

Criterios de resultado NOC cómo herramienta herramienta de evaluación cognitiva: estudio piloto

Elena Redondo Vaquero
Daniel Cuesta Lozano
Sara Recio Hernández
, Elena Redondo Vaquero
Víctor Enríquez Calatrava
Susana Álvarez Ariza
Ángel Manuel Amaya Refusta
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de Psiquiatría. H.U. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid)

Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá

Introducción: Desde 1932, con el primer “programa docente” específico de “Enfermería Psiquiátrica”, hasta hoy Enfermería de Salud Mental ha vivido muchos cambios. Con un desarrollo paralelo al de la ciencia enfermera, es innegable el avance conseguido tanto en términos asistenciales, como en docencia, investigación o gestión de los cuidados.

Aun así, escasean en la profesión herramientas evaluadoras específicas de salud mental que satisfagan las necesidades de evaluación de intervenciones específicas. El presente es un trabajo piloto para construir una batería de evaluación cognitiva de validez compuesta por Objetivos NOC.

Objetivos: Evaluar la factibilidad del uso de las escalas NOC como herramientas de evaluación cognitiva sistemática en una UHB

Métodos: Estudio experimental con evaluación pre y post – intervención. La intervención consistía en un Taller de Estimulación Cognitiva a desarrollarse en la UHB de Psiquiatría del HU Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares).

Para medir el efecto producido por la intervención se realizaron evaluaciones con test de deterioro cognitivo (Pfeiffer) y con los Resultados NOC: Toma de decisiones, Cognición, Memoria, Comunicación, Orientación Cognitiva y Concentración.

Para evitar la variabilidad inter – evaluador en las puntuaciones se consensuaron unas cuestiones o situaciones que se exponían al sujeto de estudio y que predefinían la puntuación de 1 a 5 en función de la respuesta del mismo.

Se compararon con los resultados de los test específicos de evaluación cognitiva y con la evolución clínica de los sujetos.

Resultados: Existe correlación positiva entre la batería diseñada y los test cognitivos con que se compara, así como con la evolución clínica de los sujetos de estudio, si bien ésta es de carácter inespecífico.

Conclusiones: Consensuar sistemas de valoración entre los distintos investigadores puede hacer de los Objetivos NOC una herramienta de evaluación cognitiva fiable y válida.

Los resultados obtenidos indican que es preciso seguir comparando la batería construida con test de evaluación cognitiva validados.

Tratamiento psicológico ambulatorio grupal basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para personas afectadas de fibromialgia y/o fatiga crónica

Vanessa Sallent Muñoz
 Vanessa Sallent
 Alba Franquesa
 Míriam Santamaria
 Anabel Cebri
 Consorci Hospitalari Universitari Parc Taulí

Trabajos recientes basados en una aproximación funcional, contextual y pragmática del comportamiento humano proponen intervenciones psicoterapéuticas para el abordaje del dolor crónico centradas en alterar las funciones de las experiencias privadas aversivas cuando cambiar el contenido de tales experiencias no es posible o cuando los intentos de cambio contribuyen al mantenimiento del sufrimiento. Desde esta perspectiva, la aproximación que más investigación ha promovido es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ideada por Hayes, Stroschal y Wilson.

El principal objetivo es la reducción del impacto funcional, emocional y físico que los síntomas de dolor y cansancio extremo suponen en la vida de los pacientes; para ello será necesario: toma de conciencia y disminución del patrón de evitación experiencial

aumento en la capacidad para contactar con experiencias de dolor y malestar desde una posición de aceptación, presente y no evaluativa; compromiso con acciones consistentes con valores personales significativos.

Material y métodos: Participantes: 9 pacientes derivados al grupo por su psicólogo o psiquiatra de zona del Centre Ambulatori de Salut Mental d'adults del Consorci Hospitalari Parc Taulí.

Diseño, variables e instrumentos: diseño no experimental con medidas repetidas.

El programa consta de 13 sesiones grupales de frecuencia semanal y dos sesiones de evaluación. Se usaron medidas de ansiedad, depresión, nivel de dolor y fatiga, calidad de vida y áreas valiosas afectadas.

Resultados: En el análisis estadístico se incluyen los resultados de aquellas personas que completaron el programa de tratamiento (n=7). Los resultados se presentan atendiendo tanto a criterios clínicos de significación como estadísticos usando comparaciones pre-post para cada sujeto en cada variable. Así mismo, los análisis descriptivos se acompañan de estadísticos no paramétricos que se ajustan al tamaño reducido de la muestra.

Al finalizar el tratamiento se observa un aumento estadísticamente significativo de los niveles de dolor y estrés percibidos por los pacientes. Resulta también significativo el aumento en el número de días "buenos" de la semana que percibe el grupo así como los niveles de aceptación

del dolor crónico. Cabe destacar la mayor consistencia conductual en aquellas áreas valiosas personales.

