

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.

PSIQUIATRÍA

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO E IDEAS AUTOLÍTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	24
RAFAEL RIVAS RUIZ, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA, REGINA GARCIA CABELLO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON ESTRÉS Y ANSIEDAD	25
RAFAEL RIVAS RUIZ, REGINA GARCIA CABELLO, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA	
INGRESO PSIQUIÁTRICO: VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA SUBJETIVA DEL CUIDADOR PRINCIPAL	26
SARA MORALES JIMENEZ, FRANCISCO JAVIER ALBA MORALES, ALICIA CASTRO HORCAS	
CÓMO CONVIVIR LA FAMILIA CON UNA PERSONA ESQUIZOFRÉNICA	27
SANDRA GUTIERREZ VILLALBA, LAILA LAKCHINI, MUSTAPHA BENDAOUED BRIKI	
INTERVENCIONES ENFERMERAS EN PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO	28
ÁFRICA CLEOFÉ ROBLES RODRÍGUEZ , MARÍA FLORENCIANO MESEGUER, DAVID HERNÁNDEZ MELGAREJO, ARACELI HERNÁNDEZ MADRID , GIUSEPPE TAZZA , ANA MARÍA GARRIDO HOLGADO , MARÍA DOLORES GIMÉNEZ FERRERES , ROSA MARÍA MATALLANA POZUELO, MARÍA EUGENIA CARRILLO MOLINA , ANTONIA VALERA ORTEGA	
TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD, ACTUACIÓN ENFERMERA	29
MARTA MAROTO ROMERO, ISABEL MENENDEZ GONZALEZ, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ TELLEZ	
LA ANSIEDAD PREOPERATORIA: UNA REACCIÓN COMPLEJA QUE AFECTA A TODO TIPO DE ENFERMO	30
JULIA CABEO GARCIA, NANCY MARTINEZ GARCIA, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ CARRERA	
UN TIPO DE PARASOMNIA: LOS TERRORES NOCTURNOS	31
ESTHER REBOLLO BARRAGAN, RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ	
DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE Y TRATAMIENTO CON KETAMINA INTRAVENOSA	32
PALOMA ATELA URQUIJO, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA, BEATRIZ MERAYO SERENO	
A PROPÓSITO DE UN CASO: INGESTA DE TÓXICOS EN ENFERMOS MENTALES	33

LETICIA PORRAS ORTIGOSA, MARIA INFANTES CORRAL, ANA BELÉN PINO
REBOLLO

**LA ALTERACIÓN EN LA CONDUCTA: INTERVENCIONES DEL TÉCNICO EN
CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA34**

YOLANDA SIMON TORRES, ENCARNACIÓN MARIA DEL REY MARTINEZ,
FRANCISCA MARIA DEL PINO ANDUJAR

PACIENTE CON TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES35

RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, MARIA VIRGINIA BAÑOS FUENTES, CRISTINA
MARTINEZ ESPINOSA, LIDIA BRAVO HERNANDEZ, MARIA SOLEDAD FRANCO
GARCIA, ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ROSARIO
CORDEIRO ROMERO

**VALORACIÓN DE UN PACIENTE POLITOXICÓMANO POR PARTE DE
ENFERMERÍA.....36**

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

ENFERMERÍA ANTE EL INTENTO DE SUICIDIO37

MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ, SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA
ARJONA, JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA MEDICALIZACIÓN EN SALUD MENTAL..38

EVA MOLERO QUERALT, DAVINIA GOMIS JUAN

ESTUDIO DEL TRASTORNO BIPOLAR Y SUS SÍNTOMAS39

MARÍA DEL CARMEN GALERA GUZMÁN, ANA BELEN SEGURA MOLINA, ANA
ISABEL LOPEZ RODRIGUEZ

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR.....40

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ GALLEGO, ROCÍO SANTANA ALCÁNTARA, LORENA
FLOR GARCÍA LOZANO

**LA MUSICOTERAPIA: UNA TERAPIA PSICOLÓGICA ALTERNATIVA EN LAS
PATOLOGÍAS MENTALES41**

VERÓNICA CARRASCO MARTINEZ, SONIA SÁNCHEZ NAVARRO, DAVID
COLLADOS VALDIVIESO

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA42

FRANCISCO JAVIER BAUTISTA MEDINA, DAVID ARRUFAT GONZALEZ, JESSICA
ANGULO MARTINEZ

EL DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO43

LIDIA MOLINA ZAFRA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILES, MERCEDES CORTÉS
CANO

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS DEL DEPORTE EN SALUD MENTAL	44
JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, VERONICA PEREZ BARBA, CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO	
RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL SEVERO EN TRATAMIENTO CON ARIPIPAZOL	45
LAURA NAVARRO MARTINEZ, JOSE LUIS MAESTRO HUESA, GUADALUPE VICEIRA PICOSI, PATRICIA ELENA VICEIRA PICOSI, RAFAEL PEREZ LEON, TEODORA MUÑOZ FERNANDEZ, ROCIO CEGARRA LOPEZ, MARIA DE LOS ÁNGELES VIGUERAS FERNANDEZ, CRISTINA EGEA PÉREZ, JUAN VIGUERAS FERNANDEZ	
ENFERMERÍA Y LOS TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS	46
CRISTINA GONZALEZ GONZALEZ, ANA COCA COCA, ESPERANZA VERDUGO ROMÁN	
PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	47
ELENA BOLADO GARCIA DE LOS SALMONES, ALEJANDRA HORNING BENGOCHEA, ANA MARIA RODRIGUEZ ALONSO, ANA NAVARRO REGO, EVA MARIA FERNANDEZ SOTA, MARIA EUGENIA PALACIO GÓMEZ, MARÍA BEGOÑA SIERRA PAZOS, MARIA LOPEZ MATA, VANESA PÉREZ FERNÁNDEZ, MARÍA ELENA ITURRALDE MARTINEZ, BEGOÑA BARRIO PEÑA, ALBA MARIA PRIETO MARTINEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS	48
ISABEL MARIA GUILLEN GARCIA, JUAN CARLOS SANTANA BERLANGA, ANGELICA SANTOS BONILLA	
DUELO COMPLICADO TRAS LA MUERTE DE UN SER QUERIDO DE MANERA REPENTINA	49
ALEJANDRO CAMACHO GONZÁLEZ, CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN ..	50
CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO, VERONICA PEREZ BARBA, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ	
DEPRESIÓN Y AUTOLISIS CON INSULINA, INTERVENCIÓN ENFERMERA	51
ENCARNACIÓN DIAZ CARRASCO, TRINIDAD QUESADA SANCHEZ, MARÍA ISABEL MENÉNDEZ SOTILLOS	
PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	52

NATALIA VEGAS NAVAS, VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, MARÍA JOSE CANO VALENCIA	
ENFERMEDAD MENTAL, ESTIGMA DE LA SOCIEDAD ACTUAL	53
ESTHER FERNÁNDEZ ALLÉS, YENNIFER GARCÍA PARDO, ELSA GARCIA DEL AGUILA	
LA PSIQUIATRÍA, MODELOS BIOLÓGICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS	54
NURIA MOLINA MORENO, PATRICIA REQUENA CARNEROS, MELISA PÉREZ GUARDEÑO	
INTENTO DE AUTOLISIS SECUNDARIO A TRASTORNO DEPRESIVO REACTIVO .	55
FRANCISCO JAVIER FORTUNY NÚÑEZ, PATRICIA SALES LAZARO, BELINDA FRANCO VENEGAS, ALBERT ALVAREZ DURAN, SUSANA ALVAREZ DURAN, MARTA ALVAREZ DURAN, MELISSA MONTES ACEDO, DAVID PALAZON GOMEZ, MARGARITA MORENO LEYVA, ANA MARÍA RUIZ RUIZ, DOLORES HIDALGO GUTIÉRREZ, ELENA LOPEZ GONZALEZ	
INTERVENCIONES ENFERMERAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL SÍNDROME POST-INYECCIÓN.....	56
LIDIA FERNANDEZ OCAÑA, JUANA LÓPEZ CARRILLO, RAQUEL ROCIO CARRASCOA CORRAL	
SOMATIZACIÓN FÍSICA DE UN DUELO COMPLICADO EN CHICA JOVEN.....	57
ANA MARIA GALLEGRO CÓRDOBA, BEATRIZ RUIZ DAVILA, NATALIA GUTIERREZ MUÑOZ	
INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA CON LITIO: INTENTO AUTOLÍTICO.....	58
ARANZAZU MARTIN VILLENA, AURORA ALGUACIL CABALLERO, MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS	
DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	59
YOLANDA SALUD MARTINEZ RUBIO, MARÍA DOLORES ALARCÓN RABADÁN, CARMEN HELLÍN CAMACHO, ESTELA BELMONTE ALHAMA, MARIA DOLORES BLAYA CRUZ, VANESSA FERNANDEZ SANCHEZ, JOSÉ MOLINA CANO, JOSE MANUEL SAORIN VERDEJO, JAVIER MORALES ELICHE, MARÍA LÓPEZ JIMÉNEZ, INES ILLÁN MORENO, ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE, MARIA CARMEN PIÑERA MORALES	
MUJER JOVEN EN UN INTENTO DE AUTOLISIS POR TRASTORNO DEPRESIVO ...	60
ANA LOPEZ RODRIGUEZ, LORENA ESPEJO GARCÍA, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO	
PLAN DE CUIDADOS INTEGRAL A UN TRASTORNO BIPOLAR	61
ANA MARIA GALLEGRO CÓRDOBA, BEATRIZ RUIZ DAVILA, NATALIA GUTIERREZ MUÑOZ	

USO DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN PACIENTE CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	62
MARIA LUISA RODRIGUEZ MORALES, IRENE MORENO ENTRENA, ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ	
CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE TERMINAL POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	63
CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ, ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ, ESTHER LOPEZ FERNANDEZ	
PACIENTE PSIQUIÁTRICO: DISMINUYE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO LOS INGRESOS HOSPITALARIOS	64
FUENSANTA CABELLO GARCIA, NURIA MOLINA TOLEDO	
LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS SÍNTOMAS	65
SARAY HERNÁNDEZ ESTEVEZ, EDUARDO HIDALGO LOPEZ, MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO	
DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO	66
JUAN MANUEL MESA GONZALEZ, PABLO ROSAS GARCIA	
EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.....	67
MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, VICTORIA VILLA ARTERO, JOAN PAU MARÍ MOLINA, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ, MARIA COELLO VADELL, ANA DIAZ MUÑOZ, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JUAN PACHECO SERRATE, ÁNGELA LORENTE MURCIA	
INTERVENCIÓN GRUPAL EN LA FOBIA SOCIAL.....	68
CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA, SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO	
ENFERMERÍA Y LA CONTENCIÓN MECÁNICA.....	69
PATRICIA LÓPEZ GARCÍA, NOELIA FERNANDEZ GUERRERO, ELIZABETH CANO GRANADO	
ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS	70
LAURA CAMAÑES MAYORDOMO, MARISOL SAINZ MONTAGUT, MEDITACION ESTIBALIZ LAKA LEWIN, SOFIA AL-KHATIB SHAHIN, HELENA ARROGANTE PASTOR, JEZABEL MALDONADO DE LA ROSA, IRIS ROS PONCE, ZAIDA SALMERÓN BUENO, MANUEL PELÁEZ CASÓLIVA, JOSÉ LUIS ROMO SÁNCHEZ, JORDI BAIXÉS PEREA, BEATRIZ CONTRERAS DEL MORAL	
COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE ENFERMERA Y PACIENTE	71
CRISTINA SIERRA HIDALGO, CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA	

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL SÍNDROME DE ASPERGER.....	72
ANTONIO LISÓN GARCIA, SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN INGRESO HOSPITALARIO PARA CURA DE SUEÑO.....	73
VICTORIA VILLA ARTERO, MARIA COELLO VADELL, LORENA GARCIA CEBRIAN, MARIA VELASCO RAYA	
DETECCIÓN DEL SÍNDROME MÜNCHAUSEN POR PODERES: PAPEL DE ENFERMERÍA.....	74
ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN	
PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO .	75
CARMEN MEDINA JIMENEZ, JOSEFA RAMOS MESA, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA	76
HUGO RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO FRANCISCO LEBRON ARANA, MACARENA CUADROS HUETA, ARANTZAZU HONORATO FORNS, CRISTINA FERNÁNDEZ RUIZ, ANA FERNANDEZ RUIZ	
ARTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA.....	77
MARIA VELASCO RAYA, MARÍA JESÚS HUERTAS SPÍNOLA, ANTONIO LUZÓN BARRILADO, LORENA GARCIA CEBRIAN, MARIA COELLO VADELL, VICTORIA VILLA ARTERO	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	78
ROCIO MARRUECOS FERNÁNDEZ, YESICA RAMOS MARTINEZ, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ ARENAS	
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y LA TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO	79
IRENE MARÍA NAVARRO MORALES, MARTA MARÍA MARTÍNEZ CIFUENTES, ANA ISABEL GÓMEZ MARTÍNEZ, PILAR TÁRRAGA SÁNCHEZ, IRENE LOPEZ LOPEZ, MARIA DOLORES LAGAR MARTÍNEZ	
CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN ADOLESCENTES: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	80
SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA, ANTONIO LISÓN GARCIA	
EL ABORDAJE DEL DUELO MIGRATORIO EN LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA.....	81

REBECA MURILLO TORRES, INAI ALEJO CORTÉS, ÈLIA HIDALGO SERRA,
ALBERTO SAEZ RUBIO, MONTSERRAT MATITO PINO, LAURA CRESPO MESTRES,
MIRIAM FIERREZ PUBILL, AINOA GARCIA BELTRAN, MIRIAM GONZÁLEZ LÓPEZ,
VANESSA IGLESIAS MONTERO

**PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS PARA UNA USUARIA CON TRASTORNO
BIPOLAR EN FASE MANÍACA82**

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

**ENFERMERÍA ANTE EL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE DE INICIO EN EL
EMBARAZO83**

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

EL TRABAJO PSICOMOTOR EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS84

NOEMI BORIS DIAZ, LAURA DE ANA CALVO

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO85

DOLORES LÓPEZ PALACIOS, IVÁN CASTRO CANOVACA, CARMEN TORRES
CARRILLO

**LA SUJECCIÓN MECÁNICA: PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO POR PARTE
DEL PERSONAL CELADOR86**

DOLORES LÓPEZ PALACIOS, IVÁN CASTRO CANOVACA, CARMEN TORRES
CARRILLO

**GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTES TRATADOS EN UNA
UNIDAD REGIONAL DE MEDIA ESTANCIA.....87**

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

SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA EN PACIENTE CON ESTRÉS..88

CRISTIAN CHAVEZ BARROSO, PATRICIA CHAVEZ BARROSO, MARÍA JOSÉ
CARRETERO SÁNCHEZ

**ALTERACIONES ANALÍTICAS MÁS FRECUENTES EN LOS TRASTORNOS DE
ALIMENTACIÓN89**

ERNESTO MUÑOZ RÓDENAS, ALMUDENA MARFIL ORTEGA, TERESA HERRADOR
ARROYO

**ANÁLISIS SOBRE LAS REPERCUSIONES DEL TRATAMIENTO EN
ENFERMEDADES MENTALES90**

MARIA ROSA ASENSIO PEREZ, JUANA SANCHEZ GALLEGO, MARIA DEL CARMEN
PARRA FERNANDEZ

FACTORES DE RIESGO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL PARTO91

RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA
MACARENA LECHUGA CORREA

**PREVALENCIA DE HIPERPROLACTINEMIA INDUCIDA POR TRATAMIENTO
ANTIPSICÓTICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.....92**

ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA
LUISA RIVERA HIDALGO

**EXCLUSIÓN SOCIAL Y TRASTORNO MENTAL GRAVE, A PROPÓSITO DE UN
CASO.....93**

IRENE ARANDA MUROS, VÍCTOR FRANCISCO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

CONTENCIÓN MECÁNICA: GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....94

GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE, MARTA
FERNANDEZ GUDIN, NOELIA GARCIA ARNALDO

EPISODIO PSICÓTICO EN PACIENTE DE 17 AÑOS95

JOSE MANUEL DE LA RUBIA CASANOVA, ENCARNACION GARCIA CRUZADO,
ANA BARRAGAN TEJEDOR

**ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON EPISODIO MANIFORME DE ORIGEN
TÓXICO.....96**

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

**ENFERMERA EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR:
REVISIÓN SISTEMÁTICA97**

SILVIA ROSILLO SANJUAN, EUGENIO OCAÑA MADERO, JUAN JESÚS LÓPEZ
MOYA

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON EPISODIO PSICÓTICO AGUDO.....98

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON TRASTORNO PARANOIDE.....99

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.....100

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.....101**

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

**SÍNDROME DE ASPERGER: HERRAMIENTAS PARA SU DETECCIÓN TEMPRANA
.....102**

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

PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....103

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

ATENCIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON ICTUS.....104

MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, ASCENSION GUIRAO BOCH, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH

EVALUACIÓN DE NECESIDADES REALES DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE TRAS UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO105

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

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO O FOLIE À DEUX106

MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

INSOMNIO INFANTIL POR HÁBITOS INCORRECTOS107

MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

CARACTERÍSTICAS DE LA INTOXICACIÓN POR LITIO.....108

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL.....109

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES

EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES EN LA INFANCIA110

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO

LA LACTANCIA MATERNA Y LOS PSICOFARMACOS.....111

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO

IMPORTANCIA DE LA CONSCIENCIA EN LA ENFERMEDAD MENTAL PARA LA EFICACIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	112
MARIA PADIAL RUIZ, MARTA PADIAL PÉREZ, MARIA NIEVES PUENTE CASTRO	
AUTOESTIMA Y SALUD MENTAL: RELACIONANDO CONCEPTOS.....	113
MARÍA HERRERA MUÑOZ, AMALIA CAMPOY RODRIGUEZ, CLAUDIA FERNANDEZ DELGADO, DESIREE REYES AFONSO, JUAN LUIS GOMEZ GOMEZ, LETICIA ALMEDA DEL CASTILLO	
CUIDADOS DE EN ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTRO CONVULSIONANTE	114
ELENA GARCÍA FERRER, MARIA DEL CARMEN GARCIA MEDINA, JOAQUÍN RUIZ ORTEGA	
ESTIGMATIZACIÓN GENERAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	115
CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA, LAURA CARMONA HERRERÍAS	
GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR USUARIOS DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSIKÓTICOS	116
GLORIA COMPAN MEDINA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ, MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN	
CASO AGUDO DE UNA RECAÍDA EN UNA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	117
FRANCISCA PRIEGO RAMIREZ, ROSA MARIA ESPARTERO SERRANO, ANTONIA SERRANO ARIAS	
CÓMO IDENTIFICAR Y PREVENIR UN RIESGO AUTOLÍTICO.....	118
ANTONIA SERRANO ARIAS, ROSA MARIA ESPARTERO SERRANO, FRANCISCA PRIEGO RAMIREZ	
PACIENTE CON RIESGO DE DEPRESIÓN POR FALTA DE CONFIANZA PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN POST-PARTO.....	119
ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ	
TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL ABORDAJE DEL INSOMNIO	120
ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO, MARTA RUBIO CEBRIAN, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, SALVADOR NAVARRO MOROTE, JOSEFA GARCIA MADRID	
PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	121
CLARA MIRALLES SÁNCHEZ, MARIA LOPEZ ORTIN, MIRIAM GALLARDO ÁLVAREZ, OSCAR NICOLAS GARIJO, JOSE ALBERTO MUÑOZ BALLESTA, JAVIER PAGAN ESCRIBANO	
EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL	122

ANA MARÍA SERRANO SALINAS, GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ,
PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ

BROTE PSICÓTICO EN TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE123

MARÍA TERESA FUENTES BOULAY, CONCEPCION GARCIA ARCOS, MARIA
DORADO GUTIERREZ

ACTUALIZACIÓN EN CONTENCIÓN MECÁNICA Y MANIOBRAS EMPLEADAS ...124

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

**USO DE PSICOFÁRMACOS EN LA MUJER EMBARAZADA CON ENFERMEDAD
MENTAL125**

MARÍA ISABEL GARCÍA PORTERO, ESTHER UBEDA CUENCA, LILIAN GOMEZ
MONTAÑO

**ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS DE UN PACIENTE DE
PSIQUIATRÍA126**

MARIA DEL CARMEN GARCIA GOMEZ, ANTONIO MAESTRE MORENO, MARIA
DOLORES OLIVARES RODRIGUEZ

LA EQUINOTERAPIA Y SUS BENEFICIOS EN PSIQUIATRÍA127

FRANCISCO JAVIER CABRERA GODOY, ANA SANCHEZ GALLARDO, ALICIA
SANCHEZ GALLARDO

**ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR
AGRAVADO POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y CONSUMO DE TÓXICOS ..128**

SERGIO SALCEDO MOLINA, JUAN JOSÉ LARA CARMONA, FERNANDO ANGEL
ROMERO MARIN

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA129

MARÍA JOSÉ JAEN LIMA, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO

BROTE PSICÓTICO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TÓXICOS130

ENCARNACION GARCIA CRUZADO, JOSE MANUEL DE LA RUBIA CASANOVA,
ANA BARRAGAN TEJEDOR

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA PATOLOGÍA DUAL131

ESTHER UBEDA CUENCA, LILIAN GOMEZ MONTAÑO, BEGOÑA SANZ LOPEZ

**ACTUACIÓN ENFERMERA FRENTE A LA AUTO-HETEROAGRESIVIDAD EN EL
PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....132**

MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO, NOELIA FERNANDEZ MORAL, TERESA
GALMES RAMIREZ

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y ECONÓMICAS.....	133
KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA, BEATRIZ MERAYO SERENO, ANE ORMAZABAL RUIZ, PALOMA ATELA URQUIJO	
EPISODIO MANÍACO EN UN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	134
DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO	
INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL PACIENTE AGRESIVO	135
RAFAEL FERNÁNDEZ CAÍNZOS, LOURDES FERNANDEZ FERNANDEZ, FABIAN LEBRON ORTIZ	
ABORDAJE DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS A LARGO PLAZO.....	136
DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO	
INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS	137
DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO	
USO DE NEUROLÉPTICOS EN EL EMBARAZO	138
DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO	
INFLUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS	139
SALVADOR NAVARRO MOROTE, JOSEFA GARCIA MADRID, PAULA MARIA CÁNOVAS MEDINA, MARTA RUBIO CEBRIAN, ELISA RODRÍGUEZ GUIRADO	
ABORDAJE DEL INSOMNIO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL	140
CLARA GARZÓN BOCH, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ, MARIA DEL CARMEN DEL MORAL LECHUGA	
DEPRESIÓN Y ABANDONO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	141
SANDRA MONTALBÁN DEL BAÑO, YESSICA GARCIA ESPINOSA, JOSE ANTONIO MOLES QUINTERO	
DEMENCIA SIDA VERSUS TUMOR O INFECCIÓN OPORTUNISTA	142
SILVIA RODRIGUEZ SILVA, FRANCISCA CAMPOS GALLEGO, PAOLA PADILLA PARRA	
DIAGNÓSTICO DE PARASOMNIAS VERSUS COMPORTAMIENTO AUTOLÍTICO	143

SILVIA RODRIGUEZ SILVA, FRANCISCA CAMPOS GALLEGO, PAOLA PADILLA
PARRA

**TOPIRAMATO PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD EN PACIENTE CON
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO144**

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE UN INTENTO DE AUTOLISIS.....145

ROCIO BARBEYTO SANCHEZ, JAVIER ISERN FARGAS, MARIA NIEVES RAMIREZ
ZARAGOZA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE QUE PADECE
ANOREXIA NERVIOSA Y ES INGRESADA EN SALUD MENTAL146**

PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO, MARÍA PERALES
CALERO

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A
PROPÓSITO DE UN CASO147**

SUSANA RIQUELME RIQUELME, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA LEONOR
SANCHEZ LOPEZ, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, MARIA RUIZ MATEOS,
ANDREA GARCIA RIVERA, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ

**ABORDAJE ENFERMERO EN TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD
.....148**

ANA ELISABET CARMONA GOMEZ, INMACULADA GARCÍA DE LA TORRE, OSCAR
MORENO PÉREZ

LA ESQUIZOFRENIA A CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS.....149

SORAYA AISA AL LAL, NAWAL MOHAMED HAMETE, YUNAIDA BOUTALIB
MOHAND

**LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN COMPETENTE CON LA POBLACIÓN
CON SORDERA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL150**

ANE ORMAZABAL RUIZ, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

EL ESTIGMA SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA151

EVA MARÍA ÁLVAREZ TORRES, ELENA BACA HIDALGO, CARMEN COLLADO
SEGURA

TIPOS DE CONTENCIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO152

ROSA ELENA ALVES RUBIO, JUNCAL GARCÍA GARCÍA, BEATRIZ CAMPA FLOREZ

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES
Y FARMACOLÓGICAS EMPLEADAS EN LA ESQUIZOFRENIA.....153**

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

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD	154
RUFINA BERMEJO GARRES	
INTENTO AUTOLÍTICO EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO.....	155
MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ	
EPISODIO MANÍACO EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO BIPOLAR.....	156
LAURA MONTES CARABIAS, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA.....	157
LAURA TIRADO NUÑEZ, ROCIO LOPEZ FERNANDEZ	
TRASTORNO POR ANGUSTIA Y DESEQUILIBRIO HIPOPOTASÉMICO EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD	158
ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO	
NEUROASTENIA O EPISODIO DEPRESIVO MODERADO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	159
ELISA EGEA CANOVAS, ALICIA JAEN HERNANDEZ	
TRASTORNO PERSONALIDAD PARANOIDE EN ADULTO JOVEN.....	160
ISABEL SÁNCHEZ GALVEZ, ESTHER MARIA GAMEZ SANCHEZ, CARMEN ALBUERA CECILIA	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	161
CARMEN DE LAS CUEVAS PELAYO, SARA RUIZ ORTEGA, VERONICA LANCETA SANTOS	
PROTOCOLO DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA COORDINACIÓN ENTRE UNIDAD HOSPITALARIA DE ENDOCRINOLOGÍA Y UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL	162
MARIA DEL CARMEN RUIZ GONZALEZ, MIRIAM MORENO CALVO, IRENE MOLINA CABELLO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA	163
DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES, NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA	
PARAFRENIA FANTÁSTICA Y AISLAMIENTO SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	164

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

**ABUSO DE ANALGÉSICOS Y ANSIOLÍTICOS EN TRASTORNO BIPOLAR: A
PROPÓSITO DE UN CASO165**

MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS,
MARIA JESUS SAEZ PEREZ, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, ASCENSION GUIRAO
BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO

**EL PAPEL DE LA ENFERMERA ENFERMERA ANTE LOS PACIENTES CON
ANSIEDAD166**

ALICIA AVILES ROMERA, ELENA AVILES ROMERA, ALINE RODRIGUEZ ILLESCAS

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN EL EMBARAZO167

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA
PÉREZ ANGUITA

UN EPISODIO PSICÓTICO POR CONSUMO EN UNA MUJER PUERPERAL168

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO, ANDREA CAMARA LINDE, LARA ASENSIO
BORDONABA

**REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENFERMERÍA: LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN LA
PSICOSIS.....169**

SILVIA ROSILLO SAN JUAN, CRISTINA GALERA NAVARRO, MARIAJOSE ORTEGA
MARTIN

DEPRESIÓN INFANTIL: ESTUDIO SOBRE SÍNTOMAS170

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA
PÉREZ ANGUITA

**ESTIGMA HACIA EL PACIENTE DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE
ENFERMERÍA.....171**

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, ALEJANDRA
MANTECON BUENDIA

LA INFLUENCIA DEL USO DE INTERNET EN LA ANOREXIA Y EN LA BULIMIA .172

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, ALEJANDRA
MANTECON BUENDIA

ESTUDI TRANSVERSAL SOBRE ELS INTENTS AUTOLÍTICS A LLEIDA173

AINOA VILCHEZ CABELLO, JANET EVELIN UCULMANA HURTADO, ANNA SERRA
BALCELLS, GEMMA MARTIN SENTIS, ROSA MAÑA VILA, ELVIRA SERÓ PIQUÉ,
ELISABETH ARQUILLUE ORDOÑO, NOEMI BONILLA SERRANO, MARTA SADURNÍ
GRÀCIA, LORENA MARTINEZ MOLINA, MONTSERRAT GRUESO GASSET, MIREIA
PASCUAL CASES

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ESQUIZOFRÉNICO	174
ROBERTO DIAZ AVILES, OLGA BEATRIZ HERRERA ALMAGRO, VERONICA LOMAS CAMARA	
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE CRÍTICO	175
LIDIA TORRES TITOS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA, MARIA DOLORES LAZO CAPARROS	
INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN PERSONAS CON AUTISMO	176
JAVIER JIMÉNEZ CABALLERO, MARÍA MARTÍNEZ DÍAZ, FRANCISCO ANDRES PASCUA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	177
DAVID TORRES SANTIAGO, MELANIE WHITE RIOS, ESTHER LOPEZ ORTE	
IDENTIFICACIÓN DELIRANTE EN EL SÍNDROME DE CAPGRAS.....	178
BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN	
COMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA	179
VALENTINA RAMOS NÚÑEZ, FRANCISCA MARIA MOLINA MORENO, MARÍA DEL PILAR ONTIVEROS MUÑOZ	
INTENTO AUTOLÍTICO POR INGESTA DE BETABLOQUEANTES Y BENZODIACEPINAS	180
MARIA GONZALEZ RANDO, ANTONIO SOLDADO GALVEZ, NURIA GILSANZ AGUILERA	
FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO	181
CRISTINA RODRÍGUEZ REYES, MARIA DEL CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ ALCANTARA	
LA MUSICOTERAPIA: BENEFICIOS EN LA ESQUIZOFRENIA	182
GLORIA PICHARDO SOLVES, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA	
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA JÓVENES ESQUIZOFRÉNICOS CON INGRESOS PREVIOS EN UHSM DIRIGIDO POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL	183
VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA, MARÍA CASAS ALMÉCIJA, JOSE ANTONIO CAMACHO ALCANTARA	
USO DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES	184

FERNANDO RODRIGUEZ OTERO, TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA	
PROGRAMA VIVE EL VERANO CON RESPONSABILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	185
MARTA SOTO DELGADO, ANTIA RODRIGUEZ PEREZ, MARÍA PÉREZ CORDÓN	
DIFICULTAD PARA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN JOVEN CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	186
LORENA RAMOS TORNERO, JAVIER CAMACHO MUÑOZ, ELENA RUCIERO BERNAL	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	187
INGRID LAURA MOLINA SANCHO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, SARA LIGERO SÁNCHEZ, CLARA MARTIN BARROSO, EDGAR BERNABÉ TORRES, LUCIA ZAPATA SOLER	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA	188
INGRID LAURA MOLINA SANCHO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, CLARA MARTIN BARROSO, SARA LIGERO SÁNCHEZ, LUCIA ZAPATA SOLER, EDGAR BERNABÉ TORRES	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS	189
SARA LIGERO SÁNCHEZ, EDGAR BERNABÉ TORRES, CLARA MARTIN BARROSO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, LUCIA ZAPATA SOLER, INGRID LAURA MOLINA SANCHO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	190
SARA LIGERO SÁNCHEZ, EDGAR BERNABÉ TORRES, CLARA MARTIN BARROSO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, LUCIA ZAPATA SOLER, INGRID LAURA MOLINA SANCHO	
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL MALTRATO EN EL ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	191
SUSANA PEREZ SANCHEZ, ISRAEL MARTÍN HERRERO	
PACIENTE VARÓN QUE PRESENTA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	192
MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ	
TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO EN LA ADOLESCENCIA A PROPÓSITO DE UN CASO.....	193
SUSANA PEREZ SANCHEZ, ISRAEL MARTÍN HERRERO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DELIRIO DE COTARD: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	194

MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA
MANZANO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRESTADOS AL PACIENTE QUE PRESENTA
INTOXICACIÓN AGUDA POR BENZODIACEPINAS.....195**

ANTONIO GUILLAMÓN GARRE, MARIA INMACULADA SORIANO GARCIA

ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....196

ROCIO JODAR PRADOS, LAURA CASADO SEOANE, JOSEFA JURADO POZA

**FORMACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE
AGITADO O VIOLENTO197**

ELENA ROJAS HIDALGO, FRANCISCO CRUZ RIZOS, LOURDES CRUZ CASTRO

PACIENTE QUE PRESENTA TRASTORNO DE PERSONALIDAD198

LAURA BAUTISTA GONZÁLEZ, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, MAGDALENA
TIRADO TROYANO

**USO DE ANTIPSICOTICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE.....199**

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

PATOLOGÍA DUAL EN LA ADOLESCENCIA200

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

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA.....201

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

PÉRDIDA DE HABILIDADES ADQUIRIDAS A RAÍZ DE UN BROTE PSICÓTICO.....202

FRANCISCA CARTAS MORENO, MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT
CASTILLO GÁMEZ

AGITACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y TIPOS DE CONTENCIÓN203

ISABEL GUZMAN DOMINGUEZ, JUAN ALEJANDRO MORENO NUÑEZ, ADRIAN
NUÑEZ MARTINEZ

ALTERACIÓN DE CONDUCTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....204

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

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ABORDAJE FAMILIAR	205
CRISTINA CANO LÉRIDA, GUILLERMO CASIN GALVAN, MARIA DOLORES SÁNCHEZ TORRICO	
AGITACIÓN PSICOMOTORA: CONTENCIÓN MECÁNICA U OBSERVACIONES UNO-UNO.....	206
CRISTINA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, PATRICIA RUIZ GALLARDO, CARMEN VANESA ROMERO FONTALBA	
ADAPTACIÓN SOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	207
MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO	
CONSTRUYENDO VÍNCULOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA.....	208
JOSÉ MARÍA GAVILÁN MARTÍNEZ, JESUS FRANCISCO INFANTES HILARIO, MARIA DEL CARMEN HURTADO MONTERO	
DISEÑO DE COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS TERAPIA OCUPACIONAL Y ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	209
ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO	
CASO CLÍNICO: COLITIS ULCEROSA EN ADOLESCENTE Y DEPRESIÓN MAYOR PERSISTENTE	210
ISRAEL MARTÍN HERRERO, SUSANA PEREZ SANCHEZ	
EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER.....	211
OLGA RUIZ MOLINA, EVA TERESA CATALAN LINARES, SALVADOR MONTALBÁN LÓPEZ - CÓZAR	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MUJER CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	212
SILVIA CRESPO FERNÁNDEZ, LAURA CASTILLO MANTECON	
LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	213
MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD ALMERÍA.....	214

VANESA RUIZ CATALICIO, ESTEFANIA MUÑOZ ALONSO, MERCEDES GARCIA LÓPEZ

MANEJO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA215

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

INTERVENCIONES EN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: A PROPÓSITO DE UN CASO 216

MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO

SUJECCION MECANICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO 217

LAURA BERRUEZO BUENDIA, FRANCISCO JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA, CAROLINA INES ALONSO RODRIGUEZ, MARIA DOLORES RUBIO ALCARAZ

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA.....218

ALBERTO MORENO BERMEJO, LILIANA LOZANO HERRERO, JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN

ACTITUDES Y HABILIDADES DE LA ENFERMERA TERAPEUTA EN INTERVENCIÓN NIC RELAJACIÓN SIMPLE.....219

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA BAUMELA

PERCEPCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ACERCA DE LA RELACIÓN DE SU ESTANCIA EN LA RESIDENCIA Y LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD220

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

INTERVENCIÓN EN PACIENTE INMIGRANTE CON TRASTORNO ADAPTATIVO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA221

LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN VERBAL ANTE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ MODERADA222

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA BAUMELA

ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE SALUD MENTAL Y FIBROMIALGIA.....223

ASCENSIÓN GIMÉNEZ ORTIZ, JOSÉ MARÍA ESPINOSA JURADO, CATALINA MARTINEZ BLAZQUEZ, MARIA MARIN CONESA, JACINTO OLMO MARTINEZ, EVA MARIA MUÑOZ CAMPANO, MARIA JOSE MAYOR SERRANO, MARIA JOSEFA ROCA MEROÑO, MARIA JOSE AGUILAR ROBLES, CARMEN BRUNO VELASCO, BEGOÑA

MAESTRE MARTINEZ, ANGEL FRANCISCO SANCHEZ EGEA, JOSE MARIANO
JIMENEZ ORTIZ, FRANCISCA GARCIA GARCIA

**OBJETIVOS EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....224**

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA
BAUMELA

**ADMINISTRACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA CONDUCTA
EN UN RECURSO DE MINI-RESIDENCIA DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL
DE GRAN CANARIA.....225**

VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ,
SARA LEONOR REYES MOLINA

**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN DISPOSITIVO
RESIDENCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO
DE ACTITUDES DEL USUARIO.....226**

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA
BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

**SEGUIMIENTO DE CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL USUARIO EN PACIENTES
DE UN SERVICIO RESIDENCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL DE GRAN
CANARIA.....227**

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA
BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

APLICACIÓN DE ECONOMÍA DE FICHAS EN UN CASO DE SALUD MENTAL.....228

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA
DOLORES DEUDERO GARCÍA

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL CONSUMO DE AZÚCAR EN USUARIOS DE
SALUD MENTAL.....229**

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA
DOLORES DEUDERO GARCÍA

**INDICADORES DE SALUD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL
GRAVE EN UNA RESIDENCIA230**

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA
DOLORES DEUDERO GARCÍA

EL MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN VERBAL.....231

ADRIÀ GIRÓ ESTIVILL, LAURA PÉREZ VEGUILLAS, MARÍA VALDIVIESO COCA

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....232

SONIA ROBLES CÓZAR, RAÚL PUIG SÁNCHEZ, MARTA ROJAS PEÑA

INTERVENCIONES EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	233
JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA, FRANCISCO FLORES ORTIZ	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PAIDOPSIQUIATRÍA	234
FRANCISCO FLORES ORTIZ, JORGE MIGUEL GARCÍA TELLEZ, CARLA FALCONI VALDERRAMA	
VÓMITOS RECURRENTES EN EL NIÑO POR TRASTORNO ORGÁNICO O DISOCIATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	235
ISRAEL MARTÍN HERRERO, SUSANA PEREZ SANCHEZ	
ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	236
ROSA MARIA CARREÑO MUÑOZ	
CONTENCIÓN VERBAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	237
NAZARET SÁNCHEZ MARTÍN, SANDRA PARDO BENAVIDES, ALBA ROLDAN FERNANDEZ	
LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DURANTE EL EMBARAZO	238
FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO, FRANCISCA SIERRA MORENO	
EL JUEGO EN EL NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	239
FRANCISCA SIERRA MORENO, FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO	
ACTUACIÓN NO FARMACOLÓGICA ANTE EL DELIRIUM	240
JUAN ANTONIO JIMENEZ LUQUE, CRISTINA LORENA RÍOS COTE, MARÍA DEL PILAR RÍOS COTE	
INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA Y ENFERMERÍA	241
EVA MOLERO CARRILLO, ANDRES GARCIA HERRUZO, CARMEN MARIA GONZALEZ GALAN	
CUCHILLOS ANTIGRAVITATORIOS: AUTOLISIS Y PSICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO.....	242
KAROLINA ANNA ROZMUS, MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA	
ANOREXIA NERVIOSA POR GROOMING: CIBERACOSO SEXUAL	243
MARÍA ESTER ALCÁZAR ARTERO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, IRENE DE LA TORRE RUBIO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO	

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA A TRAVÉS DE UN PLAN DE CUIDADOS	244
MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL, MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS	
PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR ORGÁNICO TRAS SUFRIR UN ICTUS	245
CANDELARIA DE JESUS PEREZ, EDWIN MUÑOZ HERRERA, YVELISSE ELIZABETH SÁNCHEZ MEJÍA	
LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA DEPRESIÓN	246
ÁLVARO LÁZARO MAESO, CARMEN MERCEDES ROLDAN VIDACAL, LAURA MARTINEZ GIMENEZ, JUAN PEDRO MARTÍNEZ MECA	
DESARROLLO DE LA PSICOSIS EN UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD	247
MARÍA DEL MAR PICÓN SAN MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ESPARZA, KAROLINA ANNA ROZMUS	
EL RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO	248
FRANCISCA SIERRA MORENO, FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO	
EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON COMPONENTE DE INHIBICIÓN PSICOMOTORA	249
ROBERTO ANTONIO PALACIOS GARRÁN	
TENTATIVA AUTOLÍTICA TRAS INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	250
ROBERTO ANTONIO PALACIOS GARRÁN, MANUEL JESÚS SÁNCHEZ GONZÁLEZ	
PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE SÍNDROME DE WERNICKE	251
CANDELARIA DE JESUS PEREZ, YVELISSE ELIZABETH SÁNCHEZ MEJÍA, EDWIN MUÑOZ HERRERA	

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO E IDEAS AUTOLÍTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RAFAEL RIVAS RUIZ, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA, REGINA GARCIA CABELLO

INTRODUCCIÓN: El reconocimiento de los problemas psicosociales, así como la forma que afecta a la salud, es de suma importancia para cualquier tipo de problema clínico. En la valoración que hace la Enfermería del paciente psiquiátrico en el R. A. C, trataremos de identificar los problemas psicosociales así como los esfuerzos y preocupaciones que de diferentes maneras podemos reconocer en un paciente psiquiátrico. Para adquirir toda la información oportuna se realizará una entrevista, ya que la relación que se establezca entre el profesional sanitario y el enfermo condicionará, en gran medida, el grado de confianza del paciente tanto en su curación como el seguimiento de su cuidado y su adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS: Identificar la atención enfermera en pacientes que presentan situaciones de suicidio e ideas autolíticas para abordarlas en el ámbito sanitario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos y utilizando los descriptores: psiquiatría, suicidio, ideas autolíticas, unidades psiquiátricas.

RESULTADOS: Para ello, recabaremos información para prestarle una buena atención. Crear una atmósfera confortable para el paciente, escuchando de forma activa, respondiendo con sensibilidad y empatía. Hacer notar al paciente que respetamos su intimidad. Averiguar tras valoración, entrevista y test, los propósitos del paciente así como la problemática personal que afecta al mismo para la ideación de ideas autolíticas. Atención al paciente con ideas autolíticas en el RAC, así como intentar disuadir todo pensamiento que atente contra su vida y prestarle todo cuidado necesario hasta que sea valorado por el facultativo correspondiente. En la consulta del RAC, se llevará a cabo un protocolo estandarizado terapéutico a medida y personalizado para cada paciente con trastorno mental. La valoración por el Facultativo especialista así como por la enfermería tras una entrevista completa y detallada, dará una amplia atención al paciente así como un trato digno y de calidad asistencial.

CONCLUSIÓN: Cuando se le realice la valoración o entrevista a un paciente psiquiátrico debemos de tomar en serio cualquier comentario que el paciente haga sobre el suicidio y si el caso lo permitiese preguntarle directamente sobre sus pensamientos suicidas.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, SUICIDIO, IDEAS AUTOLÍTICAS, UNIDADES PSIQUIÁTRICAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON ESTRÉS Y ANSIEDAD

RAFAEL RIVAS RUIZ, REGINA GARCIA CABELLO, MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA

INTRODUCCIÓN: El paciente psiquiátrico en su relación con el medio está continuamente haciendo reajustes, para que su organismo esté en equilibrio, por lo tanto el estrés y la ansiedad forma parte de la vida de estos pacientes. El individuo se enfrenta habitualmente a situaciones que requieren la resolución activa de problemas pero generalmente utilizan para ello mecanismo y respuestas habituales, y con frecuencias automáticas.

OBJETIVOS: El objetivo principal es identificar las situaciones que pueden generar en el paciente una crisis aguda de estrés y ansiedad para instruir al paciente para que pueda afrontarlas y la resolución de problemas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos y utilizando los descriptores: estrés, ansiedad, paciente, psiquiátrico.

RESULTADOS: El resultado de la educación para la salud, indican el impacto sobre la mejoría funcional del individuo y qué es mayor cuanto más intensa sea la intervención. Probablemente dicho impacto es distinto y varía en función de diversos factores, como la actitud del individuo y su entorno, el soporte educativo facilitado y la intensidad del programa. Se le dará al paciente sesiones de educación para la salud a nivel de psicoterapia, así como establecer un plan de cuidados a nivel de enfermería en el domicilio para paliar cualquier crisis aguda que le pueda surgir implicando a la familia en el control del cuadro del paciente.

CONCLUSIÓN: Los pacientes ansiosos tienden a focalizar la atención selectivamente en las preocupaciones que le afectan, que les suele abrumar y las perciben como incontrolables. La reconcentración de uno mismo, la fatiga y la desmotivación, son en último término el resultado habitual de este proceso.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, ANSIEDAD, PACIENTE, PSIQUIÁTRICO.

INGRESO PSIQUIÁTRICO: VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA SUBJETIVA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

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

INTRODUCCIÓN: El ingreso de un paciente en una unidad de psiquiatría, supone casi siempre una situación límite, que puede tener importantes consecuencias positivas y/o negativas para el paciente y la familia. La sobrecarga que soporta el cuidador principal, puede repercutir de forma negativa sobre su salud.

OBJETIVOS: Identificar el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de personas que padecen un trastorno mental. Identificar si existe relación entre el nivel de sobrecarga y factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. Sujetos a estudio: familiares de pacientes que ingresen en una unidad de psiquiatría de hospitalización breve. Criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, comunicarse en castellano. Criterios de exclusión: que no entienda el castellano y/o que exprese su negativa a participar. Instrumentos a utilizar: escala de sobrecarga del cuidador-Test de Zarit y cuestionario (elaborado por las enfermeras investigadoras) que recogerá las variables sexo, edad y nivel sociocultural. Análisis estadístico con análisis descriptivo de las variables y de la distribución normal de la muestra y diferencias entre grupos ($p < 0.05$).

RESULTADOS: De un total de 22 pacientes, se ha recogido que: el 77,3% de los cuidadores son mujeres y el 22,7% son hombres con edades comprendidas entre los 21 y 64 años (media 45,54 DT= 9,82). Respecto al nivel educativo, un 40,9% han cursado Educación Secundaria Obligatoria (ESO), el 36,4% estudios primarios y el 13,6% estudios universitarios. El 73% presentaban sobrecarga intensa, el 19,3% leve y el 7,7% no presentaban sobrecarga.

CONCLUSIÓN: Resulta esencial conocer las características sociodemográficas del cuidador principal de este tipo de pacientes para tener como base los resultados arrojados en el presente estudio en lo que a sobrecarga subjetiva se refiere, es necesario realizar programas de entrenamiento en técnicas de relajación e intervenciones psicoeducativas encaminadas a disminuir las repercusiones físicas y psíquicas del cuidador principal.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOR, SOBRECARGA, INGRESO PSIQUIÁTRICO, VALORACIÓN.

CÓMO CONVIVIR LA FAMILIA CON UNA PERSONA ESQUIZOFRÉNICA

SANDRA GUTIERREZ VILLALBA, LAILA LAKCHINI, MUSTAPHA BENDAOUED BRIKI

INTRODUCCIÓN: La familia es muy importante , ya que puede condicionar la evolución del paciente y con frecuencia son el interlocutor con el profesional cuando el paciente no acude a la consulta.

OBJETIVOS: Analizar la importancia que tiene la familia en el paciente esquizofrénico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cuiden, se encontraron 20 artículos y de ellos se seleccionaron 5 ya que se adaptaban más a mi objetivo.

RESULTADOS: La intervención familiar puede ayudar a: Mejorar la comunicación, reduciendo la emoción, la expresión de angustia y la culpa. Reducir las expectativas no realistas para el buen funcionamiento del paciente. Ayudar al paciente a comprender su enfermedad y a cambiar actitudes antes esta. Intervenir en actividades sociales o de ocio dirigidas a reintegrar en la comunidad al afectado. Cambiar actitudes negativas hacia el paciente, aprender estrategias para manejar el estrés y resolver situaciones problemáticas.

CONCLUSIÓN: La esquizofrenia supone un impacto sobre la vida familiar, de aquí la importancia que tiene su colaboración para un abordaje adecuado del problema, en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente. Ser capaces de ver a la familia como un todo proporciona estabilidad a la relación terapéutica, así como comprometer a la familia en el proceso de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ESQUIZOFRENIA, FAMILIA, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO

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

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico enfermero riesgo de suicidio se define como el riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

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

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de distintos libros y manuales (NANDA, NIC y NOC, Linda Carpenito, Modelo Área), con selección de criterios relacionados con salud mental, suicidio, intervenciones enfermeras, cuidados en salud mental, en idioma español.

RESULTADOS: Mediante la implementación de intervenciones de Enfermería del paciente con riesgo de suicidio disminuirémos las posibles complicaciones como seguridad del paciente. Las intervenciones irán enfocadas a prevenir el suicidio, disminuyendo del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida. Enfermería deberá: determinar la existencia y el grado del riesgo de suicidio, administrará la medicación, si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor, así como, controlará los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza, para darle oportunidad al paciente de hablar de sus sentimientos y lo animará a buscar a sus allegados para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión. Nuestro resultado es el control del riesgo como las acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables, donde el paciente reconocerá los factores de riesgo, aprenderá estrategias y utilizará los sistemas de apoyo personal para reducir y controlar el riesgo, entre otros.

CONCLUSIÓN: Enfermería mediante esta intervenciones consigue un seguimiento más cercano al paciente, ofreciendo una buena relación enfermera-paciente, estableciendo canales de comunicación efectivos (escucha activa) que son claves para facilitar la comprensión por parte del paciente, de su patología y tratamiento, así como la toma de decisiones compartida.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, SUICIDIO, INTERVENCIONES ENFERMERAS, CUIDADOS EN SALUD MENTAL.

TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD, ACTUACIÓN ENFERMERA

MARTA MAROTO ROMERO, ISABEL MENENDEZ GONZALEZ, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ TELLEZ

INTRODUCCIÓN: La ansiedad se define como un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Se suele asociar a sentimientos de incertidumbre e impotencia.

OBJETIVOS: Conocer los niveles de la ansiedad. Identificar la labor enfermera en este campo.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía existente sobre el tema a tratar. Se consultaron diversas bases de datos como Medline, Scielo y Cuiden. Se visitaron páginas como la de la asociación española de enfermería de salud mental ([www. Aeesme. Org](http://www.Aeesme.Org)), la de la sociedad española de psiquiatría ([www. Sepsiq. Org](http://www.Sepsiq.Org)) entre otras. Se utilizaron palabras clave como: ansiedad, niveles de ansiedad, salud mental y enfermera de salud mental. Se seleccionaron solo artículos en castellano.

RESULTADOS: La ansiedad se puede dividir en cuatro niveles: Ansiedad leve, Moderada, Intensa, Pánico o angustia. La ansiedad leve es la asociada con la tensión de la vida diaria, en ella la enfermera debe valorar su existencia, y facilitar la motivación, por ejemplo informar a la persona de lo que se trata. En la ansiedad moderada la persona se centra en las preocupaciones inmediatas, disminuye su campo de percepción, la enfermera debe valorar su existencia, porque es necesaria para realizar actividades específicas, como por ejemplo el tener un examen. La intensa se centra en detalles específicos, sin pensar en nada más. En ella la enfermera debe enseñar a controlarla, por ejemplo con técnicas de relajación, pensamientos positivos... En el pánico o la angustia, la persona siente que es incapaz de hacer cosas, se produce una desorganización de la personalidad, disminución de la capacidad de relacionarse. La enfermera debe formar equipo con los doctores, administrar medicación y monitorizar.

CONCLUSIÓN: Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes, cuanto antes se traten, la persona sufrirá menos complicaciones y recuperará su estilo de vida habitual.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, NIVELES DE ANSIEDAD, SALUD MENTAL, ENFERMERA DE SALUD MENTAL.

LA ANSIEDAD PREOPERATORIA: UNA REACCIÓN COMPLEJA QUE AFECTA A TODO TIPO DE ENFERMO

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

INTRODUCCIÓN: La ansiedad preoperatoria es la más frecuente que desarrolla el paciente antes de ser sometido a una intervención quirúrgica, estos pacientes no tienen control y por eso se les ayuda a tener el mayor control de ansiedad que se pueda para así poder disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular durante la anestesia y la cirugía, favoreciendo así una recuperación más rápida en el postoperatorio. La ansiedad preoperatoria es una reacción compleja en el que el paciente experimenta más ansiedad justo antes de la intervención. Para enfrentarse a ese miedo el paciente moviliza sus recursos emocionales.

OBJETIVOS: Analizar y determinar las medidas necesarias de las que dispone el personal sanitario para reducir la ansiedad pre quirúrgica.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: Cochrane, Cuiden Plus, Dialnet, donde se han usado los siguientes Descriptores: Preoperatorio, ansiedad, anestesia.

RESULTADOS: Es muy importante que estos pacientes reciban ayuda del personal sanitario y puedan recibir una educación centrada en el proceso perioperatorio donde se abarcaría el proceso pre-quirúrgico, el momento de la intervención, el postoperatorio inmediato y la recuperación. Las intervenciones del personal sanitario reducen significativamente la ansiedad percibida que tiene el paciente.

CONCLUSIÓN: En diferentes estudios indican que el personal sanitario no actúa siguiendo los mismos procedimientos en el paciente prequirúrgico para evitar la ansiedad de éste. Es conveniente hacer un procedimiento que siga el personal sanitario para enfocarse en cada paciente de forma individual y adecuada a los síntomas del paciente.

PALABRAS CLAVE: PREOPERATORIO, ANSIEDAD, ANESTESIA, QUIRÚRGICO.

UN TIPO DE PARASOMNIA: LOS TERRORES NOCTURNOS

ESTHER REBOLLO BARRAGAN, RAQUEL CARRETERO BLANCO, ESTEFANÍA DURÁN FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Las parasomnias son trastornos del sueño que pueden clasificarse según en la fase del sueño en la que aparecen o su semiología. Los terrores nocturnos pertenecerían al grupo de parasomnias relacionadas al sueño NO REM junto con despertares confusionales y sonambulismo.

OBJETIVOS: Conocer causas y síntomas de los terrores nocturnos en la infancia.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica relacionada con los terrores nocturnos, en las bases de datos de Pubmed, Medline y Cochrane plus. Se utilizaron como criterios de inclusión aquellos artículos relacionados con el tema en castellano e inglés con menos de 5 años de antigüedad excluyendo todos los demás.

RESULTADOS: Los terrores nocturnos son eventos que duran entre 30 segundos y 5 minutos y afectan generalmente a niños entre 5 y 7 años y suelen resolverse en la adolescencia. Se inician con un despertar brusco de un sueño apacible en el primer tercio de la noche, con vocalizaciones (llanto o gritos), sensación de miedo intenso y descargas vegetativas. El niño se sienta en la cama con desorientación, no puede responder, puede sudar, hiperventilar, tener taquicardia y las pupilas dilatadas. Las causas serían fiebre, falta de sueño, periodos de tensión emocional, estrés o conflictos. Si persisten habría que realizar pruebas diagnósticas relacionadas con el sueño (polisomnografía :vigilancia de parámetros durante el sueño para el estudio normal y anormal del mismo). Algunos autores indican el uso de antidepresivos tricíclicos y benzodicepinas si los terrores nocturnos son dañinos. Aunque normalmente basta con tranquilizar al niño.

CONCLUSIÓN: Los terrores nocturnos se presentan en la infancia y normalmente desaparecen en la adolescencia, se presentan de forma brusca y suelen presentar sintomatología relacionada con alteración del sistema nervioso. Son de duración breve y basta con calmar al niño, suelen presentarse por fiebre, falta de sueño, estrés o tensión emocional.

PALABRAS CLAVE: PARASOMNIAS, TERRORES NOCTURNOS, SUEÑO, POLISOMNOGRAFÍA.

DEPRESIÓN MAYOR RESISTENTE Y TRATAMIENTO CON KETAMINA INTRAVENOSA

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

INTRODUCCIÓN: La depresión mayor resistente es un trastorno psiquiátrico de gran magnitud ya que por su curso crónico y aumento de la mortalidad se considera un problema altamente incapacitante.

OBJETIVOS: Analizar publicaciones científicas sobre el uso de ketamina intravenosa en la depresión mayor resistente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el uso de ketamina intravenosa en la depresión mayor resistente en los últimos 5 años. Se consultaron diferentes bases de datos: Dialnet, Medline, PubMed Central y Crochane. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos, se utilizaron descriptores en español (“depresión mayor”, “ketamina”, “intravenoso”), en inglés (“Major depressive disorder”, “ketamine”, “Intravenous”). Los criterios fueron: Estudios que analicen el uso de ketamina intravenosa en depresión mayor; Metaanálisis, revisiones bibliográficas o serie de casos; Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; Con acceso al texto completo; y Escritos en inglés o español.

RESULTADOS: Varios estudios confirman la efectividad de la ketamina intravenosa en pacientes con depresión grave recurrente, asociada a pocos efectos secundarios. En el caso de aparición pueden ser breves episodios disociativos y cefalea entre los más comunes. Lo característico de este nuevo fármaco es que se ven efectos positivos a las 2h tras la administración.

CONCLUSIÓN: Los estudios parecen describir buenos resultados de este nuevo fármaco y con un efecto mucho más rápido que los antidepresivos clásicos, habría que difundir y formar a los especialistas de salud mental, tanto enfermeras como psiquiatras para administrarlo de la forma más segura.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN MAYOR, KETAMINA, INTRAVENOSA, TRATAMIENTO.

A PROPÓSITO DE UN CASO: INGESTA DE TÓXICOS EN ENFERMOS MENTALES

LETICIA PORRAS ORTIGOSA, MARIA INFANTES CORRAL, ANA BELÉN PINO REBOLLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 43 años diagnosticado de psicosis secundaria a ingesta de tóxicos. En seguimiento por su zona básica de salud mental de referencia. Convive con su mujer y sus dos hijos y está en trámites de divorcio. Actualmente desempleado. Consumidor de un paquete de tabaco diario, además de cannabis y cocaína de manera esporádica. Debutó a los 30 años con una psicosis tóxica debido a consumo excesivo de cannabis. Acude a urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa acompañado de su hermano. El motivo de consulta es insomnio de mantenimiento, afirma que no acude a las citas con su psiquiatra de referencia porque cree que lo espía y graba las conversaciones que tienen. También ha tenido conductas agresivas hacia su mujer e hijos en los últimos días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración se muestra consciente, alerta, desconfiado y parcialmente colaborador. Presenta discurso saltatorio, se muestra a la defensiva al abordaje y con consciencia nula de enfermedad. Verbaliza irritado que están todos aliados con el psiquiatra ambulatorio, pregunta dónde están las cámaras escondidas. Reconoce haber aumentado estos días el consumo de cannabis y cocaína. Apenas comer y no dormir.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Psicosis tóxica.

PLAN DE CUIDADOS: Este paciente ingresó en la unidad de agudos de Salud Mental hospitalaria donde estuvo tres semanas. Cuando cesó el síndrome de abstinencia y le reajustaron el tratamiento se fue de alta al programa Proyecto Hombre para deshabituación de drogas.

CONCLUSIONES: Está demostrado que el consumo excesivo de cannabis puede desencadenar enfermedades mentales como es la esquizofrenia, se multiplica la probabilidad de debutar con una enfermedad mental si además tienes una predisposición genética. El consumo de cannabis en España es ilegal ya sea con fines recreativos o medicinales, solo una minoría de personas que consumen esta droga en exceso solicita ayuda profesional.

