacto emocional tanto en el/la paciente como en sus familiares. Por ello, es importante atender al modo de afrontamiento de la enfermedad y acompañar en el proceso de aceptación de la misma, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los afectados.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, AFRONTAMIENTO, ACEPTACIÓN, ENFERMEDAD DEGENERATIVA.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPERIENCIA DE DUELO DESPUÉS DE UN ABORTO VOLUNTARIO

PALOMA ALMAGRO GARCIA, MARINA SOLA OCETTA, SANDRA SANCHEZ-VILLEGAS, ISRAEL HUERTAS PATON

INTRODUCCIÓN: La Interrupción Voluntaria del Embarazo conlleva un proceso que pese a ser voluntario implica una serie de situaciones estresantes que pueden tener efectos negativos en la salud mental de las mujeres que se someten a ella. Se realiza en este trabajo una breve revisión bibliográfica de aquellos aspectos que pueden conllevar a una mayor o menor experiencia del aborto como evento traumático.

OBJETIVOS: Revisar las publicaciones más relevantes hasta la fecha sobre la experiencia de duelo en la Interrupción Voluntaria del Embarazo para dar a conocer qué aspectos son los que se deben tener en cuenta cuando se trabaja con población que se encuentra en esta situación.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la evidencia científica más relevante desde 2013 hasta la fecha actual. Como bases de datos se utilizan PsycARTICLES, PsycINFO, PubMed y Google Academic. Los descriptores o palabras clave que se utilizan son: Interrupción Voluntaria del Embarazo, aborto inducido, aborto terapéutico, aborto voluntario, aborto electivo, duelo perinatal, duelo silenciado, síndrome post-aborto.

RESULTADOS: Se revisan un total de 34 artículos de los cuales son seleccionados 13. Se concluye que el duelo perinatal debe ser entendido como un duelo complejo y único, distinto de otro tipo de duelo, donde la pérdida voluntaria del ser querido supone a su vez la pérdida de un sueño, de un proyecto de futuro.

CONCLUSIÓN: Pese al silencio que se le otorga desde todas las áreas citadas el niño no nacido pero deseado es hijo para sus padres desde la concepción, en sus fantasías, sus expectativas y sus motivaciones. Entre las características clínicas que suelen aparecer en estos padres son: culpa, vergüenza, ambivalencia, miedo, vacío, desesperanza, disfunciones sexuales, episodios depresivos, estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE: ABORTO VOLUNTARIO, DUELO PERINATAL, INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, SINDROME POSTABORTO.

EL TRABAJO COMO ESCAPE Y LAS PROTESTAS DEL CUERPO

GISELA AMOR MERCADO, CLARA GÓMEZ OCAÑA, AMELIA VILLENA JIMENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 54 años en seguimiento por Psicología Clínica en un Centro de Atención Primaria, por sintomatología ansioso-depresiva de un año de evolución, que atribuye a estrés laboral mantenido. Sin antecedentes personales de Salud Mental. Antecedentes somáticos: hipertensión arterial, angina de pecho y obesidad. Fumador tabaco. Niega consumo de alcohol u otros tóxicos. Convive con su mujer y sus 3 hijas. Niega problemas familiares ni eventos vitales estresantes. Escasa red de apoyo social. No actividades de ocio. Vida centrada en el trabajo. Responsable de dos talleres mecánicos, actualmente en ILT.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Adecuado y colaborador. No clínica psicótica. Sintomatología ansioso-depresiva de un año de evolución, con empeoramiento progresivo, según refiere. Facies tristes, apatía, desgana, irritabilidad. Refiere que no llora. Rasgos anancásticos de personalidad. Reconoce elevada autoexigencia y sentido de la responsabilidad, tendencia a la contención emocional y dificultades para el desahogo. Impresiona de uso del trabajo como estrategia evasiva. Dificultad en el reconocimiento y expresión emocional. Insomnio de conciliación. No ideación/plan/intención autolítica.

JUICIO CLÍNICO: F32. Trastorno depresivo mayor, episodio único. **CONCLUSIONES:** El paciente reconoce haber centrado su vida casi exclusivamente en el trabajo, con un elevado nivel de autoexigencia y estrés. Posible patrón de conducta tipo A. Asocia sus dificultades de expresión emocional con su puesto de liderazgo, asumiendo que debe aparentar siempre estabilidad/neutralidad emocional. Reconoce excesivo auto-control y contención emocional en todos los ámbitos de su vida. Impresiona de falta de asertividad. Ante dificultad de entender lo que le pasa, verbaliza “parece un protesta del cuerpo”. Aprovechamos este insight para reflexionar sobre cómo pareciera que el cuerpo le está “obligando” a parar y poner los límites al trabajo que él no impone y le confronta con su vida personal y todo aquello que evita. Los objetivos psicoterapéuticos serían: mejorar el reconocimiento y la expresión emocional y no incurrir en evitación experiencial, entre otros.