Conclusiones: Los objetivos del estudio se cumplen parcialmente dado que aunque no se haya conseguido una reducción en los niveles de dolor informados sí podemos pensar que esto se dé en un futuro al haber conseguido reducir significativamente el nivel de evitación experiencial -mediante un aumento de la aceptación- así como aumentado la capacidad de los pacientes para implicarse en actividades significativas y que aportan valor a su vida .

Dahl, J. , Wilson, K., Luciano, C. y Hayes, S. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Nevada: Context Press; 2005.

Wilson, K. y Luciano, M.C. Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.

Acompañando al paciente, la experiencia del PCC en el IPJG (Leganés).

Pilar Juliá Calvo¹

Vanessa Corella Bazaco²

Sandra Pacheco Cantero²

María del Valle Martín²

¹Instituto Psiquiátrico José Germain Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés
(Madrid) Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid

²Instituto Psiquiátrico José Germain

Introducción: En 1986, con el inicio del Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés se pusieron en funcionamiento dos programas complementarios, uno para la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico y otro destinado a la rehabilitación de pacientes que, viviendo en la comunidad, tenían dificultades de integración social.(1) Tres años después, se amplió éste último con el Programa de Continuidad de Cuidados, con el que se intentó hacer frente a las necesidades de soporte social que se fueron observando. El programa está diseñado para la atención de pacientes con enfermedad mental grave y crónica, mediante un abordaje multidisciplinar. El seguimiento individualizado de los pacientes se asegura con un sistema de tutoría, prestando apoyo al paciente, familia y entorno, a lo largo del proceso terapéutico y rehabilitador.(2)

Objetivos: Reflexionar acerca de la repercusión de los Programas de Continuidad de Cuidados en la evolución del paciente mental grave, a propósito del caso de una paciente incluida en dicho programa desde el año 1992.

Material y métodos: Revisión manual del Protocolo de Continuidad de Cuidados del IPJG y de la historia clínica de una paciente, haciendo hincapié en los objetivos alcanzados dentro de las principales áreas de trabajo del Programa de Continuidad de Cuidados, que se centran en la mejoría de la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y evitar el deterioro psicosocial asociado a la enfermedad mental grave.

Resultados: En el caso reflejado, una paciente diagnosticada de Trastorno esquizoafectivo, se objetivó, tras su incorporación en el Programa de Continuidad de Cuidados, una considerable reducción en el número de ingresos hospitalarios, así como en la duración de los mismos.

Gracias a las diversas intervenciones realizadas en estos 20 años, la paciente ha presentando una evolución más favorable, así como una mayor autonomía y adaptación social.

Conclusiones: Tal y como refleja la literatura, la existencia de un Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental, permite evitar el deterioro social, físico y mental del paciente con enfermedad psiquiátrica grave y crónica. Consideramos que esta línea de trabajo es posible gracias a la existencia de una red coordinada de recursos asistenciales en el área, así como al abordaje multidisciplinar del paciente (3).

La intervención de diversos profesionales aporta una atención más individualizada y específica en función de las diversas necesidades del paciente y el estado evolutivo de su patología. Asimismo, se facilita que la vinculación del paciente no se limite a un único terapeuta, sino a un equipo completo de profesionales, y por tanto, al programa en sí mismo. Esto posibilita una mayor adherencia al tratamiento y al seguimiento en Salud Mental a pesar de los cambios que puedan darse dentro del equipo.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Programa de rehabilitación y de apoyo comunitario del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain 1997.

- (2) Goldman, H; Gatozzi, A.; Tanbe, C. Defining and counting the chronically mentally ill. Hospital and Community Psychiatry. 32,22.
- (3) Sobrino, T y Rodriguez, A. (2007): Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid. Síntesis (en prensa)

Evolución clínica dos años después del tratamiento en una comunidad terapéutica hospitalaria para pacientes con trastorno grave de la personalidad

Raquel Tierno Patiño¹, Esther De Grado González², Pilar Juliá Calvo³, Eva Almazán García¹, Carolina Cabrera Ortega

¹Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid)

²Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid

³Instituto Psiquiátrico José Germain Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid

Introducción: A partir del 2006 se puso en funcionamiento en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) un Programa específico para el abordaje de los trastornos de personalidad. El Programa se estructura en niveles asistenciales, según intensidad del tratamiento y dispositivo indicado (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo)

Este póster analiza los resultados de los pacientes diagnosticados de trastorno grave de la personalidad (TGP) incluidos en el Programa y que han sido tratados en la Comunidad terapéutica hospitalaria para trastornos de la personalidad (CTH). Se describe su evolución dos años después de haber sido tratados en dicho dispositivo en función de una serie de datos clínicos que permiten valorar la eficacia de este tipo de tratamiento. Asimismo, se describe cuál fue la trayectoria de estos pacientes en el uso de los dispositivos con los que cuenta el Programa (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo) en los 2 años posteriores a ser dados de alta de la CTH.