PALABRAS CLAVE: DROGAS, ENFERMO MENTAL, TÓXICOS, PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

LA ALTERACIÓN EN LA CONDUCTA: INTERVENCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

YOLANDA SIMON TORRES, ENCARNACIÓN MARIA DEL REY MARTINEZ, FRANCISCA MARIA DEL PINO ANDUJAR

INTRODUCCIÓN: La personalidad es el conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas características que nos hacen distinguir a las personas entre sí, que persiste en el tiempo y en diferentes situaciones, es inflexible e internamente experimental. La alteración de la conducta, generalmente tiene su origen en la adolescencia, permanece a lo largo de la vida y evidencia malestar y perjuicios para el individuo y los que viven a su alrededor.

OBJETIVOS: Determinar las medidas preventivas para el control conductual.

METODOLOGÍA: Se han consultado diferentes estudios y bases de datos bibliográficos, utilizando como descriptores, medidas preventivas, sintomatología, reinserción social, neuroconductores, deshinibición e interacción.

RESULTADOS: Las medidas preventivas son de primera necesidad para el control conductual. Un elaborado tratamiento individualizado adecuado a la sintomatología. El TCAE como miembro del equipo de Salud Mental, debe estar en capacidad de prevenir lo factores de riesgo. Fomentar una salud mental óptima. Reinserción social. Mejorar la calidad de vida del paciente. Programas de prevención primaria de Salud Mental. Una planificación centrada en la persona. En general, las personas que tienen síntomas neuroconductores, como pueden ser agresividad, ansiedad, deshinibición, alteración del sueño, hacen más difícil el tratamiento y manejo del paciente. Cuando el TCAE esta en contacto con estos pacientes, le debe proporcionar empatía, respeto, humildad, conocimientos, comunicación, esfuerzo y profesionalidad.

CONCLUSIÓN: Este problema no solo está centrado en la persona que lo sufre, ya que es muy importante el contexto donde ésta se desenvuelve. El equipo de enfermería está situado en un punto bastante óptimo para realizar las tareas de coordinación entre los Servicios de Salud Mental, los dispositivos de Rehabilitación, así como la interacción entre ambos. Para ello hay habilitados Unidades Hospitalarias de tratamiento y Rehabiliación, hospitales de día de Salud Mental.

PALABRAS CLAVE: MEDIDAS PREVENTIVAS, NEUROCONDUCTORES, SINTOMATOLOGÍA, REINSERCIÓN SOCIAL, DESHINIBICIÓN, INTERACCIÓN.

PACIENTE CON TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

RAQUEL GAMBIN ESTEBAN, MARIA VIRGINIA BAÑOS FUENTES, CRISTINA MARTINEZ ESPINOSA, LIDIA BRAVO HERNANDEZ, MARIA SOLEDAD FRANCO GARCIA, ANA BELEN CASTILLO GOMEZ, GABRIEL ESTEVE ROCAMORA, ROSARIO CORDEIRO ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Desde unas semanas, pero sobre todo en la última, relata importante angustia psíquica relacionada con la temática delirante basal que se ha intensificado. Predomina el temor y convicción de un perjuicio con el fin de agredirla físicamente, incluso teme por su vida, tiene miedo a salir a la calle o quedarse sola en su domicilio, incluso se protege en alguna ocasión con arma blanca para su defensa por lo que apenas sale de casa. Dada la situación, la paciente avisa hoy por la tarde al 112 solicitando vigilancia policial y avisa a la ambulancia para que la traigan al hospital para valorar ingreso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora, pero con importante angustia psicótica. Discurso que acompaña su relato y argumentaciones con tendencia al llanto, sin objetivar otras alteraciones formales del pensamiento. Predominio de un sistema delirante de perjuicio poco sistematizado que mantiene de forma cronificada, con mayor intensidad en el momento actual y sobre una base interpretativa, y autorreferencial con múltiples interpretaciones e intuiciones delirantes, acompañado de un humor delirante en forma de temor y convicción de que algo malo le va a ocurrir. Importante repercusión emocional tras extender el delirio a cualquier persona de la calle. Insomnio de una semana de evolución acompañado de frecuentes pesadillas en relación a la muerte. No conductas desorganizadas o extravagantes. Verbaliza pensamiento pasivo en torno a la muerte ante intensa angustia sin plan autolítico estructurado en el momento actual.

JUICIO CLÍNICO: Angustia psíquica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno de Ideas delirantes persistentes.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES: El trastorno delirante es un trastorno psicótico que se caracteriza por la presencia de una o más ideas delirantes sin que se produzca otra patología significativa.

PALABRAS CLAVE: TEMÁTICA DELIRANTE, INSOMNIO, ANGUSTIA, PSIQUIATRÍA.

VALORACIÓN DE UN PACIENTE POLITOXICÓMANO POR PARTE DE ENFERMERÍA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 43 años de edad que tras ser dada de alta en la unidad de agudos de Psiquiatría, es remitida a nuestra unidad de salud mental comunitaria para valoración y seguimiento. Presenta consumo de tóxicos (alcohol y cocaína de forma esporádica) de varios años de evolución durante los cuales se ha ido agravando. Ingreso hospitalario previo por abandono del tratamiento antidepressivo. Divorciada, tiene dos hijos de 20 y 25 años con los que no mantiene relación afectiva desde que inició su problema de alcoholismo. Trabaja de camarera de forma interrumpida. Antecedentes Personales: diagnosticada de depresión desde hace 10 años, ideación suicida con varios intentos de autolisis en seguimiento por Psiquiatría. Antecedente familiares de trastorno depresivo. Tratamiento: Escitalopram 10 mg/24 h, Lorazepam 1mg/24h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora, aspecto físico descuidado, ánimo depresivo con sentimiento de tristeza. Apatía. Nos comenta que llega a considerar la muerte como algo deseable para acabar con su sufrimiento, vacío existencial, abulia, pérdida de interés por actividades recreativas, escaso contacto ocular, nos refiere problemas familiares.

JUICIO CLÍNICO: Nuestra atención irá enfocada a intentar modificar su conducta para mejorar sus relaciones familiares así como para favorecer su reintegración social. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico Enfermero: [00053] Aislamiento social r/c conducta socialmente no aceptada (consumo de tóxicos) m/p tristeza, mal contacto ocular, búsqueda de soledad. Diagnóstico Enfermero: [00063] Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo r/c abuso de alcohol y personalidad adictiva m/p deterioro de las relaciones familiares y aislamiento social.

CONCLUSIONES: NOC: [1604] Participación en actividades de ocio. NIC: [5100] Potenciación de la socialización. NOC: [1503] Implicación social. NIC: [5430] Grupo de apoyo. NOC: [1302] Superación de problemas. NIC: [7100] Estimulación de la integridad familiar.

PALABRAS CLAVE: ALCOHOLISMO, AISLAMIENTO, DEPRESIÓN, TÓXICOS.

ENFERMERÍA ANTE EL INTENTO DE SUICIDIO

MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ, SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA, JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR

INTRODUCCIÓN: Estadísticamente las cifras verídicas son difíciles de estimar por la dificultad en la recogida de datos, pero, de manera aproximada, según el INE, los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por cada 100.000 Habitantes/año. Hoy en día es la urgencia Psiquiátrica más común en el servicio de urgencias de los hospitales o centros de salud.

OBJETIVOS: Determinar medidas para la intervención de los profesionales sanitarios que debe ir dirigida a garantizar la seguridad del paciente, evaluar su conducta, los valores que la determinan y la estrategia terapéutica a seguir.

METODOLOGÍA: Revisar la Historia Clínica del paciente sobretodo en intentos autolíticos previos, episodios de depresión o ansiedad. Para recoger las variables socio-demográficas y clínicas se debe rellenar un formulario.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos en las bases de datos consultadas apuntan a un incremento en la prevalencia del intento autolítico.

CONCLUSIÓN: La intervención de los profesionales sanitarios debe ir enfocada a poder garantizar la seguridad del paciente, evaluar su tipo de conducta, los valores que determinan dicha conducta y la estrategia a seguir por el equipo terapéutico. El personal sanitario debe poseer una formación específica y adecuada para poder realizar una valoración individualizada y exhaustiva de cada paciente sobre el riesgo autolítico y los signos de alarma suicida que manifieste, además, es indispensable poder garantizar en todo momento la seguridad del paciente

PALABRAS CLAVE: AUTOLÍTICO, CLÍNICA, FORMACIÓN, PREVENCIÓN.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA MEDICALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

EVA MOLERO QUERALT, DAVINIA GOMIS JUAN

INTRODUCCIÓN: Existe en nuestra sociedad actual un elevado consumo de psicofármacos asociados al incremento del consumo de antidepresivos, benzodiazepinas y ansiolíticos debido a situaciones como la crisis económica, falta de recursos o la elevada tasa de paro provocando situaciones de estrés y malestar mental

OBJETIVOS: Determinar la relación existente entre el abuso del consumo de psicofármacos entre pacientes de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el consumo psicofármacos entre pacientes de salud mental. Se busca en bases de datos como Pubmed, Cochrane, Cuidatge y Scielo entre los rangos de tiempo que van desde enero de 2015 a diciembre de 2015. Los operadores booleanos son AND y OR.

RESULTADOS: Tras el análisis de los documentos relacionados con el tema en cuestión, destacar que en los últimos años se ha producido un incremento de los diagnósticos de ansiedad y depresión con el consiguiente aumento de consumo de antidepresivos y tranquilizantes. Un porcentaje elevado de consumidores de estos fármacos son mujeres mayores de edad con un nivel socio económico bajo, que tras estudios se detectan problemas de salud mental. También se produce un consumo abusivo entre pacientes consumidores de drogas, con problemas de salud física. Ante esta situación el personal sanitario puede llevar a cabo la prescripción de tratamientos alternativos, realizar sesiones de educación para la salud para tratar sus miedos e inquietudes, derivar a redes de apoyo, etc.

CONCLUSIÓN: Supone de gran importancia potenciar tratamientos alternativos que no sean farmacológicos en pacientes diagnosticados de ansiedad o depresión para evitar el consumo excesivo de fármacos. Por ello el personal sanitario ha de fomentar los recursos necesarios en este grupo de población para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: CONSUMO, MEDICALIZACIÓN, PSICOFÁRMACOS, SALUD MENTAL, ALTERNATIVAS.

ESTUDIO DEL TRASTORNO BIPOLAR Y SUS SÍNTOMAS

MARÍA DEL CARMEN GALERA GUZMÁN, ANA BELEN SEGURA MOLINA, ANA ISABEL LOPEZ RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar forma parte de una de las patologías más antiguas. Los antiguos griegos tenían episodios de depresión y manías a los que denominaban “manías”. El 1.6% De las personas se ven afectadas por esta enfermedad.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es conocer la evidencia disponible sobre el Trastorno Bipolar y sus síntomas.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión de la literatura científica de los últimos diez años en las bases datos Cuiden Plus, Medline, Cochrane Library y Scopus, ampliado con el buscador google académico, sobre el uso de antiespasmódicos en el trabajo de parto, usando como descriptores: “Trastorno bipolar”, “Estrés”, “Emociones” y “Manía”.

RESULTADOS: El trastorno bipolar es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). Es una enfermedad crónica episódica y recurrente, tratable con medicación y psicoterapia que el paciente tendrá que tomar toda su vida. La genética es una de las causas fundamentales en la aparición de la enfermedad. Lo genera un desequilibrio químico en un tipo de biomoléculas del cerebro llamadas neurotransmisores. También se asocia a otros factores que la predisponen como son el consumo de alcohol, otras drogas, el estrés creciente que hay hoy en día en nuestra sociedad, conllevando este también a una falta de sueño que agrava la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Es fundamental el conocimiento del cuadro clínico del Trastorno Bipolar para un abordaje seguro y de calidad. Las técnicas grupales que ayudan a la relajación para aminorar el estrés que les causan sus síntomas y el manejo de los psicofármacos para la estabilización del ánimo de estos pacientes son esenciales para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, MANÍAS, DEPRESIÓN, ESTRÉS.

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

MARIA DEL MAR RODRIGUEZ GALLEGO, ROCÍO SANTANA ALCÁNTARA, LORENA FLOR GARCÍA LOZANO

INTRODUCCIÓN: El trastorno bipolar es una enfermedad que afecta al estado de ánimo, afectividad y humor de la persona, tendiendo a alternar la euforia o manía con la depresión (Psicosis Maníaco Depresiva). La mayoría de los pacientes se pueden recuperar sin secuelas si se usa el tratamiento adecuado, de ahí la importancia de conocer las pautas correctas a seguir.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento de elección ante episodios de Psicosis Maníaco Depresiva (PMD) o trastorno bipolar.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, PubMed o Cochrane. También se consultó el libro "Introducción a la enfermería en salud mental", de Díaz de Santos. Se ha limitado la búsqueda a artículos publicados entre los años 2007-2017, tanto en inglés como en español, utilizando los descriptores: "bipolar disorder", "treatment", "care", "medication" y sus respectivas traducciones "trastorno bipolar", "tratamiento", "cuidados", "medicación". De un total de 15 artículos, 6 fueron seleccionados para un análisis en profundidad.

RESULTADOS: En los episodios maníacos se utilizan fármacos eutimizantes del humor (como el litio, ácido valproico o lamotrigina) y también fármacos antipsicóticos (haloperidol o risperidona) cuyas dosis varían según la necesidad. En las fases depresivas, se usan fármacos antidepresivos, que normalmente son bien tolerados, eficaces y con escasos efectos secundarios. Si el cuadro fuera muy grave y con alto riesgo de suicidio, está indicada la terapia electroconvulsiva. Una vez estabilizado, requerirá tratamiento continuo a base de sales de litio, previniendo las recaídas en un 70-80% de los pacientes.

CONCLUSIÓN: El trastorno bipolar (PMD) es una enfermedad que responde muy favorablemente al tratamiento si se asisten separadamente los episodios maníacos y depresivos. Además, es de las pocas enfermedades psiquiátricas en las que se pueden prevenir recaídas con tratamiento a base de sales de litio.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TRATAMIENTO, CUIDADOS, MEDICACIÓN.

LA MUSICOTERAPIA: UNA TERAPIA PSICOLÓGICA ALTERNATIVA EN LAS PATOLOGÍAS MENTALES

VERÓNICA CARRASCO MARTINEZ, SONIA SÁNCHEZ NAVARRO, DAVID COLLADOS VALDIVIESO

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia es una técnica que utiliza la música con beneficios en la salud física, mental y emocional de las personas. A través de esta terapia se pretende facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el movimiento y el desarrollo.

OBJETIVOS: Conocer las últimas evidencias sobre los beneficios de la musicoterapia como terapia psicológica en los trastornos mentales.

METODOLOGÍA: Revisiones bibliográficas y búsqueda de artículos en diferentes bases de datos: Dialnet, PubMed y Cochrane. Artículos seleccionados de los últimos cinco años en español e inglés. Descriptores MeSH: Music Therapy/Mental Disorders/Psychological Therapies/Alternative Treatment.

RESULTADOS: La musicoterapia ha sido utilizada como un tratamiento complementario en los trastornos mentales. Los trastornos mentales que han mostrado mejoría con esta terapia han sido la esquizofrenia y la depresión. En pacientes con esquizofrenia ha mostrado beneficios en el estado general y en las relaciones sociales. En pacientes con depresión existe mejoría en el estado de ánimo cuando se complementa con otros tratamientos.

CONCLUSIÓN: Aunque se han hallado beneficios de la musicoterapia en algunos trastornos mentales como la esquizofrenia o la depresión, no podemos recomendar esta terapia como tratamiento puesto que hoy día no existe evidencia de su efectividad como medida complementaria en los trastornos mentales.

PALABRAS CLAVE: TERAPIAS, TRATAMIENTO, MUSICOTERAPIA, TRASTORNO.

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA

FRANCISCO JAVIER BAUTISTA MEDINA, DAVID ARRUFAT GONZALEZ, JESSICA ANGULO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La unidad de psiquiatría se encarga del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, trastornos de la personalidad y de la conducta.

OBJETIVOS: Determinar las funciones y los protocolos de actuación establecidos en las unidades de psiquiatría, basándose en las necesidades asistenciales de los enfermos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en las bases de datos Medline Plus, Cuiden y Scielo con los descriptores: salud, paciente, psiquiatría, celador.

RESULTADOS: El celador realizará una serie de funciones específicas, se encargará de la vigilancia de la puerta y controlará las entradas y las salidas de las personas autorizadas. Controlará que no se introduzca ningún objeto, comida, bebida que no estén permitidos y el suministro de tabaco. Ayudará en el aseo personal de pacientes que lo necesiten y vigilará a los pacientes que no quieran asearse para que lo realicen. Realizará tareas colaborando con el personal sanitario para mantener el orden y la armonía entre los pacientes en la unidad, en la reducción de pacientes agitados, ayudando al personal sanitario a sujetar a los pacientes que necesiten sujeción mecánica y a los que necesiten la administración de inyectables. Trasladará a los pacientes si requieren ir a la consulta y los acompañará a dar paseos.

CONCLUSIÓN: Es un servicio que funciona con la atención de un equipo multidisciplinar y es muy importante seguir los protocolos establecidos.

PALABRAS CLAVE: SALUD, PACIENTE, CELADOR, PSIQUIATRÍA.

EL DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL SUICIDIO

LIDIA MOLINA ZAFRA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILES, MERCEDES CORTÉS CANO

INTRODUCCIÓN: El suicidio a sido un tema tabú en la sociedad, pero hoy en día es una incidencia cada vez mayor. El dolor crónico presente en alguna enfermedades, pueden causar una incapacidad importante y a la larga síntomas depresivos. Estos sentimientos pueden llevar asociados ideas de muerte y suicidio consumado.

OBJETIVOS: Mediante la realización de ésta revisión se pretende valorar si el dolor crónico es un factor de riesgo para el suicidio, con la intención de realizar una correcta intervención en este tipo de pacientes para intentar prevenirlo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía científica existente en Medline sobre el dolor crónico como factor de riesgo para el suicidio.

RESULTADOS: En la bibliografía se describe que la limitación de las actividades diarias, así como el dolor resistente al tratamiento, aumenta el riesgo de suicidio. El riesgo aumenta más en pacientes masculinos y que han realizado intentos previos.

CONCLUSIÓN: El dolor crónico en su factor de riesgo de intento de suicidio y la desesperación de lo pacientes y el dolor son los factores que más se relacionan con el empeoramiento de la clínica depresiva. Es importante realizar seguimientos a éstos pacientes, así como un acompañamiento para intentar que mejore su calidad de vida. Se piensa que el realizar un programa de prevención de suicidio en estos pacientes podría ser muy beneficioso, así como terapias en grupo.

PALABRAS CLAVE: SUICIDIO, DOLOR, ENFERMEDADES, TRATAMIENTO.

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS DEL DEPORTE EN SALUD MENTAL

JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, VERONICA PEREZ BARBA, CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO

INTRODUCCIÓN: El deporte es muy beneficioso en todos los ámbitos, mejorando la calidad de vida, ya que realizan actividades que antes no podían realizar. Hacen nuevas amistades y se relacionan unos con otros. En nuestro Complejo Asistencial de Málaga, se implantó unas series de actividades.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta el deporte en la salud mental de los pacientes.

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

RESULTADOS: Crear hábitos de deportes, con unas pautas de ejercicios y dentro de unos horarios establecidos, aunque les cueste al principio, poco a poco lo irán logrando. Progresivamente se va incrementando la cantidad e intensidad del deporte, como grupo de fútbol, paseos por la ciudad, natación en épocas de verano, yoga, propio gimnasio del Complejo Asistencial. Con todas las actividades deportivas, cada usuario escoge el deporte que más les guste y se hacen un planning y seguimiento que tienen que cumplir con diferentes objetivos. Se favoreció el aumento de la potencial cerebral, se redujo la depresión en un 85% de los casos, se mejoró la autoestima del 90%, se disminuyó el estrés mental y el grado de agresividad. Después de 3 meses con las actividades, se realizó una encuesta, con la que la mayoría de los usuarios se sentían bien después de realizar el ejercicio físico.

CONCLUSIÓN: Realizando ejercicio se produce una liberación de endorfinas, que es una sustancia del organismo con una estructura química similar a la morfina que favorece sentirse bien, después de realizar el ejercicio físico. Llevando una vida mucho más activas, se consiguen una mejora del sueño, toda una calidad de vida y se reduce el estrés diario.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, DEPORTE, CALIDAD DE VIDA, AGRESIVIDAD.

RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL SEVERO EN TRATAMIENTO CON ARIPIPAZOL

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

INTRODUCCIÓN: A la complejidad de la patología psiquiátrica se añade una alta comorbilidad con patología física siendo uno de los principales problemas de salud pública. La mortalidad es 2 o 3 veces más alta que en la población general. Diversos estudios relatan un alto índice de mortalidad debido a la elevada prevalencia de Síndrome Metabólico. El riesgo cardiovascular y metabólico de estos pacientes se ve incrementado por la presencia de factores modificables, como el tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hábitos tóxicos y otros secundarios como el tratamiento antipsicótico, en especial los fármacos de segunda generación y/o dislipemias. Actualmente el Síndrome Metabólico queda definido, según la OMS, por la asociación de cinco factores: obesidad abdominal, resistencia a la insulina, hipertensión arterial (HTA), alteración del metabolismo de los hidratos de carbono y dislipemia (alteración del nivel de triglicéridos o de colesterol HDL). Actualmente se considera diagnóstico cumplir al menos tres de los cinco criterios.

OBJETIVOS: Analizar el riesgo de Síndrome Metabólico en pacientes en tratamiento con Aripipazol en seguimiento ambulatorio según rangos de edad y sexo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional prospectivo. La muestra será no probabilística, intencionada, formada por un grupo de 30 pacientes (15 hombres y 15 mujeres) en tratamiento con Aripipazol en el dispositivo. Se recogerán los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, perímetro abdominal, peso, talla, IMC, tensión arterial, niveles de glucosa, colesterol HDL y triglicéridos. Se realizará una comparación de variables en un periodo de 6 meses (Octubre 2017-Abril 2018).

RESULTADOS: En relación a los resultados está pendiente de la recogida de datos, aunque la previsión de resultados será que los pacientes que han introducido Aripipazol en su pauta de tratamiento, tendrán una disminución del riesgo del síndrome metabólico respecto al uso de otros fármacos antipsicóticos.

CONCLUSIÓN: Aunque estemos pendientes de la recogida de datos para evaluación del riesgo esperamos un resultado muy parecido al que se describe en las revisiones bibliográficas realizadas.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, ANTIPSICÓTICOS, TRASTORNO MENTAL SEVERO, ARIPIPAZOL.

ENFERMERÍA Y LOS TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

CRISTINA GONZALEZ GONZALEZ, ANA COCA COCA, ESPERANZA VERDUGO ROMÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y TOC que acude a urgencias por empeoramiento de su salud mental. Refiere la paciente baja de ánimo, tendencia a la clinofilia, intensa apatía. Explica que suenan campanas dentro de su cabeza que dicen constantemente “que se muera el cura”. Refiere que el ruido le perturba y no le deja realizar una vida normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Muy angustiada durante la entrevista. Juicio de la realidad alterado con ideas delirantes de presentación obsesiva. Reparición de rituales y obsesiones del mismo tipo. Discurso repetitivo espontaneo.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p angustia Riesgo de incumplimiento del tratamiento r/c complejidad del tratamiento Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de las percepciones m/p dificultad para comprender o mantener el patrón habitual de comunicación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La sintomatología presentada por la paciente pone de claro manifiesto la necesidad de la intervención enfermera. Escala de Goldberg >4.

CONCLUSIONES: La complejidad de los diagnósticos enfermeros y sus intervenciones dentro del campo de Salud Mental demuestra la necesidad de formación de especialistas en este campo.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, DELIRIO, COMUNICACIÓN.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

ELENA BOLADO GARCIA DE LOS SALMONES, ALEJANDRA HORNING BENGOCHEA, ANA MARIA RODRIGUEZ ALONSO, ANA NAVARRO REGO, EVA MARIA FERNANDEZ SOTA, MARIA EUGENIA PALACIO GÓMEZ, MARÍA BEGOÑA SIERRA PAZOS, MARIA LOPEZ MATA, VANESA PÉREZ FERNÁNDEZ, MARÍA ELENA ITURRALDE MARTINEZ, BEGOÑA BARRIO PEÑA, ALBA MARIA PRIETO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Es un proyecto enmarcado dentro de las actividades de difusión y formación para la prevención primaria de TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria).

OBJETIVOS: Evaluar la incidencia de los trastornos de la alimentación en los jóvenes de edades comprendidas entre 12 y 18 años.

METODOLOGÍA: La metodología empleada es las de distribuir entre la población diana una encuesta voluntaria y anónima acompañada de un formato de charlas con un modelo participativo, apoyado con medios audiovisuales y distribución de material de apoyo.

RESULTADOS: Los resultados se obtienen trabajando con una base de datos de entre 400 a 500 alumnos con edades comprendidas entre 12 y 18 años de los cursos de la E. S. O y Bachillerato proponiendo una rutina de alimentación y ejercicio físico que garantice su buen desarrollo tanto físico como psicológico.

CONCLUSIÓN: Trataremos de evaluar el grado de conocimiento entre la muestra de población del biotopo personal y la influencia de una buena alimentación en el desarrollo.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, DEPORTE, PREVENCIÓN, ALIMENTACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS

ISABEL MARIA GUILLEN GARCIA, JUAN CARLOS SANTANA BERLANGA, ANGELICA SANTOS BONILLA

INTRODUCCIÓN: Los cuidados provenientes de los profesionales TCAE son precisos en el campo de la salud mental, siendo imperante su colaboración con otros profesionales para que el servicio al paciente tenga una máxima eficacia. Así pues, debe haber un buen entendimiento en el equipo terapéutico, para actuar de forma unilateral y conseguir juntos la mejoría o rehabilitación del enfermo.

OBJETIVOS: Determinar la función y la labor asistencial de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los centros psiquiátricos.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura en bases de datos electrónicas, los límites impuestos fueron año 2010-2017, texto completo, idioma inglés, español y portugués.

RESULTADOS: Generalmente, las patologías psiquiátricas suelen acompañarse de una disminución de las capacidades del individuo, no pudiendo cubrir sus necesidades básicas por sí mismo. En ese caso son los TCAE quienes son los encargados de satisfacerlas, fomentando en lo posible el autocuidado, colaborando en el refuerzo positivo de la autoestima, considerados signos importantes de una mejoría y bienestar del enfermo. Las tareas más relevantes son ayudar al paciente en las actividades que lo requiera como aseo, alimentación, realización de tareas cotidianas, orientar al paciente en la unidad así como garantizar su seguridad, observar conductas inadaptada, estimulación y colaboración en la participación en rehabilitación y ocio, prevenir crisis además de intervenir mediante técnicas de sujeción (solo bajo prescripción) evitando lesiones, vigilancia individual de riesgo autolítico, cumplimiento de normas y órdenes establecidas y anotación de incidencias de cada paciente.

CONCLUSIÓN: Los TCAE deben formarse constantemente teniendo una información básica de la enfermedad y sus síntomas mentales y así poder planificar y ejecutar cuidados asistenciales concretos. Deben integrarse en el equipo terapéutico coordinándose en los objetivos planificados para el paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PACIENTE PSIQUIÁTRICO, REHABILITACIÓN, TCAE.

DUELO COMPLICADO TRAS LA MUERTE DE UN SER QUERIDO DE MANERA REPENTINA

ALEJANDRO CAMACHO GONZÁLEZ, CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 52 años acude al CSM derivado por el MAP para valoración de cuadro depresivo tras crisis de ansiedad, que le lleva a acudir al Hospital cursando con sensación de disnea y temblor en las extremidades superiores. Presenta baja autoestima, desesperanza, sentimientos de ira, etc. Refiere tener mucha tristeza y vacío tras el fallecimiento de su mujer de manera repentina y traumática hace 7 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No alergias conocidas. Fumador de un paquete de cigarrillos al día. Toma Lormetazepam 2 mg. Antecedentes familiares sin interés.

JUICIO CLÍNICO: (00135) Duelo complicado. (00137) Aflicción crónica. (00120) Baja autoestima situacional. (00124) Desesperanza. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Duelo complicado relacionado con muerte de persona significativa (su mujer) manifestado por cuadro de ansiedad, depresión, ira y sentimiento de vacío.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (1304) Resolución de la aflicción. (1208) Nivel de depresión. (1205) Autoestima. (1204) Equilibrio emocional. NIC: (5230) Mejorar el afrontamiento. Fomentar el dominio gradual de la situación. Proporcionar un ambiente de aceptación. (5270) Apoyo emocional. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. (5290) Facilitar el duelo. Identificar la pérdida. (5820) Disminución de la ansiedad. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

CONCLUSIONES: Ante una pérdida, especialmente ante una muerte, la persona pasa por un proceso de duelo, en el cual se producen diferentes fases, con diversas respuestas emotivas y adaptativas. El personal de enfermería debe saber identificar cada etapa, para actuar en consecuencia con el paciente, garantizando su bienestar y confort.

PALABRAS CLAVE: DUELO, BAJA AUTOESTIMA, PÉRDIDA, DEPRESIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

CRISTÓBAL RAMOS POSTIGO, VERONICA PEREZ BARBA, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: El Trastorno por déficit de atención es un cuadro sintomático que se caracteriza por la falta de atención, impulsividad e hiperactividad.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados enfermeros en pacientes con TDAH.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema. Esta ha sido llevada a cabo en varias bases de datos, tales como: Scielo, Medline. Además, se han revisado guías clínicas.

RESULTADOS: En atención primaria, la actuación de enfermería es clave para la detección precoz de este síndrome. Las actividades de enfermería ante este síndrome serán: Fomentar un ambiente familiar estructurado. Enseñanza de la mediación prescrita. Desarrollar una relación de confianza con el niño. Fomentar el aprendizaje de las actividades cotidianas, tipo habla lenta, lenguaje concreto mediante juegos.

CONCLUSIÓN: El TDAH constituye un importante problema de salud en los niños en edad escolar. El papel de la enfermería tiene una función importante en la prevención y seguimiento de este trastorno, encargándose de la educación de la salud y la realización de actividades formativas para las familias afectas.

PALABRAS CLAVE: NIÑO, ENFERMERÍA, DÉFICIT DE ATENCIÓN, TDAH, CUIDADOS.

DEPRESIÓN Y AUTOLISIS CON INSULINA, INTERVENCIÓN ENFERMERA

ENCARNACIÓN DIAZ CARRASCO, TRINIDAD QUESADA SANCHEZ, MARÍA ISABEL MENÉNDEZ SOTILLOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Avisan al equipo de urgencias un familiar que llega al domicilio y encuentra a un joven de 35 años inconsciente en el sillón junto a varios viales vacíos de insulina gliargina y aspart. El joven tiene diabetes tipo I y se encontraba atravesando una depresión severa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inconsciente sin responder a estímulos verbales ni dolorosos, pupilas midriáticas y areactivas, pulso 119 l. P. M. Y TA 85/50 Fc. Piel fría y pálida. Glucosa no detectable en glucómetro. Se pone glucagón im mientras se canaliza vía periférica y se pasa glucosa al 20% y traslado a centro sanitario.

JUICIO CLÍNICO: Shock insulínico con intento de autolisis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Posibilidad de intoxicación etílica u otras drogas, síndrome neurológico (epilepsia, gran mal), síndrome cardiogénico.

PLAN DE CUIDADOS: 00043 Protección inefectiva, NOC:0912 Estado neurológico: conciencia, NIC: 6680 Monitorización signos vitales, 2620 Monitorización neurológica, 2130 Manejo de la hipoglucemia. 00137 Aflicción crónica, NOC: 1409 Autocontrol de la depresión, NIC: 5270 Apoyo emocional 5320 Dar esperanza.

CONCLUSIONES: La administración intencionada de dosis masivas de insulina con intención suicida en pacientes con diabetes es afortunadamente poco frecuente, pero muy grave, ya que la mayoría de estos casos mezcla insulina aspart y gliargina con lo que es muy difícil normalizar los valores de glucosa en sangre incluso en días después del intento, por los mecanismos de acción de ambas hormonas. La administración de una dosis masiva de insulina parece tener un buen pronóstico a pesar de sus potenciales complicaciones como son la hipokaliemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, esteatosis hepática aguda, edema pulmonar y deterioro neurológico permanente. Afortunadamente, en nuestro paciente no se produjo ninguna de estas complicaciones a pesar de requerir un aporte total aproximado de 700 g de glucosa por vía intravenosa.

PALABRAS CLAVE: DIABETES TIPO I, AUTOLISIS, GLUCAGÓN, SHOCK INSULÍNICO.

PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

NATALIA VEGAS NAVAS, VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, MARÍA JOSE CANO VALENCIA

INTRODUCCIÓN: El trastorno por déficit de atención es un episodio sintomático diferenciado por una falta de atención, impulsividad e hiperactividad que se manifiesta en el niño.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de realizar un examen sobre el TDAH. Identificar los beneficios de realizar actividades con estos pacientes.

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

RESULTADOS: Es necesario realizar un examen para saber: Qué lo caracteriza, Cómo se manifiesta, Cuáles serán las consecuencias, Causas del trastorno, Diagnóstico y pronóstico, Sintomatologías más frecuentes, Beneficios de la natación para el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Por último estrategias metodológicas a seguir. Con la realización de varias actividades podemos: Fomentar un ambiente familiar ordenado. Instrucción de la medicación prescrita. Establecer una relación de confianza con el niño. Promover el aprendizaje de las actividades cotidianas, tipo, habla lenta, lenguaje preciso mediante juegos.

CONCLUSIÓN: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud en los niños de edad escolar.

PALABRAS CLAVE: NIÑO, TRASTORNO, DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, SÍNDROME, DIAGNÓSTICO.

ENFERMEDAD MENTAL, ESTIGMA DE LA SOCIEDAD ACTUAL

ESTHER FERNÁNDEZ ALLÉS, YENNIFER GARCÍA PARDO, ELSA GARCIA DEL AGUILA

INTRODUCCIÓN: Según la OMS, la salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, que puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

OBJETIVOS: Conocer su definición, porque está estigmatizado y recomendaciones para su inclusión social.

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

RESULTADOS: La enfermedad mental afecta a aspectos psicológicos como la emoción, conducta, percepción, aprendizaje, conciencia... Todo esto dificulta la adaptación al entorno cultural y social en que se vive creando un malestar subjetivo. Sufren un estigma por determinados estereotipos negativos que producen unos prejuicios sobre este colectivo. Se crean unas conductas de rechazo, menosprecio y distancia social. Con la depresión y la ansiedad no sucede lo mismo, suele haber mayor tolerancia, pero las enfermedades como trastorno bipolar y esquizofrenia son menos aceptadas por la sociedad. Todo esto crea unas consecuencias atribuidas por los propios enfermos que llegan a asumirlo e interiorizarlo. Se recomienda para su inclusión social entre otros: facilitar la interacción y contactos sociales participando en actividades de formación y desarrollando funciones distintas a los de la enfermedad. , Establecer un sistema de vigilancia y protesta activa contra la estigmatización y discriminación, potenciar la participación en actividades comunitarias.

CONCLUSIÓN: Los enfermos de salud mental conviven con los efectos del estigma y los prejuicios en su vida cotidiana. Se han de tomar acciones que planteen la minimización del estigma y la sensibilización de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: ESTIGMA, VIOLENCIA, SOCIEDAD, DISCRIMINACIÓN.

LA PSIQUIATRÍA, MODELOS BIOLÓGICOS Y PSICOTERAPÉUTICOS

NURIA MOLINA MORENO, PATRICIA REQUENA CARNEROS, MELISA PÉREZ GUARDEÑO

INTRODUCCIÓN: La psiquiatría es la rama de la medicina que se encarga del estudio de los trastornos mentales con el fin de prevenir, tratar, diagnosticar y rehabilitar para conseguir la autonomía del paciente. Su principal función es ayudar a que los pacientes superen sus dificultades y se adapten a la convivencia sana para llevar una vida sana y tranquila, con la ayuda de la terapia y los medicamentos. Por tanto, un psiquiatra diagnostica y trata los problemas mentales, enfermedades como la paranoia, la esquizofrenia, el autismo o las psicosis maníaco-depresivas, entre otras. También trata los problemas más frecuentes como la depresión.

OBJETIVOS: Analizar la forma de adquirir la capacidad clínica necesaria para atender correctamente la enfermedad mental. Evaluar correctamente la enfermedad mental del paciente y proponer una terapia afectiva para ello.

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

RESULTADOS: Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por alteraciones anímicas o por un prolongado estado emocional. El más frecuente es la depresión, estado en que el paciente se siente agobiado por la tristeza, pierde interés en las actividades y muestra otros síntomas como un gran sentimiento de culpa o la falta de autoestima. Las causas biológicas de esta enfermedad, entre ellas la genética y los desequilibrios químicos del cerebro, parecen contribuir mucho a la depresión y, sobre todo, al trastorno bipolar. Los tratamientos psiquiátricos pueden dividirse en dos grandes grupos: los biológicos, son los que incluyen el suministro de medicinas y la aplicación de electro shock para actuar en la bioquímica del cerebro, y los psicoterapéuticos, que apelan a las técnicas de la psicología.

CONCLUSIÓN: Es necesario que para conseguir una organización, eficiente y de calidad, de la atención a la salud mental es necesario un servicio de planificación para su funcionamiento.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, SALUD MENTAL, MEDICAMENTOS, TERAPIA, DIAGNOSTICAR, DEPRESIÓN.

INTENTO DE AUTOLISIS SECUNDARIO A TRASTORNO DEPRESIVO REACTIVO

FRANCISCO JAVIER FORTUNY NÚÑEZ, PATRICIA SALES LAZARO, BELINDA FRANCO VENEGAS, ALBERT ALVAREZ DURAN, SUSANA ALVAREZ DURAN, MARTA ALVAREZ DURAN, MELISSA MONTES ACEDO, DAVID PALAZON GOMEZ, MARGARITA MORENO LEYVA, ANA MARÍA RUIZ RUIZ, DOLORES HIDALGO GUTIÉRREZ, ELENA LOPEZ GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 44 años de edad, sin antecedentes clínicos de interés, derivado a consultas externas de Psiquiatría tras ser dado de alta de la unidad de agudos psiquiátrica hospitalaria, donde ingresó tras intento de autolisis por sobreingesta medicamentosa que precisó de ingreso en la UCI del mismo hospital. El paciente refiere conflictividad familiar como desencadenante del proceso. Se le trató con Citalopram, Sertralina y Orfidal durante nueve meses, durante los cuales recibió también apoyo psicoterapéutico, período tras el cual fue dado de alta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado, aspecto cuidado, contacto sintónico, discurso coherente, centrado en la ideación autolítica todavía presente sin intencionalidad en el momento actual. Lenguaje espontáneo y fluido, juicio de la realidad conservado. Crítica parcial de los hechos. No labilidad emocional. No alteraciones de la senso-percepción. Examen toxicológico en sangre y orina negativo.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno depresivo reactivo en remisión parcial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La ausencia de sintomatología autorreferencial, delirios y/o alucinaciones, así como el no consumo de tóxicos, permiten sustentar la orientación diagnóstica frente a otros trastornos psiquiátricos.

PLAN DE CUIDADOS: La intervención de enfermería consistió en dar apoyo en las sesiones de psicoterapia y en las de seguimiento psiquiátrico. Le enfermera hizo también el seguimiento de la toma efectiva del tratamiento farmacológico prescrito.

CONCLUSIONES: El trastorno depresivo reactivo puede convertirse en el desencadenante de una tentativa autolítica. Por ello, y pese a su mejor manejo y pronóstico comparado con otros trastornos psiquiátricos de mayor entidad, no debe ser minusvalorado.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, INTENTO, DEPRESIÓN, REACTIVA, SECUNDARIO.

INTERVENCIONES ENFERMERAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL SÍNDROME POST-INYECCIÓN

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

INTRODUCCIÓN: La introducción de los antipsicóticos atípicos de liberación retardada ha permitido asegurar la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes con baja conciencia de trastorno, con una tasa aceptable de efectos secundarios. En el caso de algún antipsicótico de nueva generación, existe un efecto secundario poco común que consiste en la presencia de síntomas de sobredosis del fármaco tras la administración intramuscular.

OBJETIVOS: Identificar la etiología y sintomatología del Síndrome Post-inyección y determinar las intervenciones enfermeras para evitar su aparición.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de “Cochrane”, “Scielo” y el buscador “Google académico” centrándose en estudios sobre el síndrome post-inyección, sin límite de fecha, desde el comienzo de indexación de cada base de datos.

RESULTADOS: La causa más conocida del SPI en los estudios realizados, es la sobredosificación del fármaco en sangre tras la administración intramuscular. La sal de pamoato de olanzapina en concreto, se disuelve más rápido en contacto con la sangre sin existir una correlación clara frente a la dosis administrada. Se cree que la administración intravascular parcial o la rotura de un vaso sanguíneo durante la inyección, produce la absorción de este fármaco en el torrente sanguíneo, dando lugar a una alta concentración en plasma, que sería la causa de los síntomas del SPI. Los síntomas observados en el SPI son la sedación, confusión, disartria, malestar general y ataxia, siendo en el 80% de los casos producidos en la primera horas post inyección.

CONCLUSIÓN: La detección de la SPI depende del conocimiento de los síntomas, la observación del paciente, así como del uso de una técnica adecuada. Debe tener un periodo de observación durante al menos tres horas del estado mental y hemodinámico, así como administrarse en glúteo profundo con correcta verificación de no pasar a torrente sanguíneo y sin masajear la zona.

PALABRAS CLAVE: ANTIPSICÓTICOS, EFECTOS SECUNDARIOS, MEDIDAS PREVENTIVAS, INTERVENCIONES ENFERMERAS, SÍNDROME POST-INYECCIÓN.

SOMATIZACIÓN FÍSICA DE UN DUELO COMPLICADO EN CHICA JOVEN

ANA MARIA GALLEGO CÓRDOBA, BEATRIZ RUIZ DAVILA, NATALIA GUTIERREZ MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años que acude a la consulta de atención primaria de enfermería, por pérdida importante de peso, taquicardia, llanto, tristeza, insomnio e ideas autolíticas. Pérdida familiar múltiple hace 11 meses en un accidente de tráfico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Caquexia, IMC 17kg/m^2, piel seca, agrietada. Aspecto triste: resaltes óseos marcados. Caída cabello. TA: 85/50 Tª: 35.8&Ordm;C. Analítica: glu (60mg/dl), NUS 32, creatinina (0.8), Hemoglobina (13), hematíes, 42*10 x6. Coagulación normal. EKG: ritmo sinusal 112 lpm. Abdomen: palpitations y presencia de masas fecales. Rx tórax/TAC craneal toracoabdominal: sin hallazgos significativos. En la valoración psicológica, se observa una depresión/desinterés/desapetencia.

JUICIO CLÍNICO: Según patrones funcionales de salud, tiene alterados los de percepción/manejo de la salud, nutricional/metabólico, sueño/descanso, autopercepción/autoconcepto, y adaptación/tolerancia al estrés. Duelo complicado (00135), ansiedad ante la muerte (00147), afrontamiento ineficaz (00069), aislamiento social (00053), déficit autocuidado alimentación (00102) y trastorno del patrón del sueño (00198). **PLAN DE CUIDADOS:** NOC: Autogestión de los cuidados (1613), sueño (0004), imagen corporal (1200), percepción de amenaza (1704), autoestima (1205), autocontrol de la ansiedad (1402), calidad de vida (2000), control del peso (1612), participación en actividades ocio (1604) y superación de problemas (1302). NIC: alimentación (1050), apoyo emocional (5270), ayuda al autocuidado (1800), disminución de la ansiedad (5820), facilitar el duelo (5290), dar esperanza (5310), asesoramiento (5240), modificación de conducta (4362) aumentar el afrontamiento (5230) y fomentar el sueño (1850).

CONCLUSIONES: El plan de cuidados de enfermería en estos casos es complejo. Se destina a facilitar duelo y seguimiento en la consulta, además de ser remitida a salud mental. La evaluación de este plan refleja mejoría emocional, aumento de peso gradual y mayor participación en las actividades diarias; así como la mejora en el descanso diario.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, DUELO, ANGUSTIA, INSOMNIO.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA CON LITIO: INTENTO AUTOLÍTICO

ARANZAZU MARTIN VILLENA, AURORA ALGUACIL CABALLERO, MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años que acude al servicio de urgencias por ingesta abusiva de medicación con fines autolíticos. Se ha tomado: 1500 mg de quetiapina, 105 mg de tranxilium, 350 g de sertralina y 10 comprimidos de litio. Alérgica a levofloxacin. AP: trastorno esquizoafectivo, hipotiroidismo, intento autolítico en 2008. Está en seguimiento por Centro de Salud Mental de su barrio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se encuentra somnolienta, responde a estímulos. Glasgow 10. Refiere problemas con su pareja desde hace 1 mes. Regular estado general, tendente al sueño, eupneica. No edemas. En ritmo sinusal a 80 lpm. No alteraciones de la repolarización. Se realizan: Analítica de sangre con niveles de litio y orina: niveles de litio altos, aumento de la creatinina y orina positiva en benzodiazepinas. Radiografía de tórax: no condensación neumónica. EKG: sin alteraciones. Sondaje vesical. Sonda nasogástrica.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación medicamentosa. Intoxicación grave con litio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente es valorada por la unidad de cuidados intensivos dada la gravedad de la intoxicación con litio. El litio, es uno de los fármacos clásicos, que ha demostrado desde hace varias décadas, ser efectivo en el control de la excitación que se produce en los pacientes con episodios maníacos y, en la prevención de nuevas crisis en los pacientes con trastorno bipolar. Una intoxicación con dicho medicamento puede producir entre otras cosas insuficiencia renal. Se procede al sondaje vesical de la paciente para contabilizar exhaustivamente la diuresis, pudiendo observar oliguria. Se aumenta la sueroterapia intravenosa. Se realiza sondaje nasogástrico con administración de carbón activado para evitar la absorción de las sustancias químicas ingeridas.

CONCLUSIONES: Tras el aumento de líquidos intravenosos a la paciente se consigue que arranque a orinar. Se realizan varias analíticas de sangre donde se advierte una disminución de los niveles de litio y de creatinina. Además se inicia una perfusión con flumazenilo para despertar a la paciente, la cual al finalizar el día se encuentra mucho más reactiva, con coordinación, colaborativa, orientada. Es valorada por psiquiatría quienes, una vez estabilizada, la ingresan.

PALABRAS CLAVE: LITIO, SOMNOLENCIA, INTENTO AUTOLÍTICO, INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.

DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

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

INTRODUCCIÓN: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad, se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones recurrentes, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo, un deterioro de la actividad general y un malestar clínicamente significativo. El individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales, salvo en el caso de los niños que pueden no ser capaces de reconocerlo. El TOC en niños y adolescentes es una enfermedad con frecuencia se detecta meses o años después de su inicio, lo que dificulta la atención especializada.

OBJETIVOS: Analizar las diferentes opciones de tratamiento en los niños y adolescentes con TOC. Analizar nuestros conocimientos sobre TOC en niños y adolescentes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos tales como; Fuden, Scielo, PudMed, Cuiden, Cinahl. En el periodo del 2015 al 2017. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: El tratamiento farmacológico se basa en antidepresivos que inhiban la recaptación de serotonina, ya que este grupo de medicamentos ha mostrado eficacia en el tratamiento a corto y largo plazo. Los tratamientos psicosociales del TOC incluyen la psicoeducación y la psicoterapia cognitivo conductual (TCC) que consiste en entrenamiento cognitivo, la exposición, prevención de la respuesta y sesiones familiares.

CONCLUSIÓN: Tanto la TCC como el tratamiento farmacológico mejoran los síntomas del TOC en los niños y adolescentes. A pesar de esto la mayoría de los estudios coinciden que la mejor alternativa de tratamiento es la TCC, por lo que será el tratamiento de elección en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, NIÑOS, ADOLESCENTES, TRATAMIENTO.

MUJER JOVEN EN UN INTENTO DE AUTOLISIS POR TRASTORNO DEPRESIVO

ANA LOPEZ RODRIGUEZ, LORENA ESPEJO GARCÍA, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 26 años de edad (mujer) que acude a urgencias del Hospital, trasladada por el dispositivo de urgencias DCCU por ingesta medicamentosa con fines autolíticos. A su llegada, es vista por el médico de guardia y avisa a la psiquiatra de guardia para valorar a la paciente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: Depresión. No fumadora y no presenta AMC. El tratamiento habitual que toma es: Alprazolam 1 mg y Diazepam 5 mg. Constantes vitales al ingreso: TA: 102/74, FC: 86, SpO₂: 99%, T^oC: 36,6; Glucemia 85 mg/dl. La paciente entra en observación, estando allí se le realiza un lavado gástrico, terminando con la ingesta de carbón activado. Se comienza con una perfusión de 500 ml de SF con 5 ampollas de Anexate, para contrarrestar los efectos de los medicamentos ingeridos. La psiquiatra habla con su familia y con ella para realizar una exhaustiva valoración.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno depresivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Intento de autolisis derivado de un trastorno depresivo.

CONCLUSIONES: Tras la valoración de la psiquiatra de guardia, después de 24 h en observación y pasarse los efectos de la medicación ingerida, es dada de alta con seguimiento de su médico de atención primaria y control de la unidad de salud mental. El intento de autolisis es una forma de llamar la atención o pedir ayuda. Es muy importante que el personal sanitario, los familiares y el propio paciente tengan en cuenta que la psicoterapia unida al tratamiento farmacológico son imprescindibles para conseguir una evolución favorable.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, INGESTA MEDICAMENTOSA, TRASTORNO DEPRESIVO, PSIQUIATRA.

PLAN DE CUIDADOS INTEGRAL A UN TRASTORNO BIPOLAR

ANA MARIA GALLEGO CÓRDOBA, BEATRIZ RUIZ DAVILA, NATALIA GUTIERREZ MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años, diagnosticada de trastorno bipolar, con múltiples antecedentes familiares psiquiátricos, alcoholismo en remisión desde los 30 años y con hipotiroidismo subclínico por litio. Presenta varios ingresos en unidad de agudos por conductas compulsivas, tras consumo ocasionales de tóxicos y alcohol, a partir de enviudar hace 6 años. Ausencia de reacciones alérgicas a medicamentos. Realizada terapia electroconvulsiva en dos ocasiones tras fracaso de tratamientos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la entrevista se observa una mujer con actitud depresiva, voz baja y apagada con discurso coherente, que a veces presenta bloqueo en el pensamiento. Aspecto externo descuidado. Contacto visual difícil. Analítica sangre (hemograma, bioquímica y coagulación) normales, así como el sedimento de orina. Niveles de litio alterados, transaminasas discretamente elevadas. TAC craneal sin hallazgos de interés.

JUICIO CLÍNICO: Según patrones funcionales de salud, tiene alterados los de percepción/manejo de la salud, autopercepción/autoconcepto, y adaptación/tolerancia al estrés. Según NANDA: Afrontamiento inefectivo (00069), aislamiento social (00053). **PLAN DE CUIDADOS:** NOC: Afrontamiento de problemas (1302), bienestar personal (2002), autogestión de los cuidados (1613), imagen corporal (1200), percepción de amenaza (1704), autoestima (1205), autocontrol de la ansiedad (1402), calidad de vida (2000), control del peso (1612), participación en actividades ocio (1604) y superación de problemas (1302). NIC: Aumentar el afrontamiento (5230), apoyo emocional (5270), alimentación (1050), ayuda al autocuidado (1800), disminución de la ansiedad (5820), asesoramiento (5240), modificación de conducta (4362) y fomentar el sueño (1850).

CONCLUSIONES: Con este enfoque integral, se beneficia a la paciente de la participación en sus actividades diarias de vida, formando parte de sus cuidados y mejorando así su autonomía y autoestima.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, TÓXICOS, ELECTROCONVULSIÓN, LITIO, DEPRESIÓN.

USO DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN PACIENTE CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

MARIA LUISA RODRIGUEZ MORALES, IRENE MORENO ENTRENA, ANA BELÉN NARANJO GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 43 años acude por miedo a sufrir una nueva intervención radio quirúrgica y por el estrés laboral que padece. Acude a consulta derivado por su médico de cabecera por sus problemas de vértigos y miedo a sufrir una nueva intervención radiocirugía, de la cual fue intervenida hace más de 7 años con resultados positivos. Además de tomar consciencia de todo, el estrés laboral lo ha ido acumulando a lo largo de los últimos 9 años y la repercusión ha ido aumentando en el estado anímico depresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras una exploración clínica, se le realiza una intervención psicológica integrando algunas de las técnicas propias de la terapia de aceptación y compromiso.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno mixto ansioso-depresivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Análisis funcional de su ansiedad, riesgos de situaciones de estrés, técnicas de control relajación respiración y técnicas de explosión, solución de problemas y clasificación de valores.

PLAN DE CUIDADOS: La evolución del paciente ha sido favorable puesto que ha aprendido a regular sus niveles de ansiedad ante las situaciones temidas y conseguir un estilo de vida más coherente con sus valores.

CONCLUSIONES: La aplicación de la terapia y la integración de las técnicas basadas en la aceptación y la explosión ha sido eficaz en términos de adherencia al tratamiento y de resultado en el seguimiento, reforzando la estrategia de intervención donde en un primer momento se focalizó en la conducta sintomática progresando en las condiciones inadaptadas, conflictos interpersonales y clarificación de valores.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, TRASTORNO, DEPRESIÓN, PACIENTE.

CUIDADOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE TERMINAL POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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

INTRODUCCIÓN: Se suele denominar como pacientes terminales a todas aquellas personas cuya muerte biológica está próxima a su término, ya sea como consecuencia. De una enfermedad aguda o de una enfermedad crónica.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de los cuidados psicológicos del auxiliar de enfermería ante el paciente terminal.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio bibliográfico sobre el tema para el mejor conocimiento de los cuidados a prestar por el tcae.

RESULTADOS: Tener resuelta la actitud ante la propia muerte. Saber escuchar. Empatía y comprensión poniéndonos imaginariamente en su lugar, para actuar de la forma más adecuada. Uso de un lenguaje adecuado. Cuidar mucho la comunicación no verbal, (gestos, postura corporal, distancia, contacto físico, etc.) Y la verbal. Respeto a los juicios, confidencias y creencias del paciente y familiares. Flexibilidad en el trato (debe ser personalizado y cálido). Control de la implicación emocional. Adecuado control del estrés, siendo necesario mantener una cierta distancia que se consigue creando defensas.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario debe tener en cuenta todas éstas indicaciones, consiguiendo una mejor calidad de vida al paciente en el proceso de morir con dignidad, teniendo en cuenta las características tanto personales, como en el diagnóstico de cada paciente para colaborar en la medida de lo posible en la atención no sólo del paciente, sino también de los familiares. Los cuidados psicológicos son tan importantes como los cuidados físicos, respetando siempre los derechos individuales de la persona, su dignidad, libertad y bienestar personal, procurando la mejor calidad de vida posible, potenciando el apoyo emocional y afectivo al paciente.

PALABRAS CLAVE: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD, CONTROL DE EMOCIONES, CUIDADOS PSICOLÓGICOS, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

PACIENTE PSIQUIÁTRICO: DISMINUYE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

FUENSANTA CABELLO GARCIA, NURIA MOLINA TOLEDO

INTRODUCCIÓN: El artículo 17 de la Constitución española nos habla de un derecho fundamental de las personas, La libertad, dentro de la cual se sitúa el derecho a decidir si someterse o no a un tratamiento. Pero en el campo de la psiquiatría nos podemos encontrar que a consecuencia de la enfermedad, algunas personas tienen disminuida su capacidad de decisión de forma temporal o permanente. En España actualmente se contempla dos formas de tratamiento involuntario: El internamiento psiquiátrico involuntario o el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), como alternativa al internamiento.

OBJETIVOS: Analizar información acerca de la eficacia de esta medida judicial para disminuir la atención hospitalaria.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la literatura científica existente acerca de las semillas de chía en las bases de datos BVS, LILACS, IBECs, MEDLINE Y COCHRANE con los descriptores: eficacia, trastorno mental grave, servicio comunitario intensivo y argumentos.

RESULTADOS: En los resultados de los estudios, se observa que el TAI mantenido más de 6 meses, en combinación con otros servicios de salud mental, incrementa el cumplimiento terapéutico y reduce el riesgo de recaídas, conductas violentas, aunque no se encuentran diferencias significativas en cuanto al número de ingresos, estancia media hospitalaria o uso de los servicios de urgencias. En cuanto a la opinión de los pacientes y familiares, la mayoría coinciden en considerar el TAI beneficioso para su tratamiento, considerándola una opción terapéutica menos coactiva que el ingreso hospitalario.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que ha día de hoy existen estudios que ponen en duda la efectividad del TAI como medida de tratamiento obligatorio. No se han encontrado diferencias significativas en la reducción del uso de servicios hospitalarios (número de urgencias, ingresos o estancia media en el hospital), en comparación con el tratamiento extrahospitalario no obligatorio.

PALABRAS CLAVE: EFICACIA, TRASTORNO MENTAL GRAVE, SERVICIO COMUNITARIO INTENSIVO, ARGUMENTOS.

LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y SUS SÍNTOMAS

SARAY HERNÁNDEZ ESTEVEZ, EDUARDO HIDALGO LOPEZ, MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO

INTRODUCCIÓN: Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece. Hay mujeres que al no contar con una evaluación y asesoramiento oportunos, no logran acceder a un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia tengan una mala calidad de vida. Por ello realizamos una revisión bibliográfica sobre este tema, para saber identificar los síntomas de forma precoz.

OBJETIVOS: Determinar los síntomas característicos de la depresión postparto en las pacientes.

METODOLOGÍA: Hacemos una revisión bibliográfica de bases de datos : Scielo, Fuden, chrone, y Medline. Para realizar una lectura crítica y objetiva sobre el tema a tratar. Para ello hemos escogido 8 artículos de los cuales 4 nos han servido para realizar este trabajo. Los descriptores utilizados han sido: Depresión postparto, síntomas y enfermería.

RESULTADOS: Los síntomas característicos de la depresión postparto serían estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistentes, dificultad para vincularse con el bebé, sentirse abrumada, indefensa e incapaz, irritabilidad, sentimientos de culpa, pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé, autodesvalorización y autoreproches e ideación suicida.

CONCLUSIÓN: Es de vital importancia el papel de enfermería para detectar estos síntomas, diagnosticarlos, y en su caso canalizar a la mujer a un especialista con el fin de tratar esta enfermedad de forma precoz y que no se agraven sus síntomas.

PALABRAS CLAVE: POSTPARTO, DEPRESIÓN, SÍNTOMAS, ENFERMERÍA.

DOLOR CRÓNICO COMO FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO

JUAN MANUEL MESA GONZALEZ, PABLO ROSAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: El suicidio siempre ha sido un tema tabú en la sociedad, pero hoy día es una realidad cada vez mayor. En 2015 se registraron en España 3602 casos. Tiene una etiopatogenia multifactorial, pero se sabe que entre otros, el dolor crónico puede provocar tal grado de incapacidad, que puede derivar en síntomas depresivos debido a la desesperanza e indefensión. Estos sentimientos pueden provocar ideas de muerte, y derivar en suicidio.