PALABRAS CLAVE: TRABAJO, EVITACIÓN, CONTENCIÓN EMOCIONAL, SOMATIZACIONES.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CELIA MARTINEZ ALCARAZ, CAROLINA MARTÍNEZ ESQUINAS, LOURDES ASCENSIÓN PEINADO ROSALES

INTRODUCCIÓN: La humanización de los cuidados de enfermería es el reto actual en el mundo sanitario, sobre todo en aquellas unidades donde el dominio de la tecnología y la técnica propia del enfermero se aprecia de forma vital. Este es el caso de las unidades de cuidados intensivos, donde el empleo tecnológico y técnico garantiza una mejor estabilización del paciente crítico, pero a cuanto más nos acercamos a este aspecto, más nos parecemos alejar del aspecto humano del cuidado intensivo.

OBJETIVOS: Identificar qué acciones deben llevar a cabo los profesionales sanitarios para humanizar los cuidados.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Sciencedirect y Dialnet Como criterios de inclusión aquellos artículos del 2009 a la actualidad en español que trataran sobre el tema.

RESULTADOS: -Flexibilización de los horarios de visita -Comunicación: Una correcta comunicación con pacientes y familiares favorece un clima de confianza y respeto, y facilita la toma conjunta de decisiones - Bienestar del paciente: Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras. -Presencia y participación familiar en los cuidados: Aunque los estudios no son concluyentes la presencia de los familiares durante determinados procedimientos no se ha relacionado con consecuencias negativas, y se acompaña de cambios de actitud de los profesionales -Detección, prevención y manejo del síndrome post-unidades de cuidados intensivos -Arquitectura e infraestructura humanizada: Condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario, y decoración.

CONCLUSIÓN: Para llevar a cabo el proceso de humanización de los cuidados de enfermería en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos es necesario un cambio en el paradigma del cuidado hacia un modelo holístico, centrado en el paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE: HUMANIZAR, CUIDADOS, ENFERMERÍA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE ANTE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: Conocer la manera en la que el paciente se enfrenta ante una prueba de diagnóstico por imagen puede ser de vital importancia para la práctica médica. Hay numerosos pacientes que presentan limitaciones ante determinadas pruebas que muchas veces son vitales para el diagnóstico o estudio de su enfermedad. Estas limitaciones, en la mayoría de los casos, son fruto del desconocimiento por parte del paciente tanto del procedimiento, como de los riesgos o beneficios que presenta cada una de las pruebas de diagnóstico por imagen.

OBJETIVOS: Estudio y análisis del comportamiento del paciente a la hora de enfrentarse a las diferentes pruebas de imagen.

METODOLOGÍA: Observación directa y realización de encuestas a individuos de diferente sexo y edad.

RESULTADOS: Predilección del paciente hacia las pruebas que precisan menos tiempo de estudio.

CONCLUSIÓN: Los pacientes valoran la comodidad por encima del riesgo que pueda conllevar la prueba.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN, LIMITACIONES, PRÁCTICA MÉDICA.

CASO CLÍNICO TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL

JUAN ANTONIO LARA AGUILERA, CARMEN REVILLA MARTIN, NOELIA LÓPEZ BANDERA, SAMANTA MENACHO GARCIA, JANINA LLORENS VÁZQUEZ, ALVARO PALOMINO HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 10 años que acude a consulta junto a sus padres, debido a las continuas faltas a la escuela, además de negarse a ir a las actividades extraescolares y a casa de sus amigas. La madre refiere que todo empieza un día que se fueron a comprarle un helado dejándola con las amigas en el parque. Se atrasaron en regresar y se quedó sola con las luces apagadas. La niña se muestra nerviosa, tiembla, inquietud en las piernas, mira a su madre cada vez que se le plantea una pregunta para que sea ella la que responda, no mantiene contacto ocular. La madre explica que su marido está diagnosticado de agorafobia en tratamiento, que siempre está muy nervioso, poniendo más nervioso a la niña, por lo que ésta lo evita. Esta actitud del padre se confirma en la consulta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Evaluación mediante el STAIC, entrevista semiestructurada a los padres y a la paciente.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad por separación en población infantil. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fobia escolar, trastorno de ansiedad generalizado, fobia social, depresión mayor entre otras.

