COLEGÍO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

ENFERMERÍA SALUD MENTAL CANTABRIA

30 de noviembre y 1 de diciembre de 2017

I Jornada del Colegio de Enfermería de Cantabria en Salud Mental

Santander

"Si luchas puedes vencer,
si no luchas estás vencido."

Anonimo

COLEGÍO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

ENFERMERIA SALUD MENTAL CANTABRIA

FUNDACIÓN ACORDE
CON LA SALUD Y EL BIENESTAR SOCIAL

Cáritas
Diocesana de Santander

ASCASAM
asociación cántabra pro salud mental

Hermanas Hospitalarias

Grupo
CRPS Jofré
PRISMA
CRPS Luis Vives
Care
Asistencial

f.e.s.

Fundación Cántabra
Salud y Bienestar Social

30 de noviembre y 1 de diciembre de 2017

I Jornada del Colegio de Enfermería de Cantabria en Salud Mental

Santander

COMITÉS 4

EDITORIAL 5

PONENTES 8

PROGRAMA 16

POSTERS 20

Comité Organizador:

Presidenta:
Dña. Rocío Cardeñoso
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Comité Organizador:
Dña. Ana Manzanas
Dña. Mª. Ángeles Carbajo
Dña. Rocío Álvarez
D. Ángel López
Dña. Ana Tobarra
D. Fernando Rodríguez
Dña. Alexandra Gualdrón Romero
Dña. Mª. Luz Fernández Fernández
Dña. Yolanda Doalto

Comité Científico:

Presidenta:
Dña. Alexandra Gualdrón
Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Comité Organizador:
Dña. Ana Tobarra
D. Fernando Rodríguez
Dña. Mª. Luz Fernández Fernández
Dña. Ana Bermúdez

EDITORIAL

Necesidad de cambio en los paradigmas de atención en Salud Mental

"Si luchas puedes vencer, si no luchas estás vencido."

Anonimo

Con este lema se ha celebrado la **I Jornada del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria en Salud Mental**, ya que los profesionales, pacientes y familiares junto con los gestores políticos y asistenciales deben hacer un esfuerzo añadido para conseguir una mejora real de atención en salud mental.

Cada vez con más certeza se está demostrando que los tratamientos aplicados en los actuales modelos de salud pública a los enfermos de salud mental no están dando los resultados esperados. El aislamiento de los pacientes y la aplicación de soluciones individualizadas sin tener en cuenta su entorno social, las redes asistenciales y la imperante necesidad de intercambiar información de interés entre los diferentes profesionales sanitarios y asistenciales hacen necesario un replanteamiento integral del actual modelo de atención a los pacientes de salud mental. Esta apuesta decida por establecer una nueva red sociosanitaria pasa por la involucración plena de la Enfermería. La cercanía con los pacientes y el intercambio constante de información técnica se postulan como ejes fundamentales para el éxito del desarrollo de los procesos asistenciales modernos, integrados socialmente y con un constante flujo formativo y de intercambio de experiencias en el que las enfermeras son el elemento de referencia para el resto de los profesionales que intervienen en los procesos de cuidados. De ahí de la importancia de esta **I Jornada del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria en Salud Mental** que, bajo el lema "Si luchas puedes vencer, si no luchas estas vencido", pretende marcar un un punto de inflexión en el reconocimiento de nuestra labor profesional. Actualmente, las estrategias nacionales de salud mental tienden a reflejar los programas biomédicos y a ocultar las opiniones y la participación significativa de otros profesionales sanitarios y asistenciales; de la sociedad civil y de los usuarios y pacientes. Este modelo caduco ha sido ya denunciado por la OMS. Se abre por tanto una oportunidad única para que las enfermeras se postulen como un eslabón fundamental e imprescindible en todos los procesos y tratamientos a los enfermos de salud mental, pudiéndose convertir en el elemento de referencia de todas las partes implicadas, tanto sociales, como académicas, así como médicas y asistenciales.

Se trata por tanto, de adaptar las nuevas necesidades que la investigación considera fundamentales a la hora de abordar cualquier tratamiento en el ámbito de la salud mental, a la realidad social y asistencial en la que la Enfermería puede desarrollar de forma autónoma y con total independencia sus habilidades y conocimientos, adquiriendo nuevas responsabilidades competenciales y participando activamente en los diferentes proyectos de investigación puestos en marcha, así como en los ensayos clínicos que evidencien la necesidad de fomentar la prevención, además de la investigación independiente. En este contexto, adquiere caca vez más importancia la integración orgánica y física entre salud mental y Atención Primaria. La coordinación con los servicios sociales y la integración del enfermo en su entorno hacen que las enfermeras puedan establecer un punto de unión y convertirse en el vínculo de referencia para investigadores, docentes, sanitarios y los propios centros asistenciales sin necesidad desubicar a los enfermos y sus familias. Los tratamientos descentralizados y unipersonales están cada vez más alejados de la evidencia científica y de la realidad social en la que vivimos por lo que se nos abre un mundo de posibilidades y un campo de actuación profesional que no debemos dejar escapar, implicándonos en estos cambios adaptativos propuestos desde la OMS, con nuestro trabajo, profesionalidad, experiencia y capacidad investigadora. La creación de nuevos servicios sociosanitarios de salud mental su implementación e integración requerirá tarde o temprano de nuestra atención en cuidados, capacidad de liderazgo y desarrollo autónomo de nuestros conocimientos.

Avancemos mejorando el trabajo en equipo, asumiendo nuestra responsabilidad como sanitarios y avancemos juntos trabajando en equipo con un enfoque integral, en la atención a las personas con enfermedad mental.

Estas jornadas queremos que sean un encuentro de profesionales, asociaciones y pacientes, porque es juntos como tenemos que construir y estos encuentros son facilitadores del avance que todos deseamos.

Rocío Cardeñoso Herrero
Presidenta

PONENTES

D. Lorenzo Amaro Medina.

Enfermero y Psicoterapeuta. Especialista en Salud Mental. Director del Instituto Superior de Ciencias Terapéuticas y Educativas. Psicoterapeuta, Diplomado en Enfermería, Diplomado en Salud Mental, Psicoanálisis directo, Psicología Psicoanalítica, Máster en Terapia Breve Estratégica , Posgrado en Salud sexual, Creador de más de 30 Técnicas y Métodos terapéuticos educativos y de sanación, Presidente de la Asociación de Terapeutas por la Paz.

D. Francisco Ventosa Esquinaldo.

Hermano de San Juan de Dios. Ayudante Técnico Sanitario. Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería de Cuidados Médicos- Quirúrgicos. Especialista en Enfermería de Salud Mental. Máster Oficial "Investigación en Cuidados". Doctor en Enfermería.

Profesor de Historia, Teorías y Métodos I en Grado de Enfermería. Director del Diploma de Especialización en Enfermería Quirúrgica y Reanimación (III Edición). Artículos Publicados 20. Ponencias, Comunicaciones, Congresos 46. Libros monográficos 4, libros colectivos, 7. Proyectos de Investigación, 2.

Desde el 2009 hasta la actualidad Director Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" en Bormujos-Sevilla.

D. Francisco Megías Lizancos.

Enfermero por la Universidad Complutense de Madrid en la Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios de Ciempozuelos, y Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Máster en Enfermería Comunitaria por el Programa del Ministerio de Sanidad y Consumo en la Escuela Nacional de Sanidad. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Es Presidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

Dña. Maite Santurtun Zarrabeitia.

Enfermera y Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y el desarrollo por la Universidad de Cantabria y experta en Salud Mental y Psiquiatría por la UNED. Desde hace casi 5 años desarrolla su actividad asistencial en el Centro Hospitalario Padre Menni siendo en la actualidad la enfermera responsable de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Previamente desarrolló su labor en el área quirúrgica del HUMV. Compagina su labor asistencial con la docente e investigadora. Ha colaborado y trabaja como profesora asociada en la Escuela Universitaria de Enfermería desde hace 4 años en la asignatura de Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica habiendo dirigido 4 trabajos fin de grado, y siendo autora de varios artículos, capítulos de libro y comunicaciones presentadas a congresos nacionales e internacionales.

D. Juan Antonio García Sánchez.

Diplomado Universitario en Enfermería, por la Universidad de Cádiz (1988).Título de Enfermería de Empresa, por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (1991). Curso de Aptitud Pedagógica (C.A.P.), por la Universidad de Málaga (1999) Especialidad Enfermería en Salud Mental (2010). Diploma de Especialización en Gestión de Cuidados de la EASP (2016).

Coordinador de Cuidados de la UGC de Salud Mental del Hospital Universitario Regional de Málaga (2010).

20 años de experiencia como Enfermero de una Unidad de Agudos de Psiquiatría (Ocho como Supervisor de Enfermería de la misma).

3 años de experiencia asistencial en otros dispositivos hospitalarios y ambulatorios.

Tutor de Especialistas de Enfermería (EIR) de Salud Mental. Tutor Clínico de Grado de Enfermería de la Universidad de Málaga (UMA). Profesor Asociado y Monitor de Enfermería en el Área de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental de la Escuela Universitaria de enfermería (Diputación Provincial de Málaga).

Dña. Evelyn Huizing.

Enfermera Especialista de Salud Mental. Bachelor of Science in Nursing. Se formó como enfermera en Holanda entre los años 1982 y 1985 y desde el año 1992 vive y trabaja en Sevilla. Trabajó los últimos 5 años antes del su cierre en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores en Sevilla. Posteriormente trabajó en una Comunidad Terapéutica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena hasta el año 2003. Desde entonces trabaja como Asesora Técnica en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en concreto en el Programa de Salud Mental, del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Es autora y revisora de varios documentos técnicos del SAS, publicados en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, principalmente ligado a Trastorno Mental Grave, a Prevención del Suicidio y a Derechos Humanos. A destacar la Guía de Apoyo para la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental. Es Miembro del Comité Técnico Asesor de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Coordina el grupo de trabajo Recuperación y Cuidados de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental y ha publicado varios artículos en esta línea. Ha trabajado en varios proyectos Europeos en los últimos años. Actualmente es la referente de Andalucía de la European Community based Mental Health Service Providers Network (EUCOMS). Asimismo trabaja actualmente en Be Right, un proyecto Europeo que está diseñando un programa de formación en Derechos Humanos para profesionales sanitarios y sociales.