Objetivos: Valorar la eficacia de la CTH en la evolución posterior de aquellos pacientes con TGP y el dispositivo más adecuado para continuar el tratamiento tras ser dados de alta de la CTH.

Material y método: Se examinan una serie de datos clínicos recogidos de la historia de los pacientes: nº de ingresos y urgencias, motivos, tipo de alta, medicación y continuidad en el tratamiento dos años después del tratamiento en la CTH.

Resultados y conclusiones: El análisis de todo el material demuestra que aquellos pacientes con un TGP derivados a la CTH en el contexto de un Programa específico, se benefician del tratamiento en dicho dispositivo, y dicho beneficio se mantiene en el tiempo.

Unidad de hospitalización psiquiátrica libre de humos y promoción de la salud física en el paciente con enfermedad mental grave

Cristina del Alamo Jimenez
Ana Blanco Martos
Dolores Gómez Olmeda
Ángel Arribas Hernández
Hospital Universitario Infanta Cristina

Los pacientes con enfermedad mental grave (EMG) como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo presentan una peor salud física así como una esperanza de vida un 20% menor que la población general.

Existen unos factores que empeoran la salud física en estos pacientes y que están relacionados con hábitos de vida no saludables: •Tabaquismo •Inactividad física. Malos hábitos alimentarios. •Abuso de sustancia

La nueva disposición legal (Ley 42/2010), que entró en vigor en enero de 2011, en su Disposición adicional octava excluye las Unidades de Agudos.

En este marco, el servicio de Psiquiatría del HUIC se planteó un proyecto cuyo objetivo fuera implementar una política libre de humos en la UHB integrado en un programa de Salud Física denominado " Vivir saludablemente" . Los objetivos eran:

Enseñar un estilo de vida saludable, proporcionando información y estrategias para mejorar hábitos de salud que mejoren la calidad de vida.

Promover que los profesionales de Salud Mental conviertan el Programa en una parte integral del tratamiento.

Aumentar la calidad ambiental del espacio físico en la unidad.

Iniciar un programa de deshabituación tabáquica, como parte del tratamiento.

A partir del 1 de Octubre de 2011, la UHB del HUIC de Parla sería una unidad libre de humos .Tras el ingreso se evaluará el grado de dependencia (Test de Fagerstromg) y de motivación para el cese del consumo (Test de Richmond), estimándose la necesidad de Terapia sustitutiva con nicotina-TSN y su dosificación.

Se incluirá en el Programa de Salud Física: Vivir Saludablemente en grupos de entre 8 y 10 participante, en torno a dos ejes principales:

Una tabla de ejercicios matinal.

4 talleres de psicoeducación de 45 minutos: alimentación saludable, autoestima, tabaquismo

Resultados: Tras su implantación el 01 de Octubre de 2011 hasta 29 de febrero 2012, la inclusión en el programa " Vivir saludablemente" fue del 100%, participado activamente tanto en la tabla de ejercicios matinal como en los 4 talleres de psicoeducación .El 71,83% de los pacientes eran fumadores (60,78% hombres y 39,21% mujeres). De estos un 40% recibieron TSN .No se precisó tratamiento farmacológico para abstinencia.

El 100% recibieron al alta un informe médico y de cuidados de enfermería que reflejaba la intervención y inclusión en el Programa de Continuidad Asistencial

Conclusiones: La normalización y el abandono del estigma para nuestros pacientes conlleva que sean atendidos en programas que incluyan el cuidado global de su salud, con un aumento en la calidad de vida y de la esperanza de vida como meta.

-Bibliografía

1. Goff et al, J Clin Psychiatry 2005; 66; 183-194.
2. Maj M, et al. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2009; 1-4.
3. Lieberman JA, et al. N Engl J Med 2005; 353(12): 1209-1223

Prevención del riesgo suicida: una cuestión por resolver

Sandra Pacheco, ¹Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain
(Leganés) - Madrid

Manuel Delgado Criado, Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés)

Introducción: Sin constituir una enfermedad *per se*, el suicidio se ha convertido, actualmente, en un problema de salud pública. Desde hace dos décadas se considera el riesgo suicida responsabilidad de los profesionales en salud mental, si bien aún no hemos encontrado las herramientas que nos permitan prevenirlo con eficacia.

Objetivos: Nuestro objetivo es examinar si existe evidencia de efectividad ante intervenciones preventivas específicas, ya sea mediante algoritmos de tratamiento, como desde lo farmacológico. Asimismo, hemos centrado nuestra atención, por un lado, en el manejo de los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad y por otro, en los pacientes que se encuentran en edades extremas de la vida.