OBJETIVOS: Valorar si el dolor crónico es un factor de riesgo para el suicidio, con la intención de realizar una correcta intervención en este tipo de pacientes para prevenirlo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática de la información científica existente. Bases de Datos: Medline, Embase, Cochrane, Uptodate. Descriptores: suicide, chronic pain, chronic disease. Escalas Usadas: SCS (Suicide Cognitive Scale).

RESULTADOS: La limitación de las actividades diarias, así como el dolor resistente a tratamiento, son variables que aumentan el riesgo de suicidio, mas si provocan depresión previa. Mayor riesgo si pacientes de sexo masculino, y con intentos previos autolíticos. La escala SCS se uso para valorar los pensamientos suicidas y el riesgo actual. Alta incidencia de suicidios encontrada dentro de la población con dolor crónico diagnosticado.

CONCLUSIÓN: El dolor crónico es un factor de riesgo confirmado de intento de suicidio y de suicidio consumado. La desesperanza que sienten los pacientes y el dolor mantenido en el tiempo son los factores que mas se relacionan con el empeoramiento de la clínica depresiva. Es importante realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes, con el fin de intentar mejorar su calidad de vida. Realizar programas de intervención así como terapias grupales para prevención de suicidio en este sector de la población podría ser muy beneficioso.

PALABRAS CLAVE: FACTOR, RIESGO, DOLOR, SUICIDIO.

EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

MARÍA DEL PILAR CAMPOS NAVARRO, VICTORIA VILLA ARTERO, JOAN PAU MARÍ MOLINA, ANA LUISA GONZALEZ GALDAMEZ, MARIA COELLO VADELL, ANA DIAZ MUÑOZ, ALICIA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, JUAN PACHECO SERRATE, ÁNGELA LORENTE MURCIA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del Trastorno Mental Grave es un reto. Hay síntomas como los cognitivos y los negativos que no llegamos a tratar de manera satisfactoria a través del tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS: Analizar si hay estudios que respalden los beneficios de la práctica deportiva de forma reglada en pacientes con esquizofrenia y estados deficitarios.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en la base de datos científica Pubmed. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Son numerosos los estudios (sobre todo a partir del año 2011) que respaldan los innumerables beneficios del ejercicio físico a todos los niveles en los trastornos psiquiátricos, y en concreto en esquizofrenia y en sintomatología negativa y cognitiva. Esta mejora es incluso independiente y mayor, que la mejora de los factores de riesgo cardiovascular, según algunas revisiones. Por otro lado, hay evidencia suficiente para afirmar que el síndrome metabólico “per se” se ha asociado a una merma neurocognitiva y el declinar neurocognitivo conduce a síndrome metabólico.

CONCLUSIÓN: El deporte reglado, de características aeróbicas y de una frecuencia de entre dos y tres veces por semana, 150 minutos a la semana, mejora la sintomatología negativa y cognitiva de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Además, una mejora de los factores de riesgo cardiovascular mejorarían el estado deficitario, y viceversa. Es importante la recomendación del ejercicio físico en los pacientes con Trastorno Mental Grave, ya que sólo una cuarta parte lo practica de forma habitual.

PALABRAS CLAVE: DEPORTE, ESQUIZOFRENIA, TRATAMIENTO, SÍNTOMAS NEGATIVOS, SÍNTOMAS COGNITIVOS.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN LA FOBIA SOCIAL

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

INTRODUCCIÓN: La fobia social es el miedo persistente e intenso que aparece ante determinadas situaciones sociales en las que la persona se expone a gente que no es familiar. Se puede considerar como una timidez patológica.

OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio es determinar pautas para mejorar la calidad de vida de los pacientes ingresados en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Baza (Granada) que padecen fobia social mediante una intervención grupal.

METODOLOGÍA: Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica previa sobre estudios relacionados con el abordaje grupal en el tratamiento de la fobia social. Posteriormente se llevó a cabo un pequeño estudio de tipo transversal y descriptivo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de la fobia social en la USMC de Baza mediante intervención grupal. Composición del grupo: de éstos 10 eran mujeres y 2 hombres.

RESULTADOS: Asistencia: el programa tuvo un porcentaje elevado de asistencia (89%). Nivel de participación: se destaca la alta motivación e interés de los participantes a lo largo del desarrollo de las sesiones, observada por las dos enfermeras encargadas de llevar a cabo la intervención grupal. También se llevaron a cabo diferentes actividades de rol-playing con el objetivo de representar situaciones a las que pudieran enfrentarse en la vida real.

CONCLUSIÓN: Tras concluir el estudio, los resultados evidencian datos positivos en cuanto al conocimiento sobre la fobia social y entrenamiento en habilidades sociales en los participantes, por lo que se consigue una disminución significativa de ansiedad ante la exposición social post-programa. Finalmente decir que a pesar de que se han cumplido los objetivos del programa, los mismos no se pueden extrapolar a la población general.

PALABRAS CLAVE: FOBIA SOCIAL, ENFERMERÍA, INTERVENCIÓN, ABORDAJE GRUPAL.

ENFERMERÍA Y LA CONTENCIÓN MECÁNICA

PATRICIA LÓPEZ GARCÍA, NOELIA FERNANDEZ GUERRERO, ELIZABETH CANO GRANADO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es un procedimiento muy utilizado en servicios de Salud mental y Geriátrica en el ámbito hospitalario por parte de los profesionales de enfermería. Su uso está indicado para prevención de situaciones de riesgo que pongan en peligro la integridad física del paciente y su entorno.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica sobre la contención mecánica en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la contención mecánica en el ámbito hospitalario.. El análisis incluyo como base de datos Cochrane, ScIELO, PubMedy Google académico. Se utilizaron como criterios de inclusión que los artículos estuvieran escritos en español y que hubieran sido publicados hace diez años o menos, se utilizaron como descriptores “Contención mecánica”, “cuidados de enfermería”.

RESULTADOS: Indicaciones de la contención mecánica: Prevención de lesiones al propio paciente. Evitar la retira de vías, sondas naso gástricas y catéter urinario. Evitar daños materiales en el servicio. Para evitar la fuga del paciente. Si el paciente lo solicita voluntariamente. Procedimiento de la contención mecánica: La decisión de sujetar al paciente es del médico responsable del paciente. El personal necesario para realizar una contención mecánica es de cuatro personas. No mostrar durante el procedimiento ninguna actitud verbal o física de agresividad. Alejar objetos potencialmente lesivos. La posición ideal de contención es decúbito supino con la cabecera de la cama elevada. Asegurarse que las sujeciones no producen lesiones cutáneas.

CONCLUSIÓN: Es importante tener en cuenta que los pacientes psiquiátricos y geriátricos abarcan una gran variedad de síntomas, entre ellos cuadros de desorientación y agitación que precisan de medidas de contención mecánica para evitar daños físicos del paciente y de su entorno. Es importante conocer el protocolo de contención mecánica por parte de todo el equipo sanitario.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECÁNICA, PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, PACIENTES AGITADOS, LESIÓN FÍSICA.

ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS

LAURA CAMAÑES MAYORDOMO, MARISOL SAINZ MONTAGUT, MEDITACION ESTIBALIZ LAKA LEWIN, SOFIA AL-KHATIB SHAHIN, HELENA ARROGANTE PASTOR, JEZABEL MALDONADO DE LA ROSA, IRIS ROS PONCE, ZAIDA SALMERÓN BUENO, MANUEL PELÁEZ CASÓLIVA, JOSÉ LUIS ROMO SÁNCHEZ, JORDI BAIXÉS PEREA, BEATRIZ CONTRERAS DEL MORAL

INTRODUCCIÓN: El mal uso de las nuevas tecnologías en adolescentes puede tener consecuencias perjudiciales, vemos un auge de consultas en urgencias relacionadas con éstas.

OBJETIVOS: Determinar conocimientos en cuanto a una nueva realidad asistencial: adolescentes con adicciones a nuevas tecnologías.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Pubmed, FUDEN y Google, con los descriptores: adolescencia, adicción, nuevas tecnologías, dependencia, adicciones comportamentales y enfermería.

RESULTADOS: La adicción a las nuevas tecnologías no está contemplada por el DSM-V, no obstante, sí se empiezan a considerar en éste las “adicciones comportamentales”, como el juego patológico y mencionan el trastorno por juegos de Internet. Este trastorno se considera adicción, ya que encontramos: preocupación excesiva por estos juegos, necesidad imperiosa de jugar, síntomas mientras se juega (disminución horas de sueño, cansancio, falta de interés por otras actividades), síntomas de abstinencia (irritabilidad, ansiedad, tristeza), tolerancia e intentos fracasados para abandonar el juego. La adolescencia es una época muy vulnerable para caer en adicciones, sienten las nuevas tecnologías un refugio cada vez más utilizado. Habitualmente se trata de adolescentes con vulnerabilidad social, que han sufrido bullying, que no encuentran reconocimiento en la vida real y lo buscan en la virtual y buscan nuevas sensaciones. Existen consecuencias de su abuso, desde aislamiento social, pasando por disputas familiares por adicción al móvil e incluso consecuencias mucho más graves como el reciente “Reto de la ballena azul”, que puede llevar a la autolesión e incluso al suicidio en personas con elevada fragilidad.

CONCLUSIÓN: Observamos un aumento de consultas a psiquiatría por adicción a nuevas tecnologías, no obstante, es un tema reciente del que todavía no existen muchos datos en la literatura. Como enfermeras debemos tener especial consideración al tratar con pacientes adolescentes, ya que es una edad vulnerable para crear adicción a éstas tecnologías, debemos fomentar su buen uso y prevenir su uso perjudicial.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENCIA, ADICCIÓN, NUEVAS TECNOLOGÍAS, DEPENDENCIA, ADICCIONES COMPORTAMENTALES, ENFERMERÍA.

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA ENTRE ENFERMERA Y PACIENTE

CRISTINA SIERRA HIDALGO, CRISTINA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, BELÉN MARTÍNEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: La relación terapéutica es una herramienta fundamental que utilizamos las enfermeras especialistas en salud mental para genera los vínculos imprescindibles y necesarios para crear una relación de ayuda con el paciente. Se trata pues de una relación intersubjetiva en la cual a través de un discurso que se establece entre enfermería y paciente se construye un binomio, que es el que conocemos como salud-enfermedad, con el objetivo de abordar todas las esferas de la persona y actuar de la manera efectiva y eficiente posible

OBJETIVOS: Determinar la importancia de la relación terapéutica entre la enfermera especialista y el paciente.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como son Pubmed, Cuiden y Cochrane y guías de práctica clínica. Los descriptores que se han utilizado: salud mental, proceso de enfermería, comunicación y relación terapéutica.

RESULTADOS: El cuidado en Salud Mental está enmarcado dentro del modelo de atención integral y holística de la persona y su entorno. A través del Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera especialista en Salud Mental, organiza y presta los cuidados individualizados y centrados en la respuesta del individuo, con el fin de obtener uno resultados esperados de forma eficiente. Entre las necesidades de los cuidados que proporciona enfermería encontramos la necesidad más importante, la de establecer una correcta relación terapéutica.

CONCLUSIÓN: Los pacientes mentales engloban problemas y patologías muy variadas, por ello es imprescindible adaptarse a las necesidades de cada uno para llevar a cabo el Proceso de atención de enfermería. Para conseguirlo se precisan conocimientos, habilidades y, sobre todo, establecer una buena relación terapéutica.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, PROCESO DE ENFERMERÍA, COMUNICACIÓN, RELACIÓN TERAPÉUTICA.

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN EL SÍNDROME DE ASPERGER

ANTONIO LISÓN GARCIA, SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA

INTRODUCCIÓN: Los niños con Asperger presentan dificultades en la relación social, parecen tener poco interés en relacionarse con iguales, probablemente por su dificultad para mantener un contacto ocular adecuado, tener una pobre gestualidad y dificultad para entender las emociones de los demás, no mostrando reciprocidad.

OBJETIVOS: Determinar las dificultades de comunicación de los niños con asperger para interactuar correctamente como profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema en las bases de datos PubMed y Cochrane.

RESULTADOS: Todas las personas con Asperger tienen un trastorno pragmático del lenguaje, caracterizándose por un vocabulario extenso y preciso que puede resultar pedante, tienden más al monólogo que al diálogo, debido a que les cuesta escuchar al otro e identificar el lenguaje corporal propio de una conversación típica. Cuando algo le interesa, eclipsa la conversación y parece ser el único que habla; por el contrario, en temas que no son de su interés, sus respuestas pueden ser cortas e inconexas (está absorto en los temas que si lo son). Su lenguaje es literal, tanto en la expresión como en la comprensión.

CONCLUSIÓN: Las personas con Asperger presentan dificultades en el lenguaje que a priori pueden parecerse peculiaridades o rarezas. Sin embargo, identificar estas características puede ayudarnos a los profesionales de la salud a comprender que es lo que dificulta su interacción con los demás para favorecer nuestra comunicación con ellos.

PALABRAS CLAVE: ASPERGER, COMUNICACIÓN, ENFERMERÍA, HABILIDADES SOCIALES.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN INGRESO HOSPITALARIO PARA CURA DE SUEÑO

VICTORIA VILLA ARTERO, MARIA COELLO VADELL, LORENA GARCIA CEBRIAN, MARIA VELASCO RAYA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a la puerta de urgencias un paciente bipolar en estado hipomaniaco. Refiere que lleva varios días durmiendo cada vez menos horas, con hiperactividad y con deseos de apuntarse a otro máster. El paciente refiere que quiere un ingreso porque “me noto que me estoy subiendo, y antes de que llegue a mayores me gustaría que me frenarais”.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de ctes, Exploración psicopatológica, Valoración por patrones de Marjory Gordon, ECG.

JUICIO CLÍNICO: (00096) Deprivación de sueño r/c malestar prolongado (psicológico) m/p ansiedad, agitación, incapacidad para concentrarse, disminución de la capacidad de funcionamiento. **PLAN DE CUIDADOS:** Los objetivos (NOC) que nos marcamos fueron: (0004) Sueño. (0915) Nivel de hiperactividad. Las actividades (NIC) que planificamos fueron: (4400) Musicoterapia. (4330) Arteterapia. (2380) Manejo de la medicación. (4820) Orientación de la realidad.

CONCLUSIONES: Hemos realizado todas las actividades y de momento los objetivos planteados se han cumplido parcialmente. La mayor parte de nuestras intervenciones fueron dirigidas a musicoterapia y arteterapia. Reforzamos la actitud preventiva que tuvo al detectar los pródromos.

PALABRAS CLAVE: CURA DE SUEÑO, INGRESO HOSPITALARIO, HIPOMANÍA, DEPRIVACIÓN SUEÑO, ATENCIÓN, ENFERMERÍA.

DETECCIÓN DEL SÍNDROME MÜNCHAUSEN POR PODERES: PAPEL DE ENFERMERÍA

ARÁNZAZU GÓMEZ AGUILERA, JORGE GALLARDO CAÑAMERO, ISABEL MARIA TRIGO MARTIN

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Münchausen consiste en una enfermedad mental en la que un adulto provoca o finge enfermedades en un menor a su cargo. Llegan a desarrollar grandes habilidades en la convicción del personal sanitario para conseguir su objetivo principal: ingreso en el hospital, donde se sienten protegidas y tomadas en cuenta. Para conseguir dicho objetivo pueden llegar a falsificar muestras de orina, sangre, suministrar medicamentos sin consentimiento médico, así como provocar fracturas de huesos o asfixia.

OBJETIVOS: Determinar los signos y los síntomas para la detección y diagnóstico del Síndrome de Münchausen en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos publicados en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline plus y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: Síndrome Münchausen, enfermería y maltrato infantil. Se usaron como criterios de inclusión la exclusividad de que el cuidador es el único testigo en el inicio de los síntomas, las visitas reiteradas al hospital y la contradicción de la vitalidad del menor frente a la enfermedad que pueda padecer. Los criterios de exclusión fueron los artículos publicado anteriormente al año 2000 y con carencia de fuerza metodológica.

RESULTADOS: Tras la revisión bibliográfica, obtuvimos los conocimientos adecuados para la detección de signos y síntomas, entre ellos, descubrir el perfil característico del tutor del menor. Por ello, es fundamental, el impartir talleres en los que se transmitan estas nociones a los enfermeros, pudiendo ayudar a la hora de establecer dicho diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Existe una clara necesidad de adiestramiento por parte del personal sanitario ante dicha patología. El equipo de Enfermería tiene un contacto continuo y cercano hacia el menor y su tutor, por lo que precisan tener conocimientos para conseguir un temprano diagnóstico mediante la detección de signos y síntomas.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME, MÜNCHAUSEN, ENFERMERÍA, TUTOR, MENOR.

PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARMEN MEDINA JIMENEZ, JOSEFA RAMOS MESA, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 30 años que acude a consultas ambulatorias al equipo de salud mental, ha precisado de varios ingresos en Unidad de Agudos en salud mental por descompensación de su patología con clínica afectiva y psicótica. Consumo de tóxicos que interferían en la clínica y abstinente desde hace años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Talla: 1,60 cm; Peso: 70,6 kg; I. M. C: 27,58 Kg/m². Se realiza ECG.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno esquizoafectivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tratamiento afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno psicótico especificado, psicosis reactiva breve, síndrome psicótico no especificado.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: Procesos familiares disfuncionales. Resultados NOC: 2602. Funcionamiento de la familia. Intervenciones NIC: 4410: Establecimiento de objetivos comunes. Diagnóstico NANDA sedentarismo: Resultados NOC: 1602. Conducta de fomento de la salud. Intervenciones NIC: 0200. Fomento del ejercicio; 4360. Modificación de la conducta. Diagnóstico NANDA trastornos del sueño. Resultados NOC: 0004. Sueño. Intervenciones NIC: 0180. Manejo de la energía.

CONCLUSIONES: En la actualidad presenta clínica afectiva en primer plano, a modo de cuadro adaptativo, vinculado a su situación médica y laboral añadido a la sintomatología negativa que predomina (apatía, abulia y aplanamiento afectivo). No se aprecian síntomas psicóticos positivos en la actualidad y tendencia al aislamiento. Presenta dificultades en atención/concentración y en la organización y planificación de tareas de Actividades Básicas Vida Diaria (ABVD) como Actividades Instrumentales Vida Diaria (AIVD). Acude regularmente a consultas de psiquiatría y enfermería de salud mental y al centro de rehabilitación psicosocial. No tiene antecedentes somáticos.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, DESCOMPOSICIÓN, PATOLOGÍA CLÍNICA, AFECTIVA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE UNA CONTENCIÓN MECÁNICA

HUGO RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANTONIO FRANCISCO LEBRON ARANA, MACARENA CUADROS HUETA, ARANTZAZU HONORATO FORNS, CRISTINA FERNÁNDEZ RUIZ, ANA FERNANDEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica (CM) es una técnica muy utilizada en los servicios de salud mental con la finalidad de limitar los movimientos físicos del paciente agitado/alterado, mediante unos dispositivos de sujeción para así evitar que se dañe a él mismo y/o al entorno. Para ello es necesario que el personal que actúa en estos servicios esté formado y sepa realizar un seguimiento del paciente.

OBJETIVOS: Aplicar de forma adecuada la contención mecánica y garantizar la seguridad del paciente mediante una evaluación periódica para evitar complicaciones derivadas de la técnica

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de 5 meses de duración. Los pacientes ingresados en la unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge fueron tomados como muestra. Las variables a estudiar: 1. Tipo de contención, 2. Control estado mental, 3. Control patrón respiratorio, 4. Control ingesta hídrica, 5. Control micción, 6. Control estado de la piel. Como criterios de exclusión: personas a las no se les aplico la contención mecánica durante el estudio. Se realizó la recogida de datos con el programa ofimático Microsoft Acces y el análisis mediante el software estadístico SPSS versión 18.0.

RESULTADOS: Se tomaron como muestra 82 pacientes, de los cuáles 45 precisaron contención mecánica en algún momento del ingreso. Estos, fueron valorados periódicamente detectando abrasiones en la piel en diversos pacientes debido a la agitación durante las primeras de la contención.

CONCLUSIÓN: Un seguimiento preciso del paciente portador de CM, conlleva a una mejor evaluación de éste, evitando complicaciones futuras tanto físicas como psíquicas durante el ingreso. Una formación continuada comporta una mejor práctica asistencial, de la cuál salen beneficiados tanto pacientes como los profesionales sanitarios. La evaluación de los datos obtenidos puede ayudar a implementar nuevas estrategias en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECÁNICA, CM, ENFERMERÍA, ALTERACIÓN MENTAL.

ARTETERAPIA COMO TRATAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA

MARIA VELASCO RAYA, MARÍA JESÚS HUERTAS SPÍNOLA, ANTONIO LUZÓN BARRILADO, LORENA GARCIA CEBRIAN, MARIA COELLO VADELL, VICTORIA VILLA ARTERO

INTRODUCCIÓN: El arteterapia se fundamenta en la creencia de que mediante la expresión artística pueden resolverse conflictos emocionales, desarrollar habilidades interpersonales, manejar el comportamiento, reducir el estrés, fortalecer la autoestima y aumentar el autoconocimiento. La esquizofrenia es considerada una de las enfermedades más incapacitantes por lo que consideramos fundamental el desarrollo de tratamientos basados en técnicas psicosociales ya que diversos estudios han encontrado que los déficits cognitivos, así como los síntomas negativos persisten aún cuando los indicadores positivos son erradicados mediante el procedimiento farmacológico.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios que proporciona la arteterapia en el tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión Bibliográfica en Pubmed con los descriptores: Art therapy [AND] schizophrenia.

RESULTADOS: Se otorga especial relevancia a la creación del vínculo entre el paciente y el arte-terapeuta. Durante el desarrollo de los programas de arteterapia, entre 10 y 16 sesiones, se percibió una mejoría en las capacidades de vinculación y socialización, así como de las habilidades cognitivas. Las características clínicas como el retraimiento social y emocional, la falta de fluidez en la conversación y la ansiedad fueron disminuyendo. En las sesiones grupales, se evidenciaron mejoras en la comunicación interpersonal y cohesión del grupo. También, un aumento del contacto visual, así como una mayor variedad de expresiones faciales, lo que fue entendido como un cambio en el aplanamiento afectivo característico de esta patología.

CONCLUSIÓN: A la vista de los resultados, el arte se configura como un medio que conecta al paciente con lo más íntimo de sí mismo y al mismo tiempo con el mundo externo. Además, se trata de una terapia inocua, relativamente sencilla y económicamente asumible. Sería recomendable ampliar la investigación pues hasta ahora no pueden generalizarse los resultados ya que los tamaños de muestra son pequeños y por lo tanto no son estadísticamente significativos.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ARTETERAPIA, TRASTORNO MENTAL GRAVE, TÉCNICAS PSICOSOCIALES.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

ROCIO MARRUECOS FERNÁNDEZ, YESICA RAMOS MARTINEZ, MARIA DE LOS ANGELES SANCHEZ ARENAS

INTRODUCCIÓN: Es un trastorno originado principalmente en la infancia, de carácter neurológico, conlleva a un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad. En la mayoría de los casos estos niños presentan dificultades tanto académicas y en las relaciones con sus iguales. Presentan algunos problemas como: distraerse con facilidad, interrupción constante, agresividad, etc.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados previos por el personal de enfermería en el TDAH.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, tales como SCIELO, MEDLI-NE, utilizando como palabras clave; niño, enfermería, déficit de atención, TDAH, cuidados. Además se han revisado algunas guías clínicas. Como criterios de exclusión se establecen aquellos niños que no padezcan TDAH.

RESULTADOS: En atención primaria, la actuación de enfermería es muy importante para la detección precoz de este síndrome. Las actuaciones de enfermería serán: Fomentar un ambiente familiar estructurado. Explicar al niño y a sus padres cómo deben administrar la medicación prescrita. Desarrollar una relación de confianza con el niño. Fomentar el aprendizaje de las actividades cotidianas como por ejemplo, el lenguaje concreto mediante juegos. Crear un ambiente de tranquilidad y organización en su entorno.

CONCLUSIÓN: El TDAH constituye un importante problema de salud en los niños en edad escolar. La función más importante de enfermería es la prevención y seguimiento de este trastorno, encargándose de la educación para la salud y la realización de actividades formativas tanto para los niños, como para su entorno familiar.

PALABRAS CLAVE: NIÑO, ENFERMERÍA, TDAH, CUIDADOS, HIPERACTIVIDAD.

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y LA TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

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

INTRODUCCIÓN: Por la naturaleza de la hospitalización, ésta representa un evento que causa ansiedad y se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños. Para el niño/a, la hospitalización o la enfermedad es un estímulo altamente desencadenante de estrés y ansiedad. Los trastornos de ansiedad representan la prevalencia mayor de todos los trastornos de la infancia y adolescencia, entre el 3% y el 13%. Esta presencia de trastornos de ansiedad en adolescentes ingresados, la dificultad que muchos de ellos tienen para manejarla y el intento de evitar dentro de lo posible la medicación hacen necesario organizar un amplio abanico de actividades mediante las cuales los pacientes puedan canalizar esta ansiedad. Una de las actividades estrella es la terapia de entretenimiento. A través de ella los niños liberan el exceso de energía, se recuperan, descansan, es una actividad placentera con un fin en sí misma. El juego le brinda al niño la oportunidad de obtener oportunidades que el mundo real a veces le niega.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de la terapia mediante el juego para el manejo de la ansiedad en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil.

METODOLOGÍA: Escala del nivel de ansiedad de Hamilton.

RESULTADOS: Los pacientes que presentaban síntomas relacionados con la ansiedad tales como opresión en el pecho, taquicardia, sequedad de boca, temblor de piernas, sensación de nudo en la garganta etc. Verbalizaron que estos síntomas habían disminuido en tiempo e intensidad durante y después de la terapia. Los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton fueron más bajos tras la actividad.

CONCLUSIÓN: La terapia mediante el juego es un recurso útil, barato, fácil de aplicar y sin efectos secundarios muy eficaz en el tratamiento de la ansiedad en pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría infanto-juvenil.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRIA, INFANTIL, JUVENIL, ENTRETENIMIENTO.

CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN ADOLESCENTES: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

SARA MARTOS JIMÉNEZ, ELENA PETRYSHYNA PETRYSHYNA, ANTONIO LISÓN GARCIA

INTRODUCCIÓN: El suicidio es el hecho de quitarse la vida voluntariamente. Según la OMS, es la segunda causa de defunción entre los jóvenes de 15 a 29 años y constituye un problema de salud pública mundial por el aumento de casos de suicidio consumado. Por esto, enfermería debe saber detectar y abordar estas conductas para prevenir y reducir la incidencia de este problema.

OBJETIVOS: Determinar los principales factores de riesgo y protectores de suicidio en jóvenes. Identificar las principales escalas de evaluación de riesgo de suicidio. Establecer estrategias de prevención y manejo de los comportamientos autolíticos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Cochrane, Cuiden y ScELO), y editoriales (Elsevier...), con los descriptores: Adolescente, Conducta del Autolítica, Ideación Suicida; Riesgo autolítico, Enfermería y Suicidio. Se seleccionaron 4 artículos de 13 consultados, que cumplieran con los criterios de inclusión. Para ello se siguieron las recomendaciones de la escala PRISMA.

RESULTADOS: De los estudios consultados se deduce que los principales factores de riesgo son: Edad, sexo, relaciones familiares problemáticas, intentos previos, abuso de sustancias, problemas psicológicos. Además, encontramos también factores protectores como son poseer habilidades sociales, optimismo, alta autoestima, buen apoyo social. Las escalas más usadas son: Escala de Ideación Suicida de Beck y escala de desesperanza de Beck. Con respecto a las intervenciones de enfermería, éstas deben ir orientadas a la creación de conductas de afrontamiento, contra aquellas ideas y situaciones que inducen al suicidio del paciente, y a prevenir recaídas.

CONCLUSIÓN: El suicidio es un problema que implica un tratamiento integral. Se necesita la creación y uso de herramientas de evaluación sencillas y eficaces, y una formación adecuada de enfermería que contribuiría a desarrollar intervenciones eficaces con fines preventivos y terapéuticos que protejan a jóvenes y adolescentes ante el suicidio.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE, ENFERMERÍA, SUICIDIO, RIESGO AUTOLÍTICO, CONDUCTAS AUTOLÍTICAS.

EL ABORDAJE DEL DUELO MIGRATORIO EN LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA

REBECA MURILLO TORRES, INAI ALEJO CORTÉS, ÈLIA HIDALGO SERRA, ALBERTO SAEZ RUBIO, MONTSERRAT MATITO PINO, LAURA CRESPO MESTRES, MIRIAM FIERREZ PUBILL, AINOA GARCIA BELTRAN, MIRIAM GONZÁLEZ LÓPEZ, VANESSA IGLESIAS MONTERO

INTRODUCCIÓN: El aumento del movimiento migratorio en España, trae como consecuencia que, a nivel de atención sanitaria, surja la necesidad de que las enfermeras reelaboren unos cuidados individualizados que aborden las necesidades de salud y psicosociales de este sector poblacional (especialmente en las ciudades con más población inmigrante empadronada). Entre estas necesidades se haya la del abordaje del duelo migratorio (DM).

OBJETIVOS: Se pretende identificar las herramientas y los métodos utilizados por la enfermería de Atención Primaria (AP) de España, para abordar el duelo migratorio.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática a partir de la utilización de fuentes provenientes de diversas bases de datos (pubmed, Dialnet, Cuidatge, Scopus, web of science, google académico). Los descriptores utilizadas fueron “duelo migratorio (migratory grief)”, “duelo migratorio y enfermería (Migratory grief and nursing)”, “duelo migratorio y atención primaria (Migratory grief and primary care)” e “Inmigración en Atención Primaria (Immigration in Primary Care)”. Los criterios de selección han sido: que estén relacionados con el duelo migratorio y la población inmigrante, que estén basados en el ámbito de atención primaria (AP) de España y que hayan sido publicados recientemente (últimos 5-10 años). Del total de artículos hallados fueron usados 42.

RESULTADOS: En algunos centros de salud de algunas comunidades autónomas como Navarra, se aborda el duelo migratorio desde una perspectiva de prevención y terapia grupal con inmigrantes que ya llevan un tiempo en España. De la Revilla, en 2011, propone un instrumento de valoración del Duelo migratorio. Existen 2 diagnósticos NANDA que se pueden aplicar en el abordaje del duelo migratorio, Síndrome de estrés del traslado (00114) y Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149).

CONCLUSIÓN: Existe bastante información sobre el fenómeno del duelo migratorio a modo general, pero muy poca evidencia que especifique cómo se lleva a cabo el abordaje de este por parte de la enfermería de AP de España.

PALABRAS CLAVE: DUELO MIGRATORIO, ENFERMERÍA, ATENCIÓN PRIMARIA, ESPAÑA.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS PARA UNA USUARIA CON TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANÍACA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años, diagnosticada de trastorno bipolar, que ingresa en la Unidad de Salud Mental Hospitalaria por una descompensación de su patología en el polo maníforme.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Las necesidades alteradas son: Reposo y sueño: Tiene interrupciones del sueño y dificultad para la conciliación. Toma medicación para dormir. Su nivel de energía durante el día es malo. Comunicación: Mirada perdida en la comunicación no verbal. Presenta una alteración del curso y del contenido del pensamiento. Creencias y valores: actitud ante la enfermedad indiferente. Su estado de salud es malo y presenta una falta de ilusión o desgana.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Basado en la taxonomía NANDA: Trastorno de los procesos del pensamiento relacionado con alteración de los procesos del pensamiento e interpretación errónea del entorno y manifestado por interpretación inexacta del entorno y pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

PLAN DE CUIDADOS: Basado en la taxonomía NOC y NIC: Resultado: Sueño. Indicador: Patrón del sueño. Puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) y puntuación final de 4 (levemente comprometido). Intervención: Fomentar el sueño. Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. Se establecieron pautas de higiene del sueño y se disminuyó el tiempo de sueño durante el día para aumentarlo durante la noche. Resultado: Control del pensamiento distorsionado. Indicador: Muestra procesos del pensamiento lógico. Puntuación inicial de 1 (nunca manifestado) y puntuación final de 4 (frecuentemente manifestado). Intervención: Manejo de la conducta. Establecer límites con el paciente. Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.

CONCLUSIONES: Resultado NOC: Sueño. En este resultado se logró alcanzar el nivel 4 (levemente comprometido) del indicador que se pretendía conseguir. Resultado NOC: Control del pensamiento distorsionado. No se alcanzó el grado del indicador que se propuso; se alcanzó un nivel 3 (a veces manifestado).

PALABRAS CLAVE: PLAN DE CUIDADOS, TRASTORNO BIPOLAR, FASE MANÍACA, NANDA, NOC, NIC.

ENFERMERÍA ANTE EL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE DE INICIO EN EL EMBARAZO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 33 años a la que acudimos a valorar en respuesta a una interconsulta del hospital. Primípara, 8 día del postparto, comienza a presentar una irritabilidad constante, insomnio global, ansiedad moderada y se muestra suspicaz con el personal sanitario; ha verbalizado en alguna ocasión que van a robarle a su hijo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sin antecedentes somáticos de interés. En la anamnesis recogemos que su madre padecía trastorno bipolar tipo II, nuestra paciente no tiene antecedentes psiquiátricos. Durante la entrevista se muestra poco colaboradora, intranquila y verbaliza ideación de contenido delirante respecto a la localización del recién nacido. Su marido nos confirma que no presenta antecedentes psiquiátricos, nos relata una personalidad con tendencia obsesiva. Constantes vitales y analítica completa en rangos normales.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno psicótico breve de inicio en el postparto. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido a la actividad delirante y alucinatoria descartamos la depresión postparto. La disforia, irritabilidad, suspicacia e ideación delirante describen un episodio psicótico.

CONCLUSIONES: Las manifestaciones de esta enfermedad suelen aparecer del tercer al noveno día en el postparto. Se comienza en cuanto antes con antipsicóticos y/o estabilizadores del ánimo y en la mayoría de los casos se recomienda hospitalización. Cuando comienza a remitir la sintomatología psicótica empiezan a introducirse medidas de tratamiento psicosocial con la finalidad de ayudar a la madre a reconocer estresantes, a desculpabilizarse de la situación y a comenzar cuanto antes la formación del vínculo afectivo con el bebé.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, MATERNIDAD, ENFERMEÍA, PSIQUIATRÍA.

EL TRABAJO PSICOMOTOR EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

NOEMI BORIS DIAZ, LAURA DE ANA CALVO

INTRODUCCIÓN: La psicomotricidad es una técnica psicocorporea que a través del cuerpo y el movimiento, favorece el desarrollo de la globalidad del sujeto (aspectos motores, cognitivos y afectivo-relacionales) y las relaciones y toma de conciencia de uno mismo, del mundo que le rodea: espacio, tiempo y objetos y de los demás.

OBJETIVOS: Identificar los objetivos a conseguir tras la implantación de un taller de psicomotricidad. Analizar los resultados obtenidos tras su realización.

METODOLOGÍA: El taller de psicomotricidad está estructurado con la intención de que el paciente deje de ser, en la medida de lo posible, un objeto pasivo, para involucrarse corporalmente en su proceso de reestructuración interna que va de afuera hacia adentro. Se divide en 3 partes: una primera de toma de contacto, el núcleo donde se trabaja el objetivo principal de la sesión y una tercera de relax y vuelta a la calma. Las sesiones tendrán una duración de una hora una vez por semana, con un máximo de 10 pacientes.

RESULTADOS: Los objetivos planteados en el taller son: Estimular procesos psicomotores básicos (esquema corporal, equilibrio, coordinación dinámica general, óculo-manual y óculo-podal, segmentación motriz, etc.) Estimular la atención, memoria y ejecución práctica. Favorecer la actividad física y la resistencia a la actividad. Trabajar las relaciones sociales e incrementar el contacto social. Mejorar la autoestima, la expresión de sentimientos y emociones. Prevenir el sedentarismo y promover la autonomía. Al realizar estas sesiones, se observa de una manera muy objetiva como poco a poco los pacientes van mejorando en todos los objetivos planteados anteriormente.

CONCLUSIÓN: La psicomotricidad es una técnica fundamental en estos pacientes, que trabaja en sus tres esferas (física, psicológica y social) con el entorno.

PALABRAS CLAVE: PSICOMOTRICIDAD, ESTIMULAR, MOVIMIENTO, AUTONOMÍA.

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

DOLORES LÓPEZ PALACIOS, IVÁN CASTRO CANOVACA, CARMEN TORRES CARRILLO

INTRODUCCIÓN: La salud mental es un concepto dinámico y cambiante por el que las personas pasan a lo largo de su vida, según la OMS es definida como el resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para obtener un completo bienestar. El personal que trabaja en unidades psiquiátricas debe ayudar a estos pacientes a independizarse lo antes posible y a conservar sus necesidades con un nivel adecuado de salud.

OBJETIVOS: Analizar cuáles son las actuaciones básicas de un celador ante un paciente que padece una enfermedad mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, Pubmed y Medline.

RESULTADOS: La relación del celador con estos enfermos se debe basar en la comunicación para así crear un vínculo de relación. Según el problema mental del paciente se adoptarán una serie de actuaciones u otras, pero son generales para todos los problemas: Mostrar calma pero interés. Llamar al paciente por su nombre. No gritar; hablar tranquilamente y no entrar en su discusión. No amenazar, sino explicar las actuaciones y medios que ayudarán al paciente con su situación. Retirar los objetos peligrosos. Animarles a expresar sus sentimientos. Antes de tocar al enfermo, valorar su reacción. Obtener información del paciente. Evitar salas llenas de gente Si su familia le tranquiliza, permitir su presencia. No actuar sólo en casos de pacientes violentos. En estos casos, el hablar no es efectivo y se recurrirá a la medicación y a la sujeción mecánica.

CONCLUSIÓN: La relación del celador con estos enfermos se debe basar en la comunicación para así crear un vínculo de relación.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, SALUD, MENTAL, PSIQUIÁTRICO.

LA SUJECCIÓN MECÁNICA: PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO POR PARTE DEL PERSONAL CELADOR

DOLORES LÓPEZ PALACIOS, IVÁN CASTRO CANOVACA, CARMEN TORRES CARRILLO

INTRODUCCIÓN: Sólo se usará cuando el resto de medidas de protección no hayan dado resultado, y se usará siempre con preinscripción médica o facultativa. El procedimiento debe ser explicado al paciente o a la familia. Además: Las sujeciones estarán almohadilladas y sin presión excesiva para evitar daños en la piel. Valorar periódicamente la continuidad de la sujeción. Las zonas inmovilizadas estarán en la posición anatómica correcta para evitar problemas posteriores. Usar una u otra sujeción según el paciente y su enfermedad.

OBJETIVOS: Analizar el procedimiento utilizado para inmovilizar (parcial o totalmente) al paciente para evitar que se dañe o dañe a los demás.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía en diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, Pubmed y Medline.

RESULTADOS: Para la sujeción mecánica serán necesarios como mínimo: Un celador. Un vigilante. Un auxiliar. Un enfermero. **TIPOS DE INMOVILIZACIONES:** Tronco. Extremidades. Manos. Férulas. El enfermero dirigirá el procedimiento y el resto de personas inmovilizará la zona encargada. Si el paciente no se acuesta voluntariamente en la cama, se le reducirá y tumbará en decúbito supino (salvo contraindicación), sujetando cada persona una extremidad. La inmovilización será antes en la cintura y en los miembros inferiores que en los miembros superiores. Si la inmovilización es parcial, se hará en diagonal (brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda). Cuando el paciente esté sujeto, se comprobará la colocación de las correas. Y se vigilará cada 30 minutos al enfermo, rotando, si es una inmovilización parcial, las sujeciones.

CONCLUSIÓN: La eliminación de las sujeciones será gradual y en la liberación total habrá 4 personas como mínimo por si se produjera algún ataque.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, PROCEDIMIENTO, MECÁNICA, SUJECCIÓN.

GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTES TRATADOS EN UNA UNIDAD REGIONAL DE MEDIA ESTANCIA

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

INTRODUCCIÓN: La Gestión ineficaz de la propia salud es una etiqueta diagnóstica frecuentemente utilizada en Salud Mental, especialmente en la Unidad Regional de media estancia (URME). Muchos de los pacientes ingresados en este dispositivo tienen problemas para incluir en su vida diaria un régimen terapéutico eficaz para el tratamiento de su enfermedad y para alcanzar objetivos relacionados con su salud mental, siendo necesario proporcionales herramientas terapéuticas rehabilitadoras. Antiguamente llamado “Manejo infectivo del régimen terapéutico”, este diagnóstico ha sufrido múltiples cambios en su etiqueta diagnóstica hasta adquirir la etiqueta actual en la última revisión de la NANDA-I (2009-2011).

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca de los cuidados de pacientes con diagnóstico de Gestión ineficaz de la propia salud.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y se consensó con el equipo multidisciplinar los cuidados de enfermería más específicos para actuar ante este diagnóstico, seleccionando los NOC y NIC adecuados.

RESULTADOS: Para los factores relacionados (Falta de confianza en el régimen y/o en el personal de cuidados de la salud, Percepción subjetiva de gravedad y Déficit de conocimientos) y las características definitorias (Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la rutina diaria, Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención, Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo de progresión de la enfermedad y de sus secuelas y Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas) se seleccionaron cinco resultados de enfermería (NOC) y nueve intervenciones enfermeras (NIC).

CONCLUSIÓN: Una adecuada planificación de los cuidados, utilizando la metodología NANDA-NIC-NOC, asegura un estándar de calidad y mejora la eficacia y eficiencia de los cuidados enfermeros.

PALABRAS CLAVE: GESTIÓN, INEFICAZ, SALUD, MENTAL.

SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA EN PACIENTE CON ESTRÉS

CRISTIAN CHAVEZ BARROSO, PATRICIA CHAVEZ BARROSO, MARÍA JOSÉ CARRETERO SÁNCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 24 años que llega al Servicio de urgencias con una somnolencia profunda tras ingesta voluntaria de benzodiazepinas. Tras disminución de somnolencia, consciente y orientada, colaboradora y tranquila. Refiere que presenta mucho estrés en el trabajo y que ha tenido una discusión de pareja. Dentro de ese contexto, realizó una ingesta de 4 comprimidos de lormetazepam y 4 de alprazolam, para intentar dormir y desconectar. No antecedentes personales de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre. Análisis de tóxicos en orina.

JUICIO CLÍNICO: Sobreingesta medicamentosa voluntaria. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza la Valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson, estableciéndose los siguientes diagnósticos NANDA: 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con afrontamiento individual ineficaz manifestado por falta demostrada de una conducta adaptativa. 00095 Insomnio relacionado con ansiedad y/o estrés manifestado quejas verbales de dificultad para permanecer dormido. 00146 Ansiedad relacionado con crisis situacional, estrés y/o entre otros factores manifestado por manifestaciones afectivas. NOC: 0004 Sueño. Calidad de sueño. 1211 Nivel de ansiedad. Ansiedad verbalizada. NIC: 2300 Administración de medicación. Prescribir y/o recomendar medicamentos, si procede, de acuerdo con la autoridad de prescripciones. 5270 Apoyo emocional. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 5820 Disminución de la ansiedad. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

CONCLUSIONES: El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

PALABRAS CLAVE: SOBREINGESTA, MEDICAMENTOSA, VOLUNTARIA, ANSIEDAD, ESTRÉS.

ALTERACIONES ANALÍTICAS MÁS FRECUENTES EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

ERNESTO MUÑOZ RÓDENAS, ALMUDENA MARFIL ORTEGA, TERESA HERRADOR ARROYO

INTRODUCCIÓN: Muchas veces el personal sanitario es la puerta de detección de muchos trastornos alimentarios , y es nuestro deber detectar posibles casos. Es por eso que es de vital importancia el reconocimiento de signos y síntomas que a simple vista nos pueden ayudar a identificar posibles casos de trastornos de conducta alimentaria. Aunque no sea labor del personal de enfermería el análisis y estudio de parámetros analíticos , es adecuado conocer que parámetros nos pueden ayudar a descubrir pacientes con alteraciones alimentarias. Por eso la finalidad de este póster es la de hacer una revisión sistemática de cuáles son los parámetros bioquímicos más comunes que suelen alterarse en pacientes con trastornos alimentarios.

OBJETIVOS: Analizar algunos parámetros analíticos que cursan en los trastornos alimentarios.

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 sangre , alimentación y parámetros.

RESULTADOS: Tras el estudio de artículos y publicaciones relacionadas con el tema los resultados son: Los parámetros de carácter general que suelen presentar alteraciones son : Sodio. Cloro. Prealbúmina. Proteínas totales. Magnesio. Fósforo. Transaminasas normales o elevadas. Transferrina.

CONCLUSIÓN: No hay evidencia suficiente , que nos indique unos parámetros analíticos definidos que nos orienten hacia un diagnóstico concreto ; tan solo se evidencia una alteración de los parámetros anteriormente citados ; es por eso que se debe investigar más sobre el tema a tal fin.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS ALIMENTARIOS, MARCADORES, INDICADORES, PARÁMETROS ANALÍTICOS.

ANÁLISIS SOBRE LAS REPERCUSIONES DEL TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES MENTALES

MARIA ROSA ASENSIO PEREZ, JUANA SANCHEZ GALLEG0, MARIA DEL CARMEN PARRA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Los trastornos mentales son un conjunto de afecciones de origen diverso que padecen muchas personas y que constituyen actualmente una de las principales causas de sufrimiento e incapacidad en el mundo. Se trata de trastornos generalmente crónicos, con episodios o crisis cada cierto tiempo. Al no existir una cura definitiva, el tratamiento es el alivio de los síntomas hasta su desaparición, el mantenimiento del control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS: Determinar el impacto y los efectos que provocan el tratamiento en las enfermedades mentales.

METODOLOGÍA: Para efectuar este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos, como Medline, Elsevier, Scielo y plataformas como Pubmed, revisando exhaustivamente publicaciones científicas.

RESULTADOS: Los programas de salud mental deben ser una prioridad de la planificación sanitaria por la prevalencia de los trastornos mentales y por el impacto humano y económico que tienen sobre los pacientes y la sociedad en su conjunto. La OMS recomienda que los medicamentos actualmente disponibles se hagan accesibles en todos los niveles asistenciales para garantizar el mejor cuidado para todos los pacientes. Asimismo, las guías de práctica clínica para el manejo y tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales recomiendan la utilización de medicamentos antidepresivos en los pacientes con depresión cualquiera que sea su gravedad.

CONCLUSIÓN: Los trastornos mentales y particularmente la depresión tienen un impacto socioeconómico y humano muy importante. Al constituir una de las primeras causas de discapacidad y de enfermedad en el mundo y en España, los avances en la investigación farmacéutica son fundamentales.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, PACIENTE, TRASTORNO CRÓNICO, ENFERMEDAD MENTAL.

FACTORES DE RIESGO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS EL PARTO

RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO, ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA

INTRODUCCIÓN: Desde hace dos décadas se está estudiando más sobre el síndrome de estrés postraumático tras el parto. El parto puede ser un evento tan estresante que puede llegar a desencadenar este síndrome. Se estima que el 1,2% de las mujeres sufren este trastorno tras el parto. Los síntomas principales son reexperimentación del trauma en forma de pesadillas y flashbacks, evitación de estímulos relacionados con el mismo y aumento de ansiedad y nerviosismo con detalles del evento. Se hace fundamental conocer los factores de riesgo para evitar este síndrome.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre los factores de riesgo que intervienen en el estrés postraumático después del parto.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de la evidencia publicada en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Cuiden y Scielo, limitando los resultados a los últimos 10 años. Se emplean como descriptores los términos DeCS: estrés postraumático, parto, factores de riesgo; así como sus respectivos términos MeSH. Se escogen 8 artículos que se ajustan a nuestra búsqueda.

RESULTADOS: Tras la bibliografía consultada, los autores coinciden en que los factores de riesgo con mayor impacto son el malestar subjetivo durante el parto: dolor, pérdida de control, miedo a la pérdida del bebé; y las emergencias obstétricas. Los factores de riesgo con impacto medio son las complicaciones en los recién nacidos, bajo apoyo percibido durante el parto, problemas mentales durante el embarazo, factores psicosociales disfuncionales, experiencias traumáticas previas y complicaciones durante el embarazo.

CONCLUSIÓN: Tras la búsqueda realizada, comprobamos que son numerosos los factores de riesgo para que aparezca un estrés postraumático. Por ello, debemos tener en cuenta todos estos factores de aparición para poder tratarlos. La información y formación son necesarias para poder atenuar estos síntomas. Es importante una intervención multidisciplinar para detectar estos síntomas.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, PARTO, FACTORES DE RIESGO.

PREVALENCIA DE HIPERPROLACTINEMIA INDUCIDA POR TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

ESPERANZA MACARENA LECHUGA CORREA, RAQUEL BAEZA MORENO, MARIA LUISA RIVERA HIDALGO

INTRODUCCIÓN: Los antipsicóticos de segunda generación se emplean habitualmente para pacientes pediátricos a pesar de su escasa aceptación para su uso en niños. Aunque se estima que son más seguros que los antipsicóticos de primera generación, existe evidencia que indica que los antipsicóticos de segunda generación también pueden provocar algunos efectos adversos e incremento de los niveles de prolactina en sangre.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente sobre la prevalencia de hiperprolactinemia inducida por tratamiento antipsicótico en población pediátrica.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática en la base de datos Pubmed, limitando los resultados a los últimos 10 años. Se emplean como palabras clave los términos Mesh hyperprolactinemia (hiperprolactinemia), antipsychotic agents (antipsicóticos), child (niño), prevalence (prevalencia). De los 43 estudios encontrados seleccionamos 15 que se ajustan a nuestros criterios de búsqueda.

RESULTADOS: En niños encontramos estudios que analizan los efectos adversos inducidos por risperidona, quetiapina, aripiprazol, olanzapina y paliperidona, siendo observado escasamente los vinculados con la prolactina. La risperidona es el antipsicótico de segunda generación que más se asocia a este problema, siendo el aripiprazol el que menos se relaciona existiendo estudios que evidencian incluso una disminución de la prolactina en sangre en el tratamiento con aripiprazol. Las recomendaciones encontradas en caso de aparecer este efecto adverso son las mismas para cualquier grupo de edad, estando entre ellas: La reducción de la dosis, cambio de antipsicótico a otro que induzca menos hiperprolactinemia o incorporar un antagonista de los receptores de la dopamina si no se puede disminuir la dosis o los efectos son graves.

CONCLUSIÓN: No es posible fijar conclusiones definitivas ya que hay pocos estudios que hayan monitorizado metódicamente la seguridad de los antipsicóticos en poblaciones pediátricas y los datos referentes a los efectos adversos a largo plazo son escasos.

PALABRAS CLAVE: HIPERPROLACTINEMIA, ANTIPSICÓTICOS, NIÑO, PREVALENCIA.

EXCLUSIÓN SOCIAL Y TRASTORNO MENTAL GRAVE, A PROPÓSITO DE UN CASO

IRENE ARANDA MUROS, VÍCTOR FRANCISCO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: LGT, varón de 30 años. El padre es alcohólico y maltratador, por lo que la madre abandona el hogar de Xátiva y se viene a vivir a Málaga con los tres hijos. En el año 2000 su madre sufre un accidente de tráfico, es atropellada, y fallece. Tras el accidente de la madre percibe una indemnización de la cual se gasta en consumo de tóxicos, deja los estudios y tiene constantes fugas del hogar. En la calle es manipulado y objeto de abusos, incluidos los de tipo sexual, permanece en esta situación durante unos diez años. En diciembre de 2012 tras un ingreso en la unidad de agudos de salud mental se pone en contacto con el Programa PISMES de Málaga.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Diagnóstico medio: esquizofrenia indiferenciada. Diagnóstico enfermeros: Afrontamiento ineficaz (00069) r/c trastorno en los patrones de liberación de la tensión m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa. En la crisis: 00128 Confusión aguda r/c delirio m/p alucinaciones, agitación e intranquilidad crecientes.

PLAN DE CUIDADOS: Afrontamiento ineficaz r/c trastorno en los patrones de liberación de la tensión m/p empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa. NOC: Aceptación: estado de salud, Afrontamiento de problemas, Conocimiento: recursos sanitarios. NIC: Aumentar el afrontamiento y Distracción. En los momentos de crisis: Confusión aguda r/c delirio m/p alucinaciones, agitación e intranquilidad crecientes. NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado. NIC: Manejo del delirio y Manejo de las alucinaciones.

CONCLUSIONES: Con LGT se ha trabajado desde lo motivacional reforzando el vínculo terapéutico, teniendo en cuenta tres ejes fundamentales: trastorno mental grave, exclusión social y consumo de tóxicos, los cuales estaban interrelacionados de manera que si uno cambiaba los otros dos también se veían afectados.

PALABRAS CLAVE: EXCLUSIÓN SOCIAL, TRASTORNO MENTAL GRAVE, SALUD MENTAL, PERSONA SÍN HOGAR.

CONTENCIÓN MECÁNICA: GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE, MARTA FERNANDEZ GUDIN, NOELIA GARCIA ARNALDO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica se considera la inmovilización parcial o total del paciente, mediante sistemas físicos homologados, para garantizar la seguridad del paciente o del entorno. Los pacientes susceptibles de dicha técnica suelen ser pacientes con alteración orgánica o psiquiátrica. Está justificada si fracasan alternativas como el abordaje verbal, medidas ambientales, de conducta y la contención farmacológica, ya que transgreden el principio de autonomía. Supone un confrontamiento ético entre éste y el de beneficencia. A este conflicto se añade los riesgos y/o complicaciones que la CM conlleva.

OBJETIVOS: Analizar indicaciones y contraindicaciones de la CM, y determinar complicaciones físicas y sus cuidados.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica en PubMed, Cuiden, y el buscador de Google académico sobre estudios y protocolos de hospitales españoles publicados entre el 2012 y 2017.

RESULTADOS: Lo adecuado es que la contención se realice por cuatro profesionales sanitarios. Es obligatorio que el material sea homologado. Está indicado para prevenir lesiones, conductas que puedan dañar a otros, interferencias en plan terapéutico, evitar daños materiales. Y contraindicado si hay orden médica expresa, como castigo, o si se puede solucionar con medidas alternativas. Las posibles complicaciones son ahorcamiento, dificultad respiratoria, isquemia periférica, edemas, compresión nerviosa, UPP, broncoaspiración, tromboembolismos, fracturas, luxaciones, muerte súbita. Evitar llevar objetos con los que puedan dañarse, así como que se golpee accidentalmente, retirar prendas de vestir que interfieran. Una vez colocada la contención, vigilar cada 15 min nivel de conciencia, constantes vitales, cabecero a 30-45°, valorar puntos de sujeción, proporcionar cuidados básicos y prevenir lesiones con AGHO y cambios posturales.

CONCLUSIÓN: La contención mecánica debería limitarse como último recurso; cuya indicación es de criterio facultativo, salvo en caso de urgencia, en que enfermería podría iniciarla. Debe estar correctamente justificada, para realizar una técnica correcta y no transgredir los derechos del paciente. Es fundamental una formación adecuada de los profesionales para aumentar la seguridad y disminuir los riesgos.

PALABRAS CLAVE: COMPLICACIONES, CONTENCIÓN MECÁNICA, RESTRICCIÓN FÍSICA, SUJECCIÓN FÍSICA.

EPISODIO PSICÓTICO EN PACIENTE DE 17 AÑOS

JOSE MANUEL DE LA RUBIA CASANOVA, ENCARNACION GARCIA CRUZADO, ANA BARRAGAN TEJEDOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 17 años, natural de Marruecos, que acude al servicio de urgencias por cuadro de labilidad emocional, desorientación e ideas delirantes. Niega consumo de tóxicos u otra alteración. Vive en una residencia infantojuvenil de la comunidad de Madrid y durante la entrevista se muestra muy angustiado, e impresiona de desorientación. Indica que su cumpleaños es en junio y que cumple 18 años, lo cual parece generarle mucho temor porque tendrá que abandonar el centro. Cuando se le pregunta por este hecho comienza a rezar en árabe, y ya no podemos continuar la entrevista. Durante su estancia en la urgencia, hemos tenido que realizar sujeción terapéutica de 5 puntos en varias ocasiones, ya que el paciente se quería marchar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: CTES: Exploración física: Buen estado en general, alerta. Peso: 70 kg, estatura: 170 cm Tensión arterial 123/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 90 lat/min. Saturación de oxígeno: 99%. Temperatura: 36 ° C. EEII: no edema ni signos de TVPÑ. No focalidad Neurológica. Bradipsíquico, mutista.

JUICIO CLÍNICO: Episodio Psicótico afiliar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza Analítica completa, para comprobar consumo de tóxicos y descartar causas orgánicas. Radiodiagnóstico: TORAX, PA Microbiología: Radiodiagnóstico : TAC Cerebral con contraste.

PLAN DE CUIDADOS: Recuperar las actividades funcionales perdidas. Disminuir las alucinaciones, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos. Conseguir que el paciente acepte y afronte con eficacia la enfermedad. Asegurar la adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES: Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. El paciente después de seguir tratamiento psicofarmacológico y continuar con sujeción terapéutica se encuentra menos angustiado, aunque se objetivan bloqueos y latencia en sus respuestas. Se deriva por parte del psiquiatra a otro centro especializado en menores para su ingreso y filiación diagnóstica. Por nuestra parte nos aseguramos de la adherencia terapéutica del paciente a las tomas de medicación.

PALABRAS CLAVE: SALUD, PSICOSIS, TRASTORNO MENTAL, PSIQUIATRÍA.

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON EPISODIO MANIFORME DE ORIGEN TÓXICO

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 24 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de Escoliosis, fumadora habitual, consumo de cannabis, niega otros tóxicos, consulta en USMC-Sanlúcar en agosto y diciembre de 2017 por trastorno ansioso-depresivo donde se recomienda abstinencia de tóxicos. En tratamiento con Sertralina 50 mg desde septiembre de 2017. No ingresos previos. Vive con sus padres. Acude a urgencias del Hospital Virgen del Rocío trasladada en ambulancia y acompañada por sus padres por trastornos de conducta con cuadro de agresividad en vía pública, agitación, siendo necesaria la contención química y mecánica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada, TA: 119/66 mmHg, FC: 105 lpm, afebril. No déficit defunciones superiores. Consciente, orientada, colaboradora y abordable. Discurso coherente, fluido, con tendencia a la verborrea. Hipertímica, disfórica, ideas de grandeza “voy a ser rica”, “soy la más guapa”, “voy a ser jefa”, y de perjuicio en relación a sus padres “quiero pegarle a mi padre”, “no quiero verlos”, sin estructuración. Alteraciones de conducta, episodios de heteroagresividad. Nula conciencia de enfermedad. Pruebas complementarias: Test de tóxicos: Positivo a THC y Cocaína. Analítica completa de sangre.

JUICIO CLÍNICO: Episodio maniforme y valorar origen: tóxico, viraje o endógeno. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la exploración psicopatológica y con ayuda de las pruebas complementarias, se valora Episodio Maniforme de origen tóxico.

CONCLUSIONES: Dado el antecedente de posible episodio depresivo, el comienzo de toma de tratamiento antidepresivo y consumo de tóxicos, es derivada al Hospital San Lázaro para ingreso involuntario para tratamiento y medida de contención.

PALABRAS CLAVE: CONDUCTA, TÓXICOS, HETEROAGRESIVIDAD, DEPRESIVO, PERJUICIO.

ENFERMERA EN LA SALUD FÍSICA DEL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA

SILVIA ROSILLO SANJUAN, EUGENIO OCAÑA MADERO, JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA

INTRODUCCIÓN: Las personas con trastorno mental grave presentan una tasa mayor de comorbilidad física y mortalidad, siendo la expectativa media de vida un 20% menor respecto a la población en general.