D. Miguel Mateo Soler.

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Funcionario del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Puesto de trabajo actual: Director de Programas. Centro de Inserción Social José Hierro. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Funciones: Coordinación de la atención a la salud mental de personas judicializadas. Desarrollo de proyectos de telemedicina. Miembro del grupo de trabajo para diseño de la Ruta del paciente con trastorno mental grave. Oficina de Cronicidad, Servicio Cántabro de Salud.
Puestos de trabajo anteriores: Delegación del Gobierno en Cantabria: Secretario General, Director del Área de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior: Director del Centro Penitenciario El Dueso, Gerente Hospital General Penitenciario de Madrid, Jefe del Área de Salud Pública de Instituciones Penitenciarias, Subdirector Médico CP Madrid 2, médico CP Madrid 2.
Asociaciones: Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

D. Jesús Artal Simón.

Psiquiatra. Jefe del Área de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (1982). Doctor en Medicina por la Universidad de Zaragoza (1983). Actualmente Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", desde junio de 2013. Facultativo especialista en Psiquiatría en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander desde 1988 hasta junio de 2013. Profesor Asociado de Psiquiatría (Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría) de la Universidad de Cantabria desde 1988 hasta 1996, y desde 2005 hasta la actualidad. Tutor de los MIR de Psiquiatría del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander desde 1998 hasta 1996, y desde 2011 hasta mayo 2013. Director General de Salud Mental del Gobierno de Cantabria desde 1996 a 2000. Director General de Ordenación y Atención Sanitaria del Gobierno de Cantabria desde 2000 a 2003. Master en Administración Sanitaria, 2001. Coordinador del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. Representante de Cantabria en la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS. Vicepresidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde 2014. Autor de más de 50 publicaciones científicas entre revistas psiquiátricas de impacto, comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, capítulos de libros y monografías de la especialidad.

Dña. María Serrano Oceja.

Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria "Salus Infirmorum". Universidad Pontificia de Salamanca. Cuenta con una dilatada experiencia profesional en el ámbito profesional de la Salud Mental desde el año 2001en el ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y desde el año 2006 hasta la actualidad trabaja como enfermera en el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependencias de la Fundación Cántabra para la Salud y Bienestar Social. Centro de Rehabilitación Pedrosa.

Dña. Marta Arrieta.
Centro de Rehabilitación Psicosocial. Centro Hospitalario Padre Menni (Santander). Doctora en Psicología (Programa de Salud y Familia vinculado al Área de Conocimiento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Deusto). Especialista en psicología clínica. Master en Ocio y Potencial Humano por la Universidad de Deusto y el Politécnico de Leeds (Inglaterra). Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni desde 1999. Tanto la tesis doctoral como las publicaciones posteriores se centran en el campo de la rehabilitación psicosocial de personas con diagnóstico de enfermedad mental grave.

D. Damián González Pérez.
Psicólogo clínico. Presidente de la Fundación Acorde y Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial Dual Acorde. Experto universitario en dirección y gestión de servicios sanitarios y sociales. Más de 15 años de experiencia en trabajo con personas con adicciones y trastornos mentales. Amplia experiencia en tratamiento individual y conducción de grupos de terapia.

D. José Mª. Fuentes-Pila Estrada.
Fundación Sistémica. Licenciado en farmacia. 1985. Experto en Metodología de Educación para la salud. Especialista en Drogas Tóxicas y Estupefacientes. Universidad Complutense. Madrid. Master en Drogodependencias y SIDA. Open University. UNESCO. Master en Drogodependencias. Universidad de Deusto. Master en Tabaquismo. Universidad de Cantabria Y Complutense. Psicoterapeuta de Familia y de Pareja. Escuela Vasco Navarra de terapia de Familia. Director del Instituto Cántabro de Conductas Adictivas. Director del Instituto Cántabro de Psicoterapia. SISTEMICCA. Colaborador docente de la Escuela Vasco Navarra de terapia de Familia. Ha realizado más de 200 talleres, seminarios y conferencias en ámbito nacional e internacional. Colaboración con escuelas sistémicas de México, Argentina, Ecuador y Colombia.

Dña. Arancha Solana Álvarez.
Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales (Universidad de Cantabria 60 créditos). Experta universitaria en Inmigración, exclusión y políticas de integración (UNED 300 horas). Diplomada en Trabajo Social. Escuela Universitaria de Trabajo Social (UPV – Vitoria - Gasteiz). Técnico Superior en Integración Social. En el Instituto Santa Clara (Santander).
Formación complementaria: Curso "Mejora de las habilidades comunicativas en la empresa" impartido por la Fundación Tripartita para la formación en el empleo (12 horas). Curso sobre "El Trabajo Social como Perito, testigo y especialista judicial", junio de 2011 (20 horas). Acción formativa "Dirección y Gestión de Equipos de Trabajo" impartido por la Fundación Tripartita para la formación en el empleo (12 horas). Curso de intervención con víctimas de violencia de género (100 horas), septiembre-diciembre de 2008.

Experiencia Profesional: De Diciembre a marzo de 2003/04: Prácticas como Técnica superior en integración social en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Solares – Cantabria, encargándome del seguimiento del servicio de ayuda a domicilio. De Abril a Julio de 2004: Becaria en el programa Leonardo Da Vinci. Realizando prácticas como Técnica Superior en Integración Social en el colegio de educación especial (The Futcher Special School - Portsmouth/Inglaterra). Curso académico 2005 -2006: Realización de Prácticas de Segundo Curso de Trabajo Social en la Asociación de Parkinson de Álava "ASOPARA" (Vitoria – Gasteiz).

Marzo a Junio del 2007: Realización de prácticas de tercer Curso de Trabajo Social, en la Asociación Melina (Mujeres y empleo en labores de innovación, negocio y autoayuda) de Colindres, realizando proyectos de intervención dirigidos principalmente al colectivo de mujer y actividades que promuevan la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

De Agosto a diciembre de 2007: Trabajadora Social en la Asociación Melina de Colindres (Cantabria). De Julio de 2008 hasta diciembre de 2008: Trabajadora social en el Ayuntamiento de Santoña. De Septiembre 2008 hasta septiembre de 2009: encargada del programa de ocio los fines de semana en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental) de Colindres.

Desde Enero de 2010 hasta la actualidad: Trabajadora Social en la Asociación Cántabra Pro Salud Mental (ASCASAM), entidad legalmente reconocida de Interés Sanitario Social y sin ánimo de lucro.Como responsable del Servicio de Orientación y Atención Social (S.O.A) y coordinadora del servicio de atención domiciliaria especializado (S.A.D.E) y del Programa de promoción de la autonomía personal (PPAP).

Dña. Carmen San Román González.

Diplomada en Trabajo Social por la Escuela Universitaria de Oviedo. Ejerce su carrera profesional desde hace veintinueve años en Cáritas Diocesana de Santander, donde trabaja en el Programa de Acompañamiento Especializado, con Personas Sin Hogar.

Es miembro de la Coordinadora de Entidades que trabajan con Personas Sin Hogar en la que se encuentran representados Gobierno de Cantabria, Ayuntamiento de Santander, Cocina Económica, Cantabria Acoge, Cruz Roja, ACCAS y Cáritas.

A petición del Servicio Cántabro de Salud, ha participado en la elaboración del temario, con el curso de "Atención a Pacientes en situación de Vulnerabilidad Social", que imparte online a través de SOFOS.

D. Roberto Pastor Palacio.

Máster en psicología clínica y de la salud, ISEP 60 Créditos ECTS. (2015). Acreditación como "Psicólogo General Sanitario" por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria (2014). Máster de Formación del Profesorado de Secundaria (Especialidad Orientación Educativa) (2010) 60 créditos ECTS. Máster EFEM, en "Dirección de Recursos Humanos" 825h. (2010). Licenciado en Psicología por la Universidad del País Vasco. (2008).

Otros estudios y formación complementaria: Curso de "Diplomado en evaluación e intervención en psicología clínica" (50 h+125 h) (Enero-Abril 2014) ISEP Madrid. Curso Superior de Especialización en Dirección de residencias y atención a personas en situación de dependencia, (500h) (2013). Curso de "Director de Centros de Servicios Sociales" (300h+200h especialidad) EDAE (2013). Curso de "Técnico Superior en Psicología Clínica Aplicada a Adultos" (300h) (2012).

Experiencia laboral: Psicólogo en el CRPS "Jofré" (agosto 2011- actualidad). Profesor de psicología desde el curso académico 2011/2012 hasta actualidad para"Unate". Psicólogo particular, para jóvenes ANEAES y familias. Tutor de Practicum curso académico 2012/2013 Universidad Pontificia de Salamanca (220h). Psicólogo y orientador laboral en el servicio de asesoría Psico-Socio-Laboral de atención al inmigrante en Maliaño (Sep 2010- Oct 2011)

Profesor en talleres de psicología para SEMFOR. Orientador escolar en prácticas en el IES Leonardo Torres Quevedo.

Luis Ángel López Menéndez.

Diplomado en Magisterio (Universidad de Cantabria). Licenciado en Psicología, especialidad de Psicología Clínica (Universidad de Salamanca). Doctor en Psicología (Universidad de Oviedo).

Formación especializada en Pedagogía Terapéutica, Terapia de Conducta, Neuropsicología y Neuropsicoficiología Aplicada (Biofeedback y Neurofeedback).

Experiencia de más de 30 años como psicólogo. Atención educativa de niños con trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales (14 años). Atención psicológica de personas con trastornos mentales (25 años). Rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad por enfermedad mental (21 años). Exploración y rehabilitación neuropsicológica de personas con trastornos neurológicos (15 años).

Emprendedor y gestor de Centros de Rehabilitación Psicosocial, de Centros de Neurorehabilitación y de Atención Sociosanitaria de Personas en Situación de Dependencia (21 años).

PROGRAMA

JUEVES, 30 DE NOVIEMBRE 2017 (Pre-Jornada)	
Sede: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Calle Cervantes, 10. 39001 Santander	
16.30 h	**Seminario: La Utilización de la Musicoterapia para el trabajo con el Paciente de Salud Mental** D. Lorenzo Amaro Medina. *Enfermero y Psicoterapeuta. Especialista en Salud Mental.*

VIERNES, 1 DE DICIEMBRE 2017	
Sede: Gran Casino Sardinero. Plaza de Italia, s/n, 39005 Santander	
08.30 – 09.15 h	Entrega de documentación e inicio de exposición de pósteres
09.15 – 09.30 h	**Presentación de la Jornada. Autoridades** Dña. Rocío Cardeñoso Herrero. *Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.* Dña. Ana Tobarra Prado. *Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.*
09.30 – 10.30 h	**Conferencia Inaugural: "Pasado, Presente y Futuro de la Salud Mental en España"** Moderadora: Dña. Ana Bermúdez Saiz. *Subdirectora de Enfermería. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander.* D. Francisco Ventosa Esquinaldo. *Enfermero. Especialista en Salud Mental. Hermano de la Orden de San Juan de Dios.*
10.30 – 11.45 h	**MESA 1. NUEVAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN SALUD MENTAL** Moderador: D. Fernando Rodríguez Fernández. *Enfermero. Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.*
	El compromiso enfermero y los valores más allá del exclusivo conocimiento de salud mental D. Francisco Megías Lizancos. *Doctor en Enfermería. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Profesor universitario. Máster en Enfermería Comunitaria. Presidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.*
	Nuevos retos para la enfermería: Salud Mental Infanto – Juvenil Dña. Maite Santurtun Zarrabeitia. *Doctora en Enfermería. Enfermera Unidad Infanto- Juvenil. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander.*
	Proyecto Presencia D. Juan Antonio García Sánchez. *Enfermero. Especialista en Salud Mental. Coordinador UGC de Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga.*
11.45 – 12.15 h	Pausa / Café
12.30 – 14.00 h	**MESA 2. NUEVOS RETOS EN SALUD MENTAL** Moderadora: Dña. Ana Tobarra Prado. *Enfermera. Especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.*
	Guía para la planificación anticipada de decisiones en Salud Mental Dña. Evelyn Huizing. *Enfermera. Especialista en Salud Mental. Programa de Salud Mental. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.*
	Telemedicina en Salud Mental D. Miguel Mateo Soler. *Director de Programas CIS José Hierro Santander (Centro adscrito al Centro Penitenciario El Dueso). Cantabria.*
	La Salud Mental en Cantabria D. Jesús Artal Simón. *Psiquiatra. Jefe del Área de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud.*