CONCLUSIONES: Frente a ansiedad normal ante transiciones del desarrollo o ante cambios vitales, en el TASI la intensidad de la ansiedad es muy alta y produce alteración social grave. Típicamente el TASI se diagnostica en mayores de 6 años. Habría que trabajar conjuntamente con la familia, escuela y la niña para intentar que gane autonomía, aumente su capacidad para relacionarse con sus iguales, disminuir grado de ansiedad, además de trabajar con la actuación de los padres ante la ansiedad de la niña.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, INFANTIL, SEPARACION, PSICOLOGIA.

CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA

JUAN ANTONIO LARA AGUILERA, CARMEN REVILLA MARTIN, NOELIA LÓPEZ BANDERA, SAMANTA MENACHO GARCIA, JANINA LLORENS VÁZQUEZ, ALVARO PALOMINO HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niño de 9 años de edad, que acude a la unidad de salud mental infanto juvenil acompañado de su madre, debido a su progresiva desobediencia y su mal comportamiento en la escuela (insultos, agresiones, etc). En casa la conducta del niño es variable. Algunos días se muestra desafiante y mal educado con su madre, haciéndose repetir las cosas varias veces antes de hacerlas, otros días en cambio se muestra amable y encantador, a pesar de esto predominan sus días amables. El más pequeño detalle le altera y entonces grita y chilla. Su capacidad de concentración es buena, y no deja las tareas a medio hacer. Su madre lo describe como siempre activo, pero no inquieto. Sus profesores están preocupados por su conducta, y no por su nerviosismo e intranquilidad. Su madre explica asimismo que dice pequeñas mentiras, pero que cuando se trata de asuntos de importancia no miente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Pruebas psicométricas (BASC y TAMA), entrevista clínica, coordinación con tutores del centro escolar, coordinación con los progenitores.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de conducta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos, la sospecha inicial ha sido Trastorno de la conducta, aunque no se debería descartar otras opciones como el trastorno desafiante negativista u otro tipo de trastorno de conducta. Para ello deberíamos realizar otro tipo de pruebas y observar cómo evoluciona.

CONCLUSIONES: Se trabajaría de manera multidimensional, observando la evolución del niño de forma que nos permita adaptar el tratamiento a la situación del niño.

PALABRAS CLAVE: CONDUCTA, PSICOLOGIA, TRASTORNO, INFANCIA.

SHOCK PSICOGÉNICO: MANEJO EN URGENCIAS

MARIA DEL ROCIO LADRON DE GUEVARA RIVAS, MARIA FERNANDA BARCO VILLAFRUELA,
MARIA ISABEL GARCIA JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 70 años que acude a urgencias con su hija la cual nos narra que su madre ha sufrido un proceso traumático y ha quedado en situación de shock, el hecho ha sido el fallecimiento fortuito de su marido en su casa encontrándose sola.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Nos encontramos a una señora estable en constantes vitales si ningún síntoma aparente, exploración neurológica sin focalidad. Cuando comenzamos a preguntarle por el hecho en si no se acuerda de nada y realiza repeticiones sobre su estado tipo: ¿por qué estoy aquí? ¿como me he vestido? ¿dónde está papa? En relación al tiempo si sabe en que día y año estamos y donde vive, pero el tiempo anterior y posterior al hecho traumático no lo narra, estamos ante una pérdida de memoria transitoria en la cual no podemos realizar nada para su recuperación puesto que es progresiva y depende de la propia paciente.

JUICIO CLÍNICO: Shock psicológico en relación a un proceso traumático. **PLAN DE CUIDADOS:** Ante este caso, el principal tratamiento es el apoyo emocional, y la narración de los hechos progresivamente y siempre que la paciente se encuentre relajada y receptiva para la información puesto que en las primeras horas la situación es de bloqueo y no se produce escucha ni comprensión de lo que se le narra. Tras las primeras horas, comenzaremos terapia emocional y técnicas de relajación que ayude a la paciente a canalizar las emociones.

CONCLUSIONES: El shock psicológico es un proceso de bloqueo mental que se produce como consecuencia de un exceso de estrés, acumulación de emociones fuertes o como en este caso, por un fuerte proceso emocional inesperado. La reacción del organismo es de agitación, pérdida de memoria, mirada ausente, palpitaciones e incluso incapacidad de reconocer personas y lugares conocidos.