OBJETIVOS: Analizar la comorbilidad física mas frecuente en los pacientes con trastorno bipolar.

METODOLOGÍA: La revisión sistemática del tema de investigación se realizó en distintas bases de datos entre las que predominan las digitalizadas (Pubmed, Cuiden, SciELO, Cochrane Plus, ScienceDirect...).

RESULTADOS: La mortalidad entre las personas con trastorno bipolar esta incrementada al menos 2 veces en los hombres y 3 veces en las mujeres. Pudiendo llegar a ser la mortalidad por causas cardiovasculares del 50%, presentando mayor obesidad y síndrome metabólico que en la población en general. Se han encontrado tasas mayores de HTA frente a la esquizofrenia. La prevalencia de hipotiroidismo es del 9,6% y el riesgo parece aumentar entre los pacientes con ciclación rápida. Presentan un riesgo de abuso o dependencia de nicotina dos veces superior al de la población general con un aumento del riesgo de sufrir EPOC y asma. Presentar un mayor riesgo de suicidio.

CONCLUSIÓN: La comorbilidad física de las personas con Trastorno Bipolar pasa desapercibida. Por eso, infratratada, en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud que se corresponden. Algunos de los factores que provocan son un empeoramiento en la calidad de vida y salud física de los usuarios con trastorno bipolar son modificables y previsibles. Es responsabilidad del personal sanitario a su cargo realizar los cribados e intervenciones necesarios y adecuados para evitar esta situación.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, EJERCICIO, ENFERMERÍA, SALUD FÍSICA.

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON EPISODIO PSICÓTICO AGUDO

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 32 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de encefalitis vírica en 2004 con ingreso hospitalario y recuperación sin secuelas, consumo de cannabis de larga duración con acentuación del consumo en el último año. Casado, tiene dos hijos de 4 y 1 año con los que convive. Acude a urgencias acompañado por su cuñado y su mujer informando de un debut de desorganización conductual de un mes de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 145/85 mmHg, FC:92 lmp, afebril. Conducta desorganizada e inadecuada. Inquietud psicomotora. Discurso tangencial, elevada producción ideatoria perdiendo el hilo conductor del pensamiento y alucinaciones auditivas. Fenómenos de sonorización del pensamiento, interpretaciones delirantes, vivencias de persecución e insomnio de 72 horas de evolución. Hiporexia con pérdida ponderal de 15 kg en dos meses. Débil conciencia de enfermedad y agresividad verbal hacia su mujer. Pruebas complementarias: Estudio analítico completo y test de tóxicos: Positivo en cannabis.

JUICIO CLÍNICO: Episodio psicótico agudo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la exploración psicopatológica y con ayuda de las pruebas complementarias, se confirma Episodio psicótico agudo.

CONCLUSIONES: Dado el riesgo conductual aumentado por la desorganización conductual que se objetiva, el temor de la mujer a un descontrol heteroagresivo conviviendo con dos menores y la situación psicopatológica descrita con débil conciencia de enfermedad, se considera el ingreso hospitalario como medida de contención. El paciente acepta el ingreso de manera voluntaria.

PALABRAS CLAVE: PSICÓTICO, HETEROAGRESIVIDAD, ALUCINACIONES, DELIRANTES, INQUIETUD.

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON TRASTORNO PARANOIDE

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años de edad, alergia a Metformina. Antecedentes de hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, fumador de 40 cigarrillos diario, bebedor de cerveza: 3-4 litros/día. Viudo desde hace siete meses, tiene 2 hijos, su hija vive con él. Primer contacto con servicios de salud mental en marzo de 2017 por trastorno adaptativo con predominio de sintomatología depresiva. Acude acompañado por sus dos hijos y uno de sus hermanos. En silla de ruedas. Aspecto descuidado. Refiere que hace 7 meses falleció su mujer “desde entonces estoy fatal, mal, me mareo”. Refiere ánimo triste, apatía, anhedonia, desinterés por el entorno, pérdida de autonomía, problemas de sueño con insomnio de conciliación y despertar precoz. Permanece sentado en silla de ruedas con tendencia a inclinarse hacia el lado derecho, realizando movimientos repetitivos con brazo y mano derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 134/83 mmHg, FC: 89 lpm, afebril. No alteraciones del estado de conciencia. Poco colaborador, dificultad para explorar orientación. Responde a órdenes verbales. Pérdida de fuerza en miembros inferiores que imposibilitan la marcha. Lenguaje balbuceante, dificultades en la articulación, inducido, sin modulación. Discurso parco, concreto. No alteraciones del contenido ni propiedad de pensamiento. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ideación de muerte. Trastorno del sueño. Pérdida de peso de 15 kg. Analítica de sangre completa.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno depresivo con conductas regresadas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno psíquico. Dado el seguimiento por los servicios de salud mental en marzo de 2017 por trastorno adaptativo con predominio de sintomatología depresiva y con ayuda de las pruebas complementarias se confirma trastorno depresivo con conductas regresadas.

CONCLUSIONES: Se procede a ingreso hospitalario de carácter voluntario en la unidad de Salud Mental del Hospital de San Lázaro para control y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: ANHEDONIA, DEBILIDAD, DEPRESIVO, INSOMNIO, APATÍA.

ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

SANDRA GRANERO SÁNCHEZ, MARIA BERMEJO MORENO, SARA ALBA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 51 años de edad intolerante a AAS y Nolotil. Antecedentes personales de fibromialgia, fumadora de 20 cigarrillos diarios, bebedora ocasional. Vive en albergue desde donde se detectan síntomas psicóticos. Petición de consulta en junio 2017 en USMC Guadalquivir por su médico de familia por ideas paranoides, la paciente no acude. Acude a urgencias del Hospital trasladada en DCCU, donde comenta que tiene 3 hijos y últimamente vivía con una pareja, que la echaron de su piso, datos que da con desconfianza sin querer dar más detalles. La paciente se muestra agresiva desde una postura defensiva precisando contención química y mecánica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 116/72 mmHg, FC: 76 lpm. Consciente, orientada, sin conciencia de enfermedad mental. Aspecto conservado, aseada. Dolores generalizados, especialmente de espalda. Ideas delirantes de perjuicio probablemente de larga evolución. Refiere que tiene problemas con algunos compañeros del albergue, que la insultan, que suben palabras sobre ella en las redes sociales... No impresiona padecer alucinaciones. Analítica de sangre completa. Test de tóxicos: Negativo.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de conducta coincidente con las ideas paranoides. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la exploración psicopatológica y con ayuda de las pruebas complementarias, se valora Trastorno paranoide, delirium.

CONCLUSIONES: Dado el riesgo de heteroagresividad y la negativa de la paciente a la toma de tratamiento vía oral, es derivada al Hospital San Lázaro para ingreso involuntario para tratamiento intramuscular y sujeción mecánica como medida de contención.

PALABRAS CLAVE: PARANOIDE, TRASTORNO, DELIRANTES, PERJUICIO, PSICÓTICOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 52 años que en 1982 sufrió un accidente de tráfico con traumatismo craneoencefálico grave con salida de masa encefálica, quedándole como secuelas alteraciones del comportamiento e hipoacusia izquierda. Inició seguimiento en CSM Cartagena en 1988 por alucinaciones auditivas, cenestésicas y delirios. Tras recibir múltiples tratamientos con escasos resultados y persistencia de la clínica psicótica, se procede a su ingreso en la Unidad Regional de media estancia de Murcia (URME).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su ingreso presenta abandono personal y de la vivienda de años de evolución, con acumulo de basura y objetos inservibles en la casa hasta un Diógenes. Deterioro físico con pérdida de peso hasta estado caquéctico. Consumo abusivo de tabaco y café hasta 24 cafés/día. Desorden horario, se levanta a media noche y se va de casa, deambulando por la carretera con peligro de atropello. Deambula con dificultad debido a las secuelas y se cae. Pide y debe dinero en los bares. Fuma colillas de la calle. Se desarrolló un plan de cuidados siguiendo la metodología enfermera, con una valoración inicial utilizando los patrones funcionales de Marjory Gordon.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con Esquizofrenia paranoide secundaria a patología orgánica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: (00193) Descuido personal. (00085) Deterioro de la movilidad física. (00122) Trastorno de la percepción sensorial.

PLAN DE CUIDADOS: Tras la determinación de los principales diagnósticos enfermeros mediante la taxonomía NANDA se actuó, planteando diferentes objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) para cada uno de ellos.

CONCLUSIONES: Las secuelas cognitivas del TEC consisten principalmente en alteraciones en la atención, la memoria y la función ejecutiva, las cuales interfieren en las actividades realizadas con anterioridad por el paciente provocando un impacto significativo en la calidad de vida del mismo. Por ello es necesario el desarrollo de un plan de cuidados adecuado a las necesidades individuales de un paciente con estas características.

PALABRAS CLAVE: NANDA, NIC, NOC, CUIDADOS.

SÍNDROME DE ASPERGER: HERRAMIENTAS PARA SU DETECCIÓN TEMPRANA

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

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Asperger (SA) es un trastorno de base neurobiológica caracterizado por falta de sociabilización, intereses restringidos, y déficits lingüísticos así como dificultades para expresar y comprender emociones.

OBJETIVOS: Conocer las distintas herramientas para la detección precoz del SA.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las diferentes bases de datos: Cochrane Iberoamérica, el buscador Google scholar. Como criterios de inclusión hemos utilizado artículos en lengua castellana, publicaciones escritas en los últimos 10 años, artículos relacionados con enfermería y que traten la temática de la detección precoz en niños con SA.

RESULTADOS: La diversidad de manifestaciones clínicas que se presentan en el SA dificulta su detección precoz, lo que puede provocar un retraso en su diagnóstico. Los datos de un estudio realizado en España en 2012, ponen de manifiesto que la edad de diagnóstico puede retrasarse hasta los 11 años. A todo ello, se añade el desconocimiento del problema en ámbitos sanitarios y educativos. Existen determinadas señales de alerta inmediata que ponen de manifiesto la urgencia del caso: No balbucea, no hace gestos a los 12 meses; no dice palabras sencillas a los 18 meses; no dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses; cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad. Existen diversas herramientas o test en las que apoyarnos para la detección precoz del SA (Test Infantil del SA (CAST) para edades comprendidas entre 4 y 11 años y la escala autónoma para la detección del SA (EA) a partir de los 6 años).

CONCLUSIÓN: Creemos necesario que todos los profesionales enfermeros y de centros educativos dispongan de la formación necesaria para la detección precoz del SA, reduciendo así el estigma al que se ven sometidos.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE ASPERGER, DETECCIÓN PRECOZ, ENFERMERÍA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 27 años que acude a urgencias para valoración psiquiátrica por sintomatología obsesiva, agresividad y amenazas autolesivas. Debido a la gravedad del caso se procede a su ingreso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades médico ni quirúrgicas de interés. Niega consumo de tóxicos. Exploración complementaria: Analítica y electrocardiograma sin alteraciones. Exploración psicopatológica: Consciente y Orientado, destaca ideación obsesiva en torno a la contaminación con continuas conductas rituales de comprobación, lavado de manos y conductas evitativas. Impulsos hetero y autolesivos de los que muestra poca capacidad de control y aislamiento social progresivo. Realiza crítica frente a estas ideas y conductas que vive con angustia. Ideación de muerte sin plan autolítico estructurado de la que hace crítica.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la exploración psicopatológica, la sospecha diagnóstica inicial fue la de TOC aunque será necesario evaluar si hay asociada clínica psicótica productiva.

CONCLUSIONES: El trastorno obsesivo-compulsivo es un tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por presentar ideación obsesiva que suele estar acompañada de acciones y comportamientos que se realizan en forma de ritual. Este trastorno suele producir gran angustia y malestar por lo que llega a ser altamente discapacitante. Suele empezar a manifestarse durante la infancia o la adolescencia. Su evolución suele ser progresiva, aunque puede aparecer también de forma repentina por estrés o ante un acontecimiento concreto que actúa como desencadenante. El tratamiento dependerá del grado de discapacidad siendo recomendable al alta realizar valoración neuropsicológica de funciones viso-espaciales, orientación profesional y laboral desde su centro de rehabilitación y psicoeducación familiar, así como un seguimiento por parte de un especialista para tratamiento farmacológico y cognitivo conductual.

PALABRAS CLAVE: CONDUCTAS RITUALES, TOC, ANSIEDAD, IDEAS OBSESIVAS.

ATENCIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON ICTUS

MARIA JESUS SAEZ PEREZ, ISMAEL GONZALEZ BLAS, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, ASCENSION GUIRAO BOCH, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 69 años trasladado a puerta de urgencias del Hospital por la UME presentando desde una hora antes disartria y hemiparesia derecha que empeora progresivamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: HTA de larga evolución y mal controlada con poca adherencia a los tratamientos prescritos. Fibrilación auricular anticoagulada con apixabán 5 mg. Desde hace 6 meses y pendiente de cardioversión eléctrica programada. Disnea de moderados esfuerzos lentamente progresiva que no le incapacita para pequeños esfuerzos pero que si le ha provocado la reducción de distintas actividades. No AMC, no DM, no hábitos tóxicos. Exploración complementaria: Se realiza analítica. RX de tórax no observándose masas condensaciones ni derrame. Se realiza ECG que detecta BCRDHH ya conocida. Toma de constantes con TA: 196/108 mmHg. TAC craneal que confirma ictus hemorrágico con hemorragia parenquimatosa talámica izquierda con hematoma de ganglios basales abierto a ventrículos, no siendo accesible quirúrgicamente el hematoma profundo. Exploración psicopatológica: Se encuentra desorientado temporal y espacialmente con poca respuesta a estímulos: Glasgow de 9.

JUICIO CLÍNICO: Ictus a descartar hemorrágico o isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus hemorrágico.

CONCLUSIONES: El tratamiento específico de cada paciente dependerá del tipo de ictus. En el isquémico la prioridad es la activación del llamado “código ictus” procedimiento de actuación sanitaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus con el fin de poder atender al paciente dentro del periodo de ventana de 4 horas para que pueda ser candidato a recibir terapia fibrinolítica. Tras interconsulta a Neurología no consideran al paciente subsidiario de tratamiento fibrinolítico ya que el caso que nos ocupa presenta hemorragia intracranial en un paciente tratado con anticoagulantes orales, ambos criterios de exclusión para este tratamiento.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CÓDIGO ICTUS, TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO, ANTICOAGULANTES.

EVALUACIÓN DE NECESIDADES REALES DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE TRAS UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

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

INTRODUCCIÓN: Las personas con trastorno mental grave (TMG) presentan unas necesidades reales que pueden ser evaluadas mediante diversos instrumentos. Uno de ellos es el Cuestionario Maristán. Brewin, C. Definió en 1987 el término necesidad como “la presencia de un problema que interfiere en la evolución, rehabilitación o integración social de una persona enferma, y para cuyo problema la persona precisa o necesita algún tipo específico de respuesta, cuidado o solución”.

OBJETIVOS: Evaluar las necesidades reales del paciente con TMG antes y después de un programa psicoeducativo.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo un estudio analítico cuasiexperimental en una muestra de pacientes con TMG, a los que se les administró el Cuestionario Maristán de Necesidades de las personas con Trastornos Mentales Graves antes y después de la intervención. La intervención ha consistido en un programa psicoeducativo compuesto por cuatro sesiones, llevadas a cabo por personal de enfermería, más un seguimiento individual del paciente en consulta durante dos meses. Sesión 1: Actividades de la vida diaria (AVD). Sesión 2: Manejo de la medicación. Sesión 3: Gestión emocional. Sesión 4: Activación conductual.

RESULTADOS: Tras finalizar el programa psicoeducativo se han visto cambios en las necesidades reales percibidas por el paciente con TMG, pasando de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”, destacando: necesidad de ayuda para acceder a los servicios de Salud Mental y necesidad de información acerca la enfermedad y la medicación que tomo.

CONCLUSIÓN: Negociar el cuidado con el paciente puede conducir a una mayor comunicación y a un aumento de su interés por implicarse en su propio proceso. Es por ello que la psicoeducación en el TMG es fundamental, siendo posible modificar las necesidades percibidas por el paciente, mejorando su autocuidado y empoderándolo en diversos aspectos de su vida y su salud.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO MENTAL GRAVE, CUESTIONARIO MARISTÁN, PROGRAMA PSICOEDUCATIVO, EVALUACIÓN DE NECESIDADES.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO O FOLIE À DEUX

MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

INTRODUCCIÓN: Fue originalmente descrito por Lasségue y Falret a finales del siglo XIX. En la actualidad la psicosis compartida entre dos o más individuos está clasificada en la CIE10, aunque en DSM-V ya no aparece como un trastorno en sí, sino que es parte de los ejemplos de “otro especificado”. Se define como una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, normalmente ideas delirantes, en dos o más individuos con una relación cercana.

OBJETIVOS: Describir qué es la psicosis compartida y qué se conoce de esta entidad.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Cochrane Plus. Así como la siguiente página: Elsevier Journals. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron “folie à deux”, “trastorno psicótico compartido”, “trastorno paranoide compartido” y “psicosis”. Los filtros que se utilizaron fueron periodo temporal (2008-2017) e idioma castellano. De un total de 22 artículos, se seleccionaron 4 para su análisis.

RESULTADOS: Uno de los sujetos, el “inductor principal”, transfiere el delirio al “acompañante secundario” y ambos a partir de ese momento se apoyan mutuamente en sus creencias. Según Laségue and Farlet, el inductor suele ser más inteligente y tener una personalidad más marcada mientras el inducido es más dependiente con una personalidad pre-mórbida. Entre la sintomatología que encontramos se encuentra: creencias delirantes, aislamiento, aceptación acrítica de las creencias delirantes de otra persona... Para la identificación del cuadro hay que tener en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen.

CONCLUSIÓN: Se considera un cuadro clínico raro, y su incidencia y prevalencia no son conocidas ya que usualmente lo que se encuentra son reportes de casos clínicos. Algunos autores consideran que se trata de un trastorno infradiagnosticado en la actualidad.

PALABRAS CLAVE: DELIRIO COMPARTIDO, FOLIE A DEUX, PSICOSIS INDUCIDA, TRASTORNO PARANOIDE COMPARTIDO.

INSOMNIO INFANTIL POR HÁBITOS INCORRECTOS

MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

INTRODUCCIÓN: El sueño es un requisito vital para el correcto desarrollo del infante. De entre todos los problemas de sueño, el insomnio es el más frecuente, pudiendo afectar a más del 30% de la población infantil. Se habla de dos tipos de insomnio infantil: insomnio por hábitos incorrectos (más frecuente) e insomnio por trastornos psicológicos.

OBJETIVOS: Describir el insomnio infantil por hábitos incorrectos y cuál es el tratamiento indicado.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed. Así como la siguiente página: Elsevier Journals. En sus buscadores se introdujeron los siguientes descriptores: “Insomnio”, “sueño”, “infancia” y “hábitos”. Los filtros que se utilizaron fueron periodo temporal (2008-2017) e idioma castellano. De un total de 27 artículos, se seleccionaron 5 para su análisis.

RESULTADOS: La causa que origina este problema es la distorsión y desestructuración por asociaciones inadecuadas que el niño hace con su sueño, normalmente debido a los múltiples cambios que hacen los padres para intentar que el niño se duerma. La consolidación del sueño evoluciona rápidamente en la infancia, por lo que la conducta de los padres a la hora de acostarlos y las respuestas a los despertares nocturnos están altamente asociadas. Estos efectos probablemente sean bidireccionales pudiendo llegar a crear problemas a largo plazo si no se trata.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de los trastornos del sueño en los niños debe pasar primero por un buen conocimiento de las características del sueño normal, cambiante y bien diferenciado según la edad, y posteriormente realizar un correcto tratamiento diagnóstico para solucionar los problemas. Algunos autores apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual reduciendo los despertares nocturnos reclamando la presencia de los padres, el rechazo a acostarse y el bienestar de niños y familias.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, SUEÑO, INFANTIL, HÁBITOS.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTOXICACIÓN POR LITIO

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, el litio se utiliza como indicación terapéutica en diferentes alteraciones psiquiátricas. La American Psychiatric Association lo considera tratamiento de primera elección (junto al ácido valproico) en los episodios de manía aguda y en el tratamiento de mantenimiento del Trastorno Bipolar. El nivel sérico del litio considerado terapéutico varía de 0,6 mEq/l a 1,2mEq/l. La litemia ocurre cuando de forma intencionada o accidental el paciente ingiere demasiada cantidad de litio.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son las manifestaciones por intoxicación de litio y cuál es el margen terapéutico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Dialnet y CINAHL. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: “Litio”, “intoxicación”, “toxicidad”, “trastorno bipolar”. Los filtros que se utilizaron fueron periodo temporal (2011-2017) e idioma español. De un total de 27 artículos, se seleccionaron 5 para su análisis.

RESULTADOS: En el tratamiento con litio los efectos adversos son dependientes de la dosis y duración de la terapia. Los síntomas asociados a la intoxicación leve son: letargia, temblor grosero, debilidad muscular, náuseas y diarrea. La toxicidad moderada está asociada a confusión, disartria, nistagmo, ataxia, fasciculaciones mioclónicas y cambios en el electrocardiograma. La toxicidad grave, que puede ser potencialmente mortal, está asociada a un deterioro del estado de conciencia, crisis convulsivas, insuficiencia renal, coma y muerte.

CONCLUSIÓN: El uso del litio presenta riesgos debido al estrecho margen terapéutico que tiene. El paciente precisa ser informado para distinguir esos efectos tóxicos de los efectos colaterales. Las medidas de descontaminación como lavado gástrico solo se realizan en caso de cumplir con las indicaciones. No es útil el carbón activado y mantener el estado de volemia es indispensable.

PALABRAS CLAVE: LITIO, INTOXICACION, TOXICIDAD, TRASTORNO BIPOLAR.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, DANIEL LINARES MORALES

INTRODUCCIÓN: Se denomina patología dual a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno.

OBJETIVOS: Describir qué es la patología dual y conocer cuál es el perfil del paciente.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos: IME biomedicina, Dialnet y PubMed. Los descriptores utilizados fueron: “trastorno relacionados con sustancias”, “comorbilidad”, “patología dual”, “adicción”. Los filtros que se utilizaron fueron periodo temporal (2008-2017). De un total de 20 artículos, 5 fueron seleccionados para su análisis.

RESULTADOS: Los estudios realizados en pacientes con patología dual observaron que los trastornos psicóticos fueron el diagnóstico más frecuente. Sin embargo, en pacientes diagnosticados de TUS (trastorno por uso de sustancias) los trastornos afectivos fueron la patología psiquiátrica más prevalente. Se observa que la droga más asociada es el alcohol. Otros autores encontraron que el cannabis se asociaba más con la comorbilidad psiquiátrica que la dependencia de cocaína o heroína. Sin embargo, no todos los trabajos coinciden en los mismos datos. Existe controversia acerca de si la patología dual es más frecuente en varones o en mujeres, existiendo diferencias en función del lugar donde los estudios se realicen.

CONCLUSIÓN: Mejorar los servicios asistenciales para estos pacientes debería ser una prioridad, debido a que el uso de alcohol y otras drogas está asociado a consecuencias adversas como pueden ser mayor incumplimiento, reincidencia, suicidio, VIH, VHC, falta de recursos básicos, desempleo, problemas legales, etc. Esta situación desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGIA DUAL, PSIQUIATRIA, COMORBILIDAD, ADICCION.

EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES EN LA INFANCIA

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO

INTRODUCCIÓN: En el DSM V, el síndrome de Munchausen por poderes es parte del Trastorno Facticio no especificado. En esta enfermedad, uno de los padres, en el 95% de los casos, la propia madre, fabrica o inventa síntomas clínicos en su hijo hasta convertirle, de cara a los médicos y pediatras, en un enfermo. Se considera una forma de maltrato infantil ya que implica una combinación de abuso físico, simulación y maltrato psicológico por la que el paciente es llevado a la consulta médica de diferentes profesionales de forma persistente, requiriendo múltiples procedimientos médicos, tanto diagnósticos como de tratamiento.

OBJETIVOS: Describir en qué consiste el síndrome de Munchausen y conocer sus criterios diagnósticos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, Dialnet y CINAHL. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: “Síndrome de Munchausen por terceros”, “Maltrato infantil”, “Abuso infantil” y “Diagnóstico”. Los filtros que se utilizaron fueron periodo temporal (2010-2017). De un total de 25 artículos, se seleccionaron 5 para su análisis.

RESULTADOS: En el CIE-10 figura una enumeración de datos sugestivos que configurarían este síndrome: los síntomas y el patrón de la enfermedad son raros, las hospitalizaciones y la investigaciones no logran llegar a un diagnóstico, los datos objetivo son compatibles con enfermedad inducida, no respuesta a tratamientos apropiados, los signos y síntomas desaparecen cuando los padres no han tenido acceso al niño... La presentación clínica puede ser muy variable, desde casos en los que el cuidador reporta un síntoma hasta la fabricación de los signos de enfermedad inducidos por acciones intencionales del mismo.

CONCLUSIÓN: La prevalencia real de este síndrome no ha sido evaluada por sub- diagnóstico. La exactitud y precocidad del diagnóstico es fundamental para mejorar el curso evolutivo, dadas las potenciales tasas de morbilidad que tiene el trastorno así como una intervención multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: SINDROME MUNCHAUSEN POR PODERES, MALTRATO INFANTIL, ABUSO INFANTIL, DIAGNOSTICO.

LA LACTANCIA MATERNA Y LOS PSICOFARMACOS

MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO

INTRODUCCIÓN: En el postparto y la lactancia, la vulnerabilidad para la nueva presentación o recurrencia de enfermedades psiquiátricas está aumentada en relación con las mujeres no gestantes. Se considera que la lactancia materna ofrece múltiples ventajas sobre el recién nacido además de una oportunidad única para establecer un vínculo afectivo entre madre e hijos. El tratamiento de los trastornos mentales maternos durante la lactancia presenta una complejidad añadida: el posible paso del psicofármaco a la leche y su efecto en el lactante; por lo que es necesario que los profesionales que atiendan a pacientes de salud mental sepan identificar qué fármacos son considerados seguros.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son las recomendaciones para el uso seguro de psicofármacos durante la lactancia materna

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Google Académico. Así como las siguientes páginas: Elsevier Journals y [www. E-lactancia. Org](http://www.E-lactancia.Org) En sus buscadores se introdujeron las siguientes palabras claves en español: lactancia materna, psicofármacos, puerperio. Y en inglés: Breastfeeding , psychotropic drugs, puerperium. Se revisaron un total de 15 artículos, de los cuáles se seleccionaron 5.

RESULTADOS: En España la seguridad de los medicamentos durante la lactancia se clasifica en categoría A, B, B* y C. Las recomendaciones actuales indican que: Se debe favorecer la monoterapia y utilizar la mínima dosis eficaz, observar posibles efectos adversos en el lactante, utilizar fármacos de vida media corta, aconsejar que la madre amamante antes de la toma de medicación para reducir las concentraciones del fármaco en la leche y evitar la utilización de nuevos fármacos.

CONCLUSIÓN: La decisión de usar tratamiento psicofarmacológico en madres lactantes debería ser consensuada junto a la paciente por un equipo multidisciplinar, que garantice el seguimiento y tratamiento psicoterapéutico de ambos: madre y lactante.

PALABRAS CLAVE: LACTANCIA MATERNA, PSICOFARMACOS, PUERPERIO, LACTANTE.

IMPORTANCIA DE LA CONSCIENCIA EN LA ENFERMEDAD MENTAL PARA LA EFICACIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

MARIA PADIAL RUIZ, MARTA PADIAL PÉREZ, MARIA NIEVES PUENTE CASTRO

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas diagnosticadas de enfermedad mental grave, es la adherencia al tratamiento y la falta de conciencia de enfermedad. A día de hoy entre un 40-50% de los pacientes diagnosticados de patología mental se enfrentan a este problema y estas cifras ascienden hasta el 90% en el caso de la esquizofrenia. Esto genera una serie de recaídas y un mayor número de ingresos hospitalarios.

OBJETIVOS: Conocer los factores que influyen en la adherencia terapéutica y consensuar los cuidados de enfermería para facilitar la adherencia al tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Hicimos una búsqueda en bases de datos internacionales: Scopus, Web of Knowledge, Cuiden, Medline. Elegimos artículos escritos en español e inglés, que se centraban sólo en la esquizofrenia, que tenían artículo completo. Publicados en los últimos diez años.

RESULTADOS: Los principales resultados revelan la importancia del contexto sociocultural y familiar en la adherencia terapéutica, siendo el principal factor que influye en personas con esquizofrenia, la conciencia de enfermedad.

CONCLUSIÓN: Para fomentar la adherencia al tratamiento, tanto los pacientes con esquizofrenia como su entorno deben tomar conciencia de la enfermedad. Por otro lado, el equipo de enfermería debe contemplar en todo momento al paciente como un sujeto activo, por lo que potenciará todas aquellas actividades necesarias para ello, intentando involucrar a su entorno familiar en todo el proceso. Se fomentarán las actitudes positivas hacia el tratamiento y el llegar a acuerdos con el paciente sobre la importancia de tomar los fármacos para reducir las recaídas por falta de adherencia.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, PATOLOGÍAS MENTALES, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, EDUCACIÓN SANITARIA.

AUTOESTIMA Y SALUD MENTAL: RELACIONANDO CONCEPTOS

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

INTRODUCCIÓN: La autoestima es un conjunto de fenómenos cognitivos emocionales que concretan la actitud hacia uno mismo, la forma en la que toda persona se juzga y actúa en consecuencia. La autoestima positiva constituye una condición básica para la estabilidad emocional, el equilibrio personal y, ante todo, la salud mental del ser humano. Por el contrario, una autoestima negativa es fuente permanente de dolor e infelicidad, siendo una característica sistemáticamente asociada a una gran parte de la psicopatología, siendo estudiado especialmente su vínculo en los trastornos ansioso-depresivos. Este concepto puede ser modificado, incrementándose o reduciéndose, según los pensamientos, conductas y vivencias de las personas como seres sociales e interactivos con el entorno.

OBJETIVOS: Analizar el concepto de autoestima, cómo potenciarla, aprender a reconocer pensamientos erróneos y fomentar una visión realista y positiva de las propias posibilidades.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo documental. Las variables analizadas fueron el número de referencias recuperadas con y sin abstract, número de artículos útiles para el objetivo de estudio y accesibilidad a los documentos.

RESULTADOS: EL número de artículos que correspondían a la estrategia de búsqueda formulada, "Autoestima; Salud Mental; Fomentar la autoestima" y útiles para el estudio fueron de 6 en UpToDate (30% del total recuperado), de 6 en Cochrane (30%), de 4 en MEDES (20%), de 2 en LILACS (10%) y de 2 en DIALNET (10%).

CONCLUSIÓN: La autoestima es el sentimiento de valoración sobre uno mismo, de nuestra manera de ser, que actúa como un factor determinante dentro de las características mentales y corporales que conforman nuestra personalidad. Este fenómeno va a depender, indiscutiblemente, del ambiente familiar, social y educativo del que formemos parte. En definitiva, un mejor conocimiento propio es fundamental para aceptarnos tal y como somos, aprender a querernos y respetarnos, pero sobre todo un condicionante a la hora de encarar con resiliencia cualquier situación determinada.

PALABRAS CLAVE: AUTOESTIMA, SALUD MENTAL, FOMENTAR LA AUTOESTIMA, AUTOESTIMA POSITIVA, AUTOESTIMA NEGATIVA.

CUIDADOS DE EN ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTRO CONVULSIONANTE

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

INTRODUCCIÓN: El electroshock se utiliza en el tratamiento de algunas enfermedades mentales graves. Produce un aumento de la permeabilidad de todos los neuroreceptores cerebrales, consiguiendo que los neurotransmisores funcionen mejor.

OBJETIVOS: Analizar los casos en los que puede ser utilizado y beneficioso el TEC. Identificar la aplicación y los posibles efectos secundarios. Determinar la preparación y los cuidados de enfermería necesarios durante la técnica y tras ella.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema, utilizando la base de datos Web of Science. Descriptores: tec, electroshock, psiquiatría, trastorno mental grave.

RESULTADOS: Indicaciones: Fases agudas de la esquizofrenia, con delirios y alucinaciones. Depresiones graves, con ideas de suicidio o baja respuesta a la medicación. Fases maníacas de los trastornos bipolares. Aplicación: Se realiza una serie de choques de 2 a 3 veces por semana, durante 2-4 semanas. Posibles efectos secundarios: pérdidas temporales de memoria a corto plazo, náuseas, dolores musculares, dolor de cabeza. Variaciones de presión sanguínea o ritmo cardíaco. Preparación y cuidados de enfermería: Se realiza en la sala de reanimación con el anestesta por la mañana y en ayunas. Enfermería debe realizar: monitorización del paciente colocación de electrodos en el cuero cabelludo preparación de ambú conectado a oxígeno y mordedor o cánula de guedel. Preparación de medicación: anestésico, relajante muscular (ambos se administran antes del choque) y atropina (por si fuese necesaria). Tras el TEC el paciente permanecerá en reanimación durante el tiempo necesario hasta que esté tranquilo y pueda responder bien a preguntas sencillas.

CONCLUSIÓN: Es primordial el papel de enfermería para la preparación y realización del TEC. Debe estar vigilante en todo momento, para evitar posibles complicaciones y si éstas aparecieran, avisad rápidamente de ello.

PALABRAS CLAVE: ELECTROSHOCK, PSQUIATRÍA, TRANSTORNO MENTAL GRAVE, TEC, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ESTIGMATIZACIÓN GENERAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA, LAURA CARMONA HERRERÍAS

INTRODUCCIÓN: El estigma, hacia las personas que padecen esquizofrenia es algo que se ha elaborado a lo largo del tiempo, existiendo evidencia de cómo repercute este fenómeno en el paciente, los familiares e incluso en los profesionales que lo atienden. La importancia del estigma, asociado al paciente que padece esquizofrenia, se justifica al ocupar el cuarto lugar entre las alteraciones mentales y ser una de las diez primeras causas de incapacidad en la población joven.

OBJETIVOS: Analizar qué se entiende por estigma asociado a la enfermedad mental. Identificar las evidencias recogidas en la bibliografía consultada. Determinar las medidas de prevención y de ayuda relacionadas con el estigma en el paciente diagnosticado de esquizofrenia.

METODOLOGÍA: La información fue recogida mediante una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Elsevier, Biomed Central, Medline National Library of Medicine, Psicodoc, Psycinfo. En el desarrollo del caso clínico se han utilizado criterios basados en las necesidades básicas de Virginia Henderson y las clasificaciones NANDA, NOC y NIC. Se analiza la información de 20 artículos.

RESULTADOS: Los resultados se basan en la estigmatización asociada a los enfermos de esquizofrenia. Se define y identifica el estigma por parte de los familiares, profesionales de sector sanitario, sociedad que los rodea y el autoestigma que ellos mismo padecen. Se revisan los tratamientos, terapias complementarias y la rehabilitación que se debe seguir en diferentes situaciones. El caso clínico recoge intervenciones de enfermería en el cuidado de estos enfermos.

CONCLUSIÓN: El estigma es un tema que necesita mayor atención en el área de la salud, debido a la influencia negativa que trae a los pacientes que lo padecen, es por ello que el cuidado por parte de los profesionales de enfermería debe ser global, en tanto que incorpore la prevención del estigma, y dirigido al paciente, a la familia y la sociedad.

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

GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR USUARIOS DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS

GLORIA COMPAN MEDINA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ, MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN

INTRODUCCIÓN: Para el pronóstico y calidad de vida de los usuarios tratados con antipsicóticos es muy importante conocer la percepción subjetiva de satisfacción de dichos usuarios. El síndrome deficitario inducido por neurolépticos es el malestar cognitivo y emocional producido por los tratamientos antipsicóticos

OBJETIVOS: Determinar el grado de satisfacción de los usuarios de salud mental tratados con antipsicóticos en una Unidad de Rehabilitación.

METODOLOGÍA: Muestra: 95 usuarios pacientes (31 mujeres y 64 hombres) con una edad media de 46,88 años (desviación típica. 9,9) Tratados con antipsicóticos y al menos un año de seguimiento. Metodología: Se pasa a los pacientes la escala de percepción subjetiva de satisfacción SWN-K y la de percepción subjetiva del estado de salud EQ-5D.

RESULTADOS: El grado de satisfacción subjetiva percibida de los usuarios tratados con antipsicóticos es alta (alta satisfacción 68,1%, baja satisfacción 31,9%). El nivel del estado de salud subjetivo percibido por los usuarios tratados con antipsicóticos es alta, (percepción de buen estado de salud 85,1%, no perciben un buen estado de salud 14,9%).

CONCLUSIÓN: Los usuarios que perciben un bajo nivel de calidad de vida son los menos cronificados y con una mayor autonomía. Basándonos en la escala EQ-5D, podemos observar que en el 40% de los casos su percepción es moderada y en el 10% se perciben muy ansioso/deprimido.

PALABRAS CLAVE: TMG, ANTIPSICÓTICOS, SATISFACCIÓN, NEUROLÉPTICO.

CASO AGUDO DE UNA RECAÍDA EN UNA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

FRANCISCA PRIEGO RAMIREZ, ROSA MARIA ESPARTERO SERRANO, ANTONIA SERRANO ARIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años que es ingresada en la unidad de psiquiátrica hospitalaria, de forma involuntaria por episodio de alteración conductual conllevando a heteroagresividad en domicilio hacia su madre, lleva varios meses sin seguimiento ni tratamiento farmacológico en su unidad de salud mental. La última cita fue hace dos semanas. Reiterados ingresos en psiquiatría hospitalaria hace dos, tres y cinco años por episodios similares. El primer episodio psicótico a los 30 años de edad. Antecedentes personales: Actualmente no trabaja, vive con su madre la cual no puede mantenerla de las necesidades que le crea las relaciones sociales con las cuales se rodea, puesto que son perjudiciales para su estado mental por el abuso de alcohol, de ahí el continuo enfrentamiento con su madre. Necesita ser supervisado para las actividades sociales. Dificil manejo del estrés cuando incumple las tomas de medicación pautada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada en las tres esferas. Discurso coherente, contacto distóxico, alteraciones senso-perceptivas con alucinaciones auditivas, ideas delirantes, juicio de la realidad alterado, discurso incoherente y contradictorio, abuso de la ingesta de alcohol, no alergia medicamentosa. Se le realiza analítica de control, hematemetría, bioquímica y coagulación, análisis de tóxicos, toma de constantes T/A 120/80 mmHg. Frecuencia cardíaca 82 lat. /Min. Saturación O₂ 98%. T^a 36°C.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide. **PLAN DE CUIDADOS:** Paliperidona 6 mg en desayuno. Ácido fólico en desayuno. Palmiato de Paliperidona 157 mg/ mensualmente. Donazepam 10 gotas en caso de insomnio o ansiedad.

CONCLUSIONES: Se recomienda, fomentar la adherencia terapéutica. Fomentar las actividades de ocio y tiempo libre. Evitar el consumo de alcohol y las relaciones no favorecidas. Favorecer el descanso nocturno, supervisión por parte de la madre de la toma de medicación. Acudir a citas programadas con psiquiatría y equipo terapéutico de referencia. No abandonar el tratamiento en caso de efectos secundarios sin consultar al profesional,

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, DISTENIA, ALTERACIÓN CONDUCTUAL, VERBORREA.

CÓMO IDENTIFICAR Y PREVENIR UN RIESGO AUTOLÍTICO

ANTONIA SERRANO ARIAS, ROSA MARIA ESPARTERO SERRANO, FRANCISCA PRIEGO RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Los factores asociados a la conducta suicida y evaluación del riesgo, pueden clasificarse en modificables e inmodificables. La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.

OBJETIVOS: Analizar los diferentes factores individuales como pueden ser: trastornos mentales, en este caso el suicidio se asocia con frecuencia, depresión mayor, encuadrándolo en distintos campos, como en el biológico, el psicológico, social, familiar o ambiental de la misma manera que se plantea en depresión mayor en la misma infancia y en la adolescencia.

METODOLOGÍA: Se revisa de manera sistemática la base de datos de Preventis, Medline Plus, utilizando los descriptores, trastornos mentales, psiquiatría, delirios.

RESULTADOS: Se observan Los factores de riesgo modificables en el sujeto en relación con factores sociables, psicológicos y psicopatológicos que pueden ser modificados clínicamente. Los factores inmodificables al que pertenece y se caracteriza por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.

CONCLUSIÓN: Concluimos con un estudio generalizado de que trastornos mentales o conductas pueden ser factores de riesgo en mayor o menos índices de intento auto líticos. Clasificando y cotejando datos estadísticos entre lo que destacan, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias, trastorno de la personalidad.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, TERAPIA, PREVENCIÓN, DEPRESIÓN.

PACIENTE CON RIESGO DE DEPRESIÓN POR FALTA DE CONFIANZA PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN POST-PARTO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años que ingresa en planta Psiquiátrica por empeoramiento anímico con ideación autolítica e imposibilidad de supervisión familiar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En 2016 tuvo una depresión tras someterse a tratamiento hormonal para fecundación in vitro que posteriormente no se realizó por iniciar un cuadro depresivo, prácticamente asintomática tras tratamiento con Venlafaxina y Mirtazapina. No alergias medicamentosas conocidas. No fumadora. No OH ni otras drogas. No DM. No HTA. Exploraciones y pruebas complementarias: Analítica, ECG y Placa de Tórax. Exploración Psicopatológica: Consciente y orientada en las tres esferas, colaboradora, bien vestida y aseada, aspecto deprimido. No mantiene mirada, algo perpleja. Discurso bien estructurado, coherente, con direccionalidad adecuada, empobrecimiento del lenguaje. Animo deprimido, apatía, vida sedentaria, insomnio. Refiere bloqueos de pensamiento, manifiesta falta de iniciativa, de toma de decisiones, planificación y razonamiento. Enlentecimiento psicomotor. Disminución importante de concentración, disminución de la memoria reciente y a largo plazo. Problemas de vínculo emocional con RN. Sentimientos de rechazo e incapacidad para la crianza. Ideación autolítica.

JUICIO CLÍNICO: Depresión Mayor intra y postparto. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00069 Afrontamiento Ineficaz. 00119 Baja Autoestima Crónica.

CONCLUSIONES: Tras el ingreso observamos que con el tratamiento anti psicótico, anti depresivo a dosis bajas y Terapia Electro convulsiva (TEC). La paciente se encuentra menos bloqueada y con mayor iniciativa. Mejor contacto emocional con la familia. Muestra interés por la acción de la medicación que toma. Participa de forma Activa en las actividades que se desarrollan. Al alta hay que continuar fomentando la importancia de la toma de tratamiento, así como el cumplimiento de las citas con su psiquiatra y vigilar cualquier signo y/o síntoma de descompensación psicopatológica.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, POST PARTO, ENFERMERÍA, TEC, SALUD MENTAL.

TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL ABORDAJE DEL INSOMNIO

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

INTRODUCCIÓN: El sueño se identifica como una de las necesidades básicas para llevar un estilo de vida saludable. Más allá de la esfera física, el sueño afecta a ámbitos de nuestra salud psíquica e incluso emocional. En relación con las enfermedades psiquiátricas, las alteraciones de sueño suelen ser muy frecuentes, especialmente el insomnio.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia disponible en relación con las técnicas no farmacológicas. Determinar las técnicas no farmacológicas más utilizadas en la actualidad.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Crochane y Cinahl utilizando los descriptores “enfermería”, “salud mental”, “insomnio”, “técnicas no farmacológicas”.

RESULTADOS: Entendemos como tratamiento no farmacológico, técnicas conductuales y cognitivo-conductuales como son: educación para la salud, medidas de higiene del sueño, control de estímulos, restricción del sueño, ejercicios de relajación y respiración, intención paradójica o terapias de reestructuración cognitiva. Otras terapias como mindfulness también se utilizan para paliar este problema. La National Institute of Health State of the Science Conference on Insomnia, determinó que existían pruebas científicas para acreditar la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual para tratar el insomnio. Aunque existen terapias combinadas (farmacológica y no farmacológica) para el abordaje del insomnio, no existe evidencia suficiente para situarlas como primera línea de tratamiento ya que un elevado porcentaje de los pacientes pueden obtener grandes beneficios con el uso de tratamiento no farmacológico de forma exclusiva.

CONCLUSIÓN: El tratamiento no farmacológico es una de las opciones más favorables para el paciente con insomnio. La ausencia de efectos secundarios, el bajo coste, la participación activa del usuario en su proceso de mejora y un menor número de recaídas, permiten que se sitúe en este lugar. Pero no comienza a ser efectivo hasta pasado un tiempo y es más complicado ponerlo en marcha, ya que requiere formación específica del personal y cambios en los hábitos de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO, SALUD MENTAL, TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 25 años que acude derivado por su médico de atención primaria al centro de salud mental. El paciente refiere haber presenciado hace un mes un atentado terrorista con víctimas mortales en su trabajo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras realizar entrevista de acogida observamos que presenta “miedos y agobios”, tristeza, insomnio de conciliación asociado a evocación del atentado, ansiedad con cortejo vegetativo, tendencia al llanto cuando está solo, apatía y anhedonia. Esta sintomatología intercede en su calidad de vida mediante conductas disfuncionales como haber dejado de conducir, no relacionarse con personas que no sean de su familia, ruptura sentimental con su pareja y adopción de una actitud hipervigilante y suspicaz cuando sale a la calle. Verbaliza sentimientos de rabia e impotencia ante esta situación. No presenta ideación autolítica ni consumo de tóxicos. La escala EGEP ayudó a confirmar el diagnóstico.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de estrés posttraumático (TEPT). El paciente cumple los criterios diagnósticos de la CIE-10: se encuentra dentro de los seis meses posteriores al hecho traumático de excepcional intensidad, tiene evocaciones del trauma durante la vigilia o en ensueños reiterados, síntomas vegetativos, conductas de evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma, trastornos del ánimo y comportamiento anormal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico diferencial: reacción a estrés agudo, trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo y otras reacciones a estrés grave.

CONCLUSIONES: El TEPT se define como complejos efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales derivados del trauma psicológico. Suele generar en los pacientes disfunciones a nivel social, ocupacional e interpersonal además de comorbilidad de enfermedades mentales y físicas. En España lo presentan un 1.06% De hombres y un 2.79% De mujeres. El tratamiento recomendado es terapia cognitivo-conductual en combinación con ISRS durante unas 6-8 semanas.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVALENCIA, TRASTORNO DE ESTRÉS, POSTRAUMÁTICO.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL

ANA MARÍA SERRANO SALINAS, GUSTAVO LUIS MONASTEROLO MARTÍNEZ, PILAR SÁNCHEZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados de enfermería siempre han tenido un papel clave en la evolución de los pacientes. En los últimos años, los recientes avances que se han producido en la psiquiatría, han permitido buscar nuevos enfoques que permitan mejorar la atención recibida por los pacientes.

OBJETIVOS: Determinar la labor desarrollada por el personal de enfermería en las unidades de salud mental.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía en diferentes bases de datos PubMed, Cochrane, CINAHL y Scielo. Se utilizaron los siguientes descriptores: “Cuidados” “Enfermería” “Psiquiatría” “Evolución”. Se seleccionaron 22 publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Se han encontrado diferentes artículos que tratan sobre los avances producidos en psiquiatría en los últimos años. Se habla de una mayor atención al paciente, mayor respeto y empatía. La Enfermería tiene un papel incuestionable en el equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, diferente al tradicional de meros cuidadores vigilantes, ya que gracias a la profesionalización y a los nuevos avances. La enfermería hoy en día es fundamental en la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales y resaltando su importancia en la rehabilitación de las personas que padecen alguna enfermedad mental.

CONCLUSIÓN: La atención a los problemas de “salud mental”, en la actualidad, es sensiblemente mejor y más eficaz que hace años. Aun así, esta revisión pone de manifiesto la insuficiente evidencia disponible en relación a los avances que se han producido en el ámbito de la salud mental y la necesidad de realizar nuevas investigaciones.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA, EVOLUCIÓN.

BROTE PSICÓTICO EN TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

MARÍA TERESA FUENTES BOULAY, CONCEPCION GARCIA ARCOS, MARIA DORADO GUTIERREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente traída por el servicio de urgencias al hospital. Diagnosticada previamente de trastorno depresivo recurrente y en seguimiento por la Unidad de Salud Mental. En la última revisión hubo un cambio en el tratamiento, disminuyéndole la dosis. La paciente al llegar a urgencias del hospital manifiesta: “He sufrido mucho... del marido... yo no sé si usted es de los que están acosando, yo no sé si tú eres un ángel, no, no sé si tú eres un ángel. ¿Quieres que grite?”. Se administran 10 mg de olanzapina e ingreso en principio con su consentimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se muestra alerta, consciente, distante de la realidad. No presenta signos ni síntomas de intoxicación por fármacos o abstinencia. Además podemos observar contacto psicótico, llora y se calma de repente. Habla con discurso incoherente, reiterado en torno a sus ideas delirantes. Ecolalia constante.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la exploración, teniendo en cuenta los síntomas observados, se llegó a la conclusión que el estado actual de la paciente era debido a un cambio brusco en el tratamiento que llevaba tomando muchos años.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnósticos de Enfermería: 00138Riesgo de violencia dirigida a otros r/c sintomatología psicótica. 00130 Trastorno de los procesos de pensamiento r/c pensamiento inadecuado m/p interpretación errónea de la realidad, desorientación temporoespacial y desestructuración mental. 00108 Déficit autocuidado: alimentación, higiene, vestido, acicalamiento... r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para lavarse, vestirse. 00053 Aislamiento social r/c alteración del estado mental m/p evidencia de dificultades mentales. NOC: 1401 Control de la agresión. 0900 Cognición. 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria. 1504 Soporte social. NIC: 6160 Intervención en caso de crisis. 4820 Orientación de la realidad. 1800 Ayuda al autocuidado. 5100 Potenciación de la socialización.

CONCLUSIONES: La rápida actuación de los profesionales sanitarios en colaboración con la familia favorecieron el rápido ingreso y establecimiento del tratamiento hospitalario permitiendo mantener la seguridad del paciente así como su estabilización.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DEPRESIVO DESCOMPENSADO, BROTE PSICÓTICO, DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA, ALUCINACIONES.

ACTUALIZACIÓN EN CONTENCIÓN MECÁNICA Y MANIOBRAS EMPLEADAS

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

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es una medida terapéutica necesaria en algunas circunstancias en las que han fracasado el resto de medidas empleadas, como la contención ambiental, verbal o farmacológica. A pesar que desde nuestra unidad de hospitalización breve de psiquiatría infanto-juvenil se fomenta la mejora en las técnicas empleadas para prevenir una contención mecánica siempre que sea posible, hay ocasiones en las que es inevitable recurrir a ella. Por esto, dentro de nuestra misma unidad y de forma periódica, realizamos cursos de actualización en contención mecánica para que la contención se realice de la forma más profesional y con menos impacto negativo posible para el paciente.

OBJETIVOS: Analizar los resultados tras la actualización de conocimientos de contención mecánica. Analizar y actualizar las maniobras empleadas durante una contención mecánica con la finalidad de que ésta se realice de forma y coordinada entre los profesionales.

METODOLOGÍA: Se realizan 2 sesiones teórico-prácticas para todo el personal de la unidad, con diferentes fechas para garantizar la participación de todos los profesionales. La frecuencia mínima sería de 1 vez al año, pudiéndose además realizar la actividad siempre que algún miembro del equipo lo requiera o cuando haya personal de nueva incorporación.

RESULTADOS: La elaboración de los talleres de actualización en contención mecánica en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil enmarcado en un proyecto de contención mecánica es importante para recordar a todos los profesionales las medidas a seguir durante una contención mecánica para que ésta sea lo menos traumática posible para el paciente y para recordar también la importancia de la contención ambiental y verbal de cara a evitar, en la medida de lo posible, la contención mecánica.

CONCLUSIÓN: La actualización en contención mecánica ha mejorado la técnica de los profesionales de la unidad de hospitalización a la hora de realizar una contención mecánica.

PALABRAS CLAVE: ACTUALIZACIÓN, CONTENCIÓN MECÁNICA, PSIQUIATRÍA, PSIQUIATRÍA INFANTIL.

USO DE PSICOFÁRMACOS EN LA MUJER EMBARAZADA CON ENFERMEDAD MENTAL

MARÍA ISABEL GARCÍA PORTERO, ESTHER UBEDA CUENCA, LILIAN GOMEZ MONTAÑO

INTRODUCCIÓN: Los psicofármacos en embarazadas con enfermedad mental plantean una discusión en el cálculo del riesgo-beneficio entre las potenciales complicaciones de dicha enfermedad frente a los efectos adversos que dicho tratamiento pueden provocar al feto.

OBJETIVOS: Conocer la evidencia de las complicaciones teratogénicas que se pueden desarrollar en el feto por el uso de psicofármacos.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda centrada en artículos de revistas científicas, estudios de ensayos comparativos y capítulos de libro de los últimos 15 años. Bases de datos utilizadas: Medline, Scielo, Pubmed y Elsevier. Descriptores: efectos teratogénicos, psicofármacos, embarazo, enfermedad mental.

RESULTADOS: Todos los psicofármacos atraviesan la placenta y se depositan en el líquido amniótico. Según la FDA (Food and Drug Administration) ningún psicofármaco es seguro para su uso en el embarazo. Es extremadamente importante adaptar el medicamento al período del embarazo. La teratogenia (malformación congénita), sucede en las semanas 3-12. En las dos primeras semanas de desarrollo embrionario se pueden producir cambios a nivel celular tales que desemboquen en la muerte del embrión previo a la anidación o que el medicamento no ejerza consecuencia alguna. En el segundo y tercer trimestre numerosos órganos se pueden ver afectados en cuanto a morfología o funcionamiento y cuyas consecuencias varían desde parto prematuro hasta secuelas neuronales.

CONCLUSIÓN: Es necesario un plan terapéutico en mujeres embarazadas con enfermedad mental. Planificar el embarazo con la paciente, cónyuge, familia cercana y obstetra evitará las complicaciones citadas y reducirá el riesgo de una recaída de la enfermedad durante la gestación; Además en el embarazo existe una alteración hormonal que junto con los factores psíquicos como miedo a la nueva situación y disminución de tolerancia al estrés, aumentarán el riesgo de una desestabilización ante la cual habrá que sopesar el uso de psicofármacos dado el riesgo de complicaciones fetales

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, COMPLICACIONES, ALTERACIONES EN EL FETO, PSICOFÁRMACOS.

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA PUERTA DE URGENCIAS DE UN PACIENTE DE PSIQUIATRÍA

MARIA DEL CARMEN GARCIA GOMEZ, ANTONIO MAESTRE MORENO, MARIA DOLORES OLIVARES RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes de psiquiatría son de muchos tipos y edades, por tanto, lo primero es hacer lo más rápidamente un triaje. El celador debe de saber transmitirle al paciente confianza, respeto y empatía ya que la mayoría no son violentos. En caso de que el paciente sea violento nunca estar a solas con él, otra persona debe estar siempre presente, Bien sea un guardia de seguridad, policía o familiar. Otra precaución es sentarse entre el paciente y la puerta, para que el celador tenga acceso con rapidez a la salida en caso de que fuera necesario. Anticipar la posibilidad de reacciones violentas en pacientes amenazantes, agitados o inquietos ya que pueden perder el control por cualquier razón. Nunca tratar de sujetar al paciente estando solo.

OBJETIVOS: Promover la actuación del celador en la puerta de urgencias, con un paciente con esquizofrenia

METODOLOGÍA: Estudio realizado durante tres meses en la puerta de urgencias a los diferentes pacientes de psiquiatría que iban llegando, llevando un seguimiento desde la puerta de urgencias, triaje, sala de espera de consultas y siguiendo su evolución durante el ingreso. Y encuestas realizadas a los familiares, celadores, enfermero de triaje, médicos y personal de seguridad.

RESULTADOS: Hemos conocido los diferentes comportamientos que tienen y los diferentes tipos de pacientes de psiquiatría.

CONCLUSIÓN: Hay que tratarlos con todo el respeto que se merecen, pero teniendo en cuenta, que cuando el paciente es violento hay que tomar unas medidas de seguridad. Falta formación. Tratarlo con todo el respeto que se merece cualquier paciente ya que no solo hay pacientes violentos si no también con depresión, de geriatría, con problemas juveniles, etc. Y en casos de violencia que el celador tenga la suficiente seguridad y preparación para evitar daños personales.

PALABRAS CLAVE: RESPETO, SEGURIDAD, DEPRESIÓN, VIOLENTOS, GERIATRÍA.

LA EQUINOTERAPIA Y SUS BENEFICIOS EN PSIQUIATRÍA

FRANCISCO JAVIER CABRERA GODOY, ANA SANCHEZ GALLARDO, ALICIA SANCHEZ GALLARDO

INTRODUCCIÓN: La equinoterapia es un tipo de terapia mental y física, siempre complementaria al tratamiento farmacológico, cuyo eje principal y fundamental gira en torno al caballo. Su finalidad terapéutica consiste en contribuir a la rehabilitación, reeducación, normalización, integración y socialización de aquellas personas que sufren alguna discapacidad física, psíquica, sensorial o psicológica, o que presentan alguna problemática social o un trastorno del comportamiento. Siempre se llevarán a cabo este tipo de terapias bajo supervisión enfermera y con caballos que reúnan una serie de cualidades que hagan posible la terapia sin riesgo para los pacientes.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios que supone las terapias con estos animales, y como repercute en cada una de las áreas que trabajamos, ya sea física, mental o social. Analizar los aspectos más importantes a la hora de llevar a cabo una sesión de equinoterapia.

METODOLOGÍA: Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados en Pubmed, Dialnet y Google académico. Usamos como descriptores: equinoterapia, beneficios, trastorno mental. Excluimos artículos anteriores a 2012 y aquellos que no estuvieran escritos en español e inglés.

RESULTADOS: Los resultados a los que hemos llegado nos demuestran que la equinoterapia proporciona grandes beneficios en nuestros pacientes siempre y cuando este complementado a otras terapias y al tratamiento farmacológico. La equinoterapia en pacientes con trastorno mental mejora el control de los impulsos y emociones así como aumentar de forma notable su interacción social.

CONCLUSIÓN: Los trabajos científicos acerca de este tipo de terapias son muy escasos. Pero la gran mayoría de ellos tienen en común que la equinoterapia ofrece grandes beneficios en pacientes psiquiátricos, principalmente a nivel emocional. Consiguiendo reducir la ansiedad y mejorando considerablemente el aumento del control de emociones. Creemos que es imprescindible aumentar y mejorar la información sobre este tipo de terapias porque aún existe mucha inexperiencia y desconocimiento entre los profesionales de la psiquiatría.

PALABRAS CLAVE: CABALLOS, ENFERMEDAD MENTAL, PSIQUIATRÍA, BENEFICIOS, TRATAMIENTO.