14.00 – 15.30 h	**Almuerzo**
15.30 – 17.45 h	**MESA 3. RECURSOS SOCIALES EN SALUD MENTAL EN CANTABRIA** Moderadora: Dña. Rocío Álvarez Crespo. *Enfermera y Psicóloga. Centro de inserción Social de Santander. Centro Penitenciario El Dueso. Cantabria.* • *Centro de Rehabilitación Pedrosa.* Dña. María Serrano Oceja • *Centro de Rehabilitación Psicosocial. Centro Hospitalario Padre Menni (Santander).* Dña. Marta Arrieta • *Fundación ACORDE.* D. Damián González Pérez • *Fundación Sistémica.* D. José Mª. Fuentes-Pila Estrada • *ASCASAM.* Dña. Arancha Solana Álvarez • *CARITAS.* Dña. Carmen San Román González • *Centro de Rehabilitación Psico-social JOFRE.* D. Roberto Pastor Palacio y D. Luis Ángel López Menéndez
17.45 – 18.45 h	**Conferencia Final. Terapia Musical** Moderador: D. Ángel López Sánchez. *Enfermero. Centro Penitenciario El Dueso. Cantabria.* D. Lorenzo Amaro Medina. *Enfermero y Psicoterapeuta. Especialista en Salud Mental.*
18.45 – 19.15 h	**Acto de Clausura**
19.15 h	**Cóctel Saludable**

POSTERS

1. PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL DELIRIUM EN CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor/es:
Verónica Gómez Abad. Enfermera de Traumatología y Cardiología. Hospital Sierrallana. Santander. Cantabria.
Raquel Cruz Valle. Enfermera de Reanimación y Cuidados Críticos. Hospital Sierrallana. Santander. Cantabria.

Objetivos:

Definir las acciones más eficaces en la prevención del Síndrome Confusional Agudo en la UCI. Identificar la escala de valoración de elección para dx precoz del Delirium en los usuarios ingresados en UCI.

Metodología:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, combinando las palabras clave "Delirium", "UCI", "Paciente", "Diagnóstico" y "Prevención", obteniéndose un total de 28 artículos.
Se han descartado los artículos no realizados en territorio español, y los anteriores al 2007 por motivos de desactualización.
Finalmente, tras la lectura crítica de la bibliografía encontrada, se han seleccionado 8 documentos.

Resultados:

Los artículos comparados, coinciden en la escala CAM UCI como la más sensible para el diagnóstico precoz del delirium. Además del manejo farmacológico adecuado, puesto que una sobresedación puede influir negativamente en la aparición del delirum, por parte del personal sanitario se pueden llevar a cabo varias acciones encaminadas a la prevención, tales como:

1. Orientación del paciente tanto en tiempo, persona y espacio.
2. Buen control del dolor.
3. Asegurar un ambiente tranquilo y sueño reparador.
4. Movilización precoz y estimulación intelectual.

Conclusiones:

Existe evidencia científica de la importancia en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado del Delirium por su alta tasa de morbimortalidad.

Es labor de enfermería conocer el estado mental del paciente y la evaluación del mismo, siendo necesario protocolizar la valoración del estado cognitivo mediante la escala CAM UCI.
Por todo ello consideramos necesario una mayor investigación de calidad en materia de prevención y detección del delirium en UCI.

Bibliografía:

1. Cachón-Pérez J.M. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 2014; 25 (2): 38-45.
2. Carrera Castro C. Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU en el diagnóstico clínico del delirium en pacientes críticos. Inquietudes. Revista de enfermería.2014; 47: 9-18.
3. Paz Martín D. Delirio en unidades de cuidados intensivos. Revista electrónica de Anestesia R. 2014; 6(4):301.
4. Mesa P. Recomendaciones para el manejo de la agitación y delirium en el paciente crítico. Unidad de Medicina Intensiva. Hospital español. 2014.
5. González Uribelarrea S. Delirium: El gran olvidado de las unidades de críticos. Universidad de Valladolid. 2016.
6. Zazpe Oyarzun C. Asiain Eno M.C. Revisión de conocimientos sobre el síndrome confusional agudo en el paciente crítico. Enfermería Intensiva 2012; 23 (2)
7. Diaz Moreno H. Ramos Zabala F. Valdivia Martín M.I. Protocolo diagnóstico y terapéutico del delirium tremens. Hospital Príncipe Asturias Madrid. Hospital Montepríncipe. Madrid. 2007.
8. Palencia Herrejón G. Diagnóstico del delirio en el enfermo crítico. Medicina Intensiva. 2010; 34 (1)

2. FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Autor:
Mercedes San José Ruíz Enfermera. Servicio de Urgencias Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Objetivos:

Conocer las características de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital comarcal para consultar por problemas de Salud Mental así como, analizar los flujos asistenciales.

Metodología:

Estudio observacional transversal retrospectivo de los pacientes que acudieron a Urgencias del Hospital Sierrallana por problemas de Salud Mental durante los meses de enero y febrero del 2017.

Resultados:

Las personas que consultaron por problemas de Salud Mental supusieron un 1´6% de las urgencias. No se observa una gran variabilidad por sexo, siendo ligeramente superior (6%) el número de mujeres. Es más frecuente el rango de edad de los 26 a los 55 años.

En cuanto al motivo de consulta, en su mayoría acuden por ansiedad (58%). El segundo motivo de consulta es el intento autolítico (25%). Casi un tercio de los pacientes acuden en fin de semana. Además, consultan prácticamente el mismo número de pacientes por la mañana que por la tarde. Estos datos son importantes ya que, en este hospital, sólo contamos con el servicio de Psiquiatría en horario de mañana de lunes a viernes. Se derivaron al HUMV para valoración por Psiquiatría el 9´6% de los pacientes.

Conclusiones:

Los trastornos de ansiedad son un motivo de consulta muy frecuente en urgencias. Debemos conocer las características diferenciales de estos pacientes para mejorar su atención.

3. INSOMNIO EN EL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

Autores:

Itxaso Rodríguez Redondo, Mª Teresa Ojeda Heras, María Gándara Diego y Pilar Diéguez Poncela.

Enfermeras atención Especializada. Hospital de Laredo. Cantabria.

Objetivos:

Analizar los factores que influyen en el insomnio del paciente adulto hospitalizado e identificar las medidas específicas para la mejora de la conciliación del sueño.

Metodología:

Se realizó un Análisis de la producción científica publicada en las bases de datos indexadas en la biblioteca Marquesa de Pelayo del Servicio Cántabro, durante los últimos 5 años, acerca de los factores que influyen en el insomnio de los pacientes hospitalizados y las medidas utilizadas para paliarlo.

Resultados:

Las publicaciones científicas concluyen que la Incidencia de insomnio se presenta en el 47% de los pacientes hospitalizados. Las alteraciones del sueño se asocian a una menor tolerancia al dolor y mayor irritabilidad, llegando a presentar accidentes debido a somnolencia diurna e incrementando la estancia hospitalaria. El tratamiento habitual es farmacológico siendo el más utilizado las benzodiacepinas. La enfermería puede contribuir a conseguir una correcta Higiene del Sueño disminuyendo el consumo de medicamentos.

Conclusiones:

Implementando medidas higiénicas del sueño como limitación del ruido ambiental, regular luz, administrar infusiones, vaciado de vejiga o evitar administración de diuréticos antes de dormir se favorece el confort, mejora la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

Bibliografía:

1. Aguilera L, Díaz M, Sánchez H. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev.Hosp.Clin.Univ.Chile 2012; 23(1):13-20.

2. CARO MN, RIGO MA, JANÉ CC, SALA JR. Tratamiento del insomnio en pacientes hospitalizados. Farmacia Hospitalaria 2002;(26/03):178.

De Castro FL, Rodríguez OF, Ortega MM, Agüero LF. Abordaje terapéutico del insomnio. SEMERGEN-Medicina de familia 2012;38(4):233-240.

Dois A, Masalán P, Leyton P. Enfermería para el autocuidado en personas con problemas del sueño. Investigación y Educación en Enfermería 2003;21(2):16-30.

Florez CI, Padilla I, Turrado MÁ, Romero Á. Mejora del Reposo- sueño del Manual de procedimientos generales de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía; https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/i1_mejora_reposo_sueno.pdf., 2017.

López A, Lemus A, Manterola C, Ramírez J. Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. Arch Neurocien 2009;4:266-272.

4. EFICACIA DE LA TERAPIA CON FLORES DE BACH EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL.

Autor:
Alain Fernández Álvarez. Enfermero de Urgencias. Hospital de Laredo. Torrelavega. Cantabria.
Coautoras:
Sara Fernández Del Corral. Enfermera Servicio Medicina Interna. HUMV.
Aurora Santillán Gonza. Enfermera Geriatría. Fundación Asilo "San Jose". Torrelavega.

Objetivos:

Describir la eficacia de la terapia con Flores de Bach en pacientes con ansiedad y Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

Metodología:

Revisión bibliográfica en Pubmed con los Medical Subject Headings (MeSH): "bach flowers" y "psychiatry", de artículos en castellano e inglés publicados desde 2009, obteniendo una muestra final de 2 artículos.

Resultados:

La terapia con Flores de Bach fue descubierta por el Dr. Edwar Bach, a principios del pasado siglo, identificando más de 38 remedios diferentes, para el tratamiento de diferentes estados de ánimo y patologías psiquiátricas (1,2).
En la mayoría de países, estos remedios están comercializados como suplementos alimenticios y no como medicamentos. El modo de acción no depende de mecanismos moleculares o farmacológicos, sino de las energías en las que las flores transmiten al sujeto y viceversa (2).
Para dos personas distintas afligidas por la misma patología, se podría recurrir a distintas esencias florales para obtener el mismo resultado; ya que el efecto de la misma está asociado a la personalidad y actitud del ser humano, y por tanto no se puede utilizar como un tratamiento estandarizado (2).

Conclusiones:

La terapia con flores de Bach es una terapia segura, pues no conlleva peligro, aunque carece de especificaciones sobre su funcionamiento (1,2). Muchos de los estudios clínicos aleatorizados y sistematizados consultados contienen sesgos para enfermedades como la depresión, estrés, etc.
Sin embargo, se han conseguido evidencias clínicamente significativas, en pacientes con TDAH y ansiedad, en las que las flores de Bach no tienen efectos superiores a los ofrecidos por un placebo (1).