Material y métodos: Las publicaciones pertinentes fueron identificadas vía electrónica a través de MEDLINE, utilizando las siguientes palabras clave: "suicide", "prevention", "strategy", "methodology" y "health". Se trata de revisiones o meta análisis comprendidos entre los años 1995 y Febrero de 2012. Nos hemos centrado en estudios realizados en países cultural y sanitariamente similares al nuestro, para poder reproducir en nuestro medio los métodos de detección y prevención empleados.

Resultados y conclusiones: existen evidencias de que la educación de los profesionales en el reconocimiento de la depresión, así como restringir el acceso a medios letales, son métodos efectivos para disminuir el riesgo de suicidio. Aunque se requieren más datos, estudios recientes indican que otros métodos como la educación pública, los programas de *screening* y el abordaje farmacológico, nos hacen pensar que la prevención del suicidio es posible en alguna medida. La tendencia de los clínicos a dicotomizar entre sano y enfermo, así como el haber trabajado durante décadas como si ignorásemos que nos encontramos ante un problema de salud pública, nos ha llevado a tratar la conducta suicida desde un abordaje exclusivamente individual. Si conseguimos actuar desde un punto de vista comunitario sobre aquellas poblaciones más vulnerables, podremos disponer de programas de prevención innovadores y potencialmente más efectivos.

Bibliografía:

- Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. "Suicide attempts: prevention of repetition". *Can J Psychiatry*. 2011 Oct; 56(10):621-9.
- Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J. "Suicidal risk and management in borderline personality disorder". *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Feb;14(1):79-85.
- Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. "ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters". *BMC Psychiatry*. 2011 Jan 2;11:1.
- Goldney RD. "Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies". *Crisis*, 2005; 26 (3):128-40.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. "Suicide prevention strategies: a systematic review". *JAMA*. 2005 Oct 26; 294 (16): 2064-74.
- Knox KL, Conwell Y, Caine ED. "If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?" *Am J Public Health* 2004 Jan; 94 (1): 37-45.

Servicio Madrileño de Salud. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Madrid.: Consejería de Sanidad, 2011.

Evolución clínica dos años después del tratamiento en un Hospital de Día de pacientes con trastorno grave de la personalidad

Lisi Amaya Lega¹, Raquel Tierno Patiño², Clara Navarrete Ruiz¹, Lara Kehrmann Irisarri¹, Pablo García-Monge Carretero¹, Gema Chamorro Barreda¹

¹Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid

²Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid)

A partir del 2006 se puso en funcionamiento en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) un Programa específico para el abordaje de los trastornos de personalidad. El Programa se estructura en niveles asistenciales, según intensidad del tratamiento y dispositivo indicado (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos específicos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo...)

Este póster analiza los resultados de los pacientes diagnosticados de trastorno grave de la personalidad (TGP) incluidos en el Programa y que han sido tratados en el Hospital de Día (HD). Se describe su evolución dos años después de haber sido derivados a dicho dispositivo en función de una serie de datos clínicos que permiten valorar la eficacia de este tipo de tratamiento. Asimismo, se describe cuál fue la trayectoria de estos pacientes en el uso de los dispositivos con los que cuenta el Programa (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos específicos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo...) en los 2 años posteriores a ser dados de alta en el HD.

Objetivos: Valorar la eficacia del HD en la evolución posterior de aquellos pacientes con TGP y el dispositivo más adecuado para continuar el tratamiento tras ser dados de alta del HD.

Material y método: Se examinan una serie de datos clínicos recogidos de la historia de los pacientes: nº de ingresos y urgencias, motivos, tipo de alta, medicación y continuidad en el tratamiento dos años después del tratamiento en el HD.

Resultados y conclusiones: El análisis de todo el material demuestra que aquellos pacientes con un TGP derivados al HD en el contexto de un Programa específico, se benefician del tratamiento en dicho dispositivo y dicho beneficio se mantiene en el tiempo.

Mindfullnes y dolor crónico

Pilar Rico García¹, Pilar Rico², María Reyes Herráez Robleda³, Isabel de Miguel²

¹Servicios de Salud mental de área 10, Getafe

²Servicios de Salud mental de Getafe

³Servicios de Salud Mental del área 10, Getafe - Madrid

Introducción: Desde hace más de 10 años venimos realizando en los SSM de Getafe grupos terapéuticos basados en Mindfulness.

La relación del ser humano con su propio dolor y lo que conlleva de sufrimiento en diversos ámbitos es de todos conocida. El acercamiento al individuo desde la óptica emocional, mental y comportamental conlleva desde nuestro punto de vista el aprendizaje de “nuevas formas observar, mirar, pensar, sentir y actuar “o incluso “desaprender lo ya aprendido” que trae como consecuencia un “nueva mirada” de su mundo interno y externo. Presentamos las experiencias de cambio en un grupo de pacientes aquejados de dolor crónico y /o fibromialgia que pertenecen a un grupo más amplio de terapia basada en Mindfulness.