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR AGRAVADO POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y CONSUMO DE TÓXICOS

SERGIO SALCEDO MOLINA, JUAN JOSÉ LARA CARMONA, FERNANDO ANGEL ROMERO MARIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 58 años que acude acompañado de su hijo por estado de agitación, inquietud en el contexto de descompensación maniaca de trastorno bipolar. Su hijo refiere que lleva 48 horas sin dormir y ha abandonado el tratamiento, consumidor de sustancias psicoactivas, que lleva desde entonces en la calle, excitado, con riesgo para su integridad física pues provoca a viandantes, frecuentando discotecas y bares. En seguimiento por psiquiatría, diagnosticado de trastorno bipolar, trastorno de personalidad y trastorno por consumo de drogas. Ingreso penitenciario en tres ocasiones. Numerosos ingresos en la Unidad de Psiquiatría.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, agitado e inquieto. Parcialmente colaborador, aspecto desaliñado, demandante de pastillas para dormir, familiaridad excesiva respetando parcialmente límites en consulta, ánimo referido "eufórico" dice sentirse muy bien. Comentarios descontextualizados en tono jocoso. Reconoce llevar dos días sin tomar medicación y consumiendo alcohol. Insomnio. No formaciones psicóticas. Incumplimiento del tratamiento. Consumo activo de sustancias. Habla en tasa y tono normal con lenguaje coherente. Discurso espontáneo. No presenta alteraciones sensorceptivas, juicio de realidad conservado. Se decide ingreso voluntario urgente en unidad de psiquiatría

JUICIO CLÍNICO: Trastorno Bipolar con abandono de tratamiento y consumo de tóxicos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El paciente con trastorno bipolar se caracteriza por una exacerbación del humor. Unas veces el humor sigue a una fase depresiva; otras se instaura de golpe. Cuando se presenta de golpe es brutal y progresiva; se caracteriza porque la persona se siente y se manifiesta muy eufórica, con enormes deseos de hablar y de intervenir o participar en todo.

CONCLUSIONES: La actuación enfermera ante este tipo de pacientes se dirige a establecer una comunicación y una relación de confianza con el paciente, proporcionando un apoyo emocional. Potenciar el autocuidado. Administrar tratamiento pautado. Terapias en grupo para aliviar la tensión y trato de temas de sustancias psicoactivas para evitar el consumo. Favorecer el descanso y el sueño.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, ABANDONO DE TRATAMIENTO, CONSUMO DE TÓXICOS, ACTUACIÓN ENFERMERA.

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA

MARÍA JOSÉ JAEN LIMA, MARTA ESTÉVEZ MARTÍN, JULIÁN GÓMEZ BELLIDO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es la sujeción física de un paciente, como medida extrema en caso de agitación psicomotriz y conductas agresivas.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados enfermeros en el uso de contención mecánica.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre el uso de contención mecánica.

RESULTADOS: La contención mecánica está indicada en el caso de agitación psicomotriz y en la prevención de conductas que puedan causar daño para el propio paciente, terceras personas o elementos de su entorno. Previo a la contención mecánica se debe realizar contención verbal y/o psicofarmacológica, procurando un ambiente tranquilo. En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, no autoritario y evitando actitudes de provocación. Se debe minimizar los riesgos retirando de los bolsillos del personal que va a asistir en la contención aquellos utensilios que puedan dar lugar a agresiones. La enfermera referente suele ser la encargada de dirigir la contención manteniendo la comunicación verbal con el paciente y familia, explicando el procedimiento, propósito y duración de la intervención. El ambiente confortable, cerca del control, habitación individual preferiblemente. Se debe valoración y registrar c/20-30min el estado general del paciente, estado de los miembros en sujeción, nivel de conciencia, percepción y contenido y curso del pensamiento. Vigilar signos vitales, ingesta y eliminación por turnos, administrando cuidados en relación a la hidratación, alimentación, eliminación, movilidad, higiene, seguridad, comunicación.

CONCLUSIÓN: La contención mecánica es una herramienta de uso frecuente en unidades de hospitalización de Salud Mental por lo que es necesario conocer los cuidados que precisa y cómo llevarse a cabo.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN, CONTENCIÓN MECÁNICA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

BROTE PSICÓTICO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE TÓXICOS

ENCARNACION GARCIA CRUZADO, JOSE MANUEL DE LA RUBIA CASANOVA, ANA BARRAGAN TEJEDOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 35 años y consumidor eventual de sustancias estupefacientes. Es llevado a la Urgencia de psiquiatría hospitalaria tras llamar a la policía alegando que sus vecinos entran en su casa por las noches y hablan mal de él por la Televisión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Peso: 95 kg, estatura: 184; Tensión arterial 135/87 mmHg. Frecuencia cardíaca: 110 lat/ min. Saturación de oxígeno: 98%. Temperatura: 36 ° C.

JUICIO CLÍNICO: Sintomatología psicótica en el contexto de intoxicación aguda por cocaína y cannabis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TC craneal, ECG, EEG. Se realiza Analítica completa, para comprobar el posible consumo de tóxicos y descartar causas orgánicas. Farmacología clínica. Positivos metabólicos de cocaína en orina lo que indica su consumo en los últimos 3 días. Positivo cannabis, se detectan metabólicos en orina. Positivo Benzodiazepinas en orina.

PLAN DE CUIDADOS: Por parte de enfermería trabajaremos para obtener una buena adhesión al tratamiento, y en la disminución de las alucinaciones, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos. Reducir la lesión o la actuación de impulsos y promover el descanso adecuado, ya que la falta de descanso suele incidir drásticamente en la salud mental.

CONCLUSIONES: La causa más frecuente por la que se presenta este tipo de trastornos actualmente es el consumo de sustancias o su abstinencia. Destaca que entre las sustancias que aparecen comúnmente asociadas a la aparición de brotes psicóticos aparecen algunas como la marihuana, cannabis, alcohol, drogas de diseño o cocaína. Los brotes psicóticos derivados de patologías mentales (como la esquizofrenia, por ejemplo) son controlables y prevenibles hoy mediante tratamiento y medicación.

PALABRAS CLAVE: BROTE PSICÓTICO, DROGAS, PSICOSIS, DELIRIOS, TÓXICOS.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA PATOLOGÍA DUAL

ESTHER UBEDA CUENCA, LILIAN GOMEZ MONTAÑO, BEGOÑA SANZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Enfermedad dual, es conocida por la coexistencia, concurrencia, comorbilidad y simultaneidad de un trastorno adictivo y un trastorno Psiquiátrico. Existen estudios que determinan que entre el 25% y el 50% de las personas diagnosticadas de enfermedad mental, presentan adicción a drogas.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de los profesionales de enfermería como agentes para la detección, tratamiento y derivación de los pacientes que presente Trastorno Dual.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en, Scielo, Dialnet, en buscador Gerión y google los descriptores utilizados fueron Patología dual, diagnósticos enfermeros, seleccionando artículos entre los años 2000 - 2015.

RESULTADOS: El diagnóstico precoz del paciente con trastorno dual. Abordaje del paciente desde un enfoque holístico, creando una relación basada en la confianza promoviendo la adherencia al tratamiento y la educación sobre hábitos de vida saludable.

CONCLUSIÓN: Las causas y el origen de esta patología son variables y de difícil abordaje, por lo que estos pacientes deben ser atendidos de forma holística y así poder disminuir las múltiples recaídas, hospitalizaciones y el riesgo que corren a adquirir enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis...).

PALABRAS CLAVE: PATOLOGIA DUAL, ABORDAJE PRECOZ, DIAGNOSTICOS ENFERMERIA, SALUD MENTAL.

ACTUACIÓN ENFERMERA FRENTE A LA AUTO-HETEROAGRESIVIDAD EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO, NOELIA FERNANDEZ MORAL, TERESA GALMES RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Tanto en los centros de día como en los centros de urgencias, el personal de enfermería atiende a pacientes con trastornos psiquiátricos que en cualquier momento pueden poner en peligro tanto su integridad física como la de su propio entorno, todo esto exige de una rápida intervención del equipo multidisciplinario. El profesional de enfermería necesita valorar de manera correcta cuales son la necesidades del paciente. Por lo general las urgencias psiquiátricas más comunes son, la autoagresividad, heteroagresividad y el paciente ansioso.

OBJETIVOS: Definir las actuaciones de enfermería de manera que se establezca un protocolo que permita la actuación rápida sobre el paciente evitando el empeoramiento de la sintomatología.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, Scielo, Medline. Se utilizaron los descriptores “auto-heteroagresividad”, “ansiedad”, “urgencias psiquiátricas” y “brote psicótico”. De un total de 140 referencias encontradas se seleccionaron 62 para su posterior análisis, ya que, cumplían los criterios de inclusión en este estudio.

RESULTADOS: Las intervenciones de enfermería ante situaciones de agresividad en pacientes con trastorno mentales deben de fijarse de manera individualizada después de una valoración exhaustiva. Es imprescindible un protocolo de actuación enfermera donde quede claro la importancia de una actuación eficaz y que reduzca el miedo que existe hacia el paciente con enfermedad mental.

CONCLUSIÓN: La enfermedad mental tendrá una incidencia mayor durante el S. XXI. Es de vital importancia saber reconocer los síntomas que pueden llevar a poner en riesgo la integridad física de nuestro paciente y de su entorno.

PALABRAS CLAVE: AUTO-HETEROAGRESIVIDAD, ANSIEDAD, URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS, BROTE PSICÓTICO.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y ECONÓMICAS

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

INTRODUCCIÓN: La falta de cumplimiento del régimen terapéutico prescrito conlleva consecuencias graves, tanto clínicas como económicas, como resultado del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores.

OBJETIVOS: Analizar publicaciones científicas sobre incumplimiento terapéutico en salud mental: consecuencias clínicas y económicas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre incumplimiento terapéutico de los últimos 5 años. Se consultaron bases de datos: Scielo, PubMed Central y Cochane. Los descriptores utilizados fueron: “incumplimiento”, “tratamiento”, “consecuencias” y en inglés: “non-adherence”, “treatment”, “consequence”. Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen las consecuencias clínicas o económicas del incumplimiento terapéutico en el ámbito de la salud mental; Revisiones bibliográficas; que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; con acceso al texto completo; y 5) escritos en inglés, español o portugués. De un total de 38 publicaciones, fueron seleccionadas 8.

RESULTADOS: Existe una asociación evidente el incumplimiento terapéutico y la obtención de peores resultados en salud. Interfiere directamente en la efectividad de los tratamientos con su consecuente agravamiento sintomático, hecho reflejado en el mayor número de recaídas, reingresos y mayor tiempo de estancia en hospitalización. Éstas constituyen el principal coste asociado a la enfermedad mental con consumo de recursos monetarios y asistenciales abrumador.

CONCLUSIÓN: El incumplimiento terapéutico conlleva a una peor funcionalidad global del individuo con enfermedad mental. Dada esta grave repercusión, es imprescindible potenciar la adherencia al régimen terapéutico siendo “una inversión rentable que evitará costos excesivos a unos sistemas de salud y mejorará la vida de las personas con enfermedades crónicas”.

PALABRAS CLAVE: TRATAMIENTO, INCUMPLIMIENTO, CONSECUENCIAS, CLÍNICAS, ECONÓMICAS.

EPISODIO MANÍACO EN UN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCÍA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 49 años que acude derivado por su MAP para valoración por Psiquiatría por posible cuadro maniaco, sin antecedentes previos en salud mental. Antecedentes somáticos: VIH + estadio C3 LMP con virus JC En tto con antirretrovirales, con mal cumplimiento terapéutico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica y somática: compatible con la normalidad Exploración psicopatológica: consciente, orientado y colaborador. Euforia, franca verborrea, ideación megalomaniaca. Insomnio de tipo global Pruebas complementarias Analítica: Linfocitos 839; CD 4 41; CD 8 513; Carga viral < 35 copias. Punción Lumbar: normal Tac craneal: lesiones residuales. Hipodensidad de sustancia blanca temporal izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Episodio Maníaco secundario a Encefalopatía por VIH. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno Bipolar, Episodio Maníaco.

CONCLUSIONES: Los resultados de los diferentes estudios apuntan hacia una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida en pacientes VIH positivos. Los trastornos neuropsiquiátricos y psicológicos pueden producirse en diferentes fases de la infección por VIH y SIDA y pueden adoptar formas complejas y distintas. Algunas enfermedades, como el complejo de demencia del SIDA, están causados directamente por la infección por VIH al cerebro, mientras que otras pueden estar desencadenadas por los medicamentos usados para combatir la infección. Los pacientes pueden tener ansiedad, trastornos depresivos, aumento de pensamientos de suicidio, paranoia, demencia, delirio, deterioro cognitivo, confusión, alucinaciones, anormalidades de la conducta, malestar, y manía aguda. En este caso existe una fase avanzada de la enfermedad, con carga viral baja. A pesar de la no existencia de alteraciones agudas de las pruebas complementarias, es atribuible el cuadro que presenta, como trastorno mental secundario a la fase avanzada de la enfermedad de base.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, VIH, BIPOLAR, SECUNDARIO, MANÍACO.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL PACIENTE AGRESIVO

RAFAEL FERNÁNDEZ CAÍNZOS, LOURDES FERNANDEZ FERNANDEZ, FABIAN LEBRON ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar al margen de que se manifieste con hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin, se considera una conducta agresiva.

OBJETIVOS: Analizar las diferentes técnicas y herramientas de abordaje del paciente agresivo y actuar e intervenir ante posibles situaciones violentas.

METODOLOGÍA: Realizar una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas(Medline, PubMed, Cochrane, Scielo).

RESULTADOS: La esquizofrenia paranoide, el retraso mental y el trastorno límite de la personalidad destacan como las patologías que cursan con un mayor número de agresiones. Dentro de los fármacos de elección para la contención del paciente agresivo nos encontramos las benzodicepinas y los antipsicóticos, no existiendo un tratamiento de elección idóneo.

CONCLUSIÓN: Ante situaciones de agresividad y agitación, es la patología psiquiátrica la que más destreza necesita. Una apropiada contención verbal puede evitar medidas más tajantes como la contención farmacológica o la contención mecánica. Existe unanimidad de opiniones en cuanto a la forma de actuar en la contención verbal como en la mecánica sin apenas diferencia entre protocolos y manejo de los mismos. En farmacología, la primera elección en la agresividad aguda son las benzodicepinas seguidas de los antipsicóticos atípicos.

PALABRAS CLAVE: AGRESIÓN, PSIQUIATRÍA, FARMACOLOGÍA, INTERVENCIÓN, CRISIS.

ABORDAJE DEL USO DE ANTIPSICÓTICOS A LARGO PLAZO

DANIEL LINARES MORALES, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO

INTRODUCCIÓN: Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que se usa para el tratamiento de las psicosis, estos provocan modificaciones en el cerebro y están indicados en psicosis y en trastornos bipolares. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, típicos y atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis, discinesia y acatisia tardía.

OBJETIVOS: Conocer cuál es la evidencia de la eficacia del uso de los antipsicóticos a largo plazo.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática utilizando las siguientes guías clínicas: Tercer plan integral de salud mental de Andalucía 2016-2020 (PISMA), AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría). Estas guías constan y restan fundamentadas en una búsqueda bibliográfica y selección de la evidencia científica disponible hasta el momento presente

RESULTADOS: Estudios + dos años: favorables/desfavorables, predominando los desfavorables. En ensayos clínicos hay menor riesgo de recaída y hospitalización en un año. En estudios estudios +10 años: mejores resultados sin antipsicótico, disminuidos o en monoterapia. Se ha comprobado que existe una que el uso del antipsicótico de forma continuada o largo plazo conlleve más riesgo que beneficio.

CONCLUSIÓN: No mejoría clave en la psicosis, sin haber evidencias a largo plazo. Convendría establecer un uso mínimo y prudente de los antipsicótico. Como posibles alternativas habría que contemplar potenciar intervenciones colaborativas, psicoterapéuticas y familiares con el objetivo de lograr recuperación y funcionalidad social, más que en la desaparición de sintomatología positiva.

PALABRAS CLAVE: ANTIPSICÓTICOS, LARGO PLAZO, EVIDENCIA, EFECTOS SECUNDARIOS, RECAÍDA.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

INTRODUCCIÓN: La intervención terapéutica en personas que sufren un primer episodio psicótico se da en ocasiones de forma tardía y poco sistemática. Este panorama invita a la reflexión sobre el modo de actuación vigente y la importancia de cambiar el foco de atención en nuestras intervenciones.

OBJETIVOS: Valorar la situación actual de las intervenciones en primeros episodios, la necesidad de su implementación y los principales efectos beneficiosos de dichos abordajes.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años así como revisión de las Guías de evidencia en intervención en psicosis.

RESULTADOS: El modelo de atención a primeros episodios es un enfoque de tratamiento multidisciplinar, flexible, sensible a las necesidades específicas del usuario y adecuado a la particularidad de sus circunstancias. Entre sus objetivos están mejorar el pronóstico a corto y a largo plazo, acelerar el proceso de recuperación y reduce el estigma. Se encuentra que este tipo de intervenciones logra entre otros: Mejorar el funcionamiento general, adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica. Reducir riesgo de suicidio, mejora el afrontamiento y la adaptación a la situación vivencial. Promover a una recuperación lenta y estable que ayuda a luchar contra la cronocidad y futuros episodios y recaída

CONCLUSIÓN: Debemos adaptar la organización a las necesidades de los usuarios flexibilizando las respuestas asistenciales y promoviendo tratamientos integrales. Este tipo de abordajes y sus resultados abre una nueva perspectiva de reflexión a cerca de objetivos en la intervención terapéutica, colocando la prevención y la evitación de la cronificación como dos puntos clave de la recuperación de la psicosis. Este cambio se acompañaría a su vez de una reducción del estigma, que evitaría el deterioro en la mayor parte de las esferas de la vida de la persona, evitando la pérdida de su identidad social, comunitaria y la el consecuente aislamiento relacional.

PALABRAS CLAVE: EPISODIO PSICÓTICO, INTERVENCIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR, RECUPERACIÓN, PRONÓSTICO.

USO DE NEUROLÉPTICOS EN EL EMBARAZO

DANIEL LINARES MORALES, MARIA DEL MAR GARCIA RECIO, MARÍA DE LAS NIEVES GARCÍA RECIO

INTRODUCCIÓN: Los neurolépticos son uno de los fármacos más utilizados a nivel mundial. Su empleo en mujeres durante el embarazo implica una monitorización del mismo más exhaustiva que entre aquellas mujeres quien no requieren de su uso. Los efectos de estos fármacos tienen importantes implicaciones que conlleva a un estrecho control en su consumo en esta etapa.

OBJETIVOS: Delimitar los riesgos que supone el uso de los neurolépticos durante el embarazo así como el riesgo que supone el abandono de dicho tratamiento durante esta etapa.

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

RESULTADOS: Según los estudios el embarazo supone un periodo de riesgo para aquellas mujeres con trastornos mentales. Los cambios hormonales, físicos y emocionales pueden implicar desestabilización de la patología basal. Se ha evidenciado que una mujer psicopatológicamente inestable durante el embarazo o postparto implica repercusiones fetales que pueden incluso llegar a tener consecuencias para la edad temprana del niño debido a los malos hábitos, consume de tóxicos, mal control obstétrico y mayor riesgo de aborto y durante el parto. Por otro lado el empleo en esta etapa gestante de fármacos de tipo neurolépticos puede afectar negativamente al desarrollo fetal provocando teratogenicidad, muerte perinatal, malformaciones congénitas. El uso de neurolépticos se ha aceptado de manera cuasi unánime por los por los profesionales de la salud mental priorizando el hecho de evitar descompensaciones por las complicaciones implícitas que ésto pueda conllevar.

CONCLUSIÓN: Existen multitud de neurolépticos pero aún no se ha hallado ninguna sustancia perteneciente a dicho grupo que se encuentre exenta de riesgos en cuanto a su empleo en esta etapa. También es evidente que la evolución de la patología mental sin tratamiento conlleva importantes riesgos perjudiciales. La balanza riesgo/beneficio es una constante en el uso de estos fármacos al igual que un seguimiento estrecho tanto del embarazo como del periodo postparto.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, NEUROLÉPTICOS, RIESGOS, EFICACIA, BENEFICIO.

INFLUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

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

INTRODUCCIÓN: El cannabis es una de las drogas con efectos adversos psiquiátricos más perjudiciales, fundamentalmente por el aumento del riesgo de cuadros psicóticos. Además, es una de las drogas de mayor consumo entre pacientes con trastornos mentales graves con efectos nocivos para la evolución de éstos. El creciente consumo de cannabis en la adolescencia ha comportado un gran incremento de brotes psicóticos y de casos de esquizofrenia en este grupo de edad en los últimos años. El brote suele caracterizarse por una conducta de aislamiento y por una distorsión en la percepción de la realidad, a menudo con manía persecutoria, ideas delirantes y alucinaciones auditivas.

OBJETIVOS: Determinar la influencia del consumo de cannabis en la aparición de un primer brote psicótico.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como PubMed, LILACS, ScienceDirect, Scielo, Cochrane, Dialnet y Cuiden. Los descriptores y operadores booleanos empleados fueron: cannabis AND primer episodio psicótico.

RESULTADOS: El consumo prolongado y de grandes cantidades de cannabis, principalmente cuando se inicia a una edad precoz, puede ocasionar la denominada psicosis inducida por cannabis que, generalmente, es de corta duración. Sin embargo, dichas psicosis inducidas pueden ser la manifestación inicial de una esquizofrenia posterior. Un amplio número de estudios señalan el consumo de cannabis como un factor de riesgo para la esquizofrenia en sujetos vulnerables. El consumo en jóvenes puede alterar el desarrollo cerebral y favorecer el inicio posterior de un cuadro psicótico. Además, entre los pacientes con esquizofrenia dicho consumo favorece el incumplimiento del tratamiento y empeora el pronóstico.

CONCLUSIÓN: El consumo de cannabis es un factor de riesgo de la esquizofrenia en personas con una vulnerabilidad genética o psicosocial, siendo necesarias medidas preventivas en los grupos de alto riesgo que son fundamentalmente los consumidores de grandes cantidades de cannabis y los que inician el consumo en la adolescencia.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, ESQUIZOFRENIA, PSICOSIS.

ABORDAJE DEL INSOMNIO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

CLARA GARZÓN BOCH, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ, MARIA DEL CARMEN DEL MORAL LECHUGA

INTRODUCCIÓN: El insomnio se define como una manifestación de gran frecuencia dentro de las enfermedades psiquiátricas, siendo muy común en las depresiones, psicosis, fobia social, trastorno adaptativo, reacciones vivenciales al estrés, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, adicciones, etc.

OBJETIVOS: Analizar el abordaje del insomnio en la consulta de enfermería especialista en salud mental.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica de las evidencias científicas proporcionadas por las bases de datos Medline, Dialnet, Cinahl, PubMed Central, Cuiden y the Cochrane Library. Los descriptores utilizados fueron “insomnio”, “enfermería”, “salud mental”, “trastornos del sueño” e “higiene del sueño”. Los criterios establecidos fueron: estudios que analicen las intervenciones terapéuticas y cuidados del profesional de enfermería especialista en salud mental en el abordaje del insomnio; publicados durante el periodo desde el año 2013 al año 2017; con acceso al texto completo; y escritos en inglés o español. De un total de 23 publicaciones, fueron seleccionadas 12.

RESULTADOS: Tal y como muestran los resultados, el abordaje del insomnio puede ser realizado por la enfermera especialista en salud mental, de forma individual o grupal, mediante intervenciones no farmacológicas, siguiendo una serie de estrategias de modificación de conductas y cambios en el estilos de vida, basadas en intervenciones cognitivo-conductuales (control de estímulos, restricción del sueño y técnicas de relajación). Es importante aportar recursos basados en la evidencia científica, que orienten a los profesionales sanitarios, especialmente al profesional de enfermería especialista en salud mental, sobre las intervenciones terapéuticas y cuidados a llevar a cabo en el abordaje del paciente con insomnio.

CONCLUSIÓN: En conclusión, en la consulta de salud mental el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio, ya que la primera línea de tratamiento son las intervenciones no farmacológicas.

PALABRAS CLAVE: INSOMNIO, ENFERMERÍA, SALUD MENTAL, TRASTORNOS DEL SUEÑO, HIGIENE DEL SUEÑO.

DEPRESIÓN Y ABANDONO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 69 años. Vive con su mujer. Jubilado. Lo describen como amable, cariñoso, alegre, con tendencia a preocuparse. Cuatro familiares con intentos de suicidio en contexto de cuadros depresivos. Sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico hasta hace 2-3 meses. Explica que cómo hace tiempo que no se pone las gotas para tratar la hipertensión ocular, sus ojos “están tan mal que no se podrán arreglar ya”. No toma los tratamientos prescritos por miedo al estreñimiento. Tiene miedo a conducir y en general a que a su familia le pasen cosas malas. Marcada clínica melancólica con sentimientos de culpa en relación a hechos negativos del pasado lejano que selecciona de forma depresiva, e interpretaciones delirantes de culpa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glaucoma, poliposis colónica. IQ: faquectomía.

JUICIO CLÍNICO: Patrones funcionales alterados: Patrón 1: Percepción de la salud, Patrón 2: Nutricional - Metabólico, Patrón 3: Eliminación. Patrón 5: Sueño. Descanso 6: Cognitivo - Perceptivo, Patrón 10: Tolerancia al estrés, Diagnósticos de enfermería Déficit de autocuidado: Alimentación r/c Trastorno de la percepción m/p disminución significativa de las ingestas. TEMOR r/c deterioro de los procesos del pensamiento m/p temblores, bloqueo, ansiedad. Descuido personal r/c Trastorno psicótico m/p abandono cuidados personales. Estreñimiento subjetivo r/c Deterioro de los procesos de pensamiento m/p quejas constantes estreñimiento sin posibilidad de objetivación. Ansiedad r/c Crisis situacional m/p temblores, verbalización. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Depresión.

CONCLUSIONES: La depresión es una enfermedad multifactorial y multicausal en la que hay que tener en cuenta muchas variantes. No solo hay que centrarse en el tratamiento farmacológico de la etiología de ésta, sino que hay que tratar los problemas asociados. Con este plan de cuidados se ponen de manifiesto los más comunes como puede ser el abandono de la realización de las ABVD, donde enfermería cobra un papel básico, ya sea como suplente total, o parcial de esta parte del proceso de atención.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, ÁNIMO, ABVD, ABANDONO, SALUD MENTAL.

DEMENCIA SIDA VERSUS TUMOR O INFECCIÓN OPORTUNISTA

SILVIA RODRIGUEZ SILVA, FRANCISCA CAMPOS GALLEGO, PAOLA PADILLA PARRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 48 años de edad derivada a Consultas de Psiquiatría por cuadro depresivo y psicosis. Como antecedentes personales presenta infección por VIH con infecciones oportunistas y exadicción a drogas por vía parenteral. Refiere despistes y olvidos frecuentes en sus actividades habituales, abandonando alguna de ellas, y dificultad de concentración. Añade tristeza, apatía, abulia, suspicacia con ideación sobrevalorada de perjuicio y tendencia al aislamiento. El deterioro cognitivo del paciente continúa progresando, con una repercusión global en todas las áreas, con dificultades de expresión, deambulación y trastornos conductuales severos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración neurológica: Mini-Mental State Examination de Folstein: 21/30 puntos, hipoparestesia en miembros inferiores, marcha en tandem inestable. Resto normal. Análisis de sangre: hemograma: 2550 leucocitos, 9.2 de hemoglobina, 116000 plaquetas. Resto normal. Líquido Ceforraquídeo: 16 células mononucleares, proteínas 73 mg/dl. Resonancia Magnética Nuclear Encefálica: Atrofia corticosubcortical. Carga viral de 14000 copias/ml. Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos.

JUICIO CLÍNICO: Complejo Demencia-sida. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La forma de presentación y evolución clínica, la patología subyacente y la negatividad de otras exploraciones complementarias que descartan infecciones o tumores oportunistas, recibe el diagnóstico de Complejo Demencia-SIDA, y tratamiento antirretroviral combinado.

PLAN DE CUIDADOS: Control de constantes vitales. Vigilar síntomas de infección en personal y visitantes. Emplear técnicas estériles en todos los procedimientos. Garantizar buena higiene personal y buena ingesta de líquidos y nutrientes.

CONCLUSIONES: El complejo demencia-SIDA es una demencia de predominio subcortical caracterizada por la tríada de enlentecimiento motor, lentitud en procesos mentales y apatía. La incidencia es variable a lo largo de la evolución del SIDA, estimándose una prevalencia del 6-30% en adultos con SIDA. Conductualmente predomina la apatía, falta de interés, pudiendo aparecer trastornos psiquiátricos como delirio, depresión, psicosis o manía.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, SIDA, INFECCIÓN, TUMOR.

DIAGNÓSTICO DE PARASOMNIAS VERSUS COMPORTAMIENTO AUTOLÍTICO

SILVIA RODRIGUEZ SILVA, FRANCISCA CAMPOS GALLEGO, PAOLA PADILLA PARRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años que acude a urgencias por despertarse magullado y con lesiones incisas en tórax. No presenta enfermedades médicas de interés. Sin contacto con salud mental. Niega consumo de tóxicos. Reside con su mujer con buena armonía sociofamiliar. No presento confusión ni desorientación en ningún momento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente y orientado. Alerta y colaborador. Ningún síntoma de intoxicación ni abstinencia de tóxicos. Discurso coherente y estructurado. No tiene pérdidas de memoria, desorientación, despersonalización ni desrealización. No describe crisis de ausencias ni crisis convulsivas. Niega ideación autolítica. Exploración neurológica sin datos de focalidad. Analítica de sangre normal. Toxicología cualitativa en orina: no se detecta nada. Polisomnografía con vídeo-EEG sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: El paciente es diagnosticado de Parasomnia no especificada, con trastorno conductual del sueño REM idiopático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico del tipo de parasomnia es dado en base al cuadro clínico, edad del paciente, sexo, ciclo del sueño en que se produce, activación autonómica, actividad motora memoria del evento, despertar y estado de consciencia.

PLAN DE CUIDADOS: Sutura de heridas y seguimiento por unidad de Psiquiatría en caso de repetición.

CONCLUSIONES: Las parasomnias son trastornos con manifestaciones fisiológicas y conductuales que ocurren durante el sueño o momentos de transición sueño-vigilia. Son episódicos y pueden ocurrir a lo largo de toda la vida. Acontece una activación inusual e inapropiada del sistema somático muscular o de los procesos cognitivos del sueño. Consideradas benignas con riesgo de comorbilidad con otros trastornos del sueño.

PALABRAS CLAVE: PARASOMNIAS, COMPORTAMIENTO, AUTOLÍTICO, SUEÑO.

TOPIRAMATO PARA EL TRATAMIENTO DE OBESIDAD EN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

ALICIA JAEN HERNANDEZ, ELISA EGEA CANOVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años con obesidad mórbida (IMC=38), desarrollada en los últimos 10 años coincidiendo con el debut de su trastorno esquizoafectivo y en tratamiento con antipsicóticos y antidepressivos: clínica depresiva con clínica delirante, que inicia en etapa puerperal. Sin recuperación interepisódica. Sin alucinaciones auditivas. Mal cumplimiento dietético. Desorganización de su vida cotidiana, incluso autocuidado. Pasa el día fumando y en el sofá. Acude a las consultas de psiquiatría para valoración de cuadro depresivo y alteración de la conducta alimentaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración: aspecto físico dejado, obesidad, hirsutismo. Durante la entrevista el contacto adecuado, sin sensitivismo, con discurso coherente y fluido, afecto hipotímico y sin sintomatología psicótica positiva. Se practica polisomnografía: compatible con SAOS grave. En exploración neuropsicológica: resultados de pobreza moderada en la ejecución de tareas cognitivas y perceptivas. Y se descarta deterioro significativo.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno esquizoafectivo depresivo, trastorno alimentario no especificado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Trastorno esquizoafectivo depresivo. Siendo éste el diagnóstico principal, se han de analizar otras patologías concomitantes, como la posible presencia de un trastorno alimentario y un probable trastorno del sueño.

PLAN DE CUIDADOS: Además del tratamiento con litio sería conveniente asociar antidepressivos. El topiramato tiene una clara eficacia como antiimpulsivo y se ha mostrado muy eficaz en la reducción de los atracones. Además se ha mostrado eficaz como eutimizante.

CONCLUSIONES: En el caso planteado, de obesidad mórbida asociada a un trastorno esquizoafectivo descompensado y a los efectos endocrinometabólicos producidos por el tratamiento antipsicótico, el topiramato ha tenido un papel relevante en cuanto al control de los síntomas afectivos y las alteraciones de la conducta alimentaria y el funcionalismo de la paciente y paralelamente ha favorecido el tratamiento de la obesidad y sus efectos colaterales.

PALABRAS CLAVE: TOPIRAMATO, OBESIDAD, SOBREPESO, ESQUIZOAFECTIVA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE UN INTENTO DE AUTOLISIS

ROCIO BARBEYTO SANCHEZ, JAVIER ISERN FARGAS, MARIA NIEVES RAMIREZ ZARAGOZA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años que es atendida en domicilio por equipo de atención extrahospitalaria tras recibir llamada de su familia porque la paciente no responde a estímulos. La familia refiere haber encontrado una caja vacía de benzodiazepinas en la mesita de noche.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada del equipo de atención extrahospitalaria las constantes vitales son: frecuencia cardiaca 65 latidos por minuto, TA: 105/55 mm Hg, FR: 10 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno 90%, glucemia capilar: 85 mgr/dl. Bajo nivel de conciencia, solo responde a estímulos dolorosos, no responde a órdenes verbales, confusa, apertura ocular a estímulos dolorosos. Escala de glasgow: 10 puntos.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación por benzodiazepinas. Intento de autolisis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al administrar Flumazenilo IV, la paciente despierta, y a su vez manifiesta haber ingerido mayor cantidad de benzodiazepinas como intento de suicidio.

PLAN DE CUIDADOS: Riesgo de broncoaspiración r/c disminución de nivel de consciencia. Gestión ineficaz de la propia salud. Deterioro de la relación familiar
Objetivos: Mantenimiento de un nivel de consciencia adecuado. Manejo de su propia salud. Mejora de las relaciones familiares. Intervenciones: Ayuda psicológica. Consulta psiquiatría. Explicación uso adecuado de medicación. Buscar apoyo familiar en situaciones complicadas.

CONCLUSIONES: La paciente es trasladada al hospital para valoración por Psiquiatría, con lo que se espera que la intervención del especialista sea eficaz para evitar la aparición o repetición de nuevos episodios de autolisis.

PALABRAS CLAVE: INTOXICACIÓN, AUTOLISIS, ANTÍDOTO, PSIQUIATRÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE QUE PADECE ANOREXIA NERVIOSA Y ES INGRESADA EN SALUD MENTAL

PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO, MARÍA PERALES CALERO

INTRODUCCIÓN: En este trabajo se muestra el plan de cuidados de enfermería que se le realizó a una chica de 15 años la cual fue diagnosticada de anorexia nerviosa con 12 años e ingreso en la unidad de salud mental por primera vez ya que presentaba un estado de delgadez que ponía en peligro su vida y su medio familiar era incapaz de contenerla. Ante la noticia sufrió un fuerte impacto psicológico y percibió la situación como una amenaza a la que le era imposible adaptarse.

OBJETIVOS: Analizar el proceso que sigue una paciente joven diagnosticada de anorexia nerviosa que ingresa en salud mental y el papel de enfermería en dicho proceso.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo mediante el proceso de atención de enfermería (PAE) por el que: La valoración se realizó mediante una entrevista focalizada, diversos cuestionarios de valoración, la observación directa de los profesionales y la exploración física. Los datos obtenidos se agruparon siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson. A partir del juicio de enfermería se estableció un plan de cuidados empleando la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

RESULTADOS: Se establecieron como diagnósticos principales “afrentamiento inefectivo” y “ansiedad” y las intervenciones fueron encaminadas a aumentar el afrontamiento y disminuir la ansiedad. Las intervenciones que mayor efecto surgieron fueron “presencia” y “asesoramiento”, con las que se consiguió aumentar la confianza de la paciente en el personal de enfermería y disminuir en gran medida la ansiedad mejorando así su calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Este trabajo evidencio la importancia de la formación de una relación de confianza entre el personal de enfermería y el paciente para asegurar el éxito del plan de cuidados y como dando una información clara y fácil de comprender estos pacientes reducen sus niveles de estrés.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, SALUD MENTAL, ANOREXIA NERVIOSA, ENFERMERÍA.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

SUSANA RIQUELME RIQUELME, LAURA MARTINEZ RUIZ, MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, MARIA RUIZ MATEOS, ANDREA GARCIA RIVERA, THAYS REGADERA FRUTOS, ISABEL COY LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Un hombre de 55 años que reside en un centro para personas con problemas de salud mental. En su estancia en el centro, muestra un distanciamiento con sus compañeros, no participando en ninguna de las actividades propuestas; limitándose a asistir a las comidas principales en el comedor y a fumar con sus compañeros en el patio. En los últimos días es cada vez más difícil que se tome la medicación, mostrándose violento en algunos casos. Tratamiento farmacológico: aripiprazol 15mg c/24h y lorazepam 2mg c/24.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Peso: 98kg Talla: 170 cm IMC: 33,91 kg/m2 TA: 135/88 mmHg FC 83 lpm SatO2: 96%.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE (00097) Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p aburrimiento. NOC (1604) Participación en actividades de ocio. NIC (5360) Terapia de entretenimiento (4430) Terapia con juegos. (00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas m/p peso un 10-20% superior al ideal para la altura y la constitución, nivel de actividad sedentario. NOC (1612) Control de peso. NIC (0200) Fomento del ejercicio (5614) Enseñanza: dieta prescrita. DxE (00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c actitud negativa hacia los cuidados de salud m/p fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud. NOC (1603) Conducta de búsqueda de la salud. NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad (6160) Intervención en caso de crisis.

CONCLUSIONES: En las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia paranoide, es muy común la tendencia a adoptar conductas de riesgo como alimentación excesiva y consumo de alcohol y tabaco. Enfermería tiene un papel muy importante en erradicar estas conductas mediante educación y apoyo al paciente. También, se debe promover la socialización con sus iguales por los numerosos beneficios que presenta.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, CUIDADOS, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA.

ABORDAJE ENFERMERO EN TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

ANA ELISABET CARMONA GOMEZ, INMACULADA GARCÍA DE LA TORRE, OSCAR MORENO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 16 años, que convive con sus padres. Actualmente, tiene pareja y está estudiando un módulo en el Instituto. Está siendo atendido por la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, diagnosticado de Trastorno Esquizoide de la Personalidad. En tratamiento con Risperidona y Fluoxetina. Presenta: Problemas de introversión y aislamiento. Fascinación por los videojuegos y tecnología. Se ofrece grupo adolescentes pero lo rechaza. Inversión total del sueño asociado a patrones de juego online durante la noche. Alimentación deficitaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una Valoración por Patrones de Gordon donde se observa afectación de los siguientes patrones: Patrón Nutricional- Metabólico. Patrón Actividad-Ejercicio. Patrón Sueño-Descanso. Patrón Rol-Relaciones, Patrón Sexualidad.

JUICIO CLÍNICO: Diagnóstico Médico: Trastorno Esquizoide de la personalidad. Diagnóstico Enfermero: Afrontamiento ineficaz (00069). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico Médico: Trastorno depresivo.

PLAN DE CUIDADOS: Objetivos NOC: Afrontamiento de problemas (1302): Definición: acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Indicadores: Verbaliza sensación de control y modifica el estilo de vida. Toma de decisiones(0906): Definición: capacidad para escoger entre dos o más alternativas. Indicadores: Identifica consecuencias de las posibles alternativas Soporte social (1504): Definición: disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas Indicadores: Refiere una red social estable. Intervenciones NIC: Apoyo emocional (5270): Actividades: Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza y Escuchar las expresiones de emociones y creencias Aumentar el afrontamiento (5230): Actividades: Animar al paciente a desarrollar relaciones y Animar la implicación familiar.

CONCLUSIONES: Tras un seguimiento continuo tanto por parte de Psiquiatra como de Enfermería se consigue una mejora de la higiene del sueño, introducción de alimentos y aumento relaciones sociales.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, TRASTORNO ESQUIZOIDE, ADOLESCENCIA, ENFERMERÍA.

LA ESQUIZOFRENIA A CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS

SORAYA AISA AL LAL, NAWAL MOHAMED HAMETE, YUNAIDA BOUTALIB MOHAND

INTRODUCCIÓN: El riesgo es que interfiere con el desarrollo normal del sistema nervioso por una unión a unos receptores internos denominados cannabinoideos internos, uno es el THC, tiene su propio receptor en el cerebro. Es soluble en grasa y al ser fumado pasa a sangre ,donde es trasportado a tejido blandos como el cerebro. Aquí es donde tiene un receptor especifico que facilita su asimilación y se queda durante semanas, esta acumulación provocaría un déficit de memoria.

OBJETIVOS: Identificar los trastornos más comunes que provoca en las áreas de memoria el consumo de cannabis.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores anteriormente citados como palabras clave.

RESULTADOS: Describir las razones del consumo y los efectos subjetivos de las sustancias consumidas en pacientes con psicosis. Se cuenta la totalidad de pacientes ingresado con diagnostico de esquizofrenia, estos son separados en dos grupos consumidores de sustancias de abuso y no consumidores, con el objetivo de valorar la diferencia clínica y sociodemográfica de ambas muestras, para evaluar las razones y casos por los que pueden consumir. Para la evaluación realizamos un listado que: El 70% consumen para sentirse intoxicados y aliviar los sentimientos de tristeza. Un 65% refieren que es por relajarse e incrementar la sensación de placer. El 52% de los entrevistados lo atribuyen al consumo de causas sociales.

CONCLUSIÓN: Las llamadas drogas de abuso tienen importantes efectos adverso que la sociedad debería conocer, ya que los usos médicos se realizan de forma controlada pero no por ello esto puede servir de disculpa para defender incluso propagar el consumo de sustancias tan dañinas.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, PSICOSIS, CONSUMO, EFECTOS.

LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN COMPETENTE CON LA POBLACIÓN CON SORDERA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

ANE ORMAZABAL RUIZ, KEYTH LANY DE OLIVEIRA SILVA

INTRODUCCIÓN: La literatura sugiere que las personas con sordera tienen tasas mayores de problemas de salud mental en comparación con la población general. Por cuestiones de comunicación, se enfrentan a varios obstáculos en el sistema sanitario y las experiencias no siempre son buenas, lo cual puede generarles desconfianza en los servicios de salud mental.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de una comunicación competente con la población con sordera en el ámbito de la salud mental.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas a través de Pubmed. Los descriptores utilizados fueron “mental disorders”, “mental health”, “sensory deprivation”, “hearing” y “persons with hearing impairment”. Los criterios de selección: Antigüedad: últimos 5 años; Idioma: inglés o castellano; Texto completo; Abordaje de la población sorda o con problemas de audición y los problemas de salud mental. Se han empleado 8 artículos.

RESULTADOS: El lenguaje es un factor importante en la atención sanitaria. También lo es conocer las características específicas y diferencias culturales de la población con sordera para tenerlas en cuenta en el proceso de atención y para que la asistencia sea adecuada. Los pacientes con sordera manifiestan frustración y desconfianza hacia entornos médicos, y temor a las consecuencias de la malinterpretación. Desean ser atendidos por alguien con quien se sienten cómodos, superen las barreras de comunicación y comprendan sus problemas de salud mental. La comunicación directa con el paciente es favorable en la atención sanitaria.

CONCLUSIÓN: La comunicación es clave, y la población con sordera tiene la misma necesidad de acceder a una buena comunicación y atención sanitaria que la población general. Sería favorable que los profesionales de la salud tuvieran una formación específica para ser culturalmente competentes y proporcionar una atención óptima.

PALABRAS CLAVE: SORDERA, COMUNICACIÓN, COMUNICACIÓN COMPETENTE, SALUD MENTAL.

EL ESTIGMA SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA

EVA MARÍA ÁLVAREZ TORRES, ELENA BACA HIDALGO, CARMEN COLLADO SEGURA

INTRODUCCIÓN: Continuamente ha existido un rechazo a las personas que padecen una enfermedad mental y, más especialmente en la esquizofrenia. Es por ello que, esta condición deriva en un rechazo social perjudicando así, a las personas que padecen esta enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar el estigma de la población general sobre personas que sufren esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Estudio de revisión bibliográfica. Búsqueda electrónica de estudios en inglés y castellano en la base de datos Pubmed y Scielo. Descriptores: estereotipo, esquizofrenia, estigma social, psicología del esquizofrénico, salud mental, trastornos psicóticos. Operadores booleanos: AND, OR. Periodo de búsqueda: entre 01/01/2010 y 5/02/2018. Fecha de publicación: entre 2012 y 2017. Tipo de estudios: transversales, reporte de casos clínicos y revisiones bibliográficas.

RESULTADOS: El estigma personal incluye la conciencia estereotipada, la experiencia de la discriminación y las emociones en respuesta a una etiqueta positiva o negativa. Los documentos encontrados determinan la población general sobre las relaciones que tendrían con personas esquizofrénicas y no son realmente provechosas. Primordialmente, se debe a la poca experiencia ante este tipo de situaciones, sumándose las creencias y leyendas sobre la relación entre maldad y enfermo mental.

CONCLUSIÓN: El estigma es evidente en cuanto se quiere relacionar con un síndrome de psicosis. Sin embargo, podría disminuirse con una anticipada psicoeducación y toma de contacto desde una temprana edad. Ya que cada persona desarrolla un estigma basándose en las leyendas, creencias, etc... en lugar de basarse en su experiencia personal.

PALABRAS CLAVE: ESTEREOTIPO, SALUD MENTAL, TRASTORNOS PSICÓTICOS, ESTIGMA SOCIAL, ESQUIZOFRENIA, PSICOLOGÍA DEL ESQUIZOFRENICO.

TIPOS DE CONTENCIÓN EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

ROSA ELENA ALVES RUBIO, JUNCAL GARCÍA GARCÍA, BEATRIZ CAMPA FLOREZ

INTRODUCCIÓN: Una de las medidas de contención que existen para este tipo de pacientes es la verbal que es útil si la pérdida de control no es total. Lo primero que debe hacer es informarse sobre sus antecedentes, situación clínica... Debes asegurarte una vía de salida accesible y evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta. No realizar las intervenciones en solitario siempre que sea posible. En la contención verbal se deben usar unas directrices comunicativas: Escuchar con calma al paciente y permitirle expresarse. Hablar con un tono suave, relajado y seguro. Responder sin hostilidad. No buscar confrontación sino alianzas y ofrecerle ayuda. Debemos evitar que el enfermo se lesione así mismo o a otras personas preferiblemente con la contención verbal, y si es necesaria la contención farmacológica, debemos usar la menor dosis de fármaco que disminuya el riesgo pero que no le haga perder el conocimiento. En la contención verbal se pretende crear una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica, negociar las soluciones que proponga el paciente y las que pueda brindarle el centro, disminuir la agresividad y prevenir ataques violentos e informar del carácter transitorio de la crisis y potenciar su autocontrol.

OBJETIVOS: Determinar medidas para disminuir la agresividad y potenciar su autocontrol.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una exhaustiva búsqueda en diversas bases de datos empleando los descriptores: diálogo, fármacos, crisis, autocontrol.

RESULTADOS: Conocer los cuidados que se debe brindar a los pacientes psiquiátricos con la finalidad de ayudar y ofrecer una buena atención de salud, así para poder satisfacer sus necesidades y los riesgos que pueden presentar dichos pacientes.

CONCLUSIÓN: Es fundamental conocer y contener a este tipo de pacientes lo antes posible ya sea por un método o por otro, lo mas importante es evitar la lesión de ellos mismos o de otras personas.

PALABRAS CLAVE: DIÁLOGO, FÁRMACOS, CRISIS, AUTOCONTROL.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES Y FARMACOLÓGICAS EMPLEADAS EN LA ESQUIZOFRENIA

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

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno mental grave que constituye un problema sanitario y social de gran importancia. Afecta o puede afectar a casi el 1 por ciento de la población, es decir, que uno de cada 100 habitantes desarrollará un episodio de esquizofrenia a lo largo de su vida, con independencia del sexo o cultura a la que pertenezcan.

OBJETIVOS: Determinar las intervenciones más eficaces y de mejor resultado probado en el tratamiento de la esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultados fueron: PubMed, Cochrane Library, Trip DataBase, CUIDEN, RNAO. Los descriptores utilizados fueron: “esquizofrenia”, “farmacología”, “terapias” para la búsqueda en castellano, y “schizophrenia”, “pharmacology”, “therapies” para la búsqueda en inglés. La búsqueda abarca el periodo temporal del 2002 al 2017. De un total de 256 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas para su análisis en profundidad, por cumplir los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica y el acceso a los textos completos).

RESULTADOS: Al comparar las estrategias de afrontamiento frente a la resolución de problemas se observó un cambio significativo en el número y gravedad de los síntomas psicóticos, particularmente de los delirios para ambas condiciones de tratamiento al finalizar la terapia.

CONCLUSIÓN: Sería primordial que se siguieran realizando estudios sobre cuáles son los fármacos y terapias psicosociales más efectivas en el tratamiento de la esquizofrenia para así eliminar o disminuir lo máximo posible los síntomas positivos y negativos que caracterizan la enfermedad y de esta manera mejorar su pronóstico a medio y largo plazo, mejorando así la calidad de vida de los pacientes afectados y la de sus familiares.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, FARMACOLOGÍA, TERAPIAS, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

RUFINA BERMEJO GARRES

INTRODUCCIÓN: El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es uno de los trastornos psiquiátricos con más prevalencia en la edad infantil. Está caracterizado por falta de atención, impulsividad e hiperactividad, por todo ello el TDAH afecta en la salud física y psicológica del niño, en la vida familiar y en la escuela. El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y se caracteriza un nivel de impulsividad, atención y actividad no adecuadas a la edad de desarrollo. El TDAH lo padece entre un 2 y un 5% de la población infantil. La coordinación interdisciplinar para asegurar una atención integral al niño con TDAH es fundamental, enfermería debe realizar un papel importante en el seguimiento de estos niños y de su familia.

OBJETIVOS: Elaborar una intervención, llevada a cabo en la consulta de enfermería para niños con TDAH incluida en el programa de atención del niño sano. Determinar medidas para recaudar información sobre las necesidades de niños con TDAH desde el ámbito dinámico y educativo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica desde el año 2000 hasta la actualidad de las bases de datos: Scopus, Google académico y Dialnet.

RESULTADOS: El TDAH es el trastorno con mayor prevalencia en la infancia. En España no existe la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, los niños son valorados por pediatras, neurólogos o psiquiatras. La escuela puede facilitar el diagnóstico del TDAH, ya que pasan mucho tiempo en ella.

CONCLUSIÓN: El TDAH tiene una prevalencia alta que afecta al niño en su ámbito escolar, familiar y salud. Requiere tratamiento multidisciplinar y una intervención familiar con pautas del manejo del niño.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, APOYO FAMILIAR, TDAH.

INTENTO AUTOLÍTICO EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO

MARÍA NIEVES FATUARTE LEÓN, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años diagnosticada de trastorno depresivo que ingresa con carácter involuntario en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental tras intento autolítico por ingesta de desengrasante de cocina. Intentos previos en Marzo y Octubre del 2017. Al ingreso presenta ánimo triste, angustia continua, ideas de muerte y discurso centrado en su problemática NAMC/Sin enfermedades somáticas de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración por patrones funcionales de M. Gordon P.1Manejo/percepción de salud: No sigue plan terapéutico-plan de cuidados. P.6Cognitivo/Perceptual: tristeza, angustia continua, episodios de llanto e intento autolítico P.7Autopercepción/Autoconcepto: Falta de ilusión o desgana y Desesperanza. P.8Rol/Relaciones: Mirada perdida y evita contacto ocular. Apatía y Anhedonia. P.9Adaptación/Tolerancia al Estrés: Estrategias de adaptación inadecuadas. Cuestionarios Escala de riesgo suicida de Plutchick =12 Riesgo. Escala de ansiedad de Goldberg =6 Ansiedad probable.

JUICIO CLÍNICO: Riesgo de suicidio (00150) Definición:Vulnerable a una lesión autoinflingida que amenaza la vida R/C: Desesperanza, historia de intentos previos de suicidios, expresa deseos de morir.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ansiedad. Afrontamiento inefectivo. Baja autoestima crónica.

PLAN DE CUIDADOS: Objetivo NOC: 1408 Autocontrol del impulso suicida. No intenta suicidarse. Mantiene el autocontrol sin supervisión. Intervención NIC 6340 Prevención del suicidio. Actividades: enseñar al paciente estrategias de afrontamiento. Identificar las necesidades de seguridad inmediatas.

CONCLUSIONES: Queda patente la necesidad de realizar un plan individualizado al ingreso de cada paciente, teniendo en cuenta los patrones disfuncionales presentes en ese momento. Todo ello con el objetivo de mejorar la autonomía de la persona y proporcionarle las herramientas necesarias para la satisfacción de los mismos.

PALABRAS CLAVE: AUTOLÍTICO, DEPRESIÓN, INTENTO, TRASTORNO.

EPISODIO MANÍACO EN EL CONTEXTO DE UN TRASTORNO BIPOLAR

LAURA MONTES CARABIAS, ANA MARÍA SIGÜENZA FONTANILLA, ANA ELISABET CARMONA GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 62 años que ingresa de forma urgente y con carácter involuntario en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental por presentar ánimo exaltado con tendencia a la irritabilidad, episodios de heteroagresividad e insomnio. Al ingreso verborreica durante la entrevista, insultos continuos y exaltación de su persona. NAMC. Antecedentes Somáticos: histerectomía. A. Psiquiátrico: Trastorno Bipolar desde los 17 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración de Enfermería por patrones funcionales de M. Gordon. P.4 Actividad -ejercicio: Necesita supervisión y/o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. P.5 Sueño-descanso: cambios en el patrón del sueño con dificultad para la conciliación y necesidad de medicación para dormir. P.6: Cognitivo-perceptual: Estado de ánimo irritable y eufórico. P.7: Autopercepción - Autoconcepto: Euforia excesiva. P.8: Rol-Relaciones: Lenguaje disártrico y logorrea. Alteración del contenido del pensamiento con ideas obsesivas. P.10: Adaptación- tolerancia al estrés: Estrategias habituales de adaptación inadecuadas.

JUICIO CLÍNICO: Afrontamiento ineficaz (00069): Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles. R/C Crisis situacionales y percepción de un nivel inadecuado de control. M/P Cambio en los patrones de comunicación habituales y dificultad para controlar impulsos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00146) Ansiedad (00052) Deterioro de la interacción social.

PLAN DE CUIDADOS: Objetivos NOC: (1410) Autocontrol de la ansiedad. (1405) Autocontrol de los impulsos intervenciones NIC: (5230) mejorar el afrontamiento. Actividad: Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuada. (4370) Entrenamiento para controlar los impulsos. Actividad (437004) Enseñar al paciente a detener y pensar antes del comportamiento impulsivo.

CONCLUSIONES: Queda patente la necesidad de realizar un plan de cuidados individualizado al ingreso en función de las necesidades no cubiertas que presente en ese momento. Todo ello con el objetivo de fomentar la autonomía de las personas, así como proporcionar herramientas para la satisfacción de las mismas.

PALABRAS CLAVE: EPISODIO, MANÍA, TRASTORNO, BIPOLAR.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA

LAURA TIRADO NUÑEZ, ROCIO LOPEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El TCAE en la práctica de la enfermería psiquiátrica se hace precisa en el campo de la salud mental, así como, es necesaria su colaboración con otros profesionales para que el servicio al paciente tenga una máxima eficacia, debiendo haber un buen entendimiento en el equipo terapéutico, para actuar de forma unilateral y conseguir juntos la mejoría o rehabilitación del enfermo.

OBJETIVOS: Determinar medidas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en psiquiatría.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos de la literatura científica.

RESULTADOS: El personal sanitario a de adoptar ante el paciente una actitud y una estrategia diferente a las tradicionales, contando con el y con su activa colaboración, considerándolo como una persona a la que hay que comprender para poder ayudar, valorando y haciendo participar en cierto modo el contexto social del paciente en el esfuerzo terapéutico. Normalmente las patologías psiquiátricas suelen ir acompañadas de una disminución de las capacidades que tiene el individuo sano para cubrir por sí solo sus necesidades básicas, necesidades que en el paciente mental el TCAE es la encargada de satisfacer, fomentando el autocuidado, colaborando en el refuerzo positivo de la autoestima, signos importantes de una mejoría y bienestar del enfermo. Ayudar y estimular al paciente en la higiene personal, vestido... Distribuir y administrar las comidas, supervisándolas y observación de la conducta. Hacer las camas, registro de habitaciones, armarios, mesillas y vigilar la limpieza. Colaborar con el DUE en la administración de medicamentos y por delegación suministrar la medicación vía oral también en otros tratamientos y técnicas de enfermería. Colaborar en la limpieza y preparación del material instrumental... Recogida de muestras de eliminación y pruebas que no sean invasivas. Acompañar al paciente en consulta intra/extra hospitalaria. Observar/seguir la evolución de los pacientes, anotando en el registro correspondiente, etc.

CONCLUSIÓN: Que todas las funciones a desarrollar por los TCAE contribuyan, en implícita y explícitamente, al desarrollo de la autonomía, libertad y consideración plena como personal del enfermo mental.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO MENTAL, SEGURIDAD, OBSERVACIÓN, ORIENTACIÓN.

TRASTORNO POR ANGUSTIA Y DESEQUILIBRIO HIPOPOTASÉMICO EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 54 años que refiere sensación de ahogo constante y opresión en el pecho. Se reitera una y otra vez con “voy a volverme loca” y “me quiero morir”. Muestra nerviosismo, agitación y ansiedad. Se automedica cuando se siente mal. Mantiene un déficit de alimentación, refiere mareos, diarrea y calambres. Es fumadora pero no sabe decir exactamente cuánto fuma. Refiere que “duerme pero no descansa”.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Consciente, colaboradora, sobrecitada. T. A. : 120/80, Pulso: 80x', Temperatura axilar: 36°C, Peso: 48 Kg, Talla: 1, 61 cm, Glucemia capilar: 70 mg/dl, Sat O2: 95%. Alergias: No conocidas. Medicación habitual: Lorazepam 10 mg. Respiración dificultosa, tos sin expectoración. Signos de desnutrición. Pruebas complementarias: Analítica dónde la bioquímica refleja disminución de los niveles de potasio. EKG confirma hipopotasemia. Se pide interconsulta para que sea vista por psiquiatría.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno por angustia e hipopotasemia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Consumo o síndrome de abstinencia de alcohol o drogas, hipocondría.

PLAN DE CUIDADOS: 00037 Riesgo de intoxicación r/c automedicación. NOC: 1902 Control del riesgo. 1908 Detección del riesgo. 1910 Ambiente seguro del hogar. NIC: 6486 Manejo ambiental: seguridad. 6610 Identificación de riesgos. 6654 Vigilancia: seguridad. 00095 Insomnio/c ansiedad y temor m/p dificultad para conciliar el sueño y cansancio. NOC: 0004 Sueño. 2002 Bienestar personal. NIC: 1400 Manejo del dolor. 1850 Mejorar el sueño. 5230 Aumentar el afrontamiento. 5880 Técnica de relajación. 6040 Terapia de relajación simple. 6482 Manejo ambiental: confort.