Bibliografía:

(1) Thaler K, Kaminski A, Chapman A, Langley T, Gartlehner G. Bach Flower Remedies for psychological problems and pain: a systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine.2009;9(16):1-12.
(2) Ernst E. Bach flower remedies: a systematic review of randomized clinical trials. Swiss Med Wkly.2010;140:1-4.

---

5. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL EN EL CENTRO PENITENCIARIO "EL DUESO" Y CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL "JOSÉ HIERRO" (CANTABRIA).

Autores:
López AM. Enfermero de Instituciones Penitenciarias. Centro Penitencia-rio "El Dueso". Santoña. Cantabria
Álvarez R. Enfermera de Instituciones Penitenciarias. Centro de Inserción Social "José Hierro". Santander. Cantabria.

Objetivos:

Los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión son mucho más frecuentes que en la población general. La intervención1 sobre el enfermo con un trastorno mental grave2 (TMG) se realiza desde un equipo multidisciplinar e implica tres procesos complementarios.

- Recuperar la salud estrictamente para lo que hay que detectar, diagnosticar e instaurar un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos.
- Rehabilitación. Sus objetivos esenciales son remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible. Ha de ser individualizada.
- Continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo, una vez abandona el centro penitenciario. El proceso de incorporación, ha de ser paulatino y progresivo estableciendo contactos previos con la familia y entidades de acogida por medio de salidas terapéuticas, salidas periódicas y permisos de salida.

Metodología:

Para llevar a cabo esta intervención se crea el "Programa de Atención Integral al Enfermo Mental" (PAIEM) llevado a cabo por equipo multidisciplinar de Salud Mental del Centro Penitenciario El Dueso para los dos primeros objetivos y el CIS José Hierro de Santander para el tercero mediante los programas "Puente"(3) para las penas privativas y "Puente extendido" para las alternativas.

Resultados:

Estabilización del paciente, incremento de su autonomía y enganche a los recursos comunitarios para su cuidado y continuidad en el tratamiento.

Conclusiones:

El abordaje multidisciplinar y coordinado de los pacientes ingresados en prisión con TMG mejora las condiciones de incorporación en la sociedad a los recursos asistenciales adecuados.

Bibliografía:

1. PAIEM RENOVADO. Gobierno de España. Ministerio del Interior. Secretaría general de Instituciones Penitenciarias Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. Disponible en https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihgtuf5sXWAhURL1AKHdnsCiYQFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.institucionpenitenciaria.es%2Fweb%2Fexport%2Fsites%2Fdefault%2FNoticias%2FCarpeta%2FPAIEM_RENOVADO.pdf&usg=AFQjCNFJLexcfXOXMXGY9aCwWuYTV_tejw
2. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Disponible en https://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/apartado02/definicion.html#
3. PROGRAMA PUENTE DE MEDICION SOCIAL. Gobierno de España. Ministerio del Interior. Secretaría general de Instituciones Penitenciarias. Disponible en http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf

6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: IDEACIÓN SUICIDA EN EL ANCIANO CON DEPRESIÓN NO DIAGNOSTICADA.

Autor:

Lara Allende de Cos. Enfermera. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Medicina Interna. Santander. Cantabria.

Objetivos:

Describir el plan de cuidados de enfermería tras la valoración domiciliaria de un anciano con clínica depresiva no diagnosticada e ideación suicida a corto plazo.

Metodología:

Se planea una visita domiciliaria de un anciano con la intención de realizar una consulta programada en Atención Primaria. Se procede a realizar una valoración de enfermería con una entrevista personal, aplicando los once patrones funcionales de Marjory Gordon, para dar lugar posteriormente a las etiquetas diagnósticas correspondientes al caso que se presenta, utilizando la taxonomía NNN (NANDA - NOC - NIC).

Resultados:

Se obtienen tres diagnósticos enfermeros atendiendo a las distintas necesidades del paciente, con sus correspondientes resultados e intervenciones de enfermería. Así mismo, se incluyen diversos problemas interdisciplinares, que se abordarán junto a otros profesionales sanitarios, siendo posteriormente este paciente diagnosticado de depresión con ideas suicidas. Se instaura un plan terapéutico con tratamiento farmacológico (hipnóticos y antidepresivos) y psicológico.

Conclusiones:

Los planes de cuidados de enfermería mejoran la calidad de la asistencia sanitaria, unifican criterios para organizar y orientar los cuidados a la realidad en el ámbito de la salud mental. La importancia de la detección y diagnóstico precoz de la depresión en el anciano es de vital importancia para establecer un tratamiento adecuado e individualizado, y así fomentar la prevención del suicidio en este colectivo.

Bibliografía:

1. Agüera Ortiz L, Francés Román I, Gayoso Orol MJ, Gil Gregorio P, Martin Carrasco M, Sánchez Pérez M. Guía de buena práctica clínica en geriatría: Depresión y ansiedad [Internet]. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2004 [acceso 1 de octubre de 2017]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guiaDepresionAnsiedad%20(1).pdf
2. Caine ED, Conwell Y, van Orden K. Suicidio en ancianos. Psiquiatría biológica [revista en Internet] 2012 octubre-diciembre [acceso 1 de octubre de 2017]; 19(4). Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-suicidio-ancianos-S1134593412000735#elsevierItemBibliografias

3. NANDA, NOC, NIC [Internet] ELSEVIER; 2013 [acceso 1 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.nnnconsult.com/login
4. Observatorio de Metodología Enfermera [sede Web]. Madrid: FUDEN; 2017 [acceso 1 de octubre de 2017]. Patrones funcionales de Marjory Gordon. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391

7. ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LA ETIOLOGÍA ALÉRGICA?

Autores:
Sara Cabeza Fernández. Enfermera en oncología en Hospital Valdecilla. Santander. Cantabria.
Lucía Celis Sola. Enfermera en Gobierno de Cantabria. Sección de promoción y educación para la salud. Dirección general de salud pública. Santander. Cantabria.

Resumen:
Tras el desarrollo de la medicina psicosomática, la relación entre enfermedad alérgica y patología psiquiátrica, se encuentra ampliamente documentada en los últimos años.
Bajo esta misma línea, nuestro principal objetivo con este estudio, no fue determinar, sino más bien corroborar, la ya documentada relación entre alergias o determinadas patologías mentales, concretamente ansiedad y depresión. Para este fin y de forma descriptiva, se trabajó mediante una revisión de 539 historias clínicas de pacientes de la consulta de alergias del Hospital Sierrallana, que consultaban con sintomatología alérgica (bien como primera consulta, o bien como consulta sucesiva). Este criterio de captación unido a otras variables, tales como el sexo y el diagnóstico psiquiátrico, muestra una asociación positiva y clara en el caso de las mujeres con enfermedad alérgica y cuadros ansiosos y también positiva pero menos evidente, en el caso de los hombres con alergias y otras patologías psiquiátricas tales como la depresión o trastornos del espectro autista.
De estos resultados nos planteamos la pregunta de si el tratar la alergia con coadyuvantes como un ansiolítico, mejoraría el cuadro alérgico de las pacientes revisados en este estudio. Este mismo argumento se podría plantear en el caso de los varones con fármacos antidepresivos, valorando resultados a posteriori. ¿Mejoraría la urticaria disminuyendo la ansiedad? O ¿mejoraría la ansiedad disminuyendo la urticaria?

Bibliografía:
1. Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 2: 227-237, julio-diciembre de 2011
2. Características psicoambientales asociadas al inicio, curso y desarrollo de patologías alérgicas: una revisión general del fenómeno. Aaron Cortes R. Sección de Inmunología, VIH y Alergias, HCUCH
3. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. Alicia Salamanca Sanabria. Universidad Católica de Colombia Nohelia Hewitt Ramírez. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá
4. "ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ASMA." M.c. Carlos Garibo Murillo, México 2013.
5. Asociación entre ansiedad y depresión en la enfermedad alérgica. Nicolás Héctor Noriega, Rev. Arg. de Psiquiat. 2013, Vol. XXIV: 253 – 258
6. Psychoneuroimmunology of Psychological Stress and Atopic Dermatitis: Pathophysiologic and Therapeutic Updates Andrea L. SUÁREZ,1 Jamison D. FERAMISCO,2 John KOO,3 and Martin STEINHOFF2 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704139/#
7. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2011.04910.x/abstract;jsessionid=1B8EED6E7004B802DA88A572FDAE2B4F.f01t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false
8. Inmunología: biología y patología del sistema inmune. Regueiro González JR, López Larrea C, González Rodríguez S, Martínez Neves E. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; (2006)
9. Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación BBVA. Dr. Jose Manuel Zubeldia, Dra. Maria Luisa Baeza, Dr. Ignacio Jauregui, Dr. Carlos J. Senet. 2012.

8. EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN POSPARTO Y LA LITERATURA CIENTÍFICA

Autores:
Gualdrón Romero, Ma. Alexandra; Gándara Diego, María; Dieguez Poncela, Ma. Pilar; Ojeda Heras, Ma. Teresa; Rodríguez Redondo, Itxaso. Enfermeras. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

Objetivos:
Analizar la producción científica enfermera existente relacionada con la depresión posparto en los últimos 5 años.

Metodología:

Estudio analítico- descriptivo de las publicaciones científicas españolas de Enfermería relacionadas con la depresión posparto en los últimos 5 años.

Se incluyeron todas las publicaciones científicas indexadas en las diferentes bases de datos suscritas en la bibliotecas Marquesa de Pelayo del Servicio Cántabro de Salud, que se relacionaban con la temática de estudio y contenían las palabras clave: Depresión posparto, atención de enfermería e investigación.

Resultados:

Se obtuvieron 87 resultados, de los cuales se mostraron sólo 11, es decir el 12,6% ya que se relacionaban con la temática de estudio y cumplían los criterios de selección.

Del total de la muestra, el 50% eran artículos científicos, el 30% revisiones sistemáticas y el 20% documentos informativos para pacientes.

Conclusiones:

Como resultado de la investigación presentada es posible concluir que existe una escasa producción científica Enfermera en depresión posparto.

Se evidencia consenso en la literatura científica en cuanto a las causas o factores predisponentes de ésta alteración, y pone de manifiesto "La presencia" como intervención enfermera efectiva en la depresión posparto.

Bibliografía:

Sistema Sanitario Público de Cantabria. (2015). Biblioteca Marquesa de Pelayo. Citado en enero 26, 2015, de Servicio Cántabro de Salud. Sitio web: http://biblioteca.humv.es/

9. ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO BIPOLAR

Autor/es:

Javier Sastre Yáñez. *Enfermero Interno Residente de salud mental. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Mª de las Nieves Fernández Gijón. *Enfermera especialista en salud mental. Supervisora psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos:

Demostrar la importancia del autoconocimiento de la enfermedad, de un buen cumplimiento terapéutico y de realizar una vida sana para evitar recaídas en su proceso.