Objetivos:Mostrar los cambios en 10 pacientes que padecen dolor crónico de más de 5 años de evolución tras la asistencia a un grupo psicoterapéutico de Mindfulness.

Recoger las opiniones en relación a sus experiencias dolorosas.

Mostrar los cambios en el tratamiento farmacológico indicado.

Material y método: A 10 de los 32 integrantes del grupo se les realizan los siguientes test:”Cuestionario de impacto de la fibromialgia”,el cuestionario WHOQOL_BREF,el Cuestionario sobre agotamiento vital y el ICG. Para el análisis estadístico SSPS.

Resultados:Hay diferencias en la experiencia del dolor y en la calidad e impacto en la vida cotidiana y agotamiento pre y post tratamiento.

Discusión : Mindfulness conlleva inherente un cambio de actitud buscado o no por el individuo. El proceso mental de ser “un observador” de lo que acontece supone una desidentificación con los procesos perceptivos, cognitivos y afectivos que posibilitan una mente “que no juzga, paciente, que no fuerza, que reaprende a ser principiante en lo que acontece, que acepta “.Estos principios básicos cambian la relación la experiencia dolorosa.

Dispositivos de tratamiento en un Programa para trastornos de la personalidad

Esther De Grado González¹, Lara Kehrmann Irisarri¹, Pilar Juliá Calvo², Clara Navarrete Ruiz¹, Gema Chamorro Barreda¹, Pablo García- Monge Carretero¹

¹*Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid*

²*Instituto Psiquiátrico José Germain Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) - Madrid*

A partir del 2006 se puso en funcionamiento en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) un Programa específico para el abordaje de los trastornos graves de la personalidad (TGP). El Programa se estructura en niveles asistenciales, según intensidad del tratamiento y dispositivo indicado (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo). En el póster describimos en que dispositivos son tratados los pacientes derivados al Programa, el grado de cumplimiento del tratamiento y cómo la indicación de tratamiento en un recurso determinado ha ido variando en este tiempo.

El objetivo de este póster es obtener información sobre el número de pacientes derivados a cada uno de los recursos existentes (primera indicación de tratamiento), con información acerca de la finalización del tratamiento (alta terapéutica, abandono, rehúsan). Asimismo la variación de todo ello en el transcurso de los años de funcionamiento del Programa.

Se analizan los datos registrados en el Programa acerca de qué recurso utilizan los pacientes cuando es derivado por primera vez al Programa. Se analizan los datos acerca del tipo de alta de los mismos y por último se analizan las variaciones de estos datos en el transcurso de los años de funcionamiento del Programa.

El número de pacientes atendidos es elevado y éste ha ido aumentando paulatinamente en el transcurso de los años.

La tasa de abandono es alta como también lo señala la literatura, aunque ha ido disminuyendo de forma significativa durante estos años.

La mayoría de los pacientes son tratados en el tratamiento ambulatorio intensivo.

Durante estos años se observa que el número de pacientes tratados en la comunidad terapéutica para TGP, muy elevado al principio, ha ido disminuyendo progresivamente, en la medida en que ha ido aumentando el número de pacientes tratados en el hospital de día y en el tratamiento ambulatorio intensivo

Cambios en el perfil de los pacientes derivados a un Programa de trastornos de la personalidad

Raquel Tierno Patiño
Esther De Grado González
Lisi Amaya Lega
Pilar Juliá Calvo
Gema Chamorro Barreda
Pablo García- Monge Carretero
Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés

A partir del 2006 se puso en funcionamiento en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid) un Programa específico para el abordaje de los trastornos graves de la personalidad (TGP). El Programa se estructura en niveles asistenciales, según intensidad del tratamiento y dispositivo indicado (comunidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, dispositivos de rehabilitación, tratamiento ambulatorio intensivo). Entre los objetivos del Programa se encuentra la detección, diagnóstico y tratamiento del paciente con TGP, así como la formación de los profesionales en esta patología. En el póster describimos algunas variaciones en el perfil de los pacientes derivados durante este tiempo y las posibles hipótesis que justifican estas variaciones.

El objetivo de este póster es obtener información sobre la modificación del perfil de pacientes que se han derivado al Programa durante estos años en función de algunas características como son: la edad, el sexo, la situación laboral, el uso de recursos previos y el tipo de trastorno de personalidad. Asimismo referir las hipótesis que puedan explicar estos cambios.

Se analizan los datos registrados en el Programa acerca de los pacientes tratados en el Programa en el momento de su derivación.

El número de pacientes atendidos es elevado y éste ha ido aumentando paulatinamente en el transcurso de los años.