PALABRAS CLAVE: SHOCK, URGENCIAS, APOYO EMOCIONAL, PSICOLOGÍA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

ANA BELÉN GONZÁLEZ ROJAS, SANDRA RAMOS PICHACO, MARÍA INMACULADA MONTOSA ARIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años acude a consulta por deterioro cognitivo el cual fue diagnosticado de Demencia hace tres años. No alergias medicamentosas conocidas. Ansiedad. Incontinencia urinaria. Deambula en silla de ruedas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La entrevista pone de manifiesto un deterioro cognitivo muy avanzado: Completa desorientación temporo espacial, nula capacidad de evocación en la memoria y grave limitación en la fijación amnésica, acalulia, cierta disartria y discreta ecolalia, la motórica esta conservada pero se observan agnosias a objetos comunes. A la parapsicología descrita se añade como complicación, ciertos trastornos de conducta que incluyen agresividad hacia personas cercanas, según refiere la familia. Parece que las conductas aparecen en relación a situaciones en las que la paciente se siente invadida o frustrada. En la entrevista se muestra tranquila y obediente con las limitaciones propias del deterioro. Se le practica un mini Mnetal Exam (Folstein) con puntuación 4 sobre 30 suponiendo un deterioro muy grave con una progresión muy notable con respecto al último Folstein realizado con puntuación 13.

JUICIO CLÍNICO: Demencia Alzheimer. **PLAN DE CUIDADOS:** En esta situación la paciente esta incapacitada para cuidarse a si misma y completamente limitada para las actividades de la vida cotidiana por lo que necesita un nivel de cuidados máximo.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DEMENCIA, ANSIEDAD, DETERIORO, CUIDADOS.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

CATALINA LIRIA HARO, ANA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LUISA MARIA LOPEZ TRINIDAD

INTRODUCCIÓN: El trastorno del espectro autista (TEA) se definió a partir de los años 70 como un trastorno profundo del desarrollo que consiste en una alteración caracterizada por presentar déficit en las áreas de comunicación, habilidades sociales y presencia de conductas, actividades e intereses restringidos y repetitivos. Afecta a un ratio hombre- mujer 4:1 con pico de incidencia en los 8 años, pero pudiendo diagnosticarse a partir de los 3 años y se cronifica de por vida.

OBJETIVOS: Identificar puntos de interés, para los profesionales de atención primaria, del trastorno del espectro autista.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 9 artículos localizados en las bases de datos de salud; Cuiden, Dialnet, Medline y Scielo con los descriptores MeSH escritos en inglés y español y enlazados por los operadores booleanos "AND" y "OR". Criterios de inclusión: fecha de publicación inferior a 10 años, que relacionaran al menos dos descriptores, idioma de redacción español, portugués e inglés y presentar texto libre.

RESULTADOS: Manifestaciones clínicas, entre las más relevantes; ausencia de respuesta ante llamadas de atención, introversión, falta de contacto visual. Diagnóstico, requiere de un equipo multidisciplinar y es necesaria la observación directa junto con las escalas validadas Autism Diagnostic Observation Schedule y Autism Diagnostic Interview-Revised. Tratamiento, ha de realizarse de forma temprana, aunque existen múltiples tratamientos, es la terapia conductual la única que ha mostrado resultados significativos.

CONCLUSIÓN: El TEA afecta de forma negativa e integral a la persona con relación positiva a la edad de detección, de ahí la importancia de capacitar a los equipos de atención primaria para su diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVE: AUTISMO, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, TRASTORNO, ESPECTRO AUTISTA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: APOYO PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES

JUAN MANUEL IZQUIERDO GONZALEZ, GRACIA ISABEL EVANGELISTA LÓPEZ, VIRGINIA OCHOA MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente tratado inicialmente de enfermedad coronaria requiriendo bypass y estents. Posteriormente deterioró al desarrollar un tamponamiento cardíaco, requiriendo perfusión extra corpórea tipo VV-ECMO. Finalmente el paciente degeneró en muerte cerebral, la familia no comprendió bien la situación y exigieron segundas opiniones, derivando en una prolongación del tratamiento y un encarnizamiento terapéutico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Con respecto al paciente se llevaron a cabo las pruebas pertinentes para diagnosticar muerte cerebral, corroborado tanto por radiógrafos, médicos intensivistas y neurocirujanos. La prognosis más favorable fue de una recuperación extremadamente lenta en la que si no había ninguna complicación secundaria como otro ACV o una infección, el paciente quedaría afectado de parálisis cerebral.