Metodología:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realiza "Taller de Conciencia de Enfermedad y Cumplimiento terapéutico".8 sesiones en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid a 14 pacientes menores de 18 años ingresados por Trastorno Bipolar durante dos años y sin consumir tóxicos en el momento del ingreso.

Resultados:

La edad media de las niñas fue 15 años y la de los niños 12,71 años. Tanto 5 niñas como 5 niños mejoraron sus respuestas, empeorándolas los 4 restantes por motivos que pudieran ser empeoramiento del proceso o falta de atención. Se objetiva un 84,76% de aciertos pre-test en chicas frente a un 77,14% en chicos y un 91,42% aciertos post-test en chicas frente a un 83,80% en chicos.

Conclusiones:

Misma incidencia en ambos sexos. Mayor conocimiento de la enfermedad en chicas. Escasa diferencia de edad en el comienzo de la enfermedad. Necesidad de protocolizar actividades.

Bibliografía:

1. Soutullo Esperón C. Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. Eunsa 2005;89-117.

2. Pérez Fernandez L, Leache A, Ojer L. Trastorno bipolar infantil: a propósito de un caso. An Sist Sanit Navar 2010;33(1):103-6.

11. SÍNDROME BURNOUT EN LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA ESPAÑOLA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor/es:

Raquel Cruz Valle. *Enfermera Reanimación y Cuidados Críticos. Hospital Sierrallana. Santander. Cantabria.*

Verónica Gómez Abad. *Enfermera Traumatología y Cardiología. Hospital Sierrallana. Santander. Cantabria.*

Objetivos:

Identificar la incidencia y distribución del síndrome Burnout entre los profesionales de la enfermería hospitalaria española.

Metodología:

Se realiza recogida de datos mediante revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas (Cuiden, Google Académico, Metas de Enfermería, y Pubmed). La estrategia de búsqueda se establece empleando las palabras claves: "Burnout", "Enfermería", "Agotamiento" y "estrés".

Finalmente se seleccionaron los artículos originales, llevados a cabo en hospitales españoles, publicados desde el 2008 hasta la actualidad, dando lugar al análisis de un total de 8 documentos.

Resultados:

Los artículos analizados utilizan como instrumento de medición del síndrome Burnout, la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), con una fiabilidad en los resultados del 90%.

El agotamiento emocional es la dimensión de la escala MBI en que más afectados se muestran los profesionales.

Se identifican distintos factores moduladores como: El estado civil, la edad, el tipo de contrato, la turnicidad, la ratio enfermera/paciente, el tamaño del centro sanitario y el tipo de trabajo realizado en las unidades clínicas.

Conclusiones:

Los profesionales que prestan una atención directa son los que presentan mayor incidencia del síndrome, concretamente en las unidades como urgencias, UCI, Oncología y Geriatría.

Comparativamente la enfermería es el colectivo más afectado por encima de médicos y del personal auxiliar.

Se precisan programas específicos de prevención y una educación para la salud de calidad entre todos los profesionales y especialmente una vez reconocido el grupo de mayor incidencia.

Consideramos que representa un evidente problema y riesgo para la salud de los profesionales y es importante una investigación de calidad al respecto.

Bibliografía:

1.Sanclemente Vinué I., Elboj Saso C., Iñuguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. Revista Metas de Enfermería 2014; 17 (10): 17-23.

2.Da Silva M.A, Braga Marques M., Da Silva Bruno C.T. Evaluación de la presencia del síndrome de Burnout en cuidadores de ancianos. Enfermería Global 2009; 16.

3.Chipana Molina R., Espino Quispe J.R., Huaman Zuni Y.U. Factores de riesgo y su relación con el nivel de estrés del profesional de enfermería perteneciente a la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Nacional Dos de Mayor. 2017.

4-Torregrosa Bueno M. Evaluación del síndrome Burnout en Enfermería. Trabajo fin de Máster en Prevención de Riesgos laborales. Campus Sant Joan. Valencia 2015-2016.

5.Ríos Risquez M.I., Peñalver Hernández F., Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 2008; 19 (4):169-178.

6.Grau A., Flichtentrei D., Suñer R., Prats M., Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Revista española Salud Pública 2009; 83 (2).

7.Martínez García M., Centeno Cortés C., Sanz-Rubides A., Del Valle M.L. Estudio sobre el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. Revista de medicina de la Universidad de Navarra. 2009; 53 (1).

8. Fuentelsaz-Gallego C., Moreno Cesbas T., López-Zorraquino D., Gómez-García T., Gonzalez García E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del SNS. Proyecto RNYCAST-España. Enfermería clínica 2012; 22(5): 261-268.

12. LA ENFERMERA MENTAL, ANARCO-SINDICALISMO Y ANTICLERICALISMO, UNA CONSTANTE EN LA ESPAÑA EN CRISIS.

Autor/es:

Eladio J. Rolo Carrón. Enfermero de Medicina Interna en el HUMV.
Elena Pérez Martín. Enfermera de Medicina Interna en el HUMV.
Zahira Martinez Catrosín. Enfermera en Cardiología en el HUMV.

Objetivos:

En este trabajo la idea fundamental es que la enfermera especialista en salud mental tiene unos orígenes convulsos, desde la denuncia de la situación en los manicomios y el trato al demente.

Metodología:

Mediante el estudio de prensa anarco-sindicalista y publicaciones de Psiquiatras que convergían en la profesionalización de la enfermera de estas instituciones.

Resultados:
La crítica realizada por el anarquista Jacinto Thoryo en 10 capítulos monográficos en la revista "Solidaridad Obrera" En el n.º del 24 de Febrero de 1933 tiene un párrafo referido a la "amabilidad" de los enfermeros. Ponemos de relieve la composición po religiosos, las actitudes anticlericales del autor y la nula formación que enfermeros habían recibido, ello repercute en los cuidados recibidos por los internos.

Conclusiones:
La enfermera de salud mental, laica o religiosa precisaba formación y se formó en el convulso cambio de siglo del XIX al XX.

Bibliografía:
Barbens, F. Los enfermos de la mente: estructura, funcionamiento y reforma que se imponen en los manicomios. 1914, Barcelona. (p.99- 103).
Martinez, O. De visita al manicomio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011.
Thoryo, J. En Una Fábrica de Locos...Solidaridad Obrera., 1933.
Villasante, O. La polémica en torno a los manicomios, 1916. Rev. Esp. Neuropsiq, 2011.

13. PROYECTO "LA RADIO": HAZTE OÍR

Autores:
David Gutiérrez Hormaechea. Enfermero de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.
Maite Santurtún Zarrabeitia. Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.
Mª Ángeles Carbajo Martínez. Directora de enfermería. Enfermera especialista en Geriatría. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.
Elisa Higuera Cobo. Enfermera especialista en Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.
Sergio Saiz Pérez. Psicólogo e integrador social. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria..

Objetivos:
Dar voz a los pacientes del centro, teniendo un espacio en el que puedan dar sus opiniones acerca de diferentes temas.
Fomentar la participación de los pacientes en la radio.
Elaborar y conocer herramientas y recursos para poner en marcha el proyecto.
Adquirir destrezas para poder llevar a cabo las distintas secciones de la radio.

Metodología:
Se llevará a cabo una metodología activa y participativa integrando unos cinco o seis pacientes (usuarios del Centro Hospitalario Padre Menni) e intentando que se sientan motivados para realizar esta nueva actividad siendo ellos quienes lleven a cabo las secciones de la radio en función de sus preferencias personales y los temas de actualidad que despierten su interés.

Resultados:
La emisión de dos programas semanales, con un elevado grado de adherencia de las personas incluidas en el programa, así como un alto grado de satisfacción expresado por las mismas.

Conclusiones:
Es un taller que consigue mantener motivado tanto a los pacientes que desarrollan la actividad como al resto de usuarios ingresados pues se retransmite a las diferentes unidades del centro. Además, fomenta autonomía, responsabilidad y compromiso y permite a los pacientes expresarse y compartir inquietudes mediante debates y coloquios de temas de interés común sirviendo también, de forma implícita, a través de la difusión del programa por las redes sociales, como herramienta para reducir el estigma presente en la sociedad.

Bibliografía:
Para la descripción del presente resumen no se ha precisado de fuentes bibliográficas.

14. LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL

Autores:
Sellers Sánchez, María. Enfermera. Bloque quirúrgico HUMV. Santander.
Rodríguez Fernández, Fernando. Enfermero especialista en Salud Mental. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.
Gualdrón Romero, Ma. Alexandra. Enfermera. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria

Objetivos:
Analizar el grado de aplicación de los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA en las publicaciones españolas de Salud Mental de los últimos 5 años.

Metodología:
Estudio analítico- descriptivo sobre el uso de los diagnósticos de enfermería en la producción científica española enfermera en salud mental en los últimos 5 años, en las diferentes bases de datos publicadas en la biblioteca virtual Marquesa de Pelayo.
La estrategia de búsqueda se realizó utilizando las palabras clave: Diagnóstico de enfermería, NANDA y Salud mental utilizando el operador boreano "and".

Resultados:
Se obtuvieron 15 artículos que describían la temática relacionada de estudio, de los cuales en un 66.6% destaca el de baja autoestima situacional siguiéndole en igual porcentaje (33.3%) los diagnósticos de: Duelo complicado, déficit de actividades recreativas, riesgo de violencia autodirigida, riesgo de violencia dirigida a otros, desesperanza y deterioro de la interacción social.

Conclusiones:
Como resultado de la investigación presentada es posible concluir que existe una escasa producción científica en materia de salud mental por parte de la enfermería, quedando demostrado por la escasez de diagnósticos de enfermería enunciados en publicaciones , siendo solo destacado el de baja autoestima situacional a pesar del amplio abanico de diagnósticos enfermeros.

15. SINDROME DE BURNOUT Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Autores:
Mª Pilar Diéguez Poncela, María Gándara Diego, Itxaso Rodríguez Redondo, Mª Teresa Ojeda Heras. Enfermeras atención Especializada. Hospital de Laredo. Cantabria.

Introducción:
El síndrome de *burnout* es un síndrome de fatiga emocional o desorden psicológico que cursa con agotamiento, decepción y pérdida de interés laboral.

Objetivos:
Analizar la producción científica escrita en idioma castellano relacionada con el personal de enfermería y el burnout.

Metodología:
Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, acotando la búsqueda a artículos que fueran publicados en castellano durante los últimos cinco años (2012-2017).

Resultados:
El carácter vocacional de la Enfermería genera mayor incidencia, junto con el trato diario con personas, sobrecarga de trabajo, cambios organizativos, cargas familiares y la contratación temporal. El burnout influye sobre la calidad de los cuidados, los resultados de salud, los pacientes y la propia institución sanitaria. Este fomenta el ausentismo por enfermedad en el trabajador. Existen diferentes tipos de prevención, además, de estrategias individuales y organizacionales. La inteligencia emocional, la resiliencia y el trabajo en equipo son factores preventivos ante éste síndrome.