El perfil de paciente que se ha atendido en el Programa ha ido variando a lo largo de este tiempo: durante el primer año el perfil mas habitual de paciente derivado es una mujer entre 25 y 35 años, inactiva laboralmente, con un TGP del cluster B que es muy probable que haya utilizado algún recurso del área. En los años sucesivos aparece una mayor variación del tipo de trastorno de la personalidad.

Pensamos que las hipótesis que justifican estos cambios están en relación con una mayor consolidación del Programa en el Instituto y un mayor conocimiento por parte de los profesionales tanto de las características de este tipo de pacientes como de los objetivos del Programa

Intervencion Grupal para el fomento de la Autorrealizacion Básica y Avanzada en Personas con vih y Patologias Asociadas

Nagore Asla
Carmen Vicioso

¹Universidad del Pais Vasco Asociacion t4 de lucha contra el SIDA - Donostia/San Sebastian

Un factor protector de la salud es la autorrealización. Por ello, en la Asociación T4 de Lucha Contra el Sida desde hace dos años se están llevando a cabo dos intervenciones grupales para fomentar la autorrealización en personas que viven con vih. El objetivo último de esta intervención es mejorar calidad de vida de las personas con vih, especialmente en aquellas que además tienen otros problemas de salud: hepatitis C, enfermedad mental, drogodependencias; fortaleciendo el bienestar psicológico y los autocuidados.

Se llevan a cabo dos grupos de intervención en autorrealización. Un grupo de intervención básica en autorrealización, donde se trabajan 3 de las 6 dimensiones de la autorrealización de Ryff (1989, 1995); la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros y propósitos en la vida. Esta intervención constaba de 8 sesiones semanales, con 2 horas de duración cada una. El segundo grupo de intervención en autorrealización es el avanzado. En el participan personas que previamente han realizado el grupo básico introductorio. En esta intervención se trabajan las 6 dimensiones de autorrealización de Ryff (1989, 1995), es decir, la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, los propósitos en la vida, el dominio del entorno, el crecimiento personal y la autonomía. Esta intervención consta de 12 sesiones semanales.

En general se ha podido observar que ambas intervenciones en autorrealización (básica y avanzada) logran resultados positivos en el fomento de la autorrealización y afecto positivo y disminuyen los síntomas físicos y de este modo, consiguen mejorar la calidad de vida de las personas con vih. en la muestra de 21 personas el 71,4 son hombres y el 28,65 son mujeres. La edad en el 90% de las personas participantes es de más de 40 años. El 52,4% de las personas participantes están solteras, seguido de un 28,6% de personas separadas. El 71,4 % de las personas del grupo recibieron el diagnóstico de vih hace más de 10 años. El 71,4% de las personas participantes siguen tratamiento antiviral. El 20% manifiesta tener ánimo deprimido, el 40% tienen tratamiento por enfermedad mental y/o metadona.

En este grupo de personas con múltiples factores de cronicidad también es posible mejorar la calidad de vida con la intervención. Se observa la necesidad de continuar con estas intervenciones en autorrealización dado sus positivos resultados respecto a mejora en la calidad de vida de las personas con vih

Esperanza Obstinada. Un programa para la prevención del suicidio en personas con trastorno mental grave. 2º Premio Manantial Innova 2008

Lidia Luna
Jose María Rodríguez Lizcano
Fundación Manantial

Antecedente

Plan prevención del suicidio Eixample Dreta <http://www.suicidioprevencion.com/>
Alianza europea contra la depresión <http://www.eaad.net/>

Justificación teórica

Tener un trastorno mental es uno de los principales factores de riesgo para llevar a cabo la conducta suicida. Durante los periodos de depresión en esquizofrenia existe más vulnerabilidad al suicidio: en el estudio de Roy (1982), solo 2 de 65 pacientes que consumaron el suicidio lo hicieron en relación a su actividad delirante o alucinatoria. El porcentaje de letalidad general se encuentra en torno al 10%.

El suicidio provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000).

No todos los suicidios pueden identificarse, pero sí la mayoría. Entre el 50 y el 75% había visitado a su médico un mes antes refiriendo múltiples síntomas; hasta el 40% lo había hecho una semana antes. Además, la mayoría de las personas que intentan suicidarse se encuentran en una fase ambivalente.

Los centros del plan de atención social suponen recursos privilegiados a la hora de tratar con personas que padecen un trastorno mental grave y persistente, y son un punto importante de contacto con las familias. Además incluyen en sus funciones la sensibilización en el entorno comunitario para reducir el estigma, promover la salud mental y formar a otros agentes sociales.

Uso de recursos de rehabilitación en pacientes con trastorno mental grave en estadio temprano

Paula Román Castillo¹, María Rodríguez Campos², M^a Fé Bravo Ortiz³

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²MIR Hospital Universitario La Paz. Madrid

³Hospital Universitario La Paz. Madrid. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Presidenta de la AEN.