JUICIO CLÍNICO: Con respecto al paciente: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz. Riesgo de infección. Con respecto a la familia. Duelo anticipado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos, la sospecha diagnóstica del paciente es riesgo de perfusión titular cerebral ineficaz, lo que deriva en riesgo de infección debido a que debe permanecer intubado y en cama por un periodo de tiempo largo. La familia sufre de Duelo anticipado debido a que no sabe manejar el estrés y no es capaz de dejar ir al paciente facilitándole una muerte digna.

CONCLUSIONES: Los familiares del paciente se negaron a escuchar los consejos de los doctores y decidieron declinar el documento que impide la RCP del paciente, prolongando la estancia del paciente en la cual ya no se podía hacer nada más por él durante semanas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS INTENSIVOS, ENFERMEDAD TERMINAL, ABORDAJE PSICOLÓGICO, FAMILIA.

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y EL CONSUMO DE ALCOHOL: A PROPÓSITO DE UN CASO

GISELA AMOR MERCADO, CLARA GÓMEZ OCAÑA, AMELIA VILLENA JIMENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 51 años en seguimiento por Psicología Clínica y Psiquiatría en un Centro de Salud Mental tras ingreso en Unidad de Patología Dual. La paciente refiere consumo abusivo de alcohol a diario en el último año previo al ingreso, con finalidad evasiva. Antecedentes de bulimia nerviosa, refiere un ingreso hace 20 años. Relata evento traumático a los 16 años, no elaborado. Vive sola. Natural de la ciudad en la que consulta, aunque vivía en otra comunidad autónoma (CA), donde continúa viviendo su marido. En desempleo. Tercera de 4 hermanos. Padre fallecido. Madre actualmente con Demencia de Alzheimer. Escasa red de apoyo social y familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Adecuada y colaboradora. No clínica psicótica. Sintomatología ansioso-depresiva de larga evolución. Consumo abusivo de alcohol, actualmente en abstinencia. Tendencia a la evitación experiencial y al aislamiento. Oscila entre la motivación al cambio y la desesperanza. Reconoce que el alcohol es una forma de evitación del malestar y de su realidad. Excesiva autocrítica y tendencia a la intrapunición, posiblemente interiorizada en la infancia en el contexto de un estilo de crianza con elevada emoción expresada en casa y muy represiva en el colegio. Ideación autolítica no estructurada, sin ideación ni planificación.

JUICIO CLÍNICO: F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado y F10.1 Consumo perjudicial de alcohol; F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

CONCLUSIONES: En este caso, el consumo de alcohol se constituye como una de las estrategias evitativas que le ha permitido a la paciente “escapar” del malestar durante años, pero que también le ha impedido afrontar la clínica depresiva subyacente. El trabajo psicoterapéutico se encamina a, en primer lugar, mantener la abstinencia y aprender a afrontar el malestar sin evitar, para posteriormente, una vez que pueda tolerarlo, profundizar en otros conflictos y eventos traumáticos del pasado y así poder elaborarlos.

PALABRAS CLAVE: EVITACIÓN, ALCOHOLISMO, CONSUMO, DEPRESIÓN.

TRASTORNO PSICÓTICO Y CONSUMO DE TÓXICOS

MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARTA SUÁREZ HURTADO, MARIA GERTRUDIS RODRIGUEZ RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 21 años que ingresa en la mañana traído por el DCCU que ha acudido al domicilio familiar por un episodio de agitación y heteroagresividad incontenible con sus familiares sin causa aparente. Refiere que sus padres le ponen muy nerviosos y por lo tanto pierde el control pero no especifica un desencadenante concreto. Presenta horarios alterados, aislamiento, somnolencia y pasa la mayoría del tiempo jugando a consolas. En el último tiempo se encuentra más inhibido. Presenta consumo de cannabis y parece que consume anfetaminas puntualmente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el momento de la exploración se encuentra tumbado en la camilla y ligeramente sedado por la medicación que ha pautado el DCCU (haloperidol). Ojos muy enrojecidos, niega haber consumido sustancias en el día de hoy y refiere que es del esfuerzo que ha realizado al ponerse agresivo. Contacto evitativo, desvía la mirada, cabizbajo y sin mantener contacto ocular. Estado de ánimo incongruente, refiere sentirse triste y sin embargo sonríe mirando a su alrededor. Inhibido. Discurso pobre, parco en palabras, por probable enlentecimiento del curso del pensamiento. No verbaliza ideación delirante estructurada, aunque de difícil valoración por la poca expresividad verbal. No se descarta alteraciones sensorio-perceptivas. Se realiza analítica general.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno psicótico agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Psicosis tóxica versus esquizofrenia.