Conclusiones:
El desarrollo de perfiles de riesgo del burnout es crucial para avanzar en su prevención. Conociendo los factores que influyen en su desarrollo, como la satisfacción o la experiencia profesional, se podría elaborar un perfil de riesgo de los más propensos a padecerlo. También hay que valorar el papel clave que puede jugar en el desarrollo del síndrome dependiendo del servicio hospitalario donde trabajan las enfermeras.

Bibliografía:
1. Falgueras M, Cruzate C, Orfila F, Creixel J, Gonzalez MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Atención Primaria. 2015; 47(1), 25-31.
2. García-Campayo, J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal, P, Daudén E. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2016; 107(5), 400-406.
3. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, San Luis-Costas C., Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente G. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. Atención Primaria. 2017; 49(2), 77-85.
4. Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias

hospitalarias. Enferm Clín. 2017; 27(3), 172-178.
5. Arrogante Ó. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. Enferm Clín. 2014; 24(5), 283-289.
6. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2015; 41(4), 191-198.

16. COMPARACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autor:
Cristina Seco Casares. Enfermera Interna Residente en Salud Mental. Hospital de Mataró. Barcelona.

Objetivos:

- Describir la proporción de administración de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (AILP), según edad y sexo, en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) que realizan seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Mataró.
- Establecer los diagnósticos más frecuentes en pacientes que realizan tratamiento con AILP.

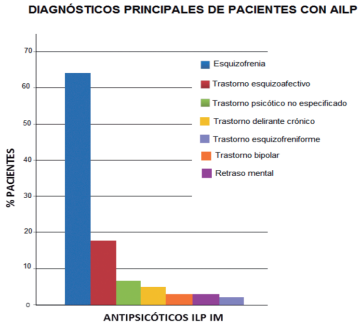
Metodología:

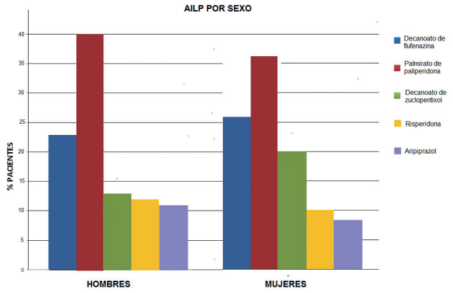
- Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.
- Muestra: 172 pacientes con diagnóstico de TMG que realizan seguimiento en enfermería del CSMA de Mataró y han recibido tratamiento con AILP.
- Se recogen variables demográficas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico) y terapéuticas (tipo de AILP).
- Se realiza un análisis descriptivo de los datos mediante proporciones y porcentajes.

Resultados:

De los 172 pacientes estudiados, 122 (70.93%) son hombres y 50 (29.07%) son mujeres. La media de edad se sitúa en 47.96 años, siendo 101 (59%) menores de 50 años y 71 (41%) de 50 años o más. Al comparar los AILP en ambos grupos de edad se objetivas diferencias en su utilización, mientras que al separar por sexos se encuentran pequeñas diferencias.

El diagnóstico más frecuente en la muestra es el de esquizofrenia con un 63%.





17. EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:
Ana Gejo Iglesias, María Montserrat Santos Gullón, Alba Capín Rodríguez. Enfermeras en Reanimación, Unidad Penitenciaria y Urgencias Pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos:

Describir los efectos de la utilización de la música como terapia no farmacológica en enfermos de Alzheimer.

Metodología:

Se realizó una búsqueda en revistas, libros y bases de datos (PubMed, Scielo), usando como descriptores: "Dementia", "Alzheimer disease", "Music therapy", ""Neuropsychiatric symptoms". Se seleccionó bibliografía en español e inglés publicada en la última década.

Resultados:

Los presentes estudios sugieren que la musicoterapia ofrece importantes ventajas en estos enfermos, retrasando el deterioro cognitivo y permitiendo recuperar funciones perdidas. Además, favorece las relaciones sociales, reduce la ansiedad; y disminuye estados depresivos y de agitación.

Conclusiones:

La investigación existente proporciona un valioso conocimiento acerca de los beneficios de la musicoterapia, tanto a nivel conductual como psicológico. Se requiere que los profesionales tengan un profundo conocimiento del campo para poder dar una atención individualizada y adaptada a las necesidades de estos enfermos.

Bibliografía:

1. Brotons M, Marti P. Manual de musicoterapia en geriatría y demencias. Barcelona: Monsa- Prayma; 2008.
2. Gómez Gallego M, Gómez García J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. Neurologia. 2017;32(5):300-308. 3. Witzke J, Rhone RA, Backhaus D, Shaver NA. How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. Journal of Gerontological Nursing. 2008;34(10):45-52. 4. Ray KD, Mittelman MS. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. Dementia (London). 2017;16(6):689-710.

18. RELEVANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO POR EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

Autores:

Anuarbe Cortés, Miriam; Hidalgo González, Aranzazu; Méndez Santos, Vanesa; Zabaleta Simón, Zulema. Enfermeras. Unidad de Agudos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

San Juan Morán, Cruz. Supervisora de Enfermería. Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Introducción:

Describimos el concepto de depresión según la OMS y la opción de considerar la terapia de privación del sueño para mejorar la sintomatología depresiva cuando se muestra resistencia al tratamiento médico.

Objetivos:

Verificar la eficacia de un plan de cuidados individualizado y los efectos terapéuticos de la restricción del sueño.

Metodología:

Proceso de atención de enfermería, taxonomía NANDA, NOC, NIC, escala Likert, revisión bibliográfica y terapia de privación del sueño.

Caso clínico:

46 años, depresión mayor con síntomas psicóticos. Ingresos desde la juventud. Múltiples tratamientos farmacológicos y TEC. Riesgo autolítico.

Tratamiento médico:

Antidepresivos, ansiolíticos, eutimizantes, neurolépticos, hipnóticos. Terapia privación sueño.

Plan de cuidados de enfermería:

Se describen tres diagnósticos de enfermería según NANDA con sus correspondientes criterios de resultados NOC y sus intervenciones NIC.

Resultados:

Los indicadores de los resultados de enfermería, evaluados mediante la escala de Likert un mes después del ingreso, objetivaron cambios positivos en el estado de salud del paciente aunque sigue estando gravemente comprometido. La privación del sueño, en este caso, no resultó efectiva y se suspendió.

Conclusiones:

La relación de ayuda enfermería-paciente asegura una atención integral, integrada e integradora y elaborar un plan de cuidados individualizado mejora la calidad asistencial y favorece la excelencia del cuidado.

Bibliografía:

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017.Madrid: Elsevier, 2015.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed., Barcelona: Elsevier, 2013. Bulecheck GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 6ª ed., Madrid: Elsevier, 2015.

20. TABAQUISMO Y CONSUMO DE OTROS TÓXICOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:

Maite Santurtún Zarrabeitia. *Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.*

Ana Bermúdez Saiz. *Subdirectora de enfermería. Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.*

Sara Martínez de Castro. *Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.*

Nuria Ortiz García. *Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.*

Lucía Casamichana Bolado. *Enfermera de Salud Mental. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. Cantabria.*

Objetivos:

Analizar la prevalencia del hábito tabáquico, así como el consumo de otros tóxicos en enfermos mentales.

Evaluar por sexo y edad la incidencia de tabaquismo y consumo de tóxicos.

Metodología:

Se ha realizado un estudio transversal en el que se han analizado los pacientes con un consumo activo de tabaco, así como otras sustancias tóxicas, por sexo y grupos de edad.

La pacientes incluidos en el trabajo fueron enfermos mentales ingresados en el Centro Hospitalario Padre Menni en unidades de media y larga estancia.

Resultados:

La proporción de incidencia de consumo de tabaco fue elevada tanto en hombres como en mujeres. Tras el tabaco, la sustancia tóxica más consumida en este grupo de población es el THC (tetrahidrocannabinol).

Conclusiones:

El análisis descriptivo realizado puede servir de herramienta tanto para el desarrollo de medidas de prevención, como para identificar posibles factores de riesgo. o hospitalario donde trabajan las enfermeras.

Bibliografía:

Para la descripción del presente resumen no se ha precisado de fuentes bibliográficas.

21. ROL DE ENFERMERÍA EN EL AFRONTAMIENTO A LA IDEACIÓN SUICIDA

Autores:

Gualdrón Romero, Mª Alexandra. *Enfermera. Atención especializada. Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria*

Sellan Soto, Carmen. *Enfermera. Profesora Doctora de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.*

Vázquez Sellan, Antonio. *Enfermero. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Universidad Antonio de Nebrija).*

Introducción:

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), siendo nuevamente la principal causa externa de muerte. La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres)

El desarrollo de los Modelos conceptuales ha impregnado históricamente el desarrollo de la profesión de Enfermería, y ha supuesto un antes y un después en el avance de la disciplina, proponemos el Modelo de Adaptación de Callista Roy como uno de los más adecuados.

Valoración:

Varón de 40 años que ingresa por intento de suicidio.

- Modo fisiológico: Sin alteraciones.
- Modo Psicosocial:
  - o Función del rol: Soltero, vive con su familia, pero no se siente apoyado, desempleado y tiene escasas relaciones sociales.

o Autoconcepto: Refiere ser sociable, "hay gente que quiere hacerme daño", aunque teme por la seguridad de su familia.
o Interdependencia: "creen que estoy enfermo, pero no es así".
- Mecanismo Regulador: Sin alteraciones.
- Mecanismo cognitivo:
o Percepción: Ideación delirante de persecución y alucinaciones auditivas.
o Juicio: aislamiento social con ideas de grandeza.
o Emociones: Refiere ansiedad y angustia.
o Memoria y Aprendizaje: Sin alteraciones.
Estímulo focal: Alteración de los hábitos higiénicos.
Estímulo contextual: Falta de apoyo familiar.
Estímulo residual: Antecedentes familiares de esquizofrenia.

Diagnósticos:
1. Afrontamiento familiar comprometido
2. Disposición para mejorar el autocuidado

Complicaciones Potenciales:
1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Derivadas de los tratamientos

Resultados:
1. Afrontamiento de los problemas de la familia.
2. Autocuidados: baño, vestir e higiene.
3. Autocontrol del pensamiento distorsionado

Intervenciones:
1. Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
2. Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
3. Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
4. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
5. Manejo de las ideas delirantes
6. Manejo de las alucinaciones
7. Manejo de la medicación

Evaluación:
La información a la familia permite la comprensión de la enfermedad, la identificación de conductas desencadenantes de alteraciones de la salud, y facilitan la identificación del estrés sobre la situación en los miembros de la familia, asimismo, el paciente y la familia adquieren conciencia de enfermedad.
A través de la educación sanitaria y teniendo en cuenta las necesidades individuales, la persona se adapta a una rutina de actividades de autocuidado estableciendo la independencia personal para llevar a cabo hábitos higiénicos adecuados

Bibliografía:
1. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo. [Internet] 2001. [Consultado el: 13 de enero de 2014]; Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/es/
2. Instituto Nacional de Estadística. 2013. [Consultado el: 17 de Octubre de 2016]; Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np896.pdf
3. Roy C. The Roy adaptation model. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2009.
4. Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2013.

22. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN ENFERMERÍA

Autores:
Javier Sastre Yáñez. Enfermero Interno Residente de Salud Mental. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.
Sandra Arroyo González. Enfermera especialista en Salud Mental. Enfermera en el Centro de Intervención Comunitaria del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid.

Objetivos:
Demostrar la importancia de fomentar y mantener una buena relación terapéutica como base en su diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Metodología:
Realización de un póster que incluya además del marco teórico y las características de una buena relación terapéutica un caso clínico que demuestra lo anteriormente expuesto.

Resultados:

Los resultados a esperar son la mejora de la motivación y el conocimiento para llevar a cabo una correcta relación terapéutica y ser conscientes de su importancia.

Conclusiones:

La relación terapéutica es un discurso que se establece entre paciente-terapeuta para ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad. A través de este póster se pretende tomar conciencia de su importancia, qué características personales debemos fomentar para que esta relación sea adecuada y observar a través de un caso clínico su eficacia.

Bibliografía:

1. García M. et al. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. Índex Enferm (Gran) 2004; 47: 44-48.
2. Stickley T. et al. The art of listening in the therapeutic relationship. Mental health practice 2006; 9 (5): 12-18.
3. Fornés J, Carballal Ma C. (2001). Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Ed. Panamericana.

23. ACTUALMENTE SON MUCHAS LAS MUJERES QUE SUFREN DEPRESIÓN POSTPARTO

Autores:

Mª Montserrat Santos Gullón, Alba Capín Rodríguez, Ana Gejo Iglesias. Enfermeras en Unidad Penitenciaria, Urgencias Pediátricas y Reanimación en HUMV. Santander..

Objetivos:

Analizar trabajos sobre depresión en el puerperio y sus efectos en el niño.

Metodología:

Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre cómo afecta la depresión a las puérperas y al RN en los últimos 5 años. Bases de datos consultadas: (MEDLINE, SCILEO, CUIDEN) del 2012-2017.Utilizados descriptores en español, (cuidados postnatales, depresión, recién nacido), en inglés, (posnatal care, depression, infant, newborn).

Resultados:

Afecta al 35% de puérperas, siendo mayor en madres adultas que en adolescentes, influye no estar en edad reproductiva ideal, falta de apoyo familiar durante embarazo y violencia intrafamiliar. Es un FR negativo en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño y puede trasmitirla al neonato, pudiendo padecer este, depresión en su desarrollo, sensibilidad a padecer ansiedad y estrés, produciendo: agresividad, dificultad de aprendizaje y dificultad de socialización.

Conclusiones:

Se necesita más educación en salud para evitar embarazos no deseados y detectar más precozmente la violencia intrafamiliar.

Bibliografía:

1- Molero KL, Urdaneta Machado JR, et al. Prevalencia de la depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista chilena de obstetricia-ginecología. 2014; 79(4)
2- Podestá Loreto L, Alarcón AM, et al. Alteración del desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con DPP. Revista médica de Chile.2013; 141(4)
3- Angulo L.M .La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del R.N. Revista Línea de vida. 2015.18-22. 4-Santiago Fernández M.F. Serrano Andrade F.X. Depresión postparto en H.J.C.A. [Tesis de Pregrado]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca.2015, [16/09/2017].

24. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Andrea Viena Paniagua de Castro, Alba María Real Romero.

Introducción:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene como principal característica la intensidad y variabilidad de los estados de ánimo. 1-2 El TLP es el trastorno de la personalidad más prevalente en el ámbito clínico.[3]

Los servicios de Urgencias Hospitalarios son unidades que adquieren una gran importancia en la clasificación de estos pacientes, en ellas se llevará a cabo un abordaje integral de cada paciente así como una valoración de sus necesidades asistenciales.[4]

Plan De Cuidados De Enfermería:

En este apartado nos centraremos en un caso clínico relacionado con un paciente diagnosticado de TLP que acude al servicio de Urgencias por una tentativa de suicidio.

Mujer de 26 años que acude al servicio de Urgencias traída por el 061 por cortes autolesivos en ambas muñecas, con respuesta verbal, llorosa y con un estado de ansiedad severo.

A su llegada al Servicio de Urgencias se le retira la ropa para objetivar la profundidad de las lesiones, se conecta un monitor para medir las constantes vitales, es valorada por un médico de urgencias que se pone en contacto con el servicio de psiquiatría, debido a que su estado es de ansiedad y sus cortes no son profundos, se administra valium 10 mg sublingual, ya que la paciente colabora, se pide a sus padres que abandonen el box para que psiquiatría pueda valorarla a solas, más abordable sin la presencia de sus padres. Aunque continúa con un discurso repetitivo sobre su intencionalidad autolesiva. Tras el primer contacto con la paciente, se realiza una entrevista con sus padres que se muestran incapaces de controlar la situación. Debido a la situación se procede a dejar a la paciente en un box destinado a pacientes psiquiátricos en el servicio de Urgencias para contener la crisis, mantenerla en observación y ver su evolución.

Objetivos:

- Conseguir el cumplimiento de los criterios de resultado que se establecen en el plan de cuidados de enfermería.
- Crear conciencia de la enfermedad y fomentar la adherencia al tratamiento.

Material y Método:

Valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado, utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.[5].

Resultados:

1.Diagnóstico de enfermería: Ansiedad 00146-

Resultados NOC: Nivel de ansiedad 1211- Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.
Resultados NIC: Disminución de la ansiedad 5820

2.Diagnóstico de enfermería: Automutilación 00151-

Resultados NOC: Autocontrol de la automutilación 1406- Acciones personales para reprimir las lesiones autoinflingidas intencionadas (no letales).
Resultados NIC: Manejo de la conducta 4354

3. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de suicidio 00150: Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

Resultados NOC: Autocontrol del impulso suicida 1408: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.
Resultados NIC:
Manejo ambiental: Prevención de la violencia 6487
Prevención de suicidios 6340

Conclusiones:

La paciente permaneció en evolución 24 horas hasta que finalmente se decidió ingreso en la planta de psiquiatría, debido a que se consideró un riesgo potencial de suicidio.

En estas unidades los pacientes diagnosticados de algún tipo de patología psiquiátrica reciben un tratamiento para la contención de la crisis por la que son llevados a urgencias, basado en la estabilización del paciente y en la vigilancia u observación de posibles riesgos para la persona.

Durante el Proceso de Atención de Enfermería conseguimos alcanzar la mayor parte de los criterios de resultado que nos planteamos como el NOC: "Control del riesgo" alcanzando la puntuación diana con éxito.

Bibliografía:

1. García MA, Martín MF, Otín R. Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2010. Vol 30; Nº2
2. Paumard C, Rubia V, Granada JM. Programas especializados de trastornos de personalidad. Norte de Salud Mental. 2007. Nº 27; 65-72
3. Cuevas C, López AG. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2012; Vol 12, nº1; 97-114
4. Carranza I. Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002; nº 81
5. Tirado G, Hueso C, Cuevas M, Montoya R, Bonill C, Schmidt J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index Enferm 2011; vol.20, nº 1-2

25. EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Autores:

Sandra Caloca Amber. Enfermera.

Ángela Fernández Rodríguez. Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica. Centro de Atención a la Dependencia Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Objetivos:

- Describir el patrón de consumo de drogas en adolescentes.
- Analizar las intervenciones de prevención de su consumo en el ámbito escolar.
- Explorar el papel de enfermería en las intervenciones de prevención.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica realizada en bases de datos de ciencias de la salud y páginas web de entidades oficiales.

Resultados:

El consumo de drogas en adolescentes es un problema real y extendido de forma similar en los países desarrollados. Ante tal problema de salud surge la necesidad de llevar a cabo programas e intervenciones que disminuyan el consumo y prevengan sus consecuencias, que han sido programados y llevados a cabo a nivel internacional, estatal, y autonómico.De estos programas e intervenciones, destacan los que se realizan en el ámbito escolar, ya que abarcan a la población adolescente y permiten realizar un seguimiento e implicar a otros colectivos. El proceso de evaluación es uno de los puntos débiles en estos proyectos, lo que pone en duda el pleno aprovechamiento de los recursos invertidos.

Los profesionales de enfermería, sobre todo los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, Pediátrica y Salud Mental, son profesionales formados para programar, dirigir y ejecutar proyectos e intervenciones de prevención de calidad, sin embargo, no se encuentran incluidos de forma explícita.

Conclusiones:

Es necesario que los proyectos de prevención se lleven a cabo con un rigor metodológico que permita conocer su verdadera efectividad. El ámbito escolar y los profesionales de enfermería constituyen un área y una figura ideales para desarrollar dichas labores.

Bibliografía:

1. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014: Informe 2016 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. [citado 7 enero 2017]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_Informe_ESTUDES.pdf

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas, tendencias y novedades. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016. [citado 7 enero 2017]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf

3. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 12 febrero 2017]. Buscador de intervenciones españolas evaluadas [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index php?page=IES2&tipo_intervencion=&ambito_de_intervencion=Escolar&comunidad_autonoma=&search

27. ESTIGMA: RELACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL.

Autor:

Zaira Cobo Cobo. Enfermera de reanimación. Hospital universitario Marqués de Valdecilla. Solares. Cantabria.

Coautor:

Alain Fernández Álvarez. Enfermero de urgencias. Hospital de Laredo. Torrelavega. Cantabria.

Objetivos:

Describir las barreras estigmatizadoras presentes en el paciente mental en su relación con los profesionales de enfermería.

Metodología:

Revisión bibliográfica de revistas de salud mental con los descriptores de ciencias de la salud (DeCS): estigma social, enfermería y trastorno mental, de artículos en castellano publicados desde 2014, obteniendo una muestra final por su relevancia de 2 artículos.

Resultados:

EEstigma se define como "un atributo profundamente desacreditador basado en prejuicios que provocan prácticas de discriminación"[1,2].

Los pacientes con enfermedad mental reconocen como principales fuentes de estigma a la familia y los profesionales de salud(1). La actitud de enfermería ante los problemas de salud mental son más positivas que las de la sociedad; sin embargo, cuando los pacientes tienen reacciones extremas, éstos tienden a ser menos empáticos y con respuestas estereotipadas(2). Se observa más estigma en hospitales y urgencias primarias que en consultas de atención primaria; siendo frecuente la derivación a atención especializada(2). Además, el estigma del personal sanitario conlleva una desvalorización y disminución de la prioridad en la atención, traduciéndose en una escasa propuesta de programas de atención[2].