Las políticas sanitarias han fomentado la asistencia en la comunidad de los enfermos mentales mas graves, eliminando el modelo del gran hospital psiquiátrico. Esto ha traído como consecuencias la importancia de desarrollar programas y recursos de Rehabilitación Psicosocial, Laboral, y Atención Residencial.

Conocer la utilización de los Recursos de Rehabilitación en pacientes con trastorno mental grave en estadio temprano, procedentes del servicio de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz en Madrid.

Estudio descriptivo asociado al RIBSAEN de 36 pacientes que, en su primer episodio psicótico, han entrado en contacto con la red de Salud Mental Pública entre el año 2010 y 2011 por primera vez.

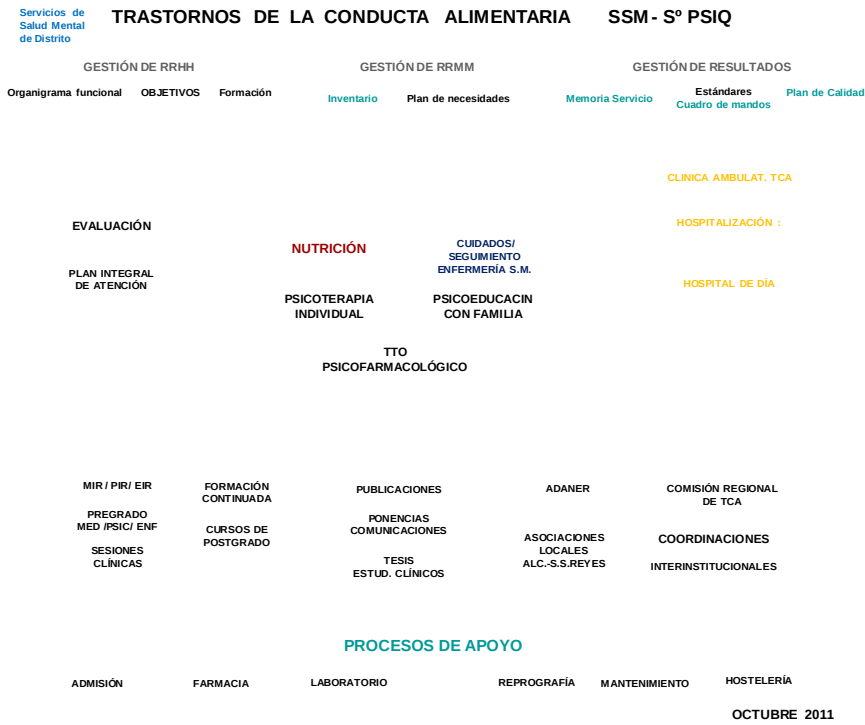
Bibliografía

[Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave.](#) J. Uriarte. Cuadernos Psiquiatría Comunitaria, 2007.

Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach. [Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H.](#) Can J Psychiatry.2011

Proceso TCA en un servicio de salud mental

Beatriz Gamo Bravo
,Mariano de Iceta
Marisa Zamarro
Amelia Cordero
J Fernandez
J M Simon
HUIS
SSM de Alcobendas



Un PROCESO es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado. Este termino tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la tecnica que se utilice asi en Medicina un proceso de atención son las intervenciones o procedimientos realizados.

Asi la primera etapa seria la descripción del proceso siendo imprescindible una formulacion adecuada que facilite su correcto desarrollo posterior. No se pretende realizar una definición estandar sino centrar el proceso a traves de una fase previa de discusión en la que los grupos de trabajo constituidos al respecto:

Caractericen el problema de salud, patología o síndrome, según el proceso natural del mismo, analizando las fases de prevencion , diagnostico , tratamiento y seguimiento

Definan la tipologia o categorías de pacientes aludidos o implicados en la descripción del proceso.

Expongan la vision que tienen los distintos profesionales desde su nivel asistencial.

Identifiquen de forma sencilla los principales problemas que condicionan su correcto manejo.

Propongan un escenario comun al que referirse a lo largo de la descripción del proceso.

Asi con la definición funcional se trata de definir de forma clara y practica el proceso a traves de sus funciones.

Diseño de una Intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en una muestra de persona con VIH y tratamiento por dependencia a opiáceos y/o enfermedad mental.

Carmen Vicioso

Diseño de una Intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en una muestra de persona con VIH y tratamiento por dependencia a opiáceos y/o enfermedad mental.