CONCLUSIONES: Se administran 20 mEq de KCL x/l a pasar en 3 h a un ritmo de infusión lento para evitar efectos adversos como taquicardias ventriculares. Se deriva su caso a la Unidad de Psiquiatría donde continuaran con su seguimiento además de tratar su consumo tabáquico. Se inculcan en ella nuevos hábitos alimenticios y se establece una dieta prescrita incluyendo batidos proteicos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, ANGUSTIA, NERVIOSISMO, ANSIEDAD, HIPOPOTASEMIA.

NEUROASTENIA O EPISODIO DEPRESIVO MODERADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELISA EGEA CANOVAS, ALICIA JAEN HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre, 51 años, casado, asistente social. Derivado para una evaluación psiquiátrica porque durante tres años se había sentido cada vez más agotado. Se fatigaba muy fácilmente después de esfuerzos menores y después se sentía exhausto. En casa pasaba la tarde se sentía tan cansado que tenía que irse directamente a la cama. Aún así tenía dificultad para dormir por dolores en la cabeza, en el cuello y en la espalda. Casi todo el tiempo estaba tenso y no podía relajarse. Los fines de semana pasaba casi todo el tiempo en la cama. Le resultaba difícil concentrarse y tuvo que dejar de leer y de hacer palabras cruzadas, cosa que antes le divertía mucho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El examen físico y la evaluación neurológica: anodinas. Pruebas de laboratorio: tiroides y suprarrenales, dentro de normalidad. EEG y TAC fueron normales.

JUICIO CLÍNICO: El paciente reúne los criterios para neurastenia (F48.0) Ya que tiene persistentes quejas de sentimientos de cansancio extremo después de esfuerzos mentales menores, Acompañado por síntomas accesorios como dolores de cabeza, tensión, dolores musculares, incapacidad para relajarse, perturbaciones del sueño, e irritabilidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debe considerarse, un trastorno depresivo. El paciente tenía uno de los de dos síntomas típicos (disminución de la energía o aumento de cansancio) y dos o tres de los síntomas accesorios (pérdida de confianza en sí mismo, perturbación del sueño, falta de concentración). Puede debatirse si la reducción del interés, responde a los síntomas de episodio depresivo moderado, aunque este diagnóstico no es compatible con la gravedad del trastorno.

PLAN DE CUIDADOS: Según la literatura, se trata con dieta equilibrada y TEC.

CONCLUSIONES: Se trata de entidad desconocida, que hay tener en cuenta en nuestra parctica diaria, ya que se el tratamiento difiere considerablemnte de otras entidades.

PALABRAS CLAVE: ASTENIA, NEUROASTENIA, DEPRESION, MODERADA.

TRASTORNO PERSONALIDAD PARANOIDE EN ADULTO JOVEN

ISABEL SÁNCHEZ GALVEZ, ESTHER MARIA GAMEZ SANCHEZ, CARMEN ALBUERA CECILIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 58 años, divorciado, padre de dos hijos, vive solo, pensionista por enfermedad psiquiátrica. Es trasladado por dccc a urgencias por encontrarse en la vía pública con alteración de conducta e intento de suicidio.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno personalidad paranoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Crisis aguda personalidad.

PLAN DE CUIDADOS: Acudir a consulta USMC tratamiento con clorpromazina, diazepam, levomepromazina consulta con psiquiatra y grupos de autoayuda.

CONCLUSIONES: El trato con pacientes enfermos mentales es muy complicado debido al juicio de la realidad alterado que tienen. Al encontrarse hostil, inquieto, irritable, incongruente hace que el diagnóstico y tratamiento pueden llegar a dar error. El papel de la familia es muy importante pero en la mayoría de los casos son los propios pacientes los que se niegan a ser ayudados.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRIA, NEGACIÓN, TRATAMIENTO, FAMILIA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

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

INTRODUCCIÓN: La Esquizofrenia es un trastorno mental grave, de carácter crónico, caracterizado por provocar alteraciones en las percepciones de la realidad en la que vive el sujeto. La Paranoide, es el subtipo más frecuente, y se caracteriza por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas. La Enfermera Especialista en Salud Mental se encarga de fomentar la adherencia al tratamiento, de proporcionar psicoeducación, de realizar un seguimiento periódico y de prevenir recaídas realizando contención a nivel comunitario y evitando ingresos hospitalarios.

OBJETIVOS: Valorar y definir objetivos e intervenciones de enfermería para paciente diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide en fase de descompensación psicopatológica.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales. Valoración de enfermería tomando como guía los patrones de Marjory Gordon e indicando los diagnósticos enfermeros asociados (NANDA), relacionándolos con los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería.

RESULTADOS: Varón de 29 años con antecedentes psiquiátricos de larga evolución. Orientación diagnóstica de Esquizofrenia Paranoide. En seguimiento regular en Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). Vive en piso tutelado. Acude a consulta para seguimiento y administración de tratamiento inyectable. En una de las ocasiones, se detecta descompensación psicopatológica. Se realiza valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon, focalizando en el patrón 6: Cognitivo-Perceptual, y se plantea un Plan de Cuidados Individualizado.

CONCLUSIÓN: No cabe duda, que la enfermera especialista es primordial, ya que trabaja la detección precoz de descompensación. Así, el abordaje será mucho más eficaz, y se podrá establecer un Plan de Cuidados que permita intervenir sobre la sintomatología predominante, reduciendo su intensidad, y conteniendo al paciente en su entorno y a nivel comunitario.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO MENTAL GRAVE, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, INCUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO, PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA COORDINACIÓN ENTRE UNIDAD HOSPITALARIA DE ENDOCRINOLOGÍA Y UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL

MARIA DEL CARMEN RUIZ GONZALEZ, MIRIAM MORENO CALVO, IRENE MOLINA CABELLO

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos mentales que se caracterizan principalmente por una conducta gravemente alterada en la ingesta de nutrientes. Siendo un patrón restrictivo, la anorexia y un patrón inestable que cursa con atracones y purgas, la bulimia. Ambos trastornos, la anorexia y bulimia, llevan a presentar problemas orgánicos que comprometan su vida y alteraciones psicosociales que acaban en un mal funcionamiento del paciente en todas sus dimensiones.

OBJETIVOS: Determinar la asistencia integral ante los pacientes con TCA por parte de la Unidad de Endocrinología y Hospitalización en Salud Mental.

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

RESULTADOS: La cama ocupada en el ingreso será una de las tres camas reservadas para los TCA que existen en la Unidad de Endocrinología. Son habitaciones situadas en frente del control de enfermería para la realización de una vigilancia estrecha. Se abrirá 3-4 veces al día y siempre con supervisión sanitaria incluyendo el momento de la ducha. De forma aleatoria, se le pesará, siempre de espaldas al mismo peso y descalza. Realizan 4 comidas diarias de 1500 kcal: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Disponen de todo el tiempo que necesiten para comer pero deben de tener la bandeja delante como mínimo 30 minutos para que vean la comida y se enfrenten a sus miedos.

CONCLUSIÓN: Por ello, debido a la alta prevalencia y para evitar el daño tanto fisiológico como mental, es importante que exista un trabajo de equipo y coordinación entre la Unidad Hospitalización de Endocrinología y la Unidad Hospitalización en Salud Mental, ambas ubicadas en el Hospital PTS Campus de la Salud.

PALABRAS CLAVE: ENDOCRINO, ANOREXIA, BULIMIA, ENFERMERÍA, PSIQUIATRÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA

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

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es una de las medidas restrictivas utilizadas en el ámbito hospitalario. Se requieren unas apreciaciones tanto a nivel sanitario, como jurídico y ético para tomar la decisión de utilizarla. Se puede atentar contra los derechos de la persona a la que se priva de libertad.

OBJETIVOS: Identificar los factores que indican al personal de enfermería el uso de contención mecánica.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como AC Ripa y Fundación Manantial. Se recogen textos científicos sobre la contención mecánica en enfermería y restricción física en pacientes.

RESULTADOS: El profesional de enfermería es quien toma en la mayoría de los casos la iniciativa de proceder a la contención mecánica, tanto en las unidades de psiquiatría como en el resto de servicios. Aunque esta se realice tras la valoración del equipo médico. La contención mecánica se utiliza en causas de alteraciones de la conducta, las descompensaciones psicóticas y la ideación o tentativas de autolesión. Hay que establecer un protocolo para comprobar los signos de las posibles lesiones que se asocian a la contención, como los signos vitales, hidratación, higiene, circulación, movilidad de extremidades. Estos cuidados se realizan por parte de enfermería y se han de realizar cada cierto tiempo que se determina.

CONCLUSIÓN: Las contenciones mecánicas son necesarias en determinadas circunstancias de la práctica asistencial. Se emplean utilizando la seguridad, integridad y salud de las personas. El personal de enfermería se ha de formar sobre las contenciones mecánicas para evitar la sobreutilización de esta medida.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO, CONTENCIÓN MECÁNICA, ENFERMERÍA, RESTRICCIÓN FÍSICA.

PARAFRENIA FANTÁSTICA Y AISLAMIENTO SOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Estamos ante una mujer de 53 años, alérgica a penicilina. Es diabética, hipercolesterolemia. Intervenida de una histerectomía a los 42 años por un mioma uterino gigante. No presenta otros antecedentes médicoquirúrgicos y niega hábitos tóxicos. Vive con sus padres, ya ancianos pero independientes en su vida diaria. No trabaja, y cobra pensión de invalidez. Estudió psicopedagogía. Inicia sintomatología psicótica a los 23 años, mientras estudia en la universidad, con un cuadro paranoide y alucinatoria en el que existe una elevada angustia psicótica. Ingresa en unidad de agudos, precisando durante su estancia administración de terapia electroconvulsiva. A lo largo de su vida ha precisado varios ingresos por descompensaciones psicóticas. La paciente inicia seguimiento privado en consulta de psiquiatría. Predomina un cuadro delirante florido de contenido fantástico, místico religioso y un delirio de capgras, instaurado de un modo crónico. Así mismo existe un elevado aislamiento social, y negándose a cualquier tipo de interacción social con iguales a parte de sus padres y una nula conciencia de enfermedad, con escasa adherencia al tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A lo largo de los numerosos ingresos se han realizado diversos análisis (destacando una hiperglucemia e hipercolesterolemia) y TAC craneales sin hallazgos en ningún caso.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia Paranoide. **PLAN DE CUIDADOS:** Se inició tratamiento con paliperidona depot mensual, que posteriormente pasó a trimestral, para control de síntomas, encontrándose la paciente mucho más adecuada y menos delirante. Se trabajó con ella la necesidad de interacción social y tras muchos intentos y planteamientos finalmente acepta a ir a una asociación que fomenta la creatividad y el ocio de pacientes con trastorno mental grave.

CONCLUSIONES: La introducción de la medicación junto con una adecuada intervención ocupacional y social fueron fundamentales para una mejoría en la funcionalidad global de la paciente, planteándose en este momento la posibilidad incluso de vivir sola y retomar una actividad laboral inclusiva.

PALABRAS CLAVE: PARAFRENIA, ESQUIZOFRENIA, AISLAMIENTO SOCIAL, PALIPERIDONA DEPOT, FUNCIONALIDAD.

ABUSO DE ANALGÉSICOS Y ANSIOLÍTICOS EN TRASTORNO BIPOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, MARIA CARMEN DE ARCE RAMOS, MARIA JESUS SAEZ PEREZ, MARIA CARMEN GUIRAO BOCH, ASCENSION GUIRAO BOCH, RAQUEL SALINAS GUIRAO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años que ingresa en unidad de psiquiatría diagnosticada de trastorno bipolar tipo II para estabilización clínica y adherencia al tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: No AMC, no HTA, no DM, hiperlipidemia en tratamiento. Taquiarritmias no filiadas que no constan en informes y sin tratamiento. Varias atenciones en urgencias por lumbalgia, cervicalgia y somatizaciones. Abuso de ansiolíticos y analgésicos. Exploración psicopatológica: Consciente y orientada en espacio y tiempo. Colaboradora. Eurítmica. Reconoce ansiedad y no estar tomando el tratamiento psiquiátrico, a excepción de ansiolíticos y analgésicos, que toma a demanda. Problemática social grave.

JUICIO CLÍNICO: F31.8 -Trastorno bipolar tipo II, abuso de analgésicos y ansiolíticos. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: 00079 Incumplimiento del tratamiento r/c falta de conciencia de la enfermedad m/p verbalizaciones y conducta indicativa de incumplimiento; 00055 Desempeño ineficaz de rol m/p afrontamiento inadecuado r/c dolor.

CONCLUSIONES: El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que actúa sobre los mecanismos que regulan las emociones y provoca cambios patológicos del estado de ánimo, afectando a la salud física, al comportamiento y al funcionamiento cotidiano. Se estima una prevalencia entre el 1 y el 2,5 %. Su tratamiento requiere una atención multidisciplinar y los mejores resultados se obtienen combinando medicación y psicoterapia. Durante el ingreso en nuestra unidad psiquiátrica a la paciente se le han administrado placebos de forma empírica para la sintomatología dolorosa y ha participado en el taller de actividad física impartido por enfermería observándose una gran mejoría, verbalizada también por ella, y manifestada en la disminución de la toma de analgésicos y ansiolíticos.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, COMORBILIDAD, ANSIEDAD, SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA ENFERMERA ANTE LOS PACIENTES CON ANSIEDAD

ALICIA AVILES ROMERA, ELENA AVILES ROMERA, ALINE RODRIGUEZ ILLESCAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 17 años que acude a urgencias con una crisis de ansiedad, dice que ha sufrido un ataque de ansiedad cuando tenía una discusión con su pareja. Se encuentra muy nerviosa, refiere que no puede respirar y le duele el pecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada. TA 120/ 80. AC Tonos rítmicos y FC 135 0 y no soplos. AR: buen murmullo vesicular lateral, no soplos. Abdomen blando depresible y no doloroso. Se solicita un ECG y se administra Alprazolam 0,5 sublingual y un un trankimazin IM.

JUICIO CLÍNICO: La frecuencia cardiaca detecta una taquicardia y por los síntomas se aprecia que la paciente sufre ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza consulta a psiquiatría para posible estudio de la paciente, para ver si un episodio puntual de crisis de ansiedad o necesita un tratamiento farmacológico par los síntomas de la ansiedad.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: Ansiedad. NOC: Autocontrol de la ansiedad. NIC: Disminución de la ansiedad.

CONCLUSIONES: Las sensaciones de ansiedad interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar y pueden durar largo tiempo. Los síntomas pueden comenzar durante la infancia o los años de la adolescencia y continuar cuando ya eres adulto.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, NERVIOSISMO, ATAQUE ANSIEDAD, CRISIS ANSIEDAD.

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN EL EMBARAZO

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUITA

INTRODUCCIÓN: Desde la introducción de los antipsicóticos de segunda generación (ASG), su prescripción ha incrementado notablemente en mujeres con enfermedad mental, y cada vez son más las mujeres embarazadas expuestas. En este sentido, es crucial el asesoramiento y el apoyo por parte de los profesionales de la salud a estas mujeres, ya que esta población presenta necesidades específicas que requieren la puesta en marcha de cuidados adecuados en un contexto biopsicosocial. Sin embargo, la información disponible con respecto a la seguridad de estos fármacos en gestantes es todavía limitada.

OBJETIVOS: Conocer si los beneficios de la toma de fármacos antipsicóticos superan los riesgos en las mujeres embarazadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la utilización de las siguientes bases de datos: PubMed, PubMed Central, Medline y Ascodocpsy. La búsqueda se ha limitado al periodo comprendido entre los años 2007 y 2017.

RESULTADOS: Los efectos de los fármacos ASG sobre el feto no se han determinado por completo. Ciertas investigaciones demuestran que pueden tener un efecto teratógeno, sobre todo en el primer trimestre, y sería aconsejable priorizar la mínima dosis de fármacos durante el embarazo. Actualmente, olanzapina y quetiapina son los ASG más frecuentemente usados durante el embarazo y, a pesar de algunos riesgos observados, parecen seguros en general. Por otro lado, el riesgo del trastorno no tratado, que puede ocasionar el suicidio de la madre o el infanticidio, es mayor que el derivado del consumo de psicofármacos.

CONCLUSIÓN: Con toda la información científica disponible hoy acerca de los fármacos ASG en gestantes no se puede hacer más que recomendaciones de seguridad relativa individualizadas por paciente, sopesando en cada caso la relación riesgo/beneficio, incluido el riesgo materno y también fetal de la ausencia de tratamiento, su discontinuación o el tratamiento subóptimo.

PALABRAS CLAVE: ENBARAZO, ANTIPSICÓTICO, ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS, RIESGO.

UN EPISODIO PSICÓTICO POR CONSUMO EN UNA MUJER PUERPERAL

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO, ANDREA CAMARA LINDE, LARA ASENSIO BORDONABA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años con antecedentes de seguimiento en salud mental de años de evolución, con Orientación diagnóstica de Trastorno de personalidad, que acude a Urgencias por empeoramiento de cuadro maniforme tras parto, con alteraciones conductuales y riesgo a terceros así como imposibilidad de contención familiar, que ingresa de forma involuntaria y con carácter urgente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente orientada y parcialmente abordable. Aspecto descuidado. Intranquila a lo largo de toda la entrevista, con imposibilidad de mantenerse sentada. Discurso verborreico, acelerado, con tendencia a la tangencialidad, y divagatorio. Labilidad emocional y disforia. Ideas delirantes de carácter autorreferencial con repercusión afectiva y conductual notable. Conductas erráticas hacia terceros, así como heteroagresividad en domicilio. Hiporexia e insomnio. Nula conciencia de enfermedad. Se realiza test de tóxicos en orina, dando positivo a THC. Resto de pruebas complementarias normales.

JUICIO CLÍNICO: Episodios psicótico relacionado con el consumo de cannabis (F.12.5).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Episodio maniforme en posible trastorno bipolar.

PLAN DE CUIDADOS: En tratamiento farmacológico con: Olanzapina 5-5-10 mgr. Clonazepam 0.5 Mgr. 1-1-1 Depakine crono 500 mgr. 0-0-2. Ingresada en unidad de hospitalización durante dos semanas, con evolución favorable y desaparición de sintomatología psicótica y ajuste conductual y emocional, con buen apoyo sociofamiliar e importancia de abstinencia a tóxicos.

CONCLUSIONES: Debido a las características especiales del cuadro (antecedentes previos de salud mental, estresor agudo como es la llegada del primer hijo y consumo de cannabis de forma sostenida,) es complejo el diagnóstico sindrómico de la paciente necesitando ver evolución clínica así como adherencia al tratamiento y seguimiento estrecho por parte de los profesionales. Tener en cuenta que se debe realizar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias cuando los síntomas psicóticos sean excesivos en relación con los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer la atención clínica independiente.

PALABRAS CLAVE: CANNABIS, PSYCHOSIS, SUBSTANCE-INDUCED, DRUG THERAPY.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENFERMERÍA: LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN LA PSICOSIS

SILVIA ROSILLO SAN JUAN, CRISTINA GALERA NAVARRO, MARIAJOSE ORTEGA MARTIN

INTRODUCCIÓN: La presencia de déficits cognitivos en la psicosis especialmente en la esquizofrenia, produce una disminución en la autonomía y en la calidad de vida del paciente. Las fluctuaciones en estas características, con periodos de aislamiento, hospitalización, mejoría, recaídas, deterioro, afectan a la mayoría de las personas que la padecen, produciendo importantes dificultades en el funcionamiento diario (social, cognitivo y afectivo) de aquellos quienes lo padecen.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica sobre los déficits cognitivos en la psicosis.

METODOLOGÍA: La revisión sistemática del tema de investigación se realizó en distintas bases de datos entre las que predominan las digitalizadas (Pudmed, Cuiden, SciELO, Cochrane Plus, ScienceDirect...).

RESULTADOS: La investigación realizada en los últimos años ha mostrado la existencia de una correlación entre los déficits cognitivos y el funcionamiento social en esquizofrenia. Las habilidades sociales puede que se hayan perdido por desuso en el transcurso de la enfermedad o quizás nunca se hayan desarrollado como resultado de un pobre funcionamiento premórbido. Dentro del patrón cognitivo los déficits en la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo han sido ampliamente estudiados, se ha puesto menos atención a la investigación en cognición social.

CONCLUSIÓN: Teniendo en cuenta esta problemática y considerando los déficits cognitivos como el punto de mejora en el funcionamiento diario de estos pacientes, es evidente la necesidad de intervenir desde las unidades comunitarias de Salud Mental creando Programas de Salud Eficaces con el objetivo fundamental de mejorar la autonomía y calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERIA, SALUD MENTAL, PSICOSIS, DEFICITS COGNITIVOS.

DEPRESIÓN INFANTIL: ESTUDIO SOBRE SÍNTOMAS

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA, CRISTINA PÉREZ ANGUITA

INTRODUCCIÓN: La depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo que no era aceptado por la comunidad científica en el pasado. Las causas de la depresión infantil, son multifactoriales. Encontramos las de origen familiar, escolar, social, genéticos, psicológicos, afectivos y culturales. Es decir, todo el contexto donde se produce el proceso evolutivo del niño. Por tal razón, si se encuentran ante la presencia de un niño con depresión habrá que revisar inicialmente el contexto donde se desarrolla el niño.

OBJETIVOS: Analizar la literatura científica actual en relación a la depresión infantil, así como determinar cuál es la forma de presentación más común en la depresión infantil.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la utilización de las siguientes bases de datos: PubMed, Medline y Scielo. La búsqueda se ha limitado al periodo comprendido entre los años 2009 y 2018.

RESULTADOS: Los síntomas de la depresión infantil son muy parecidos a los de la depresión adulta, aunque tienen algunos puntos de divergencia. Los expertos subrayan que los problemas conductuales son los que caracterizan la depresión infantil frente a la adulta. Expertos sobre la sintomatología de la depresión infantil, mencionan los mismos síntomas, y casi todos hacen una atención a que los niños hasta los ocho años son más propensos a padecer depresión y sin embargo, a partir de los doce años es al revés, las chicas son más propensas a padecer este trastorno.

CONCLUSIÓN: La sintomatología general de la depresión infantil es decaimiento, tristeza, agresividad, irritabilidad, alteraciones de conducta, problemas de sueño, cambios en el apetito, rendimiento escolar bajo, socialización disminuida y quejas somáticas. La bibliografía hallada del trastorno de depresión infantil es limitada y no es reciente, se concluye la necesidad urgente de ampliar estudios e investigaciones sobre el tema de interés.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN INFANTIL, NIÑOS, DEPRESIÓN, INFANCIA, SÍNTOMAS.

ESTIGMA HACIA EL PACIENTE DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA

INTRODUCCIÓN: Padecer una patología mental conlleva encontrarse dentro de uno de los grupos más estigmatizados socialmente. La percepción negativa hacia estas personas, lleva a actitudes y comportamientos de estigmatización y discriminación. Los profesionales sanitarios y los futuros enfermeros son actores clave en la reducción de este estigma, fomentando la aceptación, la integración y la igualdad.

OBJETIVOS: Conocer mediante la literatura disponible, las creencias y actitudes hacia las personas con patología mental en los estudiantes de enfermería.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los estudios relacionados con literatura clínica y social examinando el estigma hacia los pacientes que padecen un trastorno mental en estudiantes de enfermería. Se hizo una recolección de los artículos publicados en los últimos nueve años buscando en diferentes bases de datos nacionales e internacionales de las ramas médicas y psicológicas.

RESULTADOS: Según diferentes fuentes consultadas, no existen diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de enfermería, relacionadas con los prejuicios y conductas estigmatizantes en relación con las personas con enfermedades mentales. Por otro lado, los estudios coinciden en que realizar la asignatura de salud mental se relaciona con un mayor conocimiento y actitudes relacionados con el estigma hacia la enfermedad mental.

CONCLUSIÓN: Se concluye que las actitudes de los estudiantes de enfermería varían entre los diferentes cursos académicos, hecho que nos lleva a pensar que la formación en materia de salud mental de los estudiantes es fundamental para rebajar el nivel de estigma hacia la persona con un trastorno mental. Además, los alumnos que llevan a cabo las prácticas asistenciales en centros de salud mental, descienden el nivel de estigma y de prejuicios hacia el colectivo de pacientes de salud mental.

PALABRAS CLAVE: ESTIGMA, ESTIGMA SOCIAL, SALUD MENTAL, ESTUDIANTE ENFERMERIA.

LA INFLUENCIA DEL USO DE INTERNET EN LA ANOREXIA Y EN LA BULIMIA

VERÓNICA MOLINA NAVARRO, CRISTINA PÉREZ ANGUITA, ALEJANDRA MANTECON BUENDIA

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. La anorexia y la bulimia nerviosa, son los TCA más frecuentes. Desde hace unos años, un nuevo factor de riesgo relacionado con el desarrollo y mantenimiento de los TCA ocupa las pantallas virtuales en nuestro día a día.

OBJETIVOS: Conocer los lugares más populares de internet entre las personas afectas por un TCA. Profundizar en las diferentes formas de representación de los TCA en internet.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los estudios relacionados con literatura clínica y social examinando los TCA en Internet. Se hizo una recolección de los artículos publicados en los últimos siete años buscando en diferentes bases de datos nacionales e internacionales de las ramas médicas y psicológicas.

RESULTADOS: Desde hace años, Ana y Mía frecuentan las denominadas redes sociales en internet. Facebook, Twitter e Instagram resultan ser los lugares más frecuentados por estas "princesas", proclamando la satisfacción de una inconsciente muerte en vida. Dejan entrever contenidos muy peligrosos, que van desde compartir "trucos" para ocultar la enfermedad a sus allegados, hasta darse "ánimos" para lograr una pérdida de peso. Además, suelen colgar fotografías mostrando cuerpos con una delgadez extrema y el tono de los comentarios de estas webs suele ser negativo hacia uno mismo.

CONCLUSIÓN: Desde hace años, este fenómeno afecta a enfermos de TCA. Se ha demostrado un empeoramiento de la sintomatología, adquiriendo conductas de mayor riesgo en un periodo menor de tiempo. Además la consulta y seguimiento de estos contenidos, mantiene una resistencia a pedir ayuda profesional o bien, boicotea la buena evolución en caso de estar en tratamiento.

PALABRAS CLAVE: INTERNET, RED SOCIAL, ANOREXIA, BULIMIA.

ESTUDI TRANSVERSAL SOBRE ELS INTENTS AUTOLÍTICS A LLEIDA

AINOA VILCHEZ CABELLO, JANET EVELIN UCULMANA HURTADO, ANNA SERRA BALCELLS, GEMMA MARTIN SENTIS, ROSA MAÑA VILA, ELVIRA SERÓ PIQUÉ, ELISABETH ARQUILLUE ORDOÑO, NOEMI BONILLA SERRANO, MARTA SADURNÍ GRÀCIA, LORENA MARTINEZ MOLINA, MONTSERRAT GRUESO GASSET, MIREIA PASCUAL CASES

INTRODUCCIÓ: Les últimes dades publicades demostren que el suïcidi s'ha convertit en la primera causa de mort, sent el número de temptatives unes 10-20 vegades superior per cada suïcidi consumat. És important reconèixer els factors de risc per tal de monitoritzar el comportament suïcida, identificar els factors de risc específics associats, establir el perfil de risc en la regió i així poder recollir informació per a la creació d'estratègies locals d'intervenció.

OBJETIVOS: Valorar les característiques sociodemogràfiques i clíniques de les temptatives autolítiques ateses al servei d'urgències de salut mental de l'Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida durant l'any 2016.

METODOLOGÍA: Es va realitzar un estudi descriptiu transversal. Es van recollir dades de l'any 2016 de tots els pacients que van acudir a l'HUSM per una temptativa autolítica i que es van quedar ingressats al mateix hospital. Per a l'anàlisi de dades es va utilitzar el programa d'anàlisi estadístic de l'Excel 2010.

RESULTADOS: La mostra total estudiada va ser de 169 individus amb una mitjana d'edat de 45'4 anys. La majoria eren dones, tenien estudis secundaris, eren solteres i es trobaven en situació d'atur. Referent a les característiques clíniques, la majoria tenia un trastorn mental previ, quasi la meitat havia realitzat intents de suïcidi en el passat i el mètode més utilitzat havia estat la intoxicació medicamentosa. En el test de chi-quadrat es van trobar resultats significatius al comparar els intents autolítics amb la edat i el sexe, així com amb el mètode utilitzat.

CONCLUSIÓN: Els intents de suïcidi, especialment en les dones majors de 40 anys que viuen a la comunitat constitueixen un problema freqüent. El sexe i la edat són factors que s'han associat de manera independent en aquests, així com la història d'intents autolítics previs.

PALABRAS CLAVE: SALUT MENTAL, ESTUDI TRANSVERSAL, SUÏCIDI, PREVENCIÓ.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ESQUIZOFRÉNICO

ROBERTO DIAZ AVILES, OLGA BEATRIZ HERRERA ALMAGRO, VERONICA LOMAS CAMARA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales, tales como el pensamiento ,la percepción de las emociones. Los síntomas son englobados dentro de los trastornos psicóticos, el paciente pierde el contacto con la realidad. Las causas son diversas pero una de las mas analizadas y demostradas son las genéticas.

OBJETIVOS: El tratamiento para reducir los síntomas. Evitar ingresos en la unidad de agudos. Reanudar las actividades de la vida diaria (estudios, trabajo, relaciones sociales).

METODOLOGÍA: Relaciones familiares buenas.. Abstinencia de consumo de tóxicos. Tiempo sin tratamiento, la mayor duración de los síntomas antes del tratamiento, es directamente proporcional al mayor tiempo necesario para la remisión y a un grado de remisión mas bajo. Respuesta inicial. La mejora de los síntomas al poco de recibir fármacos antipsicóticos predice significativamente, los resultados del tratamiento a largo plazo.. Terapia de apoyo. La buena conexión con el ESM es esencial para la mejoría, y un tratamiento continuado individualizado, es crucial para la recuperación del paciente. Destreza social. Los síntomas negativos y las malas relaciones interpersonales, se asocian con mayor grado de discapacidad causado por la enfermedad.

RESULTADOS: La adhesión al tratamiento de antipsicóticos se considera la terapia de primera línea para los casos agudo y crónico, sin embargo los estudios que analizan los efectos de la terapia a largo plazo (10 años o mas) muestran resultados heterogéneos.

CONCLUSIÓN: De las terapias lo mas efectivo en la practica es la actuación de ESM, factor familiar, adhesión al tratamiento y la concienciación de tener una enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE: MENTE ESCINDIDA, DELIRIOS, TRATAMIENTO, RECUPERACIÓN.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE CRÍTICO

LIDIA TORRES TITOS, YANDIRA NAVARRO TORTOSA, MARIA DOLORES LAZO CAPARROS

INTRODUCCIÓN: Se puede afirmar que el delirium es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la unidad de cuidados intensivos. Produce alteraciones fisiológicas y psicológicas importantes que influyen en el desenlace del paciente. También ha sido denominado "psicosis de la Uci" "Síndrome confusional agudo". Es un proceso complejo, subdiagnosticado y frecuentemente no tratado con alta morbilidad y mortalidad. Está caracterizado por deterioro global de la función cognitiva, desorientación, deterioro de la memoria, alucinaciones, comportamiento inapropiado. Existe una relación entre distintos factores que se producen en la Uci e inciden en el desarrollo del SCA. La enfermería puede y debe aportar unas intervenciones propias para contribuir a la prevención y tratamiento no farmacológico del SCA, en el paciente crítico en concreto y en otros con factores relacionados como: edad avanzada, depresión, uso prolongado de sedantes.

OBJETIVOS: Establecer las medidas e intervenciones de enfermería para evitar, disminuir y/ o tratar el proceso del síndrome confusional, tomando como referencia instrumentos de valoración y detección del SCA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos revistas científicas en bases de datos: PubMed, Cuiden, Cinahl. Guías y protocolos de la unidad de cuidados críticos posquirúrgicos del Hospital Universitario de La Paz. Periodo: 2015-2018.

RESULTADOS: La enfermería como pilar fundamental en el tratamiento del SCA, para su prevención, detección y evaluación del mismo. Las guías consultadas recomiendan: la monitorización sistemática del delirio mediante herramientas como CAM. ICU o el IC DSC. Promover los ciclos normales de vigilia - sueño, disminuir estímulos agresivos y estresores. Agrupación de actividades. Monitorización neurológica, disminución de la ansiedad, orientación de la realidad.

CONCLUSIÓN: Además del tratamiento farmacológico para el SCA, la bibliografía consultada destaca intervenciones enfermeras tales como reorientación en tiempo, persona y espacio, así como la monitorización neurológica y la adaptación arquitectónica que aporte luz natural, boxes independientes, movilidad precoz y tratamiento del dolor.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, MEDIDAS PREVENTIVAS, PACIENTE CRÍTICO, DELÍRIUM.

INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA EN PERSONAS CON AUTISMO

JAVIER JIMÉNEZ CABALLERO, MARÍA MARTÍNEZ DÍAZ, FRANCISCO ANDRES PASCUA

INTRODUCCIÓN: El trastorno del espectro autista (TEA) tiene unas características definidas entre las que se encuentran el déficit en la comunicación e interacción social, lo cual provoca que la conducta de estas personas sea imitativa con patrones repetitivos y estereotipados que dificultan la interacción con los demás. Los trastornos de la comunicación podrían considerarse la esencia del autismo, pues las alteraciones del lenguaje están presentes en todos los niños que lo padecen. Las consecuencias de esta comunicación inefectiva se traducen en riesgos críticos a nivel de socialización.

OBJETIVOS: Analizar sistemáticamente los efectos positivos de la musicoterapia en la comunicación de personas diagnosticadas de Autismo.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Dialnet, ProQuest, PsicoDoc y Scient Direct, utilizando como descriptores: musicoterapia, autismo, comunicación y la combinación con un rango de tiempo entre 2005 y 2017 en castellano e inglés.

RESULTADOS: Se observó que en tres estudios controlados aleatorios la musicoterapia durante el juego mejoraron sus conductas de atención. Los resultados también apoyaron a la música como herramienta que promocionaba la autoexpresión, la interacción social y la comunicación emocional. En otro estudio se analizó cuál de las dos condiciones mencionadas anteriormente era más eficaz en cuanto a desarrollar la atención y la comunicación emocional. Los niños aumentaban el tiempo de participación en el juego con la musicoterapia.

CONCLUSIÓN: La aplicación de musicoterapia a través de diferentes técnicas puede contribuir a mejorar las habilidades comunicativas personas con autismo, facilitando su interacción y adaptación social. Por tanto, la falta de continuidad de estudios hace preciso plantear investigaciones a largo plazo que valoren los efectos de la terapia musical en periodos amplios de tiempo.

PALABRAS CLAVE: AUTISMO, MUSICOTERAPIA, TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA(TEA), MÚSICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

DAVID TORRES SANTIAGO, MELANIE WHITE RIOS, ESTHER LOPEZ ORTE

INTRODUCCIÓN: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una patología psiquiátrica que se caracteriza por la existencia en las personas de pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez (compulsiones). Afecta al 1,9%-3,5% de la población mundial y es considerada según las OMS la décima enfermedad más incapacitante.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados por parte de enfermería a pacientes con TOC y dar mayor visibilidad a trastornos mentales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la bases de datos Pubmed, con las palabras clave de Nursing; obsessive compulsive disorder, siendo los criterios de inclusión, artículos preferentemente en inglés y estudios realizados en humanos. Tras la búsqueda se han seleccionado 19 artículos de 65 resultados publicados en los últimos 10 años por su relación con el tema en cuestión.

RESULTADOS: En la valoración de enfermería de un paciente con TOC debemos prestar atención a las necesidades básicas alteradas (alimentación, higiene, eliminación, vestirse y reposo-sueño), a las relaciones familiares y sociales, a la evaluación de estrategias por parte del paciente para evitar sus conductas repetitivas y a la identificación de los factores causantes del acto repetitivo. Entre los cuidados de enfermería destacan: estrategias que reduzcan la ansiedad, suplir las necesidades alteradas, crear un entorno seguro que no desencadene sus actos repetitivos, técnicas de modificación de conducta y cumplimentación del tratamiento farmacológico.

CONCLUSIÓN: El TOC requiere de un abordaje multidisciplinar, por lo que la actuación del personal de enfermería constituye uno de los pilares del manejo de esta patología. Debemos centrar nuestros esfuerzos en detectarla en edades tempranas y conseguir que lleven una vida lo más autónoma posible.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, OBSESIVO, COMPULSIVO, TRASTORNO.

IDENTIFICACIÓN DELIRANTE EN EL SÍNDROME DE CAPGRAS

BEATRIZ LÓPEZ PADILLA, ANA BELÉN DE LA TORRE RODRIGUEZ, ANTONIO AMEZCUA CASTELLÓN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Capgras(SC), es un cuadro delirante consistente en la creencia de que una persona cercana para el paciente, ha sido sustituida por un impostor. Debido a su baja incidencia es un síndrome poco conocido.

OBJETIVOS: Se plantea determinar un estudio para aumentar su conocimiento sobre sintomatología.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo simple. Se recogió información mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en las bases de datos Scielo y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron: capgras, síndrome y delirio.

RESULTADOS: Es el más frecuente de los “síndromes de falsa identificación delirante”. Su duración oscila desde trastorno transitorio, intermitente hasta crónico. El SC tiene un marcado componente paranoide. Implica la convicción de que el familiar idéntico al real, es una persona diferente en algo, aunque el ‘impostor’ nunca es confundido con otra persona y el paciente suele adaptarse bien a él, llegando a expresar sentimientos positivos hacia él/ ella. Frecuentemente se restringe a una persona concreta pero puede involucrar a varias, incluso a animales, objetos o lugares significativos para el afectado Suele acompañarse de otros síndromes delirantes. Los pacientes preservan el reconocimiento de caras, pero falla el sentido de familiaridad.

CONCLUSIÓN: El SC requiere presencia de anomalías perceptivas, afectivas, fallos en el razonamiento, en la toma correcta de decisiones y en la evaluación de creencias. El SC implica un proceso complejo que no sólo limitado a un problema de procesamiento facial, sino a una disfunción múltiple basada en procesos cognitivos implicados en la interpretación de percepciones anómalas y en la formación de creencias.

PALABRAS CLAVE: CAPGRAS, SÍNDROME, DELIRIO, PARANOIA.

COMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

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

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por los profesionales de enfermería (TCAE), por lo que es aceptada por el equipo, los familiares y los pacientes. Por lo que sería un dispositivo físico y/o mecánico que limita los movimiento de una parte del cuerpo o su totalidad, para prevenir aquellas actividades físicas que puedan poner en riesgo o peligro de lesión a la persona enferma o a otras personas de su entorno. Es una terapia cuyo fin es favorecer la cura. Se utiliza cuando hay agitación psicomotriz o en la falta de control de impulsos.

OBJETIVOS: Determinar los riesgos de la práctica de la contención mecánica en el ámbito sanitario.

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

RESULTADOS: Las complicaciones potencias de la contención mecánica serían las úlceras por presión, isquemia periférica, compresión nerviosa, luxaciones, fracturas, caídas (más y de mayor gravedad), trombo embolismo, insuficiencia respiratoria, vergüenza, ira, agresividad, impotencia, disminución de la autoestima y depresión.

CONCLUSIÓN: A veces , no reparamos en las posible complicaciones que conlleva la contención mecánica, por eso es esencial conocer las competencias de cada profesional al respecto, identificar los pacientes susceptibles de contención, así como los cuidados de enfermería que requieren, para evitar y prevenir las complicaciones que conlleva su práctica.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN MECÁNICA, COMPLICACIONES, PREVENCIÓN, SUSCEPTIBILIDAD, COMPETENCIAS.

INTENTO AUTOLÍTICO POR INGESTA DE BETABLOQUEANTES Y BENZODIACEPINAS

MARIA GONZALEZ RANDO, ANTONIO SOLDADO GALVEZ, NURIA GILSANZ AGUILERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 85 años. AP:DM tipo II, HTA, dislipemia, Cardiopatía Isquémica, Estenosis Aórtica y carcinoma bassocelular. Avisan por ser encontrado en su casa inconsciente por una vecina, avisa al servicio de urgencias por sospecha de ingesta medicamentosa. Episodio previo tras discusión con su pareja hace una semana. Encontramos blisters y una botella de vino vacíos sobre la mesa, cuantificamos y faltan 56 comprimidos de Bisoprolol 2.5Mg y 50 comprimidos de Lorazepam de 1mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bajo nivel de conciencia, pupilas mióticas reactivas, Glasgow V1,O1,M4 AR: respiración espontánea a 8 rpm. AC: tonos rítmicos apagados a 40lpm. TA y saturación oxígeno indetectables, pulso radial débil y relleno capilar mayor de 2 seg.

JUICIO CLÍNICO: Ingesta de benzodiazepinas y betabloqueantes con intención autolíticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ingesta de benzodiazepinas y betabloqueantes con intención autolíticas. Bradicardia por enfermedad del seno. Accidente cerebrovascular.

PLAN DE CUIDADOS: Se pone Mascarilla de Oxígeno con reservorio. Se canalizar vía intraósea ante la imposibilidad de conseguir una periférica, se le administra Flumacénilo 5ml y 0,5 ml Glucagen comenzando a reaccionar el paciente, recuperando nivel de conciencia,. Se inicia perfusión de Gelespan 40mg/ml 500 ml detectándose TA(110/70) y FC 50lpm. Se pone sonda oral para lavado gástrico y se administra Carbón activado solución 250 ml. A nuestra llegada al Hospital consciente, orientado, TA 132/88, FC 50, sat O2 con gafas nasales 98%.

CONCLUSIONES: En las intoxicaciones por beta-bloqueantes, debemos disminuir absorción del fármaco con lavado gástrico y/o la administración de carbón activado ,mantener la estabilidad hemodinámica que asegure la perfusión visceral. Lo más utilizadas son el glucagón y los agonistas adrenérgicos. No hay estudios controlados en humanos que hayan validado su eficacia, aunque el glucagón se muestra como un antídoto de primera línea en algunos casos publicados y el usado en este caso en concreto.

PALABRAS CLAVE: BETABLOQUEANTES, BENZODIACEPINAS, AUTOLISIS, ANTÍDOTOS.

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

CRISTINA RODRÍGUEZ REYES, MARIA DEL CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ ALCANTARA

INTRODUCCIÓN: El síndrome confusional es una alteración en el nivel de conciencia y atención, acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas que puede acompañarse de cambios emocionales. Todo ello se instaura en un periodo breve de tiempo. Su incidencia y prevalencia aumenta con la edad, siendo muy frecuente a partir de los 75-80 años. La importancia de este cuadro clínico se basa en su considerable morbimortalidad, y por su elevada incidencia dentro de pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS: Identificar los distintos factores de riesgo del síndrome confusional en el anciano hospitalizado.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de Datos: Pubmed, Scopus, Biblioteca Chocrane plus, utilizando como descriptores en ciencias de la salud (DeCS): delirio, factores de riesgo, seguridad del paciente, cuidados de enfermería. Se realizó la búsqueda de los artículos desde el año 2012 en adelante hasta 2017 que pertenecieran a revistas clasificadas según CIRC 2012 en puntuaciones A, B y/o C.

RESULTADOS: Tras analizar y contrastar la bibliografía existente, según los resultados obtenidos se encuentran los siguientes factores de riesgo como el envejecimiento cerebral fisiológico, presencia de patología orgánica cerebral (demencia o deterioro cognitivo, depresión y ansiedad), situación funcional previa (dependencia funcional o síndrome de inmovilidad), cambios neuroquímicos y psicológicos, hospitalización, infecciones, fármacos. Además de las alteraciones metabólicas y desnutrición, insuficiencia de cualquier órgano o sistema, enfermedades neurológicas agudas, enfermedades endocrinas, cirugía previa, intervenciones agresivas y dolor.

CONCLUSIÓN: Enfermería presenta un papel importante en la prevención de este síndrome ya que identificando los factores de riesgo y factores precipitantes se podrían establecer estrategias de prevención. Es importante también estar alerta para identificar el cuadro precozmente e iniciar las medidas necesarias como estrategias de comunicación con el paciente, medidas ambientales, reorientación, favorecer el ciclo sueño-vigilia, control de la ingesta e implicación familiar.

PALABRAS CLAVE: DELIRIO, FACTORES DE RIESGO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LA MUSICOTERAPIA: BENEFICIOS EN LA ESQUIZOFRENIA

GLORIA PICHARDO SOLVES, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico que engloba a personas que padecen una serie de trastornos mentales crónicos y graves. Por otro lado, las terapias complementarias están vinculadas al hecho de promocionar la salud y la calidad de vida de las personas así como la prevención de las enfermedades, y, de entre ellas la musicoterapia posee un carácter transdisciplinario que se nutre de diferentes ramas como la psicología, la medicina o la terapia ocupacional. A pesar de que el tratamiento principal de la enfermedad es el farmacológico, la música es un instrumento que sirve para expresar y comprender emociones por lo que el empleo de esta terapia puede resultar efectivo para conseguir un equilibrio psíquico.

OBJETIVOS: Analizar la bibliográfica sobre la utilidad de la musicoterapia como recurso terapéutico en la esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Para obtener una información relevante sobre el tema, se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos como “PubMed”, el buscador “Google académico” o “CINAHL”. Se utilizaron descriptores DeCS como “Music Therapy”, “Schizophrenia” o “Mental Health”.

RESULTADOS: Se comprobó que las personas que padecen esquizofrenia y están sometidas a tratamiento con musicoterapia sienten una mejoría del bienestar psíquico así como disminución de la ansiedad y del insomnio. Esta terapia es especialmente efectiva en personas que presentan dificultades en la expresión verbal.

CONCLUSIÓN: Podemos afirmar que la musicoterapia es una herramienta útil y al alcance de los profesionales que aporta a las personas que padecen esquizofrenia una serie de beneficios en su calidad de vida diaria, siendo una herramienta útil que produce aumento de la autoestima y reducción de la ansiedad y depresión, mejorando el estado de ánimo general y las relaciones interpersonales. A pesar de ser un área de poca investigación a nivel internacional, en España es un tema que atrae cada vez más a los profesionales.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, ENFERMEDAD MENTAL, ESQUIZOFRENIA, TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA JÓVENES ESQUIZOFRÉNICOS CON INGRESOS PREVIOS EN UHSM DIRIGIDO POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

VICENTE VÁZQUEZ GARCÍA, MARÍA CASAS ALMÉCIJA, JOSE ANTONIO CAMACHO
ALCANTARA

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es tipo de trastorno mental grave que afecta a 21 millones de personas en el mundo, caracterizada por una distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguaje, conciencia de sí mismo y conducta. Está asociada con una discapacidad importante y afecta tanto al desempeño laboral como educativo. Hay gran evidencia científica de los beneficios de las intervenciones en las fases precoces de las psicosis y de que los programas de intervención precoz frente a los métodos tradicionales ofrecen mejores resultados.

OBJETIVOS: Determinar un programa psicoeducativo para jóvenes diagnosticados de esquizofrenia con antecedentes de ingresos previos en unidades de salud mental, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y disminuir recaídas y reingresos.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica para identificar cuáles son los principales problemas observados en la fase precoz de la esquizofrenia y cuáles son las estrategias más eficaces para abordarlos; para posteriormente, diseñar un programa psicoeducativo dirigido por la enfermera especialista de salud mental.

RESULTADOS: Elaboración del programa psicoeducativo dirigido por la enfermera de salud mental. Se estructura en 8 meses, con dos sesiones al mes, donde se abordarán temas en los que se ha observado carencias en este tipo de pacientes, cómo, por ejemplo: control de la medicación, autocuidados, conocimientos sobre la enfermedad, técnicas de relajación, etc.

CONCLUSIÓN: La enfermera especialista en salud mental en el ámbito comunitario es un profesional con capacidad y recursos para poder realizar intervenciones con estos pacientes, buscando la mayor autonomía del usuario y la mejora de su calidad de vida. A través del programa psicoeducativo buscamos que los usuarios tengan una mayor información sobre el trastorno, que repercutirá en una evolución positiva de éste. Está demostrado que programas psicoeducativos incrementan la adherencia al tratamiento, reducen las recaídas y las cargas asistenciales y tienen un impacto positivo en la vida cotidiana.

PALABRAS CLAVE: PSICOEDUCACIÓN, PSIQUIATRÍA, ESQUIZOFRENIA, PSICOSIS INCIPIENTE, ENFERMERÍA.

USO DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES

FERNANDO RODRIGUEZ OTERO, TAMARA DEL PINO MEDINA DORTA

INTRODUCCIÓN: La terapia dialéctica conductual desarrollada inicialmente por M. Linehan ha sido validada en distintos ámbitos más allá de su uso inicial en pacientes con Trastornos de Personalidad Límite.

OBJETIVOS: Conocer el uso de la terapia dialéctica en población adolescente y realizar una revisión de la evidencia científica.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda de artículos publicados en los últimos 5 años sobre la intervención de la Terapia dialéctica Conductual en esta población a la vez que se hace un breve resumen de dicha Terapia.

RESULTADOS: ¿Por qué utilizar la TDC con estos adolescentes? Es más fácil enseñar a un “cachorro” trucos nuevos. Los adolescentes están acostumbrados a aprender. Las habilidades tienen una aplicación práctica. La TDC ayuda a la focalización del tratamiento en el área apropiada partiendo de una jerarquía de objetivos terapéuticos. Aborda síntomas tales como la agresividad impulsiva, el consumo de drogas y las autolesiones. Objetivos del tratamiento •Fase 1: Comportamientos peligrosos para la vida: Objetivo 1: conductas suicidas, autoagresión Objetivo 2: comportamientos que interfieren con el tratamiento Objetivo 3: comportamientos que interfieren en la calidad de vida (tóxicos, sexo no seguro) •Fase 2: Terapia de exposición y procesamiento emocional del pasado •Fase 3: Construir una vida digna a través de incrementar el respeto personal y de crear objetivos vitales individuales. Evidencia. Reducción significativa de las autolesiones y el número de medicaciones psicotropas e incremento significativo del funcionamiento global. Valoración positiva tanto por padres como por adolescentes Reducción del consumo de tóxicos.

CONCLUSIÓN: Los estudios indican que es un modelo de fácil aplicación en población adolescente a lo que se une la existencia de gran número de investigaciones que señalan resultados positivos de la Terapia Dialéctica Conductual en diversas patologías psiquiátricas tanto de niños-adolescentes en entornos sanitarios y no sanitarios.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENCIA, TERAPIA, INTERVENCIÓN, DIALÉCTICA CONDUCTUAL.

PROGRAMA VIVE EL VERANO CON RESPONSABILIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MARTA SOTO DELGADO, ANTIA RODRIGUEZ PEREZ, MARÍA PÉREZ CORDÓN

INTRODUCCIÓN: Sabemos que las elevadas temperaturas alcanzadas durante los meses de verano, así como su exposición solar, pueden provocar importantes problemas de salud como deshidratación, insolación, calambres, golpes de calor... Los usuarios de la Mini residencia pasan gran parte de su tiempo libre en el exterior. Puesto que existe una mayor preocupación por la salud física del paciente con Trastorno Mental Grave (TMG) dada una mayor incidencia de comorbilidad de patologías físicas, unido a la existencia de un déficit de autocuidado, problema frecuente de la evolución residual de este tipo de trastornos. Por este motivo, se consideró oportuno realizar una actividad formativa en relación a este tema.

OBJETIVOS: Analizar la implantación de un programa educativo para dotar de conocimientos mínimos acerca del calor y la exposición solar.

METODOLOGÍA: Se impartieron charlas semanales de 45 minutos de duración durante el mes de mayo y primera quincena de junio, acompañadas de medios audiovisuales. Asistieron los 72 usuarios que residen en la Mini residencia El Pino (planta 8 y 9) de Las Palmas de Gran Canaria.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos determinan una reducción evidente de los problemas derivados de una inadecuada exposición solar y al calor, gracias a los conocimientos adquiridos en las sesiones formativas. Esto se refleja en una menor asistencia médica del centro y menor carga laboral en educación para la salud de forma individual.

CONCLUSIÓN: Se ha podido constatar que resulta beneficioso realizar charlas y/o entrevistas individualizadas de educación para la salud a los residentes institucionalizados, ya que modifican conductas insanas y a su vez pueden mejorar su calidad de vida. Parece que existe una importante relación con el vínculo terapéutico de sus profesionales de referencia que les atienden a diario, en este caso la enfermera especialista en Salud Mental encargada de promover su salud mental y física.

PALABRAS CLAVE: VERANO, TRASTORNO MENTAL GRAVE, EDUCACIÓN, SALUD FÍSICA.

DIFICULTAD PARA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN JOVEN CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

LORENA RAMOS TORNERO, JAVIER CAMACHO MUÑOZ, ELENA RUCIERO BERNAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente, de 35 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, acude con su madre al hospital de día, derivado del HVD donde ha estado ingresado 4 años. El paciente se encuentra receloso, comenta que acude por obligación porque va a entrar a un piso protegido. Refiere estar deprimido, que le molesta la gente de la calle, ya que le miran de forma rara, que solo quiere llevar una vida normal, pero no puede porque está en el Hospital de día, nula conciencia de enfermedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aspecto desaseado, le faltan piezas dentales. Problemas de insomnio. Estado de ánimo irritable en fase maníaca y de aislamiento en fase depresiva. Expectativas de futuro poco claras: quiere vivir solo en un piso.

JUICIO CLÍNICO: Dificultad para mantener un estilo de vida saludable, nula conciencia de enfermedad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica inicial fue: Dificultad para mantener un estilo de vida saludable, debido a la falta conciencia de enfermedad, m/p Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo conductas generadoras de salud, deterioro de los sistemas personales de soporte, aunque no podemos descartar la otra opción contemplada, déficit de autocuidados.

PLAN DE CUIDADOS: El plan de cuidados es el siguiente: Resultados NOC: 1603 Conducta de búsqueda de salud. Obtiene ayuda de un profesional sanitario. 1204 Equilibrio emocional. Muestra interés por lo que le rodea. Intervenciones NIC. 5602 Enseñanza proceso de enfermedad. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. Ayuda al autocuidado: Baño/Higiene. 5400 Potenciación de la autoestima.

CONCLUSIONES: A este paciente le cuesta desarrollar cualquier actividad por muy sencilla que sea, no se encuentra motivado, no tiene conciencia de estar enfermo, y tampoco tiene mucho soporte familiar, por lo que la actuación de enfermería es esencial para que el paciente sea consciente de su enfermedad y así pueda llevar a cabo por sí mismo actividades generadoras de salud.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, DEPRESIÓN, INSOMNIO, AUTOCUIDADO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

INGRID LAURA MOLINA SANCHO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, SARA LIGERO SÁNCHEZ, CLARA MARTIN BARROSO, EDGAR BERNABÉ TORRES, LUCIA ZAPATA SOLER

INTRODUCCIÓN: La terapia electroconvulsiva (TEC) es uno de los tratamientos en psiquiatría de casi 80 años de historia que se considera controvertido pero seguro, vigente, eficaz y longevo. Se han implementado guías estandarizadas de técnicas, legislación y éticas para los servicios donde se realizan los TEC y de los profesionales responsables de la intervención. En Cataluña hay datos de que alrededor de unas 1000 personas al año reciben dicho tratamiento.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica de la TEC.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. Para la recogida de los datos se tomaron las Historias clínicas de los pacientes que se sometieron al procedimiento de la TEC en la unidad del Hospital de Bellvitge durante el año 2017 revisándose los cuidados de enfermería realizados en cada caso individualizado.

RESULTADOS: La TEC es un procedimiento longevo que no ha quedado en un segundo plano, sino que, sigue siendo una de las opciones vigentes más eficaz y segura de hoy en día. Una adecuada formación, conocimiento de la técnica y de sus cuidados, entrenamiento y acreditaciones de los diferentes profesionales sanitarios, en particular, de las enfermeras de salud mental es esencial para ensalzar un tratamiento que aun hoy en día es estigmatizante y estigmatizado, y, garantizar un acceso que para algunos pacientes puede ser vital. En las poblaciones especiales, embarazadas y ancianos, la TEC se puede utilizar y tienen una buena respuesta terapéutica.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería han ido adquiriendo un elevado grado de calidad en el servicio y la enfermera de salud mental tiene un gran papel en el ámbito. Podría ser de gran utilidad poder formar una comisión para detectar posibles mejoras.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, SALUD MENTAL, TERAPIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

INGRID LAURA MOLINA SANCHO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, CLARA MARTIN BARROSO, SARA LIGERO SÁNCHEZ, LUCIA ZAPATA SOLER, EDGAR BERNABÉ TORRES

INTRODUCCIÓN: La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria, en la que la falta de consciencia de la enfermedad hace que muchas veces el ingreso sea involuntario en las unidades de hospitalización. Estos pacientes inicialmente no piden ayuda sino que llegan a la consulta, normalmente del equipo de atención primaria, cuando ya tienen la enfermedad instaurada y cuyas complicaciones podrían llegar a provocar la muerte de la persona que la padece. La mayor parte de los casos se inician entre los 12 y los 18 años. El pronóstico de la curación no suele ser antes de los cuatro años de evolución de la enfermedad y tiene una morbimortalidad importante asociada.

OBJETIVOS: Determinar medidas para conseguir que los pacientes alcancen los objetivos terapéuticos mediante motivación y refuerzos positivos.

METODOLOGÍA: Se selecciona un grupo de 4 pacientes con AN y se trabaja individualmente con cada uno de los casos: -Incumplimiento del tratamiento -Déficit autocuidado: alimentación y se realizan las siguientes intervenciones relacionadas con el diagnóstico y los resultados anteriores: -Escucha activa -Apoyo emocional -Facilitar autoresponsabilidad -Establecer objetivos comunes. Acuerdos con el paciente. Fomentar comunicación. Potenciación autoestima. Enseñanza individual.

RESULTADOS: Durante su estancia se van evaluando los indicadores y así se pueden ver los progresos desde su ingreso. Se observan mejoría en muchos de los indicadores evaluados manifestándose en un elevado grado de satisfacción de sus necesidades básicas alteradas y, en consecuencia, en una mejoría en su enfermedad.

CONCLUSIÓN: Casi todos los pacientes muestran una mejoría durante su estancia respecto a los hábitos y complicaciones de su enfermedad que muestran en el momento del ingreso. -El papel de la enfermería en ámbito salud mental es muy importante para la adquisición de nuevos hábitos o reforzar los hábitos ya adquiridos.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA NERVIOSA, SALUD MENTAL, TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

SARA LIGERO SÁNCHEZ, EDGAR BERNABÉ TORRES, CLARA MARTIN BARROSO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, LUCIA ZAPATA SOLER, INGRID LAURA MOLINA SANCHO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por los profesionales de enfermería. En muchas unidades de Salud Mental o unidades de Psicogeriatría, se realiza de manera rutinaria, siendo aceptada ésta por todo el equipo sanitario y por parte de pacientes y familiares. Por contención física y/o mecánica se entiende la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo o peligro de lesión a la persona enferma o a otras personas de su entorno.

OBJETIVOS: Identificar los casos en los cuales son necesarias las contenciones mecánicas.

METODOLOGÍA: Se ha hecho una búsqueda en diferentes webs dedicadas a la sanidad como “Nuestraenfermería” y “Consaludmental”, y se han escogido las ideas más importantes.

RESULTADOS: Las normas de contención elaboradas por la Joint Comission se aplicarían en la atención médica, postquirúrgica y en situaciones en las que los cambios de comportamiento son causados por la enfermedad o síntomas tales como la confusión y la agitación. En estas situaciones, la contención y las intervenciones de protección pueden ser necesarias. La manera más fácil es determinar cuando no se trata de un trastorno mental: cuando la contención se aplica para apoyar el tratamiento médico, cuando el paciente tiene un comportamiento que puede interferir con el tratamiento o un dispositivo terapéutico (arrancarse una vía intravenosa, un respirador, un apósito...)