Conclusiones:

Los enfermeros perciben como insuficiente su conocimiento en salud mental, pese a la integración en su formación académica de modelos como el de Hildegard Peplau (2). Esta idea, vinculada a que las consecuencias del estigma son más difíciles de intervenir que la propia enfermedad mental por su permanencia, hace patente la necesidad de investigar la incidencia de los estigmas en enfermería y sus consecuencias en la relación paciente-profesional(2). Por ello, es vital la inclusión de planes de formación específicos para avanzar en aquellas enfermedades con potencial estigmatizador.

Bibliografía:

(1) Mora-Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. Salud mental.2014;37(4):303-312.

(2) Prata JP, Estragués PG. Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. Revista Española de Enfermería de Salud Mental.2017;1(1):28-33.

28. DOLOR RECTAL A ESTUDIO

Autores:

Rodríguez Fernández, Fernando. Enfermero especialista en Salud Mental.

Sellers Sánchez, María. Enfermera. Bloque quirúrgico HUMV. Santander.

Gualdrón Romero, Ma. Alexandra. Enfermera. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria

Breve descripción del caso:

Mujer de 56 años que ingresa en urgencias con dolor rectal no especificado, mutista, contesta con monosílabos. En tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas a altas dosis desde hace 3 meses con evolución tórpida. Ingresa en unidad de agudos Psiquiátrica.

Exploración y Pruebas Complementarias:

CyOx3, Normocoloreada, Constantes normales. NAMC. ECG y Rx abdomen normal, Analítica normal. Exploración ginecológica normal.

Durante el ingreso presenta labilidad emocional, inquietud psicomotora, repetición de gestos de dolor indicando zona perianal. No se evidencian hallazgos significativos en la valoración, oposicionista para las ABVD, pendiente de movimientos y el estado de puertas y ventanas de la unidad, riesgo de fuga. Sueño conservado.

Juicio Clínico:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico; Temor.

Diagnóstico Diferencial:

Ansiedad; Desesperanza; Deterioro de la interacción social; Procesos familiares disfuncionales.

Conclusiones:

La aplicación del proceso de atención de Enfermería permite identificar y aplicar las intervenciones autónomas y de colaboración, obteniendo respuestas de salud adecuadas en la persona, estableciendo una relación terapéutica en la que consigue expresar sus emociones y sentimientos propios del origen del proceso psicopatológico.

Bibliografía:

Casañas R, Catalán R, Raya A, Real J. Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2014 [citado 2017 Sep 25] ; 34(121): 145-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000100009&lng=es.

http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100009.
Torres L, Paulina, M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral SJM-VMT 2014. [citado 2017 Sep 25]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4159

29. AMAXOFOBIA: UNA FOBIA SILENTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Autores:
Zahira Martínez Castrosín. *Enfermera en el servicio de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.*
Elena Pérez Martín. *Enfermera en la unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.*
Eladio J. Rolo Carrón. *Enfermero en la unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.*

Resumen:
El ser humano, a lo largo de su vida, está sometido a diversas situaciones que pueden ocasionar distintas reacciones en su mente. Dentro de estas reacciones se encuentra el miedo, que pese a ser una experiencia con un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie, cuando ésta aparece de forma desmedida e irracional se convierte en fobia.
El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la amaxofobia o fobia a conducir, ya que se trata de la fobia específica más desconocida y a la vez de las más habituales. Afecta a uno de cada tres conductores españoles, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.
Se pretende exponer los distintos tipos de intervención haciendo una comparativa entre la terapia cognitivo-conductual frente al tratamiento farmacológico.
Todo ello apoyado en un caso clínico: mujer de 25 años que, tras accidente de tráfico en el que ella es la conductora de uno de los vehículos implicados, es incapaz de conducir un automóvil. Por lo que se le diagnostica amaxofobia. Análisis de afectación a nivel personal, análisis de la terapia seguida a través del tiempo y la situación de la paciente tras cuatro años del factor desencadenante.

30. TALLER DE ALIMENTACIÓN PARA ADOLESCENTES

Autores:
Pi Juan, Meritxell, *EnfermeraAtenciónPrimaria[1];* ***Cárdenas Rodríguez, Miguel,*** *Médico PsiquiatraInfantil[2];* ***Martos Denia, Manuela,*** *Pediatra AtenciónPrimaria[1];* ***Barbero Sans, Ana Maria,*** *Pediatra AtenciónPrimaria[1];* ***Kulakova, Elena,*** *Pediatra AtenciónPrimaria[1]*
[1] EAP Vinyets. Sant Boi de Llobregat, Barcelona. [2]CSMIJ Sant Boi de Llobregat, Fundación Orienta, Barcelona

Objetivos:
Mejorar el nivel de salud de esta población a través de fomento de hábitos saludables de alimentación.

Objetivos específicos

Adolescentes:
- Adquirir conocimientos básicos sobre una alimentación y hábitos de vida saludable mediante información teórica y experiencias vivenciales durante los talleres.
- Mantener o disminuir el IMC de los participantes.
- Promover un espacio seguro y terapéutico donde poder compartir preocupaciones o malestar secundarios al sobrepeso.
- Adquirir herramientas para afrontar situaciones estresantes del día a día.

Padres y madres:
- Adquirir conocimientos básicos sobre una alimentación y hábitos de vida saludable mediante información teórica y experiencias vivenciales durante los talleres.
- Aprender a fomentar hábitos saludables en el entorno familiar y promover el cambio de hábitos identificados como poco saludables.
- Promover un espacio seguro y terapéutico donde poder compartir preocupaciones o malestar secundarios al sobrepeso de sus hijos.

Metodología:
Muestreo no aleatorio, mediante historial e-CAP y con preferencia de adolescentes dentro del programa de salud de control de la obesidad por la enfermera referente del CAP y Adolescentes que se visitan al CSMIJ Sant Boi.
Diez sesiones de frecuencia semanal y con una duración de 1,5 h cada una. El horario establecido fue de 15h a 16: 30h para todas las sesiones.

Ocho sesiones estarán dirigidas al grupo de adolescentes.
Dos sesiones estarán dirigidas al grupo de padres y / o madres.
Una última sesión multifamliiar.

Indicadores:

Para medición impacto intervención:

- Encuesta satisfacción
- Cuestionario de autoestima
- Medición IMC pre y post

Dirigido a:

- Jóvenes de 14 a 16 años
- Participantes iniciales 10
- Distribución por genero (Masculino 5 y Femenino 5)
- Participación final 9 (4 F , 5 M)
- Padres y madres de estos jóvenes

Duración:

- 10 sesiones (una vez por semana)
- 1 h 30 min
- Miércoles 15.00 -16.30

Lugar: Sala reuniones de ABS Vinyets

Organización de las Sesiones:

- Sesión 1 jóvenes -conociéndonos
- Sesión 2 jóvenes -recetas
- Sesión 3 jóvenes -recetas/relajación
- Sesión 4 padres y madres -hábitos saludables
- Sesión 5 jóvenes- conexión cuerpo-emociones
- Sesión 6 jóvenes -recetas/relajación
- Sesión 7 padres y madres -hábitos saludables
- Sesión 8 jóvenes -actividad física/relajación
- Sesión 9 jóvenes -nuevas tecnol/relajación
- Sesión 10 multifamiliar -cierre
- Actividades:

Práctica de cocina: Información sobre grupos de alimentos y preparar recetas

- Exploración/motivación hábitos saludables
- Exploración de motivación para realizar ejercicio físico
- uso de nuevas tecnologías

Conexión Cuerpo-Emociones: Sensaciones, Relajación, Mindfulness.

Resultados:

Encontramos que no hubo en general incremento en el IMC respecto al inicial, mantiéndose o disminuyendo en comparación al sgto individual previo.
Se creó el espacio para enseñar y poner en práctica hábitos de alimentación saludables a esta población.

Cumplimos objetivos:
Mantener /disminuir IMC
Enseñar y poner en práctica hábitos de alimentación saludables
No encontramos cambios significativos en escala de autoestima aunque si una tendència positiva.
Consideramos que es un nuevo espacio de Trabajo inter-institucional: ABS-CSMIJ e inter-disciplinario Enfermería-Salud Mental.
Consideramos importante ampliar este tipo de intervención a población de adolescentes en tratamiento por salud mental y que reciben tratamiento con fármacos que presentan incremento de peso corporal como efecto adverso asociado.

Definiendo así:
Un target no clínico

- Síntomas afectivos (sin cx depresión):

-Baja motivación
-Poca actividad física
-Escasa conciencia/conexión corporal
-Crisis de identidad
-Escasos valores

- Secundario a abuso de TIC y sedentarisme

Target clínico
Psicopatología. Con o sin uso de antipsicóticos

Conclusiones:

Consideramos que el taller es un espacio úitl para prevenir progresión de adolescentes con sobrepeso u obesidad hacia síndrome metabólico. Con el taller fue posible mantener o bien disminuir IMC.
Enseñar y poner en práctica hábitos de alimentación saludables.

Bibliografía:

Hills, Andrew P., King Neil A., Byrne Nuala M., Editors; Children, Obesity And Exercise: Routledge 2007

31. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: DIFUSIÓN Y ADICCIÓN VIRTUAL

Autores:
Alba Capín Rodríguez, Mª Montserrat Santos Gullón, Ana Gejo Iglesias. Enfermeras en Urgencias Pediátricas, Unidad Penitenciaria y Reanimación en el HUMV (Santander)

Objetivos:

Analizar la difusión de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en redes sociales.

Metodología:

Revisión sistemática de las publicaciones científicas. Se consultaron bases de datos (Medline, PubMed), así como el directorio de revistas (DOAJ) y se limitó la búsqueda al intervalo 2007-2017. Descriptores: "anorexia", "bulimia", "trastornos de la conducta alimentaria".

Resultados:

La blogosfera es el hábitat en el que el individuo se siente parte de un grupo y experimentan los efectos positivos de la autoexpresión y el apoyo social. Optan por la difusión a través de Facebook y Twitter.

Conclusiones:

Son recursos con una clara intencionalidad de contactar con personas que padecen un TCA con el fin de reforzar la comunicación entre ellas. Peligrosa es la exposición para los que quieren bajar de peso, donde se propone seguir dietas y trucos sin control médico. Todos los blogs muestran un lenguaje y propósitos muy claros y junto a la difusión social pueden proporcionar un apoyo grupal muy buscado.

Bibliografía:

Lladó G, González-Soltero R, José Blanco M, Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. Nutrición Hospitalaria 201734693-701. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309251456028. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2017. García del Castillo J A, ADICCIONES TECNOLÓGICAS: EL AUGE DE LAS REDES SOCIALES. Salud y drogas 2013135-13. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83928046001. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2017.

COLEGÍO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

ENFERMERIA SALUD MENTAL CANTABRIA

FUNDACIÓN ACORDE
CON LA SALUD Y EL BIENESTAR SOCIAL

Cáritas
Diocesana de Santander

ASCASAM
asociación cántabra pro salud mental

Hermanas Hospitalarias

Grupo
CRPS Jofré
PRISMA
CRPS Luis Vives
Care
Asistencial

f.e.s.

Fundación Cántabra
Salud y Bienestar Social

ISBN: 978-84-697-8000-8