Introducción. En la Comunidad autónoma del País vasco los casos acumulados de VIH por transmisión por uso inyectado de drogas a lo largo de la historia superan el 70% En personas con VIH con mayor vulnerabilidad se espera que los factores psicosociales actúen como mediadores entre los sucesos estresantes vitales negativos y la calidad de vida relacionada con la salud y pueden predecir específicamente la conducta adherente a los tratamientos. En este estudio se analiza la influencia de los factores psicosociales en la calidad de vida en personas con VIH con comorbilidad. Para ello se realizará una intervención que refuerce los factores que se estima que influyen en la calidad de vida de estas personas: Conducta adherente al tratamiento en personas con VIH Afrontamiento cognitivo activo al tratamiento. Creencia de que el tratamiento es eficaz. Afrontamiento activo conductual y Afrontamiento Cognitivo al estrés por VIH: Implicación activa-positiva, confianza activa en otros, crecimiento personal, rumiación, distracción, resignación pasiva, evitación/comportamientos pasivos, relación positiva con equipo asistencial, apoyo social, estrés

Objetivo: Reducir consumo de drogas, disminuir emociones negativas, facilitar estrategias conductuales de adecuación al tratamiento, (información, planificación, monitoreo), promover actitudes positivas hacia el tratamiento, emociones positivas, y aceptación de la condición de vivir con VIH, proporcionar apoyo social informal.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los estudios realizados sobre adherencia en persona con VIH, y patologías asociadas.

Resultados: Los contenidos y actividades de la intervención piloto de apoyo al tratamiento en personas con VIH y comorbilidad.

INTERVENCION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	EVALUACION
AREA 0 INTRODUCCION Objetivos generales	Identificar conducta adherente	Los tratamientos antivirales Factores personales que influyen en la adherencia	1.Registro de toma de medicación antirretroviral 2. Registro de toma de medicación psiquiátrico

	Identificar factores personales obstaculizadores y facilitadores de la conducta adherente	Factores asociados a una mejor calidad de vida	3.Registro factores obstaculizadores del cumplimiento 4.Registro factores facilitadores del cumplimiento
AREA 1. REDUCIR FACTORES DE RIESGO	Reducir consumo de drogas	Consumo de riesgo	5.Cuestionario de evaluación del consumo de drogas
	Disminuir emociones negativas ligadas a la condición de vivir con VIH	Identificación y modificación de pensamientos negativos y emociones asociadas	6.Listado de sentimientos negativos
AREA 2: PROMOVER FACTORES DE PROTECCION	2.1.Facilitar estrategias conductuales y cognitivas de adecuación al tratamiento	Cumplimiento de citas médicas	7Registro de consultas
		Adhesión a programas y servicios de atención	8.Registro de utilización de servicios o programas
		Autonomía en la toma de medicación	Registro de olvidos
		Adecuación de la toma al estilo de vida individual	Ejercicio de metas
	2.2. Promover actitudes positivas hacia el tratamiento,	Pros y contras del tratamiento a corto y largo plazo	Ejercicio de toma de decisiones
	2.3. Proporcionar apoyo social informal :	Apoyo emocional, individual, grupal telemático	Seguimiento

Eficacia de un programa específico de intervención en crisis en pacientes con perfil suicida

Eduardo Bensassón Prieto¹

L.González, C.Bardón

R.Chafer, S.Orsi, J.Vegué²

¹*Hospital de Día Córcega CPB - Barcelona*

²*CPB*

En los últimos años se han diseñado programas específicos para la prevención del suicidio. En el HDC funciona un Programa de Intervención en Crisis (Programa de Atención Rápida PAR) dirigido a pacientes en situación de crisis y riesgo autolítico. Es un programa de 8 semanas, estructurado, integral e intensivo. Consta de terapia individual, grupal, atención DUE y actividades terapéuticas específicas. El objetivo de este estudio es evaluar los perfiles psicométricos y la eficacia de un programa de estas características en este tipo de pacientes.

Estudio prospectivo longitudinal, muestra de pacientes del último año (n=50). Se evalúan las variables clínicas ideación/tentativa autolítica (IA/TA), y variables psicométricas al ingreso y alta (ICG-S, HDRS y STAI). Paquete estadístico SPSS 18.0.

Se han hallado relaciones estadísticamente significativas entre: TA e ICG-S de ingreso, presencia/no presencia de IA y STAI-E de ingreso, presencia/no presencia de TA y STAI-E de ingreso (relación inversa). También entre la ICG-S, HDRS y STAI-E de ingreso y de alta.

La ICG-S resulta ser un buen instrumento para detectar el grado de severidad en los pacientes que presentan TA. No se han hallado diferencias significativas en las puntuaciones globales del HDRS al ingreso, sería interesante medirlas desglosadas por ítems para detectarlas. Las puntuaciones en el STAI-E al ingreso son significativamente más altas cuando hay IA, y son más bajas cuando ha habido TA que cuando no la ha habido. La TA disminuye los niveles de ansiedad a corto plazo, probablemente en relación con la crítica de la TA.

Dado que tanto la ICG-S, HDRS y STAI-E muestran mejoras significativas al ingreso y al alta, se concluye que un programa de estas características es eficaz para este tipo de pacientes, en situación de crisis y riesgo autolítico.