CONCLUSIÓN: Siempre y cuando se de uno de los casos anteriormente descritos, las contenciones mecánicas serán aceptadas como un método acertado para el bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIONES, MECÁNICAS, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

SARA LIGERO SÁNCHEZ, EDGAR BERNABÉ TORRES, CLARA MARTIN BARROSO, JOSÉ DE LUCIA PORTAÑA ZAPATA, LUCIA ZAPATA SOLER, INGRID LAURA MOLINA SANCHO

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por los profesionales de enfermería. En muchas unidades de Salud Mental o unidades de Psicogeriatría, se realiza de manera rutinaria, siendo aceptada ésta por todo el equipo sanitario y por parte de pacientes y familiares. Por contención física y/o mecánica se entiende la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo o peligro de lesión a la persona enferma o a otras personas de su entorno.

OBJETIVOS: Conocer de que maneras se puede reducir a un paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA: Se ha buscado información en diferentes páginas web y artículos y se ha seleccionado el material acorde a lo que buscamos.

RESULTADOS: Existen tres tipos de reducción del paciente agitado o que se resiste al traslado: La reducción verbal, la física y la farmacoterápica. En la reducción verbal se intenta llegar al paciente hablando con el de forma tranquila intentando reconducirlo. Cuando se utiliza la reducción física, se puede usar tanto la fuerza del personal como contenciones mecánicas. En la farmacoterapia, se utilizara únicamente medicación para calmar al paciente.

CONCLUSIÓN: Siempre y cuando haya un problema en el traslado o en el día a día de un paciente psiquiátrico, se deben utilizar estas medidas. Escogiendo la indicada en cada caso según el paciente.

PALABRAS CLAVE: REDUCCIÓN, PACIENTE, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL MALTRATO EN EL ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

SUSANA PEREZ SANCHEZ, ISRAEL MARTÍN HERRERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adolescente de 16 años traída a urgencias tras precipitación desde un puente con intención autolítica. Revisando la historia clínica consulta en urgencias en tres ocasiones por autolesiones importantes en los últimos 6 meses. Con diagnóstico de trastorno límite de personalidad es derivada a CSM pero persisten las conductas autolesivas. Presenta gran estado de ansiedad, ambivalente respecto a los sentimientos hacia el cuidador, desesperanza y sin síntomas psicóticos, aunque aparecían fenómenos disociativos con amnesia importante y somáticos. Durante las entrevista el cuidado principal se mostraba receloso a las diversas intervenciones y exploraciones de la menor, acentuando síntomas paranoides en las visitas de los profesionales de psiquiatría.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ante aislamiento social, incluso en el ámbito académico, donde se registraron 2 cambios colegio y fugas continuas del domicilio en el último año se realizó interconsulta a la trabajadora social del hospital que exploró los ámbitos familiares entrevistando a familia más extensa quien corroboró la situación de vulnerabilidad de la menor, con exigencias sobrevaloradas y abuso del menor. Se iniciaron trámites de información a protección del menor, consejería de unidad familiar y fiscalía, así como los familiares acudieron a dar testimonio de la situación.

JUICIO CLÍNICO: Maltrato del adolescente confirmado. DSMV 995.5; F74.32XA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Estados afectivos mayores. Trastornos psicóticos. Trastornos del vínculo.

PLAN DE CUIDADOS: Evolución: Alta hospitalaria con derivación urgente a CSM donde se tramitó el régimen acogimiento familiar urgente y seguimiento en Salud Mental.

CONCLUSIONES: Con este caso clínico queremos ilustrar que el maltrato infantil se encuentra infradiagnosticado, con numerosos obstáculos personales, administrativos y éticos tanto de los profesionales y como por las propias familia para poner en marcha los diferentes protocolos de actuación.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTE, SALUD MENTAL, CONDUCTAS ADOLESCENTE MALTRATADO, MALTRATO INFANTIL.

PACIENTE VARÓN QUE PRESENTA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

MARÍA DE LAS MERCEDES CHECA GÁLVEZ, ANA MARÍA CANO MIRANDA, MANUEL ROMERA VILCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 28 años de edad con aspecto desaliñado y apagado. Acude a urgencias y nos cuenta que un grupo mafioso le persigue y quiere matarlo. No puede explicar el por qué lo habrían de matar pero ha estado escuchando voces de gentes que él sospecha que son narcotraficantes y que discuten sobre la manera de atraparlos y matarlos. Anteriormente había tenido encuentros esporádicos con traficantes porque durante años había consumido cannabis. Hace dos meses perdió su trabajo por haberse comportado agresivamente con sus compañeros que habían interferido en su trabajo y tratado de perjudicarlo. Nos cuenta que desde entonces se encuentra tenso y cansado. Quería que cerraran todas las puertas y ventanas y se negaba a comer porque tenía miedo de que su comida estuviera envenenada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al examinarle se ve reticente y retraído, lúcido y globalmente orientado. No mostraba impedimento en funciones cognitivas. El examen físico incluyendo el neurológico no reveló anomalías y el electrocardiograma también resultó normal. Signos vitales: FC 102lpm, FR 50rpm, TA 140/76, SatO₂ 95%. Se le trata con 6mg de haloperidol/día. Después de 2 semanas los síntomas desaparecen y fue dado de alta. No regresa para su tratamiento de control.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia paranoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El paciente presenta este tipo de trastorno ya que tiene un inicio tardío, predomina la sintomatología positiva.

CONCLUSIONES: Este tipo de esquizofrenia suele ser la más prevalente entre la población. La característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin claras alteraciones en la afectividad, el lenguaje y sin mostrar comportamiento catatónico asociado. Los síntomas asociados son ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, ESQUIZOFRENIA, PARANOIDE, ALUCINACIONES.

TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO EN LA ADOLESCENCIA A PROPÓSITO DE UN CASO

SUSANA PEREZ SANCHEZ, ISRAEL MARTÍN HERRERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer adolescente, 14 años que acude a consulta por alteraciones del comportamiento importantes e hiperactividad. Sin antecedentes personales de interés, refieren padre y un tío rama paterna con trastorno bipolar. Buen rendimiento académico. No consumo de tóxicos actualmente. En el último año aumento de exigencias académicas y se atiende en urgencias en dos ocasiones por síntomas depresivos y autolesiones. No acude a revisiones en centro de salud mental previamente. Padres muy preocupados y sentimientos ambivalentes por la situación de su hija.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración de su psicobiografía y síntomas previos, donde describen dos episodios depresivos graves que solo se atendieron en urgencias con rechazo a acudir a salud mental, así como describen hace 1 año un episodio de cambio de amistades, estudios, consumo de tabaco de unos casi 3 meses de duración. En la actualidad presenta conductas desorganizadas, con ambitendencia, inadecuación afectiva con expansividad, disminución de la necesidad de sueño, taquipsiquia, ideas grandilocuentes sin llegar a delirantes y actitud recelosa respecto a los psiquiatras. Se realizan analítica general con serologías, perfil férrico, hepático-renal, h tiroideas, RMN Cerebral, EEG y ECG con resultados normales. Estudio psicodiagnóstico: MDQ, EVMAC y BRIAN.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno bipolar. DSMV296.0; F31.9. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros estados afectivos mayores. T psicóticos. TDAH. T Orgánico. Consumo de tóxicos.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento gradual con sales de litio (hasta 600mg/día) y aripiprazol (hasta 5mg/día) con buena tolerancia. Tras 1 año de revisiones en CSM continua en la consulta y en psicoterapia con buena adaptación funcional a su vida diaria.

CONCLUSIONES: El trastorno bipolar en edades precoces plantea grandes problemas para su diagnóstico diferencial sobre todo con alteraciones de conducta, TDAH y psicosis. En este caso se pone de manifiesto la importancia de una historia clínica evolutiva completa, abordaje tanto individual como familiar considerando el riesgo suicida del adolescente.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO BIPOLAR, ADOLESCENTE, ALTERACIONES DE CONDUCTA, AUTOLESIONES.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DELIRIO DE COTARD: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA PERALES CALERO, PALOMA ORTEGA JIMÉNEZ, ROSA MARIA ORTEGA MANZANO

INTRODUCCIÓN: El delirio de Cotard se define como un trastorno mental en el que la persona que lo padece piensa que está muerta. Asegura su no existencia. También se conoce como delirio nihilista o de negación. En este trabajo vamos a ver el plan de cuidados de enfermería que establecemos a una persona con este problema que ingresa en una unidad de media estancia.

OBJETIVOS: Analizar el plan de cuidados que se establece a una mujer hospitalizada en una unidad de media estancia de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realiza una valoración exhaustiva completando los 13 dominios. La información se obtiene a través de la revisión de su historia clínica, observación directa de los profesionales y datos proporcionados por la propia paciente y su familia. Con ellos llegamos a diagnósticos enfermeros y establecemos un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

RESULTADOS: Los diagnósticos principales son “deterioro de la regulación del estado de ánimo” y “deterioro de la comunicación verbal”. Las intervenciones van encaminadas a mejorar el nivel de depresión y el autocontrol del pensamiento distorsionado. Las intervenciones que demostraron ser más útiles en este caso son “control del humor” y “manejo de ideas ilusorias”. Con esta paciente tratamos de controlar la ideación delirante que provoca ese estado de ánimo deprimido. Vamos evaluando el nivel de depresión a medida que progresa el tratamiento.

CONCLUSIÓN: Tras 4 meses trabajando estos puntos, la paciente ha mejorado su ideación delirante y su nivel de humor es adecuado. Es importante que el personal de enfermería establezca una relación de confianza y tenga formación en este tipo de trastornos. De esta forma, la asistencia será de mayor calidad obteniendo mejores resultados en nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE: DELIRIO DE COTARD, DELIRIO NIHILISTA, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRESTADOS AL PACIENTE QUE PRESENTA INTOXICACIÓN AGUDA POR BENZODIACEPINAS

ANTONIO GUILLAMÓN GARRE, MARIA INMACULADA SORIANO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 23 años, derivada al servicio de Urgencias del HVC por el SUAP de Yecla. Presenta una intoxicación aguda por benzodiazepinas. La familia refiere que la intoxicación se ha producido hace menos de tres horas. Antecedentes personales: Apendicectomía realizada en 2008. La paciente fue diagnosticada de bulimia a los 18 años. Ha estado ingresada en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Reina Sofía de Murcia, en 2014. No HTA. No DM. Diagnosticada de Trastorno Depresivo. Actualmente en seguimiento por el Servicio de Salud Mental. Alergias: Metamizol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow: 10. En la valoración neurológica se observaron pupilas midriáticas, isocóricas y reactivas. Depresión del SNC. CV: TA: 85-55 mmHg; FC: 99lpm; SAT: 90%. Glucemia: 70 mg/dL Palidez y frialdad cutánea. Alteración de mucosas con presencia de edemas en MMII. Deshidratación. Tóxicos en orina: negativo en alcohol, barbitúricos, opiáceos, etc. Y positivo en benzodiazepinas. Valores normales en bioquímica, hemograma y gases. ECG: ritmo sinusal.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación aguda por benzodiazepinas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se evidencia el diagnóstico de Intoxicación aguda por benzodiazepinas por las pruebas complementarias y la exploración física realizadas a la paciente.

CONCLUSIONES: Se ha incrementado la prevalencia de intoxicación por benzodiazepinas ya sea de manera accidental o como intento de autolisis. A la paciente se le realiza lavado gástrico con carbón activo en el servicio de Urgencias y se le administra antagonistas benzodiazepínicos. (Flumacenoil). Se mantiene el observación para vigilancia de constantes vitales.

PALABRAS CLAVE: BENZODIACEPINAS, BULIMIA, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA.

ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

ROCIO JODAR PRADOS, LAURA CASADO SEOANE, JOSEFA JURADO POZA

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de la personalidad son un conjunto de afecciones mentales donde se presenta un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura.

OBJETIVOS: Describir y estudiar la prevalencia y etiología, así como los patrones que con mayor frecuencia aparecen alterados en la valoración enfermera en este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos, tales como PudMed, Medline Plus y Cuiden, y revistas electrónicas como Metas de enfermería y revista de psiquiatría y salud mental. También se ha recopilado información de libros disponible en el hospital psiquiátrico de Palma.

RESULTADOS: En los últimos años en España hay un aumento de los T. P. La Tasa de Incidencia se sitúa entorno al 0,07% anual. Esta patología afecta entre un 2 y 4% de población, es más frecuente en mujeres que en varones y los primeros síntomas aparecen en la adolescencia entre 14 y 16 años. En la valoración Enfermera para el T. L. P. Los patrones que con más frecuencia van a aparecer de forma disfuncional en este tipo de pacientes son: Patrón Percepción y Manejo de la Salud, Patrón Autopercepción-Autoconcepto, Patrón Rol-Relaciones, Patrón Sexualidad-Reproducción y Patrón de Adaptación-Tolerancia al estrés.

CONCLUSIÓN: El tratamiento del t. L. P es un reto para la asistencia psiquiátrica comunitaria, siendo necesario en la mayoría de los casos, un abordaje integral. La mayoría de personas diagnosticadas no sienten necesidad de tratamiento, y aunque generalmente, el paciente dispone de recursos para ofrecer una buena respuesta, no lo hace debido a que sus patrones son muy rígidos. En este tipo de pacientes es necesario destacar siempre y reiteradamente las consecuencias indeseables en la forma de pensar y de actuar y algunas veces se deben fijar límites.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, SALUD, MENTAL, TRASTORNO, LÍMITE, PERSONALIDAD.

FORMACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO O VIOLENTO

ELENA ROJAS HIDALGO, FRANCISCO CRUZ RIZOS, LOURDES CRUZ CASTRO

INTRODUCCIÓN: En muchas ocasiones los profesionales que nos dedicamos al cuidado de la salud nos encontramos con escenarios y situaciones violentas. Por ello nunca podemos descartar la posibilidad de ser víctimas de algún tipo de agresión física.

OBJETIVOS: Determinar las medidas para el manejo del paciente agitado por parte del auxiliar de enfermería.

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

RESULTADOS: El número de profesionales sanitarios que son víctimas de agresiones cada vez es mayor, entre ellos están desde médicos, enfermeros, auxiliares. Mientras más directamente es tu trabajo con el paciente y su entorno, más probabilidad de sufrir la agresión. El auxiliar de enfermería junto con enfermería, en un ámbito hospitalario, son los profesionales con más riesgo, están en contacto constante con los pacientes y familiares, son la cara más visible del hospital. Por lo que el personal que trabaja en la zona de urgencias, es más hábil y con más recursos personales, que el personal de planta, por eso se fomentará la formación en ese personal. Se han elaborado un protocolo de actuación para situaciones frecuentes en las zonas más conflictivas.

CONCLUSIÓN: Tener a los profesionales dotados de medios para hacer frente a estas situaciones conflictivas, para que cuando surja, sean capaces de hacer frente y no termine en agresión, es fundamental, para un trabajo con garantías.

PALABRAS CLAVE: CONFLICTO, AGRESIÓN, SIMULACRO, RIESGO.

PACIENTE QUE PRESENTA TRASTORNO DE PERSONALIDAD

LAURA BAUTISTA GONZÁLEZ, NOELIA HUERTAS SÁNCHEZ, MAGDALENA TIRADO TROYANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años que acude al servicio de urgencias, por cuadro ansioso – depresivo con ideas delirantes. La paciente refiere llevar dos o tres días con ansiedad, la pasada noche experimentó un aumento y comenzó a delirar, refiere ver ratas que se le subían a la cama. Sigue bien el tratamiento, y acude al equipo de salud mental. Comenta que también ha comenzado con ideas autolíticas. Reconoce no tener factores estresantes para esto, ya que se siente apoyada por su madre. Sus antecedentes personales son: Paciente sin alergias conocidas a fármacos, VIH+ y Síndrome depresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a urgencias, se realiza valoración psicopatológica. La paciente se encuentra hipotímica, presenta irritabilidad, ansiedad intensa, alucinaciones visuales de ratas, produciéndole esto último gran angustia e insomnio. Falta de apetito, dificultad para hacer sus tareas. Verbaliza ideación autolítica. Consciente y orientada, colaboradora. Tensión arterial 120/66 y FC 106.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de ansiedad. Según exploración psicopatológica, la paciente presenta ideas delirantes y autolíticas, por lo que estamos ante un Trastorno de personalidad.

PLAN DE CUIDADOS: - Derivación a planta de hospitalización de Salud Mental. - Tratamiento ansiolítico durante su estancia en urgencias. - Valoración y ajuste de tratamiento por su psiquiatra.

CONCLUSIONES: El Trastorno de personalidad se puede definir como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Estos pacientes diagnosticados de Trastorno de personalidad pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos, como es el caso de nuestra paciente. Se aconseja volver a ser evaluada por su psiquiatra, para ajuste de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO, DELIRIO, ALUCINACIÓN, ANSIEDAD.

USO DE ANTIPSICOTICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

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

INTRODUCCIÓN: El embarazo es un período clave en las enfermedades mentales debido a que supone un estresor importante y en consecuencia existe un mayor riesgo de descompensación de la enfermedad.

OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es analizar cuál es el tratamiento antipsicótico indicado en el embarazo en mujeres con trastorno mental grave, con el que se reduzcan las recaídas y en la mayor medida posible las repercusiones negativas en el desarrollo del embarazo, el feto o el neonato.

METODOLOGÍA: Este estudio es una revisión teórica que incluye artículos y revisiones sistemáticas publicados entre 2013 y 2018 e indexados en bases de datos como Pubmed, el buscador de Google Académico, Biblioteca Cochrane, Cuiden, Lilacs, Dialnet.

RESULTADOS: Tras la revisión de la literatura se destaca: La importancia de informar a la mujer y a la familia, se explicarán los riesgos y beneficios de continuar con el tratamiento o suspenderlo. Se evitarán aquellos antipsicóticos que aumenten la prolactina, ya que puede interferir con procesos fisiológicos del embarazo. La quetiapina y la olanzapina serían los antipsicóticos más seguros durante el embarazo. Mujeres en las que existe planificación del embarazo: evitar el tratamiento antipsicótico entre la cuarta y la décima semana (período de mayor riesgo teratogénico). Mujeres con embarazo no planificado: es muy probable que sean captadas cuando haya pasado este período teratogénico, por lo que no se suspenderá el tratamiento antipsicótico.

CONCLUSIÓN: Actualmente no existe evidencia suficiente que verifique la inocuidad de los fármacos antipsicóticos en el desarrollo del embarazo, feto o neonato. La continuación o supresión del tratamiento antipsicótico en la gestante debe establecerse de manera individualizada, utilizando la dosis mínima efectiva, sin que exista una supresión brusca del tratamiento y con una monitorización del fármaco más exhaustiva.

PALABRAS CLAVE: NEUROLEPTICOS, ANTIPSICOTICOS, EMBARAZO, TRASTORNOS MENTALES.

PATOLOGÍA DUAL EN LA ADOLESCENCIA

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 12 años de edad derivado a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) por problemas de conducta y consumo de sustancias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sin alteraciones en el embarazo, el parto ni en hitos del psicodesarrollo. De siempre niño movido, con dificultades de relación con los de su edad. Bajo rendimiento escolar. Antecedentes de adicción a sustancias en familiares de primer y segundo grado por línea paterna. Primer contacto con el equipo de salud mental a los 6 años, por problemas de conducta reactivos a conflictiva en entorno familiar resueltas con intervención psicoterapéutica tras la separación de sus padres. Consumo de alcohol y de tabaco y cannabis desde los 11 años. Se solicitan test neuropsicológicos en donde destaca claramente un déficit atencional con componente de impulsividad.

JUICIO CLÍNICO: El diagnóstico principal fue trastorno negativista desafiante (TND), advirtiéndose elementos de comportamiento disocial y dificultades en el control de impulsos. Se cumplían criterios diagnósticos de abuso de alcohol y dependencia de tabaco y cannabis. Tras recibir los resultados del estudio neuropsicológico se añade además el diagnóstico de TDAH comórbido. **PLAN DE CUIDADOS:** Se mantiene el abordaje psicoterapéutico individual, y se intensifica la intervención con familiares, en las que se progresa en la optimización de las relaciones afectivas, la comunicación y la resolución de conflictos. Se instaura tratamiento farmacológico con risperidona hasta 2mg al día, y metilfenidato hasta 36mg al día con buena respuesta hasta los 6 meses, en el contexto de exacerbación de sintomatología subdepresiva con persistencia del consumo de cannabis, se suspende metilfenidato, se incrementa risperidona hasta 3 mg y se inicia bupropion hasta 300 mg/día, con evidente mejoría clínica.

CONCLUSIONES: Resulta complicado identificar a los pacientes con abuso de sustancias que también padecen TDAH, por que a menudo se asocian a otros trastornos psiquiátricos que se solapan con muchos de los síntomas del TDAH.

PALABRAS CLAVE: ALCOHOL, CANNABIS, ADOLESCENCIA, TDAH, PATOLOGÍA DUAL.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

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

INTRODUCCIÓN: Una de las situaciones más estresantes tanto para el paciente como para los profesionales de salud mental es la urgencia psiquiátrica. Conlleva normalmente escasa colaboración por parte del paciente, introduciendo el complejo tema de la involuntariedad, con todos sus condicionantes legales. Un aspecto legal importante en la práctica enfermera es la obligación de adoptar medidas preventivas y terapéuticas adecuadas cuando el cuadro clínico que sufre el paciente lo requiere, prestando especial atención a garantizar la protección del mismo o del entorno.

OBJETIVOS: Determinar el plan de cuidados de enfermería en el paciente en unidad psiquiátrica.

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

RESULTADOS: Orientar a los profesionales de enfermería en el cuidado de estos pacientes para mejorar la calidad asistencial. Elaborar recomendaciones básicas y pautas de actuación mediante un plan de cuidados de enfermería para la prevención de responsabilidades profesionales, minimizar los problemas secundarios tanto en aspectos éticos como legales. El profesional de enfermería debe intervenir de forma planificada y científica, trabajar mediante objetivos para resolver esta situación de forma segura. Se hace posible a través de la metodología enfermera NANDA (diagnósticos enfermeros) relacionados con el paciente psiquiátrico como sería el riesgo de violencia autodirigida relacionado con el estado mental o emocional alterado, riesgo de lesión relacionado con alteración del estado mental y sujeción física y riesgo de violencia dirigida a otros relacionado con alteraciones de procesos mentales y emocionales.

CONCLUSIÓN: Es fundamental una formación adecuada y un plan de actuación establecido para el manejo y prevenir o minimizar peligros. La metodología enfermera es el vehículo para alcanzarlo. Mediante el reciclaje permanente, uso de protocolos y planes de cuidados estándar evitamos responsabilidades profesionales ya que los profesionales de enfermería cada vez más asumimos nuevos papeles y aceptamos responsabilidades mayores, teniendo que promover el respeto a la dignidad, los derechos y los valores de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN, RIESGO, SEGURIDAD, CUIDADOS.

PÉRDIDA DE HABILIDADES ADQUIRIDAS A RAÍZ DE UN BROTE PSICÓTICO

FRANCISCA CARTAS MORENO, MERCEDES VALVERDE BAREA, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 51 años. Divorciado. Padre de un hijo con el cual no tiene contacto a raíz de primera descompensación psiquiátrica, coincidiendo con el fallecimiento de un hermano. Convive con su madre. Como antecedentes familiares consta con madre y hermana con trastorno bipolar. Diagnosticado de trastorno bipolar desde hace 13 años. Sólo consta un ingreso previo en Unidad de Agudos. Niega consumo de tóxicos. Como antecedentes personales cuenta con ACV hace 10 años. Presenta afasia que ha ido mejorando a raíz de acudir a logopeda. Acude a consulta tras una segunda descompensación que precisó de ingreso hospitalario involuntario. Se introdujo antipsicótico y se aumentó el eutimizante. En la exploración post alta no se evidencia sintomatología sugerente de descompensación. La única demanda es la pérdida de habilidades de comunicación tras el ingreso. Se realiza disminución y cambio de antipsicótico posteriormente para mejorar rendimiento cognitivo pero no presenta mejoría aparente. Se recomienda pues acudir a logopeda nuevamente para mejorar las habilidades perdidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó nuevo TAC craneal donde no se evidencian cambios con respecto al último.

CONCLUSIONES: Hay estudios que evidencian una pérdida de funcionalidad tras cada descompensación psiquiátrica. Esto es notable en gente sin daño cerebral adquirido, pero es más llamativo en pacientes que han presentado alteraciones orgánicas cerebrales previas. Una vez conseguida la optimización de tratamiento se debe derivar a especialista correspondiente para neuroestimulación y consecución de una mejor funcionalidad. **JUICIO CLÍNICO:** Se trata de una pérdida de funcionalidad por descompensación de un paciente bipolar sin alteraciones estructurales cerebrales posteriores a la descompensación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe diferenciar de un nuevo ACV hemorrágico.

PALABRAS CLAVE: BROTE, PSICOSIS, AFASIA, CARDIOVASCULAR, PSIQUIATRÍA.

AGITACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y TIPOS DE CONTENCIÓN

ISABEL GUZMAN DOMINGUEZ, JUAN ALEJANDRO MORENO NUÑEZ, ADRIAN NUÑEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz en un paciente hospitalizado es una de las situaciones más estresantes con las que se puede encontrar el personal. Esta puede surgir fuera de las unidades especializadas pues hay causas orgánicas que pueden ocasionar estos estados de alteración. Por lo que el conocimiento de estas causas pueden prevenir o minimizar futuras complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar las bases de actuación para el abordaje del paciente en estado de agitación.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y The Cochranre Library Plus, sin restricción de fecha, idiomas español e inglés.

RESULTADOS: Encontramos dos métodos de contención verbal y mecánica que se utilizan a un paciente agitado. La verbal es la primera actuación para controlar el estado agitación del paciente. Debemos escuchar dejando que exprese su enfado sin intentar calmarle. Mantener actitud firme manteniendo el contacto visual el contacto visual. El volumen de la voz debe ser bajo y calmado. Contención mecánica: se aplica cuando el resto de las medidas no han dado resultado, utilizando correas de sujeción homologadas.

CONCLUSIÓN: Todos los profesionales de enfermería deben conocer los diferentes métodos de actuación del paciente en estado de agitación ,debemos humanizar y mejorar la asistencia al paciente agitado minimizando los riesgos mejorando así la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN, CONTENCIÓN MECÁNICA, HOSPITALIZACIÓN, ACTUACIÓN.

ALTERACIÓN DE CONDUCTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años que se encuentra ingresada en la unidad de traumatología tras ser sometida a una intervención de prótesis de rodilla hace 48 horas. Durante su segundo día de hospitalización durante la madrugada se avisa de urgencia al psiquiatra de guardia ante un importante cuadro de agitación psicomotriz, la paciente se arranca las vías y se muestra completamente desorientada, el personal de enfermería refiere un cuadro parecido la noche anterior pero de menor intensidad la noche previa que pueden reconducir verbalmente. En la entrevista clínica que se realiza, se evidencia una importante desorientación temporo-espacial, agitación psicomotriz y alucinaciones visuales, el hijo presente durante la valoración niega antecedentes psiquiátricos de su madre y refiere que ha pasado el día tranquila y coherente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física y psicopatológica mediante entrevista al paciente y familiares acompañantes. Analítica de sangre y orina urgente con resultado de proceso infeccioso.

JUICIO CLÍNICO: Delirium o síndrome confusional agudo (SCA). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencia. Episodio psicótico. Trastorno de pánico.

CONCLUSIONES: El SCA es un síndrome de causa orgánica frecuente en la población anciana que se encuentra hospitalizada, y que incrementa notablemente la morbi-mortalidad en estos pacientes. Se caracterizan por una alteración del nivel de conciencia y de diversas funciones cognitivas que se instaura de forma aguda y que puede fluctuar a lo largo del día, mostrando habitualmente un empeoramiento por las noches. Entre las causas más frecuentes hay que señalar los procesos infecciosos, el alcoholismo o la privación de determinados tratamientos como pueden ser las Benzodiacepinas. El tratamiento debe ser rápido, tratando la causa siempre que sea posible y la sintomatología del cuadro en sí.

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, DELIRIUM, PSICOSIS, ALTERACIÓN DE CONDUCTA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ABORDAJE FAMILIAR

CRISTINA CANO LÉRIDA, GUILLERMO CASIN GALVAN, MARIA DOLORES SÁNCHEZ TORRICO

INTRODUCCIÓN: En numerosos estudios se ha constatado la importancia que tiene la familia en los procesos de rehabilitación en Salud Mental. Es de vital importancia disponer de programas dedicados a la familia, que proporcionen un buen entendimiento de la enfermedad y manejo de situaciones. Estos programas, mejoran la calidad de vida del usuario y de los familiares. Los objetivos son dos; por un lado presentar a la familia como una unidad de tratamiento cuando se aborde un Trastorno Mental Grave (TMG). Por otro, la idoneidad de las Comunidades terapéuticas, dentro del sistema sanitario, para el trabajo con la familia; para restablecer los sistemas familiares en su estructura, regulación y comunicación.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones en comunidad terapéutica.

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

RESULTADOS: Se utiliza el CFI para determinar el nivel de emoción expresada de la familia.. Educación familiar (sin paciente): Sesiones estructuradas de información acerca de las causas, síntomas, curso, tratamiento y manejo de la enfermedad mental. Mejorando la comunicación (con paciente). Comunicación no alterada, en la que todas los miembros deben tener la misma oportunidad para hablar. Resolución de problemas: Ayudar a la familia a focalizar los problemas y esclarecer los distintos puntos de vista. Expandiendo las redes sociales: A medida que la enfermedad progresa la red social familiar se reduce. Se puede invitar a distintos grupos familiar para que enfrenten los problemas similares.. Graduando las expectativas: Los síntomas negativos necesitan más tiempo para mejorar. Planteamientos realistas. El proceso de pertenencia familiar es determinante para que el individuo TMG realice una evolución en su estructura personal, para ayudarle a conseguir un grado de individuación y autonomía, asumir responsabilidades, mejorar la autoestima, la comunicación y la integración con otras personas.

CONCLUSIÓN: La intervención familiar es uno de los factores que más contribuye al éxito en los procesos terapéuticos.

PALABRAS CLAVE: FAMILIA, REHABILITACIÓN, SALUD MENTAL, ENFERMERÍA, COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

AGITACIÓN PSICOMOTORA: CONTENCIÓN MECÁNICA U OBSERVACIONES UNO-UNO

CRISTINA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, PATRICIA RUIZ GALLARDO, CARMEN VANESA ROMERO FONTALBA

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotora es un síntoma con el que cursan muchas patologías mentales, pudiendo comprometer la seguridad del paciente y, en muchas ocasiones, la de las personas que le rodean. A lo largo de la historia se ha recurrido a la sujeción mecánica para abordar y tratar a estos pacientes.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de las observaciones uno-uno en un paciente con agitación psicomotora frente a la clásica sujeción mecánica, en cuanto a la seguridad y mejoría del paciente.

METODOLOGÍA: Llevamos a cabo un estudio descriptivo de series de casos. Tomamos como muestra a los pacientes que desde enero de 2014 hasta marzo de 2015 han recibido observaciones 1:1, siendo un total de 19. El 1:1 es una observación directa del paciente por parte de enfermería, manteniéndolo siempre dentro de nuestro campo visual e incluso acompañándolo 24 horas al día, consiguiendo controlar y ayudar al paciente a lo largo de los días en los que presenta inquietud.

RESULTADOS: Esta observación 1:1 en espacios abiertos como es el de nuestro centro, junto con el tratamiento farmacológico adecuado y el trascurso de los días ha dado claros resultados de mejoría en estos pacientes. Tan sólo fue precisa la sujeción mecánica en 3 de estos 19 pacientes, de forma puntual, tras presentar un episodio de agresividad, que no respondía a la contención verbal del personal de enfermería.

CONCLUSIÓN: Algunos de estos pacientes, habían sido ingresados con anterioridad en otras unidades hospitalarias, donde se les aplicó la contención mecánica nada más agitarse, obteniendo así peores resultados (aumento de la agitación, agresión verbal y física), comprometiendo, por tanto, la seguridad de sí mismos. En nuestra clínica y con observaciones 1:1 en estos mismos pacientes, no ha sido precisa la aplicación de la sujeción mecánica, respondiendo bien al tratamiento farmacológico y mostrando una mejoría significativa a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: AGITACIÓN PSICOMOTORA, OBSERVACIÓN, CONTENCIÓN MECÁNICA, CONTENCIÓN FÍSICA, INQUIETUD.

ADAPTACIÓN SOCIAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los adolescentes hiperactivos tienen dificultades para iniciar y/o mantener interacciones sociales satisfactorias con sus iguales. Así mismo, les cuesta explicar qué les ocurre y encontrar alternativas para mejorar sus estrategias de comunicación e interacción.

OBJETIVOS: Identificar niveles de adaptación/inadaptación social en un grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (déficit de atención con/sin hiperactividad), de cara a su inclusión en un programa de entrenamiento en habilidades sociales.

METODOLOGÍA: 10 Adolescentes con diagnóstico previo de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad, de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Al inicio se evaluó adaptación social con el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI. Al finalizar, se completó una escala de satisfacción y grado de utilidad del programa. Tras cumplimentar el cuestionario de adaptación y obtener el perfil gráfico de las puntuaciones, se analizaron niveles de inadaptación personal y social con los chicos en grupo. Las conclusiones obtenidas sirvieron para determinar necesidades de mejora, que se abordaron en un programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para tal fin.

RESULTADOS: El análisis de resultados en grupo permitió una toma de conciencia de la importancia del papel de cada uno y una mayor predisposición a colaborar con los demás. El diseño del programa de entrenamiento facilitó la relación entre iguales y con los adultos que participaron en la experiencia. El entrenamiento en habilidades sociales permitió abordar situaciones reales planteadas por los chicos, lo cual hizo más fácil su manejo.

CONCLUSIÓN: Los adolescentes valoran muy positivamente la utilidad de la experiencia y refieren un alto nivel de satisfacción y una mejora en relación a la valoración personal en cuanto a competencias adquiridas.

PALABRAS CLAVE: TDAH, ADAPTACION, ADOLESCENTE, SOCIAL.

CONSTRUYENDO VÍNCULOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA

JOSÉ MARÍA GAVILÁN MARTÍNEZ, JESUS FRANCISCO INFANTES HILARIO, MARIA DEL CARMEN HURTADO MONTERO

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación del trastorno mental severo (TMS) supone un importante reto para todos los profesionales implicados en los cuidados del paciente psiquiátrico.

OBJETIVOS: Analizar los conceptos de aislamiento y de paranoia y mostrar herramientas útiles para la reestructuración del psiquismo que posibilite la construcción del vínculo social y familiar.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo con 17 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide con buen control sintomático con tratamiento farmacológico que presentan incapacidad severa para la convivencia familiar por razón de violencia o de impulsividad sexual no controlada.

RESULTADOS: En el 88% de los pacientes se logró una adecuada vinculación del paciente con su entorno, manifestada como una mayor productividad social y un mejor rendimiento afectivo en el núcleo familiar. La búsqueda de un lugar adecuado, lejos del entorno clínico tradicional potencia, a través de la construcción de un territorio común del “gran otro” con el “sí mismo”, la apertura sensorial al límite fruto de la realidad.

CONCLUSIÓN: El abordaje de los trastornos mentales desde un punto de vista influyente permite la confirmación de la disfunción de la convivencia y corrobora la importancia de los estímulos sensoriales por medio de la expresión artística. La identificación de competencias terapéuticas y humanas en los grupos de rehabilitación resulta crucial para permitir el acceso cultural, social y productivo de las personas con TMS y sus cuidadores.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, TRASTORNO MENTAL GRAVE, ENFERMERÍA, VÍNCULOS.

DISEÑO DE COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS TERAPIA OCUPACIONAL Y ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

ESTHER VILLANUEVA CALVERO, LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO

INTRODUCCIÓN: La “Guía de práctica Clínica, publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social para el manejo de pacientes con Trastornos del espectro Autista en Atención Primaria” , nos hace tomar conciencia de la necesidad de mejorar la atención entre los diversos dispositivos, estableciendo coordinación entre servicios especializados.

OBJETIVOS: Analizar el uso de la terapia ocupacional y enfermería para el manejo de niños con trastornos del espectro autista.

METODOLOGÍA: Se presenta una propuesta de evaluación de Terapia Ocupacional y Enfermería en los Dispositivos de Atención Primaria y Atención Comunitaria basado en un análisis de las actividades presentadas por el PASMIA en su última actualización.

RESULTADOS: El objetivo de Terapia Ocupacional será favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas, al fomentarla capacidad para participar en ocupaciones importantes y significativas. Los medios utilizados para ello tienen una doble vertiente: La habilitación de las personas para realizar aquellas tareas y actividades que optimizarán su capacidad para participar. La modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Los objetivos de Enfermería estarán relacionados con: Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales. Actitud de progreso y desarrollo profesional. Compromiso con la docencia. Compromiso con la investigación.

CONCLUSIÓN: Las disciplina sociosanitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa, utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

PALABRAS CLAVE: FAMILIAS, AUTISMO, TERAPIAS, COMPETENCIAS.

CASO CLÍNICO: COLITIS ULCEROSA EN ADOLESCENTE Y DEPRESIÓN MAYOR PERSISTENTE

ISRAEL MARTÍN HERRERO, SUSANA PEREZ SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adolescente mujer de 15 años que se deriva a psiquiatría como interconsulta desde el servicio de cirugía donde se encuentra hospitalizada tras intervención quirúrgica de resección total de colón. Ingresada durante 15 días consulta por insomnio de 3 días y agitación. AP: Diagnosticada de colitis ulcerosa hace 3 años con evolución tórpida y refractaria a tratamiento, 3 intervenciones previas con malas experiencias hospitalarias. No antecedentes familiares de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración facies triste, incontinencia emocional, episodios de irritabilidad y hostilidad con sus allegados. Animo bajo con sentimientos de vacío, desesperanza e ideas de muerte recurrentes. Abulia, apatía, anergia. Aislamiento social de meses de evolución abandonando incluso los estudios y amistades. Discurso con ideas sobrevaloradas de minusvalía, ser una carga para su familia. Baja autoestima. Hiporexia. Miedo a la ingesta. Pérdida de peso > 20% en los últimos 4 meses. Relata que el ánimo bajo apareció desde que comenzaron las intervenciones y “su vida cambió”, pero que han empeorado en los últimos 3 meses. Los padres confirman su estado permanente de inactividad, llanto frecuente y los síntomas anteriores, se muestran desesperados y algo reticentes a la intervención de salud mental. Se pautó tratamiento con Venlafaxina retard hasta 150 mg/día y Flurazepam/noche que toleró adecuadamente. Se regularizó el sueño y la ansiedad.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno depresivo mayor. DSMV 296.22.5; F32.1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Organicidad. Trastorno bipolar. Fenómenos disociativos. Psicosis. Efectos de tóxicos o medicamentos.

PLAN DE CUIDADOS: Alta hospitalaria con derivación preferente a centro de Salud Mental para seguimiento psiquiátrico y psicológico. A los 3 meses el ánimo había mejorado y se sentía vinculada a sus terapeutas. A los seis desapareció la clínica depresiva y comenzó a trabajarse la adaptación socioacadémica.

CONCLUSIONES: La colitis ulcerosa en población joven requiere de un abordaje multidisciplinar y asistencia integral para el diagnóstico precoz de patología mental así como contribuir al acompañamiento y adaptación sociofamiliar.

PALABRAS CLAVE: COLITIS ULCEROSA, ADOLESCENTE, TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, ENFERMEDAD CRÓNICA.

EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA SENIL DE TIPO ALZHEIMER

OLGA RUIZ MOLINA, EVA TERESA CATALAN LINARES, SALVADOR MONTALBÁN LÓPEZ -
CÓZAR

INTRODUCCIÓN: La demencia senil de tipo alzheimer (DSTA) , es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Es la forma mas común de demencia en las personas mayores, ya que el aumento de la esperanza de vida ayuda a la prevalencia de esta enfermedad. El alzheimer provoca una gran dificultad para la realización de las actividades diarias provocando dependencia y pérdida de autonomía.

OBJETIVOS: Para determinar si el paciente tiene la demencia tipo alzheimer los médicos deberán realizar varias pruebas para evaluar el deterioro de la memoria y otras habilidades del razonamiento, determinar capacidades funcionales e identificar los cambios en la conducta. También se llevan a cabo otro tipo de pruebas para evaluar si existen otras posibles causas de deterioro.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda de información en bases de datos y diversas revistas.

RESULTADOS: No existe ningún examen que determine exactamente si una persona padece la demencia de tipo alzheimer, por eso el diagnostico de esta enfermedad requiere una evaluación medica cuidadosa, ya que no es un diagnostico específico. El diagnostico incluye: -Obtener un historial médico completo -Una evaluación del estado mental -Un examen neurológico y físico -Pruebas (como análisis de sangre e imágenes del cerebro) para descartar otras causas de síntomas similares a la demencia.

CONCLUSIÓN: Es importante realizar un diagnostico del alzheimer rápido para tratarlo cuanto antes e intentar frenar sus síntomas.

PALABRAS CLAVE: ALZHEIMER, DEMENCIA, DIAGNOSTICO, PSIQUIATRÍA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MUJER CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

SILVIA CRESPO FERNÁNDEZ, LAURA CASTILLO MANTECON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años de edad con diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde hace 10 años y consumo de tóxicos desde los 16 años. Acude al servicio de urgencias muy angustiada refiriendo que oye a un brujo decir que ha matado a su madre y tiene fotos de ella misma desnuda. Solicita ayuda ya que el brujo no le deja en paz en ningún momento del día. Antecedentes personales de bronquitis en la infancia. Ningún familiar presenta problemas psiquiátricos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras tranquilizarle se le ingresa en la planta de agudos para estabilización de la crisis aguda. Una vez estabilizada se decidió traslado al centro público de rehabilitación psiquiátrica de referencia de media estancia. Una vez allí se le realiza una valoración siguiendo los once patrones funcionales de Marjory Gordon.

JUICIO CLÍNICO: Se revelan alteraciones en el patrón de percepción de la salud (nº1) por el consumo de varios tóxicos, el patrón de sueño-descanso (nº5) ya que manifiesta dormir poco y despertarse entre horas y en el patrón rol-relaciones (nº8) porque la madre después de tanto tiempo está harta y comenta que si vuelve a consumir o a dejar la medicación no se hará más carga de ella. **PLAN DE CUIDADOS:** Basándonos en la taxonomía NANDA, NOC, NIC se establece un plan de cuidados individualizado. DxE gestión ineficaz de la propia salud; NOC conducta de cumplimiento; NIC facilitar la autorresponsabilidad. DxE afrontamiento familiar comprometido; NOC resistencia del papel del cuidador y NOC participación de la familia en la asistencia sanitaria; NIC fomentar la implicación familiar. Los problemas de colaboración son la esquizofrenia paranoide y el consumo de tóxicos.

CONCLUSIONES: Establecer un plan de cuidados en este tipo de pacientes es muy importante para seguir un plan de acción y lograr la mayor mejoría posible ya que estos pacientes tratan no seguir los tratamientos.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ENFERMERÍA, PROCESO DE ENFERMERÍA, PATRONES FUNCIONALES.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO, MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: El caso que abordamos es un menor de 5 años que acude derivado a la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil tras presentar alteraciones conductuales que se asemejan a las del trastorno del espectro del autista pero con mayor impulsividad y dificultades cognitivas importantes. Realizamos una evaluación neuropsicológica y realizamos una revisión de la historia clínica del menor a través de entrevistas con la madre. Se observa que desde la etapa neonatal y primera infancia el menor presentaba estas alteraciones, y sin realizar estudio genético perinatal ni postnatal, y fue diagnosticado de trastorno del espectro autista sin especificación. Sin embargo, las características fenotípicas, la presencia de alteraciones conductuales inespecíficas y las dificultades cognitivas podrían orientarnos a sospechar que padecía Síndrome X Frágil.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó estudio genético donde se identificó la mutación en el gen FMR-1, llegando al diagnóstico de Sd. X Frágil. En el estudio por neuroimagen se observan alteraciones significativas: la disminución del vermis cerebeloso y el aumento del núcleo caudado, tálamo e hipocampo.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome X Frágil. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome X Frágil.

PLAN DE CUIDADOS: Realizar abordaje multidisciplinar entre pediatría, psiquiatría y psicopedagogía.

CONCLUSIONES: El síndrome de X-frágil cursa en la primera infancia o en etapas tempranas con un mayor número de conductas autísticas como pueden ser, la dificultad de interacción social y la falta de interés por el entorno e intereses restringidos y estereotipias como la fascinación por ciertos movimientos (ver rodar cosas), conductas de balanceo. Estas estaban presentes en los menores evaluados. El diagnóstico de X-frágil debe hacerse en la primera infancia debido a la necesidad de intervenir sobre los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales, que se afirman a partir de la adolescencia. La actuación de equipo multidisciplinar y una calidad y cooperación en el abordaje educativo puede condicionar la persistencia de los mismos y repercutir en la funcionalidad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: AUTISMO, INFANTIL, GENÉTICA, PSIQUIATRÍA, SÍNDROME X FRÁGIL.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD ALMERÍA

VANESA RUIZ CATALICIO, ESTEFANIA MUÑOZ ALONSO, MERCEDES GARCIA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Hoy día hay una alarma social respecto a los trastornos de conducta alimentaria (anorexia o la bulimia), ocasionando un gasto sanitario elevado.

OBJETIVOS: Conocer la información que tienen los adolescentes de la ZBS de Almería de los trastornos de conducta alimentaria y si necesitan información o aclaraciones por el personal sanitario.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio descriptivo durante el primer trimestre del curso académico 2017-2018 a estudiantes de entre 13 y 18 años de edad, de institutos pertenecientes a la ZBS Almería. Se ha obtenido el consentimiento verbal para realizar la encuesta fundamentada en los trastornos de la conducta alimentaria y con esto examinar los conocimientos que tienen

RESULTADOS: Muestra de 185 adolescentes. La edad media de 15 años. El 56,75% fueron varones. El 43,24 mujeres %. El 59,45 conocen el proceso de la conducta alimentaria. De la pregunta ¿Conoces el trastorno de la conducta alimentaria?, un 33,51% piensa que es una cuestión aislada y que la población que la sufre es escasa, un 66,48% creen que es de gran envergadura a nivel social. “¿Creéis que os beneficia recibir información de los trastornos por parte del personal sanitario? El 78,37% opina que están en una edad crucial para recibir dicha información.

CONCLUSIÓN: Tras los resultados obtenidos, hemos propuesto realizar un programa para facilitar los conocimientos a la población juvenil de la ZBS Almería para que puedan afrontar los posibles problemas posteriores ya que no poseen los conocimientos adecuados de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que esta problema va en aumento en España.

PALABRAS CLAVE: ANOREXIA, BULIMIA, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, EDUCACIÓN SANITARIA.

MANEJO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

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

INTRODUCCIÓN: El tratamiento farmacológico del TDAH se inició hace más de 70 años en Estados Unidos. A día de hoy no existe un fármaco curativo, pero se dispone de tratamientos farmacológicos que han demostrado ser muy seguros y eficaces en el control de los síntomas nucleares.

OBJETIVOS: Conocer las características principales así como el uso de farmacológico una vez realizado el diagnóstico clínico.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y búsqueda bibliográfica, así como el análisis y estudio de la documentación existente relacionada al manejo del TDAH en España.

RESULTADOS: El manejo del TDAH se realiza de forma multidisciplinar, incluyendo el tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico. En España se encuentran dos grupos/familias de fármacos, los estimulantes y no estimulantes. En los casos asociados a depresión, ansiedad, problemas de aprendizaje, consumo de sustancias u otra comorbilidad se deben realizar ajustes en el tratamiento. Fármacos estimulantes: Son eficaces en la hiperactividad, en la mejora de los aspectos cognitivos implicados en el TDAH, déficit de atención, y en la impulsividad. Metilfenidato: En España existen varias presentaciones distintas: Rubifen®, Medicebran®, Concerta®, Medikinet® y Equasym®. Lisdexanfetamina: Elvanse®. Fármacos no estimulantes: Atomoxetina: Strattera®-. Recomendado en caso de comorbilidad del TDAH con Tr ansiedad, tics, insomnio o consumo de sustancias. Además de mejoría en los síntomas nucleares del TDAH, varios estudios han evidenciado mejoría en el funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Guanfacina retard: Intuniv®. Además de ser eficaz en el control de los síntomas nucleares, actúa sobre la impulsividad con problemas de conducta y los tics.

CONCLUSIÓN: Según los diferentes autores, hay diferentes opiniones sobre qué fármaco se debe utilizar como 1ª elección, la mayoría de las Guías de Práctica Clínica recomiendan iniciar con los fármacos estimulantes como tratamiento de primera línea. Se recomienda empezar por dosis muy bajas e ir titulando según respuesta, edad y efectos secundarios.

PALABRAS CLAVE: TDAH, PSIQUIATRÍA, PAIDOPSIQUIATRÍA, ESPAÑA, TRATAMIENTO, PSICOFÁRMACOS.

INTERVENCIONES EN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

MONTSERRAT CASTILLO GÁMEZ, MERCEDES VALVERDE BAREA, FRANCISCA CARTAS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Objetivos El objetivo del siguiente caso es destacar la importancia del desescalado verbal en la agitación psicomotriz y destacar la importancia de la actuación del personal en el momento de urgencia. Descripción del caso Paciente varón de 23 años que se encuentra hospitalizado en la unidad de agudos de salud mental tras presentar episodio psicótico por tóxicos, consumo de cannabis. Tras 2 días de hospitalización el paciente presenta episodio de agitación psicomotriz en contexto de abstinencia a tóxicos. El paciente comienza demandar consumir tabaco o “pastillas para el mono”. El personal de enfermería interviene proporcionando tratamiento farmacológico oral, en éste caso lorazepam 2mg. Tras su administración no es efectivo y comienza nuevamente con inquietud psicomotriz, presentando actitud querulante, vociferante, llegando a insultar al personal. En ese momento el auxiliar de enfermería referente comienza la técnica de desescalado que es continuada por el facultativo referente. Presentando mejoría del episodio de agitación y resolviéndose sin precisar nueva dosis de tratamiento farmacológico ni llegar a precisar técnicas más coercitivas como la contención mecánica. Este paciente en anteriores agitaciones en el servicio de urgencias no se había realizado esta técnica y la escalada de agitación había llegado a la agresividad e intentos de agresiones que precisaron contención mecánica.

CONCLUSIONES: La técnica de desescalado en la agitación psicomotriz es una técnica eficaz en el tratamiento que puede ser desempeñada por cualquier profesional de salud mental. La intervención precoz por los auxiliares referentes en episodios de inquietud y agitación psicomotriz en los pacientes hospitalizados previenen el escalado de la agitación y la utilización de medidas coercitivas.

PALABRAS CLAVE: AUXILIAR DE ENFERMERIA, CUIDADOS, SALUD MENTAL, FUNCIONALIDAD.

SUJECCION MECANICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

LAURA BERRUEZO BUENDIA, FRANCISCO JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA, CAROLINA INES ALONSO RODRIGUEZ, MARIA DOLORES RUBIO ALCARAZ

INTRODUCCIÓN: En las situaciones de urgencias para garantizar su seguridad podemos aplicar dos tipos de actuación que comenzara con una verbal , seguido de una farmacológica y por último la contención física si es necesario. El primer eslabón es mediante el dialogo con el paciente, debemos disminuir su agresividad y así lograr crear un pacto con él. Para actuar es necesario estar acompañado, tener información de su historial, no efectuar gestos amenazantes, nunca mirar de manera directa, nuestro tono de voz suave, actitud de dialogo y es fundamental que el profesional sanitario se asegure de tener una vía de escape en caso de necesidad. La utilización de la contención farmacológica es el segundo eslabón.

OBJETIVOS: Analizar e identificar el protocolo de sujeción mecánica para la seguridad del paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA: Se realizo una búsqueda bibliográfica sistemática.

RESULTADOS: Para poder responder en una actuación de urgencias es necesario desarrollar un plan terapéutico de actuación de un equipo interdisciplinar para poder ofrecer una calidad asistencial, favoreciendo mejor adherencia al tratamiento y evitar las intervenciones de urgencias psiquiátricas. La utilización de sujeción mecánica revelan aspectos legales que dicen que: Toda privacidad de libertad debe de estar sometida a la tutela judicial, toda inmovilización de un paciente debe de ponerse en conocimiento del juez, en los casos de urgencias la Ley permite ejecutar la acción dando en un plazo de 24 horas. La utilización de protocolos de sujeción mecánica en caso de urgencias psiquiátricas debe tener una línea de actuación para que podamos decidir la utilización de la contención por la seguridad física tanto del paciente como del resto de los presentes.

CONCLUSIÓN: Deberían de existir guías de acción en momentos de proceder a una contención de los pacientes para avalar su seguridad. Los profesionales de enfermería debemos de adquirir habilidades y destrezas para interpretar lo que un paciente nos quiere.

PALABRAS CLAVE: SUJECCIÓN MECANICA, PACIENTE PSIQUIATRICOS, SEGURIDAD, PROTOCOLOS DE SUJECCIÓN.

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

ALBERTO MORENO BERMEJO, LILIANA LOZANO HERRERO, JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN

INTRODUCCIÓN: La unidad de psiquiatría es una especialidad de medicina que trata sobre las enfermedades mentales y de la conducta.

OBJETIVOS: Identificamos las funciones que realiza el celador en la Unidad de Psiquiatría.

METODOLOGÍA: La información ha sido extraída de Google Académico.

RESULTADOS: Vigilar la puerta de acceso a la Unidad y controla las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas, cuidando que no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosas o no autorizadas. Cuidar del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas levantándolas por la mañana y bajándolas por la noche. Controlarla estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes evitando toda aquella acción que perjudique al propio enfermo. Colabora con el resto del personal sanitario para mantener el orden y la compostura. Vigila el orden y la armonía entre los pacientes. Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen. Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan. Recogen medicación y otros productos de la Farmacia, reponiendo la farmacia pesada. Traslada los aparatos o mobiliario que se requiera. Tramita las comunicaciones verbales, documentos, o correspondencia confiados por sus superiores. Acompaña a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario. Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del centro que sea necesario. Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen en recintos acotados. Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamientos. Ayudar al personal sanitario a sujetar a pacientes que se le aplica sujeción mecánica.

CONCLUSIÓN: El apoyar al paciente y de transmitirle tu seguridad hace que se sienta más seguro y más tranquilo.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, CELADOR, FUNCIONES, PACIENTES.

ACTITUDES Y HABILIDADES DE LA ENFERMERA TERAPEUTA EN INTERVENCIÓN NIC RELAJACIÓN SIMPLE

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA BAUMELA

INTRODUCCIÓN: La INTERVENCIÓN NIC: 6040 Terapia de relajación simple; cuya definición es el uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad. Estas técnicas o métodos son en su mayoría métodos físicos: respiración y relajación progresiva o métodos mentales: entrenamiento autógeno, imaginería temática y meditación.

OBJETIVOS: Describir las actitudes y habilidades que debe de tener la enfermera terapeuta que comience un programa de relajación, para así asegurar el éxito de este.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: La enfermera que se dedica a realizar estas técnicas se convierte en enfermera TERAPEUTA, esta al iniciar un programa de relajación debe iniciarlo con una explicación apropiada sobre la técnica que se va a utilizar, informando sobre los pasos, la duración de las sesiones y la base en la que se fundamenta. Deberá saber infundir confianza sobre si misma como terapeuta y en la técnica Actuará respondiendo a las demandas individuales, siendo flexible en la comunicación dando ánimos, utilizando frases reforzadoras durante el entrenamiento, para dar ánimo al paciente. Infundirá la necesidad dela práctica en casa. , Para que la técnica se incorpore a las estructuras cognitivas de la persona, explicando que la relajación se aprende de forma progresiva como cualquier habilidad, el éxito está en función de la constancia y del tiempo que se dedique tanto cuantitativa como cualitativamente. Generará expectativas de mejoría. Las instrucciones deben darse con voz pausada, baja y monótona, con el fin de no distraer al paciente.

CONCLUSIÓN: El éxito de la intervención NIC, irá muy ligado a la actitud y habilidad de la enfermera terapeuta que la desarrolla.

PALABRAS CLAVE: ACTITUD, HABILIDADES, NIC, RELAJACIÓN SIMPLE.

PERCEPCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ACERCA DE LA RELACIÓN DE SU ESTANCIA EN LA RESIDENCIA Y LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: El Cuestionario de Actitudes del Usuario (C. A. U.) Es para valorar las opiniones de los usuarios y usuarias sobre distintos aspectos de los dispositivos residenciales y compararlos con los espacios de residencia previa. El cuestionario se realizó a 27 usuarios de un servicio residencial de la red de salud mental de Gran Canaria entre el 21 de Julio y el 18 de agosto de 2014. Se presentan los resultados de los ítems 16 y 22.

OBJETIVOS: Valorar las opiniones de los usuarios y usuarias sobre el dispositivo residencial de la red de salud mental donde viven.

METODOLOGÍA: El cuestionario se realiza a 27 usuarios diagnosticados de trastorno mental grave residentes del mismo servicio residencial. Se realizó según las instrucciones.

RESULTADOS: Un 70,37% son varones y un 29,63% mujeres. La estancia media es de 50,26 meses. A la pregunta: ¿Desde que vive aquí ha notado algún cambio respecto a su enfermedad? Ningún cambio: 14,81%. Cambio a peor: 11,11%. Cambio a mejor 74,07%. A la pregunta. Teniendo en cuenta tanto lo bueno como lo malo, ¿le gusta vivir aquí? Respuesta no clasificable: 7,41%. No: 25,93%. Si: 66,67%

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que más de la mitad de los usuarios que viven en la residencia vivían previamente en su domicilio, que un 74% de los pacientes entrevistados perciben que su enfermedad ha ido mejor desde que reside en este recurso cosa que es coherente con que un 66,67% de los pacientes refieren que les gusta vivir en la residencia actual. Creemos que el ambiente estructurado de una residencia es muy beneficioso para pacientes con trastorno mental grave, ya que crea un ambiente previsible y rutinario que disminuye el estrés, asegura la adherencia terapéutica y mejora los cuidados, siendo esto percibido por los propios pacientes.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, CUESTIONARIO, SATISFACCIÓN, DISPOSITIVO RESIDENCIAL.

INTERVENCIÓN EN PACIENTE INMIGRANTE CON TRASTORNO ADAPTATIVO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

LUIS MANUEL MARTINEZ MORENO, ESTHER VILLANUEVA CALVERO, MARÍA JOSEFA CALZADO LUENGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón, de 36 años de edad, origen subsahariano. Refugiado en España. Diagnosticado hace 1 año de Trastorno Adaptativo, ha precisado de seguimiento en USMC. Presenta dificultad en seguimiento de plan terapéutico. Dificultad para la integración. Vínculo adecuado con USMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta afecto decaído, con respuestas breves. Higiene y acicalamiento adecuado, alimentación adecuada. La ONG que le asiste tiene un monitor de apoyo y le proporciona bonos para menús y transporte, ropa y algo de dinero. Dificultad en el seguimiento del régimen terapéutico indicado, debido a no tener una figura de apoyo de referencia continuada. No realiza actividades ocupacionales o de ocio durante el día, aunque desde la ONG se le ha ofrecido en varias ocasiones. Se procede a realizar un Plan de Cuidados y aumentar frecuencia de seguimiento con enfermería.

JUICIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO MÉDICO: Trastorno Adaptativo Se realiza plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA – NOC - NIC (Diagnóstico – Resultados - Intervenciones) **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y RESULTADOS:** 00069. Afrontamiento ineficaz. 1305. Modificación psicosocial: cambio de vida. 00097. Déficit de actividades recreativas. 1604. Participación en actividades de ocio. 00078. Gestión ineficaz de la salud. 1601. Conducta de cumplimiento. **PLAN DE CUIDADOS: RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA** 1305. Modificación psicosocial: cambio de vida. 5100. Potenciación de la socialización. 4410. Establecimiento de objetivos comunes 4500. Prevención del consumo de sustancias nocivas. 5430. Grupo de apoyo. 5400. Potenciación de la autoestima. 1604. Participación en actividades de ocio. 4310. Terapia de actividad. 5360. Terapia de entretenimiento. 4363. Modificación de conducta: habilidades sociales. 1601. Conducta de cumplimiento. 5616. Enseñanza medicamentos prescritos. 7400. Orientación en el sistema sanitario. 4480. Facilitar la autorresponsabilidad. **CONCLUSIONES:** La evolución del paciente desde la implantación del plan de cuidados a la actualidad ha sido muy positiva, el establecimiento de objetivos comunes ha favorecido la motivación del paciente y la consecución de resultados.

PALABRAS CLAVE: UNIDAD SALUD MENTAL COMUNITARIA, INMIGRANTE, TRASTORNO ADAPTATIVO, SALUD MENTAL.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN VERBAL ANTE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ MODERADA

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA BAUMELA

INTRODUCCIÓN: Se entiende por agitación psicomotriz como un síndrome caracterizado por fuerte tensión, con hiperactividad motora, inquietud, gesticulación y deambulación, sin un objetivo estable. La intensidad es variable, pudiendo llegar a extremos de violencia con peligro de agresión hacia el paciente (autoagresividad) o su entorno (heteroagresividad).

OBJETIVOS: Determinar las precauciones que se deben tener en cuenta en la contención verbal en un paciente agitado para minimizar riesgos para el personal sanitario y el paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos científicas.

RESULTADOS: Por lo que nunca se debe hacer en una contención verbal de un paciente psiquiátrico agitado para evitar entrar en escala y que no aumente la agresividad del episodio aumentando el riesgo de lesiones y estrés como no dejar que hable, no mostrar actitud de escucha activa. Ridiculizar al paciente por sus actos debidos a su agitación. Criticar o juzgar sus malos actos en momento de crisis, elevar la voz para intentar imponerte. Continuar la negociación viendo que nos rechaza, o que no quiere hablar con nosotros. Ofrecer medicación “para que estés más tranquilo” este comentario suele aumentar su ira es mejor ofrecer medicación e incumplir promesas hechas durante la negociación.

CONCLUSIÓN: La contención verbal es la primera opción para evitar que el paciente aumente en escala su agresividad, es una herramienta muy útil para los pacientes que han perdido el control de manera moderada, siempre que se haga siguiendo las pautas de manera correcta y atendiendo sobre todo a lo que no hay que hacer para evitar exponerse a mayor peligro el personal sanitario y el paciente.

PALABRAS CLAVE: PRECAUCIONES, AGITACIÓN, CONTENCIÓN VERBAL, MODERADA.

ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE SALUD MENTAL Y FIBROMIALGIA

ASCENSIÓN GIMÉNEZ ORTIZ, JOSÉ MARÍA ESPINOSA JURADO, CATALINA MARTINEZ BLAZQUEZ, MARIA MARIN CONESA, JACINTO OLMO MARTINEZ, EVA MARIA MUÑOZ CAMPANO, MARIA JOSE MAYOR SERRANO, MARIA JOSEFA ROCA MEROÑO, MARIA JOSE AGUILAR ROBLES, CARMEN BRUNO VELASCO, BEGOÑA MAESTRE MARTINEZ, ANGEL FRANCISCO SANCHEZ EGEA, JOSE MARIANO JIMENEZ ORTIZ, FRANCISCA GARCIA GARCIA

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por un dolor muscular crónico, acompañado de sensación de fatiga y otros síntomas, que se da sobre todo en el sexo femenino afectando en su mayoría a mujeres con edades comprendidas entre 20 – 50 años. Se caracteriza por una hipersensibilidad y por dolor musculoesquelético generalizado. Es una enfermedad que se manifiesta por una gran diversidad de signos y síntomas como son: sueño no reparador, fatiga persistente, rigidez generalizada, colon irritable y síntomas ansioso-depresivos.

OBJETIVOS: Analizar y describir la asociación existente entre la fibromialgia y la salud mental.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos como son: CUIDEN, SciELO, MedLine y PubMed. Hemos revisado 3 revistas científicas y 16 artículos relacionados con el tema, siendo 6 los mejores por la calidad de sus contenidos.

RESULTADOS: Existe una relación entre la depresión y la fibromialgia, siendo un factor influyente el carácter del individuo y las dimensiones del temperamento. La prevalencia en España es: Un 2% en población mayor de 20 años y entre el 13 - 20% son pacientes reumatológicos. Según los estudios analizados, los resultados que se obtienen son que el 6% de los pacientes presenta remisión y el 22% presenta mejoría importante.

CONCLUSIÓN: Se puede afirmar que los pacientes con fibromialgia están asociados con gran prevalencia a trastornos mentales, siendo los resultados los siguientes: Un 10-12% distimia, un 25% ansiedad, un 11-13% fobia simple y un 28-32% presenta depresión en el transcurso de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, DEPRESIÓN, TRANSTORNOS, PREVALENCIA.

OBJETIVOS EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TAMARA MARTÍN MARTÍN, GEMMA LATORRE IBAÑEZ, ANTONIO MEGIA BAUMELA

INTRODUCCIÓN: Definiendo los trastornos de la conducta alimentaria TCA como: trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control del peso. Los más conocidos son anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pero también existen otros, como el trastorno por atracón, la ortorexia (la obsesión por la comida sana) y la vigorexia (la obsesión por el ejercicio físico).

OBJETIVOS: Mostrar a enfermería la línea de trabajo hacia donde debe ir encaminado el plan de cuidados de un paciente con TCA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Las intervenciones en pacientes con TCA deben dirigirse a un abanico amplio de objetivos debido a la amplitud de factores que contribuyen en la aparición y mantenimiento de mismo. Objetivos físicos: normalización del peso y recuperación de las complicaciones físicas. Conductuales: normalización de la conducta de ingesta, supresión de actos purgativos, normalización de la práctica de actividad física y control de actos impulsivos. Cognitivos: Modificar pensamientos disfuncionales en relación al cuerpo ya la valoración estética del mismo, incrementar autoestima, corrección de las alteraciones perceptivas. Emocionales: eliminación de la ansiedad en relación con la alimentación y la imagen corporal, control de otros trastornos psicológicos asociados. Familiares: Resolución de conflictos familiares, incremento de la independencia al entorno familiar y logro de un apoyo familiar adecuado. Sociales: Mejora de habilidades sociales, aumento de la asertividad y superación del aislamiento social.

CONCLUSIÓN: Debido a la naturaleza multideterminada de los TCA es necesariamente crear un plan de cuidados que abarque los factores que han propiciado la aparición y el mantenimiento de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: OBJETIVOS, TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA, TCA, ENFERMERÍA.

ADMINISTRACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA CONDUCTA EN UN RECURSO DE MINI-RESIDENCIA DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE GRAN CANARIA

VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA

INTRODUCCIÓN: El Social Behaviour Schedule (SBS) es un instrumento de evaluación de problemas de conducta en pacientes psiquiátricos institucionalizados. Cuenta con 21 ítems, que cubren áreas de comportamiento en relación a los problemas considerados por los investigadores como los más frecuentes en pacientes psiquiátricos crónicos, y que interfieren en su funcionamiento diario y su vida socio-familiar. Estos ítems evalúan, mediante una escala tipo Likert, la capacidad del paciente para relacionarse con los demás, la adecuación de su comportamiento social y su adaptación a las exigencias del medio en el que viven. La información se refiere a la conducta del paciente durante el último mes a partir de la información obtenida en una entrevista semiestructurada con un informador clave.

OBJETIVOS: Evaluar las conductas problemáticas específicas y observables de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) de una Mini-residencia perteneciente a la red de Salud Mental de Gran Canaria.

METODOLOGÍA: Se administró el Inventario de Conducta Social (Social Behaviour Schedule) a 30 personas con TMG de entre 27 y 65 años, usuarios de la Mini-residencia.

RESULTADOS: Un 73% de los pacientes de la Mini-residencia presentaron problemas de conducta de intensidad moderada mientras que un 60% presentaron problemas de conducta graves.

CONCLUSIÓN: Los problemas más frecuentemente detectados fueron “otras conductas que impiden progresar al paciente como consumo de tabaco y otros tóxicos, sobreingesta alimentaria y dificultad en la relaciones familiares; seguidos por conductas como “reír o hablar a solas” y ”alteraciones en el autocuidado”. También con mucha frecuencia se observan “relación social inapropiada”.

PALABRAS CLAVE: PROBLEMA DE CONDUCTA, SOCIAL BEHAVIOUR SCHEDULE, MINIRESIDENCIA, SALUD MENTAL.

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN DISPOSITIVO RESIDENCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL USUARIO

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: El Cuestionario de Actitudes del Usuario (C. A. U.) Es para valorar las opiniones de los usuarios sobre distintos aspectos de los dispositivos residenciales. Se entrevistó a 27 usuarios de un servicio residencial de la red de salud mental de Gran Canaria en 2016. Se presentarán los resultados de los ítems: 8, 9, 16 y 22.

OBJETIVOS: Valorar las opiniones de los usuarios y usuarias sobre el dispositivo residencial de la red de salud mental donde viven.

METODOLOGÍA: El cuestionario se realiza a 27 usuarios diagnosticados de trastorno mental grave residentes del mismo servicio residencial. Se realizó según las instrucciones.

RESULTADOS: ¿Le gustaría que este fuese su hogar permanente? Respuesta no clasificable 7,41%. No: 48,15% Si:44,44% Si no es así, ¿Dónde te gustaría vivir? Solo: 11,11% Con mi familia de origen: 22,22%. Con mi familia/pareja propia:7,41%. En otro recurso alojativo (piso, pensión)14,81% No aplicable: 44,44% ¿Desde que vive aquí ha notado algún cambio en relación con su enfermedad? No clasificable: 3,70% Ningún cambio: 11,11%. Cambio a peor: 14,81%. Cambio a mejor: 70,37% Como conclusión general ¿le gusta vivir aquí? No clasificable: 7,41% No: 14,81%. Si: 77,78%.

CONCLUSIÓN: Un 70,37% de la muestra percibe que su enfermedad ha ido mejor, un 77,78% refieren que les gusta vivir en la residencia actual, aunque tan solo un 44,44% les gustaría como hogar permanente. Destacar, que de los pacientes que no quieren que la residencia sea su hogar permanente, solo un 26,66% refiere querer otro recurso residencial de la red. Esto nos lleva a pensar que aunque su enfermedad haya tenido mejor evolución, una residencia no puede cubrir el vínculo de la familia de origen, además hay que tener en cuenta los inconvenientes de residir con otras 29 personas, en comparación al número de personas que habitualmente residen en un núcleo familiar.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, RECURSO ALOJATIVO, CUESTIONARIO, SATISFACCIÓN.

SEGUIMIENTO DE CUESTIONARIO DE ACTITUDES DEL USUARIO EN PACIENTES DE UN SERVICIO RESIDENCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL DE GRAN CANARIA.

SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA, MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: El Cuestionario de Actitudes del Usuario (CAU) Es para valorar las opiniones de los usuarios sobre distintos aspectos de los dispositivos residenciales. Se realizó en dos ocasiones a 27 usuarios de un servicio residencial de la red de salud mental de Gran Canaria con 18 meses de diferencia de medía. Se presentan los resultados del ítem 22.

OBJETIVOS: Valorar la variación con el tiempo de las opiniones de los usuarios sobre el dispositivo residencial de la red de salud mental donde viven.

METODOLOGÍA: El cuestionario se realiza en dos ocasiones a 27 usuarios diagnosticados de trastorno mental grave del mismo servicio residencial. Fue realizado en ambas ocasiones tal y como se indica en las instrucciones.

RESULTADOS: Un 70,37% son varones y un 29,63% mujeres. La estancia media la primera vez que se realizó fue de 50,26 meses y la segunda vez de 68,15 meses. La primera vez: ¿Le gusta vivir aquí? No clasificable: 7,41%. No: 25,93%. Si: 66,67%. La segunda vez: No clasificable: 7,41%. No:14,81%. Si:77,78%.

CONCLUSIÓN: Tras realizar el cuestionario por segunda vez, el porcentaje de usuarios que refiere gustarle la residencia como lugar para vivir aumenta en un 11,11%, siendo este un porcentaje bajo hay que contar con que partíamos de un porcentaje previo de satisfacción de más del 60% de los pacientes, y que tras un año y medio posiblemente no han habido cambios significativos en el dispositivo que pudieran marcar una gran diferencia. Consideramos que sería interesante volver a realizar este cuestionario pasado un tiempo mayor.

PALABRAS CLAVE: SALUD MENTAL, SATISFACCIÓN, CUESTIONARIO, RECURSO ALOJATIVO.

APLICACIÓN DE ECONOMÍA DE FICHAS EN UN CASO DE SALUD MENTAL

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La economía de fichas es una técnica de terapia conductual, en el que el cambio deseado se consigue mediante la administración de fichas para el refuerzo de comportamientos predefinidos de acuerdo con un programa.

OBJETIVOS: Analizar las consecuencias de la aplicación de economía de fichas en un caso de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio a través de la aplicación de un programa de economía de fichas para una usuaria en una miniresidencia de salud mental. Presentamos el programa elaborado al equipo multiprofesional y a la paciente. Las conductas que queríamos potenciar sumaban puntos y las que deseábamos eliminar o reducir restaban. Se repartieron fichas al personal y éste realizaba la entrega ante conductas positivas. Las fichas las colocaba la paciente en una cartulina diseñada para ello, contabilizando un punto por cada ficha. Cuando presentaba conductas negativas se retiraban los puntos designados. Al alcanzar diez puntos se le invitaba a un café y cuando conseguía tres invitaciones, es decir treinta puntos, obtenía el reforzador que ella misma había elegido.

RESULTADOS: Fueron necesarios seis meses (junio-noviembre) de intervención. Se observa un aumento progresivo por mes en la obtención de puntos por buen comportamiento, variando la obtención de puntos en el resto de conductas positivas. En julio dejó de acudir a piscina por lo que no se puede realizar seguimiento. Sobre las conductas a eliminar cabe destacar que a excepción de los insultos todas desaparecen. El programa se disuelve porque la usuaria deja de solicitar las fichas y presenta un comportamiento adecuado.

CONCLUSIÓN: La gestión del medio resulta una herramienta fundamental en el tratamiento conductual. La aplicación del programa consiguió sobretodo una disminución notable de las conductas que se catalogaron como disruptivas. Trabajando en equipo con la usuaria, se consiguió al cabo de unos meses la adaptación a las características del dispositivo de bajo requerimiento.

PALABRAS CLAVE: ECONOMÍA DE FICHAS, SALUD MENTAL, CONDUCTAS, REFUERZOS.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL CONSUMO DE AZÚCAR EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La alimentación saludable es un pilar fundamental para la salud de las personas. El consumo elevado de alimentos ricos en azúcares simples supone una conducta de riesgo para la salud, asociándose a enfermedades graves como cardiopatías y cáncer. Por ello resulta imprescindible aportar información al respecto y concienciar sobre los efectos perjudiciales.

OBJETIVOS: Analizar la implantación de una sesión sobre el consumo de azúcar en pacientes de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio a través de una sesión sobre el consumo de azúcar a los usuarios de una miniresidencia de salud mental. Consta de una parte teórica y otra práctica. La parte teórica compuesta por información general y la práctica con la realización de un ejercicio de lectura de etiquetas de productos. Además con ayuda de una cucharilla y de una báscula, vierten la cantidad equivalente de azúcar identificada en una bolsa transparente y la cierran. Para finalizar cada uno fijó en una cartulina, junto a la imagen del producto, la bolsita con la cantidad de azúcar correspondiente.

RESULTADOS: Participaron 16 usuarios de los 30 residentes. Durante la parte teórica realizaron múltiples intervenciones que reforzamos positivamente. Repasamos contenidos y se objetivó la asimilación de los mismos por la mayoría. En la lectura del etiquetado del envase, preparar la bolsa de azúcar y la elaboración de la cartulina participaron 7 usuarios. La cartulina quedó expuesta en la zona de ocio.

CONCLUSIÓN: Las personas que padecen de esquizofrenia están expuestas a un riesgo mayor que la población general de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes por lo se hace imprescindible el establecimiento y mantenimiento de un estilo de vida saludable y la formación es una herramienta para fomentarlo.

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN PARA LA SALUD, AZÚCAR, ALIMENTACIÓN, SALUD MENTAL.

INDICADORES DE SALUD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UNA RESIDENCIA

MARINA BELÉN PEÑATE GONZÁLEZ, SARA LEONOR REYES MOLINA, VICTORIA DOLORES DEUDERO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Las personas que padecen de esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% menor que la población sana y al requerir tratamiento con antipsicóticos, están expuestos a un riesgo mayor que la población general de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes. Por ello es imprescindible hacer una revisión de los indicadores de salud física.

OBJETIVOS: Determinar el estado de salud física de los usuarios de una residencia de Salud Mental a través de indicadores de salud.

METODOLOGÍA: Se obtienen datos necesarios para conocer el estado de salud física de 30 usuarios de salud mental alojados en residencia. Para ello se recogen los diferentes parámetros de interés, algunos mediante exploración directa, otros a través de resultados analíticos, otros por consulta de historia clínica y entrevista. Se realiza análisis de los mismos obteniendo porcentajes de los diferentes indicadores analizados.

RESULTADOS: En la residencia de salud mental se alojan actualmente 8 mujeres y 22 hombres. La media de edad se sitúa en 55 años. El 83% de los usuarios son fumadores con consumo medio de 32-33 cigarrillos/día. Según valores establecidos por la OMS el 23,3% de los residentes se encuentran en parámetros normales de IMC, el 23,3% sufre sobrepeso y el 53,3 % restante padecen obesidad (36,6% Obesidad tipo I, 13,3% obesidad tipo II y 3,3% obesidad extrema). Además hay que apuntar que un 50% precisa de uno o varios tratamientos farmacológicos para el tratamiento de dislipemias, hipertensión y/o diabetes tipo II. Un 26,6 % presentan tres o más criterios para el diagnóstico de Síndrome metabólico según Nacional Cholesterol Education Program.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) padecen, con elevada frecuencia, ciertos factores de riesgo cardiovascular modificables en relación a sus hábitos de vida poco saludables. Es importante conocer el estado de salud que presentan para diseñar un programa de intervención adecuado.

PALABRAS CLAVE: SALUD, SÍNDROME METABÓLICO, OBESIDAD, TRASTORNO MENTAL GRAVE.

EL MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN VERBAL

ADRIÀ GIRÓ ESTIVILL, LAURA PÉREZ VEGUILLAS, MARÍA VALDIVIESO COCA

INTRODUCCIÓN: Los profesionales de la enfermería se adaptan a entornos de trabajo infinitamente distintos unos a otros. Cada uno de ellos requiere destrezas específicas que mejoran, enriquecen y aseguran una asistencia óptima en cada caso. El personal sanitario que trabaja en servicios como urgencias y psiquiatría a menudo se encuentran en situaciones que precisan de un buen manejo de la contención verbal frente pacientes y familiares que evitan problemas mas graves. Lamentablemente cada día existen casos de agresiones verbales e incluso físicas a enfermeras, auxiliares y médicos en sus lugares de trabajo, así que es fundamental estar entrenado en el manejo de este tipo de conflictos.

OBJETIVOS: Determinar la actuación de enfermería en la contención verbal con los pacientes.

METODOLOGÍA: Se realizará un exhaustivo trabajo de revisión teórica de material publicado para posibilitar un entendimiento rápido y fácil del manejo de estas situaciones, y de las soluciones y protocolos atados a este tipo de conflictos, en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se puede afirmar y asegurar que un buen manejo de la contención verbal evita y ahorra problemáticas superiores, así como se visualiza la existencia de distintos protocolos al respecto. Es primordial fomentar la verbalización. Mostrar una actitud tranquila, escucha activa y no enfrentamiento.

CONCLUSIÓN: Un buen manejo de las técnicas en la contención verbal son fundamentales. También saber reconocer el riesgo real de violencia a tiempo y utilizar los protocolos que tengamos a nuestra disposición.

PALABRAS CLAVE: PSIQUIATRÍA, CONTENCIÓN VERBAL, ENFERMERÍA, URGENCIAS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

SONIA ROBLES CÓZAR, RAÚL PUIG SÁNCHEZ, MARTA ROJAS PEÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años acude a urgencias del Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Acude a urgencias por una caída con impotencia funcional de MII. Procedente de Marruecos con importante barrera idiomática. AP esquizofrenia paranoide. Sin alergias conocidas, no HTA, DM. La familia refiere estar mas inquieta y que se niega a ingerir alimentos y su medicación psiquiátrica habitual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Consciente, sin comunicación verbal, colabora con las exploraciones. Caquexia, palidez cutánea, deshidratación cutánea. Sin irritación meníngea, sin focalidad neurológica. ACR: tonos rítmicos, buen murmullo vesicular. Abdomen sin irritación peritoneal, sin masas palpables peristaltismo presente y normal. MMII sin signos de trombosis. Hinchazón e deformidad maléolo externo MII. Pruebas complementarias: Electrocardiograma, Radiografía de tobillo izquierdo, Análisis de sangre y orina dentro de los valores normales.

JUICIO CLÍNICO: Deterioro físico secundario a patología psiquiátrica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras el estudio de pruebas complementarias y exploración, los posibles diagnósticos en la anamnesis podían ser anemia carencial, desnutrición severa, deshidratación, DM tipo 2, intento autolítico, taquicardia supraventricular, problema social.

PLAN DE CUIDADOS: Tras vigilancia de la paciente 24h se decida alta con Reposición de vitaminas, oligoelementos y dieta rica en proteínas con progresiva mejoría de los parámetros de desnutrición. Trabajo Social inicia trámites para obtención de la tarjeta sanitaria española para solicitar centro de cuidados medios. Durante el ingreso, realiza intento autolítico por asfixia mediante el tubo de la sonda de gafas nasales, sin repercusiones posteriores. Se realiza vendaje con tensoplast para inmovilización de tobillo en MII por esguince.

CONCLUSIONES: El suicidio es una causa frecuente de muerte entre los pacientes con esquizofrenia, aproximadamente el 10% de los sujetos que la padecen se suicidan. Por ello deben ser vigilados de manera estrecha cuando presentan conductas de riesgo.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, DETERIORO FÍSICO SECUNDARIO, DIAGNÓSTICO.

INTERVENCIONES EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

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

INTRODUCCIÓN: Cada vez se ve una mayor necesidad de realizar de manera específica y diferenciada intervenciones con adultos diagnosticados de TEA.

OBJETIVOS: Conocer las características y describir las diferentes intervenciones específicas y abordaje farmacológico para el TEA en el adulto.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y búsqueda bibliográfica, así como el análisis y estudio de la documentación existente.

RESULTADOS: Las intervenciones en adultos deben centrarse básicamente en la funcionalidad y deben ser llevadas a cabo por profesionales específicamente formados en el campo de los TEA y en servicios específicos. Esto destaca de manera particular ya que los adultos tienen una heterogeneidad cognitiva y clínica importante y un patrón de comorbilidades y de respuestas al tratamiento característicos. Algunos de estos programas específicos para adultos encontrados en nuestra búsqueda son: • Modelo de calidad de vida. • Planificación centrada en la persona. • Acceso al empleo/vivienda/ocio y participación social. • Programas de base conductual para intervenir en problemas de conducta. • Abordaje específico de la coexistencia de otros trastornos. Además, el uso de medicación psicotrópica en estas personas debe hacerse tras haber considerado el caso de manera exhaustiva, y solo en el caso de tratar trastornos comórbidos tipo TDAH, o para el tratamiento de cambios comportamentales o reacciones agresivas graves que no han mejorado con otras intervenciones.

CONCLUSIÓN: Actualmente hay escasos estudios y de baja calidad con lo cual no podemos recomendar en el momento actual ninguna intervención específica aunque hay programas que pueden demostrar sus beneficios. Tal y como sucede en la población infante juvenil, en este momento no existe ninguna medicación ni tratamiento farmacológico de demostrada eficacia en mejorar los síntomas primarios del TEA.

PALABRAS CLAVE: TEA, ADULTOS, INTERVENCIONES, PSIQUIATRÍA, AUTISMO, ASPERGER.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PAIDOPSIQUIATRÍA

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

INTRODUCCIÓN: La complejidad clínica del TEPT y los diagnósticos diferenciales que plantea exigen que la evaluación sea completa y a través de diferentes fuentes de información, como entrevistas clínicas con el niño, los padres del niño, y educadores.

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas y diagnóstico diferencial en esta población.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión y búsqueda bibliográfica, el análisis y estudio de la información actual.

RESULTADOS: Para realizar un diagnóstico de TEPT debe confirmarse que el niño haya experimentado un acontecimiento traumático, y que haya precedido al comienzo de los síntomas. Si el estresor no es de la gravedad descrita en el criterio A de TEPT el diagnóstico será trastorno adaptativo. Si la duración ha sido inferior a un mes, se realizará el diagnóstico de trastorno por estrés agudo. El exceso de activación puede manifestarse como inquietud psicomotriz y falta de control de impulsos, que junto a las dificultades atencionales debidas a los recuerdos recurrentes, puede confundirse con un TDAH. Las rabietas, el rechazo a acudir al colegio y el comportamiento desafiante hacia la familia, que pueden aparecer en el TEPT, deben diferenciarse de otros trastornos del comportamiento. En los adolescentes con TEPT por vivencias traumáticas repetidas se pueden observar síntomas disociativos, desregulación afectiva, conductas autoagresivas y abuso de sustancias. Estos síntomas no deben confundirse con los propios del trastorno límite de la personalidad. En general sería preferible no realizar tal diagnóstico, al menos hasta que los síntomas TEPT hayan remitido. Existen diversas escalas y entrevistas semiestructuradas que podrán ayudar en la tarea de evaluar a los niños y adolescentes con TEPT, los padres y profesores en ocasiones pueden minimizar los síntomas.

CONCLUSIÓN: Hay que ser cuidadoso con la posibilidad de confundir los síntomas propios del TEPT con los síntomas de otros trastornos.

PALABRAS CLAVE: TEPT, DIAGNÓSTICO, DIFERENCIAL, PAIDOPSIQUIATRÍA.

VÓMITOS RECURRENTE EN EL NIÑO POR TRASTORNO ORGÁNICO O DISOCIATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ISRAEL MARTÍN HERRERO, SUSANA PEREZ SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Escolar de 10 años mujer que acude a consulta derivada por gastroenterólogo para valoración por cuido de vómitos recurrentes persistentes desde hace 2 años que ha precisado la utilización de nutrición enteral por sonda nasogátrica. No antecedentes de interés. Refieren que como único cambio en la estructura familiar el abuelo materno está conviniendo con ellos ya que tiene un proceso neurodegenerativo grave.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se recopilaron las diferentes pruebas y estudios para descartar trastorno orgánico y se realizó la acogida y revisión de su psicobiografía. Durante las diferentes entrevistas destaca la presencia de vómitos casi a diario, con aumento de la frecuencia ante la presencia del abuelo. El carácter egodistónico de este síntoma en el niño con verbalización de aversión y desagrado hacia el vómito. No ánimo bajo. Gran capacidad de introyección, conciencia de las limitaciones sociales que le supone. No clínica afectiva mayor ni psicótica. A la 10ª sesión, tras un gran trabajo de exteriorización del síntoma, comienza a hablar sobre el asco y lo relaciona con abusos por parte del abuelo materno. Refiere miedo a hablarlo y gran angustia psíquica en el domicilio.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno disociativo en la infancia. DSM V: 300.14; F 44.81. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastornos afectivos mayores, psicosis, organicidad, tóxicos y medicamentos.

PLAN DE CUIDADOS: Se fueron retirando antieméticos hasta que a los 12 meses de terapia se retiró la SNG adaptándose a una nutrición oral con buena tolerancia. Persiste psicoterapia de corte sistémico familiar con buena evolución de la dinámicas familiares.

CONCLUSIONES: Ante un síntoma persistente en la infancia en ocasiones debemos plantear la influencia de factores psicosociales que pueden estar perpetuando la sintomatología y proporcionar un manejo integral del caso. Las terapias narrativas con exteriorización de síntomas puede ser muy útil en el abordaje de trastornos disociativos.

PALABRAS CLAVE: SINDROME EMETICO, INFANCIA, SOMATIZACION, DISOCIACION.

ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

ROSA MARIA CARREÑO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una de las enfermedades psiquiátricas más diagnosticadas en niños. Es un trastorno neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad. Estas conductas afectan a las relaciones sociofamiliares y a la adaptación al ámbito escolar.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los cuidados de calidad para un bienestar pleno y reconociéndola de forma integral. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y su familia. Conocer el papel que juega el personal de enfermería en el TDH.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda sistemática en distintas bases de datos de ciencias de la salud y sociales como son: Cuiden, Pubmed; SciELO, Medline... Se aceptaron estudios relacionados en lenguas castellanas e inglesas, quedando excluidos aquellos que no tenían relación con el estudio.

RESULTADOS: El profesional de enfermería debe desarrollar su capacidad empática y de motivación, para lograr unas técnicas efectivas destinadas a la educación del niño y su entorno para lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

CONCLUSIÓN: Actualmente está aumentando el número de casos nuevos de niños diagnosticados de TDH. Cada vez es más importante el papel de la enfermería relacionado con esta enfermedad, hay que potenciar un adecuada relación enfermera/o- paciente y entorno.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD, ENFERMERÍA, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.

CONTENCIÓN VERBAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NAZARET SÁNCHEZ MARTÍN, SANDRA PARDO BENAVIDES, ALBA ROLDAN FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La contención verbal es un método de primera elección, cuando sea posible y la pérdida de control del paciente agitado sea moderada, es empleada por las enfermeras para prevenir el aumento de la agitación en pacientes psiquiátricos y así establecer una relación de confianza.

OBJETIVOS: Hacer una revisión de la evidencia disponible sobre contención verbal, y así prevenir situaciones de riesgo con pacientes agitados.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane plus, Scielo, Dialnet, Medline, Cuiden. Se revisaron 15 artículos, seleccionando 3 de ellos, cuyos criterios de inclusión fueron comprendidos entre los años 2005-2018.

RESULTADOS: Existen una serie de pautas fundamentales que las enfermeras debemos tener en cuenta para llevar a cabo una correcta contención verbal y así mantener la seguridad del paciente y la nuestra. -Antes de ponerse en contacto por primera vez con el paciente, estar informados de la situación actual, antecedentes, motivos que le han llevado a esta situación, etc. -Asegurarse de que haya vía de escape tanto para el profesional como para el paciente para que no se sienta encerrado. No realizar la intervención jamás en solitario. -Mostrarnos tranquilos y con una actitud abierta que invite al dialogo con voz suave en todo momento. -Si tenemos que aproximarnos que sea de forma tranquila y respetuosa, siempre respetando la distancia mínima de seguridad. -Procurar estar a la misma altura, preferiblemente sentados. -No mirar al paciente fijamente, tampoco evitar mirarlo como si nos diera miedo.

CONCLUSIÓN: Es muy importante el desarrollo de protocolos sobre el tema a tratar, para que los profesionales estemos debidamente formados para llevar a cabo la contención verbal con resultados positivos sobre pacientes agitados.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIÓN VERBAL, SALUD MENTAL, ENFERMERIA, PSIQUIATRÍA.

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DURANTE EL EMBARAZO

FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO, FRANCISCA SIERRA MORENO

INTRODUCCIÓN: La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento terapéutico en el cual se usa un estímulo eléctrico breve para inducir convulsiones cerebrales bajo condiciones controladas. Actualmente, la estimulación eléctrica se realiza monitorizando electroencefalográficamente la convulsión inducida por una onda de pulsos breves; así se ha logrado precisar una mínima intensidad del estímulo eléctrico, con una disminución de los efectos secundarios cognitivos y una reducción drástica de las complicaciones asociadas al tratamiento.

OBJETIVOS: Actualizar la información sobre la indicación de la TEC durante el embarazo.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura científica a través de las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, PubMed, ENFISPO y Dialnet. Para ello hemos utilizado la siguiente estrategia de búsqueda: (Terapia Electroconvulsiva OR TEC) AND (embarazo OR puerperio OR gestación).

RESULTADOS: Las guías APA recomiendan la TEC como el tratamiento de elección en el Episodio Depresivo Mayor y el Trastorno Afectivo Bipolar durante el embarazo y el postparto. Aun así, se debe tener cierta precaución durante el primer trimestre, ya que podría aumentar el riesgo de aborto, insuficiencia placentaria y desprendimiento de placenta. Entre sus cuidados es fundamental evitar la hipoxia fetal a partir de las 14-16 semanas de gestación, por lo que se debe tener una monitorización de la frecuencia cardíaca fetal de forma no invasiva antes y después del tratamiento. Por otro lado, es importante evitar la compresión de la vena cava y la aorta por el útero a partir del tercer trimestre colocando una cuña bajo la nalga derecha a partir de la semana 20. También es importante vigilar el riesgo de aspiración, especialmente a partir del tercer trimestre. En el puerperio no es necesario suspender la lactancia.

CONCLUSIÓN: Durante el embarazo y el puerperio se puede usar de forma segura y eficaz la Terapia Electroconvulsiva teniendo en cuenta las precauciones mencionadas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, EMBARAZO, GESTACIÓN, PUERPERIO.

EL JUEGO EN EL NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

FRANCISCA SIERRA MORENO, FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO

INTRODUCCIÓN: El juego, como acción y efecto de jugar, entretenerse, travesear, o retozar, es una actividad especialmente importante en la vida de los niños porque es su forma natural de acercarse y de entender la realidad que les rodea. Mediante él se puede explicar el desarrollo de: la afectividad, la motricidad, la inteligencia, la creatividad y la sociabilidad.

OBJETIVOS: Analizar la información sobre el juego conociendo su importancia para un diagnóstico dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura científica a través de las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, PubMed, enfispo y Dialnet. Para ello hemos utilizado la siguiente estrategia de búsqueda: (juego) AND (TEA OR autismo).

RESULTADOS: Muchos de los signos de alerta que se pueden encontrar ante la sospecha de un niño con TEA pueden ser observados mediante el juego, principalmente a partir de los 36 meses. Entre estos encontramos fundamentalmente: la ausencia de acciones con juguetes, la falta de interés por sus iguales, el no iniciar juegos con otros niños, la preferencia por actividades solitarias, el no participar en juegos sociales sencillos, los juegos repetitivos, los intentos inapropiados para jugar de manera conjunta con otros niños y el no cumplimiento de las normas sociales implícitas.

CONCLUSIÓN: Destacamos la importancia de la observación del juego en el niño con TEA, tanto en solitario como relacionándose con otros de su misma edad, ya que es una de las actividades que nos proporciona más información sobre un posible diagnóstico dentro del TEA.

PALABRAS CLAVE: JUEGO, TEA, AUTISMO, NIÑO.

ACTUACIÓN NO FARMACOLÓGICA ANTE EL DELIRIUM

JUAN ANTONIO JIMENEZ LUQUE, CRISTINA LORENA RÍOS COTE, MARÍA DEL PILAR RÍOS COTE

INTRODUCCIÓN: El delirium es un síndrome cerebral orgánico debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, una situación estresante, una intoxicación o abstinencia de sustancias, el consumo de fármacos o lo que es más frecuente: la combinación de varios de los factores mencionados. El uso de medidas de contención física suele ser una práctica frecuente para tratar o contener conductas disruptivas o agresivas en el paciente con delirium.

OBJETIVOS: Conocer las manifestaciones del paciente con delirium para diagnosticarlo precozmente y hasta que punto es conveniente la elección de medidas de contención en determinados casos.

METODOLOGÍA: Revisión de manuales y protocolos especializados.

RESULTADOS: Es necesaria la formación y concienciación de todo el personal; es importante que cada centro elabore protocolos sobre el manejo de las restricciones, incluyendo procedimientos alternativos a su uso. Estos protocolos deben ser conocidos por todo el personal implicado en el cuidado del paciente y evaluados periódicamente.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería son fundamentales para los pacientes con delirium y, aunque puedan variar dependiendo del grado asistencial siempre deben tener un objetivo común: evitar en todo lo posible las medidas e intervenciones terapéuticas que puedan empeorar el grado de confort del enfermo.

PALABRAS CLAVE: DELIRIUM, CONTENCIONES, CONTRAINDICACIONES, MULTIDISCIPLINAR.

INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA Y ENFERMERÍA

EVA MOLERO CARRILLO, ANDRES GARCIA HERRUZO, CARMEN MARIA GONZALEZ GALAN

INTRODUCCIÓN: La agitación psicomotriz forma parte de la sintomatología de diferentes entidades patológicas tanto orgánicas como psiquiátricas. Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos con la inmovilización terapéutica que precisa de unas indicaciones, contraindicaciones y manejo, para asegurar el bienestar del paciente.

OBJETIVOS: Conocer las pautas de sujeción y la intervención que debe llevar a cabo el personal de enfermería para realizar una sujeción segura y terapéutica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica del tema, utilizando las siguientes bases de datos: CUIDEN, Scielo, Pubmed y CINAHL. Usando los descriptores: sujeción terapéutica, enfermería, cuidados. De un total de 39 referencias encontradas se escogieron 17 entre los años 2014-2018.

RESULTADOS: Las indicaciones de la sujeción terapéutica son las siguientes: prevenir daños personales, la interrupción grave del tratamiento, como tratamiento conductual en curso o por requerimiento del paciente por aislamiento. La sujeción debe realizarse como mínimo por 4 personas, y un miembro del equipo debe estar siempre visible para tranquilizar al paciente. Debe ser sujetado con las piernas separadas, retirando los objetos peligrosos. Las sujeciones deben comprobarse cada 15 ó 20 minutos y las constantes vitales cada 2 horas. Además se debe reevaluar cada 8 horas para cesar o no la inmovilización.

CONCLUSIÓN: El manejo adecuado de la sujeción garantiza un estado de bienestar para el paciente, siendo el personal de enfermería el encargado de realizar dicha intervención es necesario conocer y garantizar tanto la seguridad del paciente como la del propio personal.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, SUJECIÓN, TERAPEÚTICA.

CUCHILLOS ANTIGRAVITATORIOS: AUTOLISIS Y PSICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 39 años que acude remitido por 112 por cortes en el abdomen. Paciente sin antecedentes médicos y psiquiátricos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a la puerta de urgencias se realiza exploración de las lesiones, objetivando dos heridas incisas en el abdomen de 3-4 centímetros de longitud cada una. Tras la exploración el paciente esta remitido al quirófano de forma urgente. Tras el abordaje quirúrgico se procede a valoración psiquiátrica donde destaca desorganización en el pensamiento, inadecuación afectiva con trato muy cercano y seductor, en cuanto a contenido presenta ideas mágicas de tinte grandilocuente, difusión de identidad, posibles alteraciones sensorceptivas. Niega intención autolítica del gesto, minimizando sus posibles consecuencias. Se realiza un control analítico de tóxicos en orina dando positivo para amfetaminas.

JUICIO CLÍNICO: Episodio psicótico en relación al consumo de tóxicos. Gesto autolesivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Episodio psicótico por consumo de sustancias versus. Trastorno psicótico esquizofreniforme versus. Trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

CONCLUSIONES: Paciente permaneció ingresado en la planta de unidad psiquiátrica donde se instauró tratamiento farmacológico con mejoría de la clínica psicótica.

PALABRAS CLAVE: AUTOLISIS, PSICOSIS, TÓXICOS, DELIRIOS.

ANOREXIA NERVIOSA POR GROOMING: CIBERACOSO SEXUAL

MARÍA ESTER ALCÁZAR ARTERO, ZORAIDA SÁNCHEZ CASTILLO, IRENE DE LA TORRE RUBIO, ANTONIO JESÚS PÉREZ FERRE, MANUEL ANGEL GARCIA CHICANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adolescente de 14 años remitida a salud mental por alteración de conducta alimentaria. La familia refiere cuadros de mareos mientras realiza deporte junto con disminución de la ingesta y pérdida de peso en los últimos 5 meses. La paciente refiere comer menos por pérdida de apetito.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No antecedentes médicos ni psiquiátricos de interés. Acoso escolar a los 6 años resuelto. Peso: 43.9Kg, Talla: 160 cm. IMC: 17.35. Se realiza cuestionario alimentario. Ha disminuido las cantidades sin suprimir ninguna toma con rechazo de alimentos calientes. Ha estado buscando en internet métodos de adelgazamiento. Refiere miedo a comer y engordar. Niega conductas obsesivas como pesarse reiteradamente pero sí ideas de peso ideal (40kg). No purgas ni vómitos autoinducidos. No distorsión de la imagen corporal. Utiliza el baile (3-4 horas diarias) para mantener el peso. Refiere comenzar el cuadro en septiembre a raíz de un episodio de acoso sexual a través del móvil. No alteración de conducta. Insomnio de conciliación. Convive con ambos padres y dos hermanos sanos. Pernocta en casa de una abuela desde hace 2 años. La abuela es muy consentidora. Estudia 2º de ESO. Bajo rendimiento escolar. Ha repetido un año. Buenas relaciones sociales. Tiene dos amigas íntimas. Uso del teléfono móvil en exceso (10-12h al día). No realiza actividad física extraescolar excepto bailar en casa.

JUICIO CLÍNICO: Anorexia nerviosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros trastornos de conducta alimentaria.

PLAN DE CUIDADOS: Registro de hábitos dietéticos y ejercicio físico. Terapia de relajación y respiración abdominal. Escucha activa. Higiene del sueño.

CONCLUSIONES: Los episodios de estrés emocional en la adolescencia pueden generar alteraciones de conducta como trastornos de conducta alimentaria. Es necesario una atención integral por parte de especialistas en salud mental para el adecuado abordaje del problema. La enfermera especialista en salud mental, según el plan de cuidados individualizados, dará pautas de hábitos saludables, higiene del sueño y manejo de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: NUEVAS TECNOLOGÍAS, ADOLESCENTES, ANOREXIA, CIBERACOSO.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA A TRAVÉS DE UN PLAN DE CUIDADOS

MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL,
MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 33 años diagnosticado de esquizofrenia que ingresa en centro psiquiátrico para tratamiento. Antecedentes personales: -Encefalopatía crónica. -Reducción de parafimosis por urólogo. -Estreñimiento crónico de larga evolución. -En los últimos 4 años ha presentado ingresos por neumonía.

PLAN DE CUIDADOS: Los principales instrumentos de recogida de datos han sido: la observación directa; la historia clínica del paciente; los registros de evolución médica y de enfermería; la valoración de enfermería y la revisión de la evidencia científica. La valoración de enfermería se realizó a través de los 11 patrones de Marjorie Gordon, la historia clínica del paciente, la entrevista y la observación directa. Los diagnósticos de enfermería fueron establecidos basándonos en la clasificación NANDA. A continuación, realizamos la planificación de los objetivos y la ejecución de estos, con las taxonomías NOC y NIC, respectivamente - Planificación DXE principal: (00069) Afrontamiento ineficaz r/c alto grado de amenaza m/p solución inadecuada de los problemas. NOC: 1405 Autocontrol de los impulsos NIC: 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4400 Musicoterapia

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia. **CONCLUSIONES:** Se trata de un plan de cuidados aún en ejecución ya que al ser un paciente psiquiátrico, el manejo de la conducta es complicado, es un paciente muy agresivo, por lo que la modificación total de ésta es imposible, gracias al aislamiento terapéutico, el paciente es más consciente de su comportamiento. Gracias a la valoración del estado neurológico podemos controlar las posibles convulsiones, a su vez tomando las constantes vitales del paciente y su medicación. La musicoterapia le ha ayudado a mantenerse centrado mientras escucha música, ya que como muchas veces nos manifiesta le gusta mucho. Además en el taller de musicoterapia le ayuda a acercarse a sus compañeros.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, SALUD, MENTAL, PSIQUIATRÍA.

PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR ORGÁNICO TRAS SUFRIR UN ICTUS

CANDELARIA DE JESUS PEREZ, EDWIN MUÑOZ HERRERA, YVELISSE ELIZABETH SÁNCHEZ MEJÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 41 años que consulta en atención primaria por irritabilidad, conductas obsesivas, insomnio de conciliación y agresividad que teme no controlar dirigida hacia sí mismo y hacia lo demás. Antecedentes personales: Cefalea hemicránea (ya estudiada con TC normal). En abril 2014 ictus vértebro-basilar sin secuelas. Antecedentes familiares: Hermana con esquizofrenia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, CyO, abordable y colaborador, coherente, ánimo depresivo e irritable. No idea de perjuicio, no alucinaciones si desconfiado hacia los demás. Exploración neurológica normal. ACP normal. En análisis inicial que incluye B12 y ácido fólico, tóxicos en orina, serología (Lues, VIH, VHB, VMV, VEB, VVZ) normal. Inmunología: normal. Ecocardiograma. TAC de tórax. TA cerebral normal. Derivado a especializada que repite serología, punción lumbar, Angio TAC. EEG sin hallazgos y RNM cerebral con lesiones en ambos hemisferios y protuberancia compatibles con infartos de circulación posterior ya conocidos. Tras nueva consulta en AP, por persistencia de los síntomas se trata inicialmente con benzodiazepinas como primera opción teórica, aunque fue mal tolerada por el paciente. Se comenta con el centro de salud mental y para no perder tiempo se inicia estabilizador del ánimo (Depakine), en AP mientras es valorado por salud mental.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno bipolar orgánico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno bipolar orgánico, Trastorno depresivo orgánico con síntomas psicóticos. Irritabilidad. Trastorno afectivos con somatización. Síndrome confuncional.

PLAN DE CUIDADOS: Tras nueva consulta en AP por síndrome depresivo se deriva a psiquiatría para valoración.

CONCLUSIONES: Es preciso realizar un adecuado diagnóstico diferencial en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos, sin importar la edad y con factores de riesgo vascular, en quienes de forma brusca aparezca un cuadro con manifestaciones psicopatológicas como únicos síntomas de inicio, para indicar un adecuado tratamiento y derivación como en nuestro caso.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNO DEPRESIVO, IRRITABILIDAD, DEPRESIÓN, TRASTORNO BIPOLAR.

LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA DEPRESIÓN

ÁLVARO LÁZARO MAESO, CARMEN MERCEDES ROLDAN VIDACAL, LAURA MARTINEZ GIMENEZ, JUAN PEDRO MARTÍNEZ MECA

INTRODUCCIÓN: La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en la población. Está caracterizada por un decaimiento del estado de ánimo, de la autoestima, de la capacidad de experimentar placer, así como manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales y cognitivas, con serias repercusiones en la calidad de vida y el desempeño social- ocupacional. Las causas que producen la depresión son múltiples, entre las que figuran: acontecimientos de la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, efectos secundario de medicamentos y diversos trastornos físicos o médicos.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del personal de enfermería ante la depresión en los pacientes.

METODOLOGÍA: El diseño de este estudio se realizó entre diciembre de 2016 y enero de 2017. Se trata de una revisión bibliográfica, en la que se han utilizado diferentes bases de datos para su realización: Ciberindex, Cinahl, Dialnet, Elsevier y Medline. Se seleccionaron 4 artículos entre 2009 y 2016.

RESULTADOS: El diagnóstico de la depresión puede ser tan fácil que el propio paciente puede llegar a nombrar que padece de depresión o tan difícil como en los llamados casos de “depresión enmascarada”. Debido a que es importante que este trastorno sea diagnosticado cuanto antes, es importante utilizar las nuevas herramientas de algunas asociaciones para su diagnóstico. Sería conveniente desarrollar intervenciones enfermeras en personas con sintomatología de depresión, como por ejemplo, realizar intervenciones grupales psicoeducativas en estos pacientes.

CONCLUSIÓN: Es importante que Enfermería detecte a tiempo este trastorno depresivo, para actuar cuanto antes, ya que este trastorno va en aumento y sin un tratamiento adecuado del mismo puede llegar a ser preocupante para la salud del paciente. Enfermería debe profundizar en su conocimiento y plantearse estrategias de actuación en el campo de la salud mental, ya que actualmente debido al ritmo de vida estresante de la sociedad occidental cada vez más existe mayor prevalencia de este trastorno.

PALABRAS CLAVE: ACTUACIÓN, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA, INTERVENCIÓN, TRASTORNO.

DESARROLLO DE LA PSICOSIS EN UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 21 años que acude a urgencias traído por su familia por ansiedad y alteración conductual. Refieren que en las últimas semanas se encuentra nervioso y alterado, con mayor heteroagresividad a la habitual, conductas extrañas como deambulación errática durante horas e insomnio global de 2 días. El paciente señala que tras romper con su pareja durante años hace 2 meses se encuentra ansioso, con dificultad para adaptarse a sus nuevas circunstancias vitales, con la sensación de algo está cambiando en él y en su entorno. Dice haberse dado cuenta hace unos días de la existencia de un complot de su familia para ocultarle que su pareja lo abandonó por haber mantenido relaciones sentimentales con sus propios hermanos y con los del paciente, exigiendo desde entonces de manera reiterada que le confirmen la verdad, verbalizando amenazas heterolíticas. La familia refiere que es una persona inquieta y violenta desde niño, con comportamientos hostiles e intimidatorios, heteroagresividad, baja tolerancia a la frustración, celos patológicos hacia sus parejas y desconfianza generalizada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración el paciente se encuentra consciente y orientado en tres esferas, con gran inquietud psicomotriz y angustia psíquica. Abordable y colaborador. Discurso acelerado, saltígrado y desorganizado, con ideación delirante de perjuicio con gran resonancia afectiva y conductual. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ansiedad, ánimo bajo reactivo a ruptura sentimental. Juicio de realidad distorsionado.

JUICIO CLÍNICO: Episodio psicótico agudo, rasgos paranoides y disociales de personalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Esquizofrenia paranoide, trastorno de ideas delirantes persistentes.

PLAN DE CUIDADOS: Dada la clínica y la dificultad de contención ambulatoria se traslada al paciente a hospital de referencia para inicio de tratamiento antipsicótico hospitalario.

CONCLUSIONES: Nos encontramos con unos claros rasgos patológicos de personalidad con desarrollo de clínica psicótica a raíz de una circunstancia vital adversa, a contextualizar según evolución clínica.

PALABRAS CLAVE: PSICOSIS, PERSONALIDAD, PARANOIDE, DISOCIAL.

EL RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO

FRANCISCA SIERRA MORENO, FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUERRERO

INTRODUCCIÓN: Emoción es el concepto que utiliza la Psicología para describir y explicar los efectos producido por un proceso multidimensional, encargado de: el análisis de situaciones especialmente significativas, la interpretación subjetiva de las mismas, la expresión emocional, la preparación para la acción y los cambios en la actividad fisiológica.

OBJETIVOS: Identificar aquellos aspectos significativos del reconocimiento de las emociones en los pacientes con Trastorno Psicótico.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura científica a través de las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, PubMed, ENFISPO y Dialnet. Para ello hemos utilizado la siguiente estrategia de búsqueda: (psicosis OR trastorno psicótico OR esquizofrenia) AND (emociones).

RESULTADOS: Existen resultados que avalan que los pacientes esquizofrénicos presentan dificultades en relación al procesamiento emocional, percepción del material emocional y tienen una alta sensibilidad ante los estímulos que producen las emociones. En concreto, dichos pacientes muestran dificultades tanto en la expresión, en la comprensión, como en el reconocimiento de emociones; no estando tan claro los estudios sobre otros trastornos psicótico. Esto ocurre fundamentalmente con emociones negativas como la ira y el miedo.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, recalamos la importancia de tener en cuenta las dificultades mencionadas, ya que esto puede ser el origen de las pobres relaciones interpersonales y del deterioro global del funcionamiento psicosocial del paciente.

PALABRAS CLAVE: EMOCIONES, PSICOSIS, TRASTORNO PSICÓTICO, ESQUIZOFRENIA.

EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON COMPONENTE DE INHIBICIÓN PSICOMOTORA

ROBERTO ANTONIO PALACIOS GARRÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 40 años que requiere hospitalización por empeoramiento de la sintomatología psicótica. Debuta con cuadro depresivo a los 18 años de edad, tras el fallecimiento por suicidio de su madre. Recibió tratamiento y se recuperó, pero pasados los 20 años de edad aparece clínica psicótica, en forma de posible delirio erotomaníaco, contenido que se ha ido repitiendo en las sucesivas descompensaciones. La orientación diagnóstica actual es de esquizofrenia paranoide, en tratamiento con paliperidona 150mg depot, suplementado con paliperidona oral 9mg diarios. Acuden al haber sido sorprendida por su marido en la cocina con un cuchillo en la mano y con la intención de cortarse. Refería que se lo estaban ordenando las voces. La paciente permanece toda la entrevista autista, perpleja e inhibida, aunque responde a órdenes simples. Se inicia tratamiento con terapia electroconvulsiva. A partir de la segunda sesión se constata mejoría. Contacto sintónico, presenta lenguaje espontáneo. Explica que ha presentado sentimientos de tristeza vital las semanas previas al ingreso, así como sintomatología autorreferencial, además de alucinaciones auditivas que han disminuido. Se realizan un total de 7 sesiones de TEC, consiguiéndose una estabilización psicopatológica sin alteraciones de la esfera psicótica o afectiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Sin alteraciones hematológicas, bioquímicas o serológicas destacables en la analítica sanguínea. Sedimento urinario y drogas en orina negativas. TAC craneal dentro de la normalidad.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, en fase depresiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síntomas negativos de esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES: Dados los antecedentes de la paciente, así como la buena respuesta a TEC y las alteraciones del estado de ánimo que explica que ha presentado, valoramos la posibilidad de un componente afectivo en el cuadro psicótico. Los delirios erotomaníacos son más propios de un paciente bipolar, y aunque no haya historial de un episodio maníaco previo, si han podido existir episodios hipomaníacos no detectados.

PALABRAS CLAVE: ESQUIZOFRENIA, ESQUIZOAFECTIVO, TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, INHIBICIÓN MOTORA.

TENTATIVA AUTOLÍTICA TRAS INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

ROBERTO ANTONIO PALACIOS GARRÁN, MANUEL JESÚS SÁNCHEZ GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años natural de Panamá. Sin antecedentes psiquiátricos. Epilepsia en tratamiento con lamotrigina. Interrupción voluntaria de embarazo no deseado en días previos. Recibió apoyo psicológico por violencia de género con pareja anterior. Niega consumo de tóxicos. Refiere maltrato físico y psicológico por parte de su pareja al enterarse del embarazo. Comenta que él le tiraba la medicación para la epilepsia y le golpeaba la abdomen. Explica que se decidió a la IVE por miedo malformaciones en el feto y que se sintió coaccionada por su pareja para su realización. Durante la gestación presentó crisis convulsivas debido a la reducción de medicación antiepiléptica. Tras el aborto la pareja rompió la relación y la culpó de la pérdida del bebé. Mala relación con su familia de origen. Desempleada. Explica que tras someterse a IVE en centro médico presenta gran malestar psicofísico y aparición de ideación suicida. Días después realiza intento autolítico por precipitación por un puente en el contexto de consumo de alcohol, que es frustrada por unos transeúntes. Posteriormente realiza sobreingesta medicamentosa con metamizol y doxiciclina, precisando atención médica urgente para estabilización hemodinámica y posteriormente es derivada a psiquiatría para valoración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica sanguínea, sedimento urinario y tóxicos en orina sin hallazgos destacables.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno adaptativo de tipo ansioso depresivo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno depresivo mayor.

CONCLUSIONES: Los estudios más recientes muestran que la mayoría de las mujeres que someten a un aborto por un embarazo no deseado presentan escasas secuelas psicológicas. Por el contrario, las que presentan un aborto espontáneo presenta frecuentemente reacciones disfóricas. En este caso se unen varios factores de riesgo para un trastorno adaptativo, como son los numerosos factores estresantes, bajo nivel económico y la falta de una red de apoyo social, por lo que hubiera sido positivo valorar un seguimiento por parte de Salud Mental tras realizarse la IVE.

PALABRAS CLAVE: ABORTO, EMBARAZO NO DESEADO, SUICIDIO, TENTATIVA AUTOLÍTICA, VIOLENCIA DE GÉNERO.

PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE SÍNDROME DE WERNICKE

CANDELARIA DE JESUS PEREZ, YVELISSE ELIZABETH SÁNCHEZ MEJÍA, EDWIN MUÑOZ HERRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años que consulta en atención primaria por desorientación, astenia, anorexia, pérdida de 15 kg en dos meses, vómitos y debilidad progresiva en las últimas 3 semanas de predominio en miembros inferiores, que le ha hecho caerse en varias ocasiones. Antecedentes personales: Hábito enólico moderado. Antecedentes familiares: Padre fallecido por Ca de colon y dos hermanos sordos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG. Palidez. No adenopatías. ACP: Taquicardia a 100 lpm sin soplos. MVC. Abdomen: Anodino. Extremidades: normales. No lesiones en piel. Exploración neurológica: Bradipsíquica, desorientación temporoespacial. Lenguaje con nominación, dificultad para comprender órdenes complejas. Pupilas IC/NR. Fuerza conservada en MMSS, debilidad 4/5 MII y 4/5 en MID de forma global; ROT simétricos 3/5 en MMSS y abolición de rotulianos y aquileos, RCP flexor bilateral. Resto normal. Análisis inicial en AP. Hemograma: Normal incluyendo VCM, y VSG. Bioquímica: TG. GOT y GPT normal. Ferritina 980 (15-150), transferrina 141(210-350), ácido fólico 1.6 Y B12 682. Proteinograma, Rx de tórax y ecografía abd normal. Derivada a especializada quien realiza analítica con marcadores tumorales con Ca 19.9: 92. PL normal. RM cerebral: Con lesiones hiperintensas en T2 de origen vascular y EMG/ENG: hallazgo congruente con poliradiculopatía inflamatoria de Guillain Barré.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Wernicke. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Wernicke. Síndrome de GuillainBarré. Ca de páncreas. Síndrome depresivo. Deterioro cognitivo agudo.

PLAN DE CUIDADOS: Derivada a psiquiatría para valoración. Tras estabilización de cuadro agudo.

CONCLUSIONES: La encefalopatía de Wernicke-Kosarkoff es una patología compleja, cuyo abordaje diagnóstico inicial compete a MAP, y que siempre debemos sospechar en un paciente con enolismo crónico y clínica de desorientación temporoespacial como el caso de nuestra paciente, en el que una buena anamnesis, tratamiento precoz y derivación a especializada cambian el pronóstico y evitan secuelas irreversibles.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE WERNICKE, DÉFICIT DE FOLATO, SÍNDROME DE ABSTINENCIA, DEPRESIÓN, RADICULOPATÍA, INFLAMATORIA.