PLAN DE CUIDADOS: 00055 Desempeño inefectivo del rol r/c abuso de sustancias, enfermedad mental. NOC 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida NIC 4410 Establecimiento de objetivos comunes.

CONCLUSIONES: Evolución favorable a pesar de que el ingreso procediera de forma involuntaria. Actitud colaboradora y gran interés por mejoría de síntomas y proceder a realizar su vida normal. Tras una semana y media de estancia en la unidad de salud mental se procede a alta hospitalaria. Nos inclinamos a una psicosis tóxica debido a la rápida resolución de los síntomas durante el ingreso en salud mental donde no ha habido consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, AGRESIVIDAD, TRASTORNO PSICÓTICO, AGITACIÓN, AISLAMIENTO.

IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA EN EDUCACIÓN EMOCIONAL EN LA ETAPA INFANTIL

MARÍA ISABEL TORRES GALLARDO, CAMILA LAURA TORRES GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: Las emociones forman parte de la vida de todas las personas. Cuando los niños llegan a este mundo llegan sintiendo las emociones de los demás, son empáticos. Para que esta empatía no acabe en el olvido es necesario potenciarla desde que son pequeños y trabajar en ella durante todo el crecimiento.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es identificar los efectos de las emociones tanto positivas como negativas y las habilidades para controlar las propias emociones.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en base de datos cuiden y páginas web.

RESULTADOS: Junto con el desarrollo físico y cognitivo, cada niño progresa a través de diferentes fases de desarrollo emocional. Podría decirse que todos los niños difieren en su desarrollo individual y es que parece ser que los padres suelen tener poca información sobre el desarrollo emocional, a pesar de que tienen una gran influencia en el desarrollo emocional de sus hijos.

CONCLUSIÓN: Durante los primeros años de vida, los niños poseen una importante plasticidad cerebral, por lo que esta etapa y las experiencias y aprendizajes que se den en ella, son importantes para el enriquecimiento y adecuado desarrollo de la cognición. Al proporcionar a los niños un espacio en que se les enseñe a identificar, expresar y manejar adecuadamente sus emociones, permitirá ayudar a incorporar recursos en su vida cotidiana, que le darán confianza en sus capacidades, y a tener en cuenta los sentimientos de los demás.

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN, EMOCIONAL, NIÑOS, ENSEÑANZA.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DEL ENFERMERO AL PACIENTE

ÁNGELES MARÍA SÁNCHEZ VICIANA, ANA RAQUEL GOMEZ SEGURA, YASMINA TAMARGO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: En numerosas ocasiones, a pesar de informar correctamente al paciente sobre su patología o sobre un procedimiento a realizar, no conseguimos tranquilizar al paciente. Es muy útil conocer al menos algunas de las técnicas de relajación más usadas para llevarlas a cabo como una intervención psicosocial de enfermería.

OBJETIVOS: Conocer algunas técnicas de relajación para llevar a cabo en situaciones en las que el estrés o ansiedad afectan demasiado al paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos tales como Dianlet y Medline. Se han utilizado como criterios de exclusión el uso de artículos en español y publicados entre los años 2012 y 2016.

RESULTADOS: Las técnicas de relajación que utilizaremos son: a) Respiraciones profundas: consiste en realizar una respiración profunda inspirando, reteniendo el aire 3-5 segundos y espirando lentamente, concentrándose en las sensaciones de relajación producidas. B) Visualización: se basa en la imaginación simple dirigida, es un trabajo mental, que consiste en crear imágenes agradables y saberlas dirigir, siempre de forma positiva y con finalidad terapéutica. Podemos hacer uso de música suave para maximizar el efecto de la terapia. C) Método de relajación progresiva o de Jacobson: consiste en ir tensando y relajando de forma individual y progresiva todos los músculos del cuerpo. Se mantiene la tensión alrededor de 12 segundos y se posteriormente se relaja, sintiendo los efectos beneficiosos de forma instantánea.

CONCLUSIÓN: Si sabemos llevar a cabo técnicas de relajación, podremos controlar mejor el nivel de entendimiento del paciente ante nuestras explicaciones e indicaciones y mejorar su estado de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, PACIENTE, RELAJACIÓN, TÉCNICAS.

