

Impacto de un servicio de telecuidados en el paciente psiquiátrico al alta de unidad de hospitalización breve (UHB)

Impact of a telecare service for psychiatric patients at discharge

Autora: Sofía Martínez Villar

Dirección de contacto: sofiamarvi@gmail.com

Cómo citar este artículo: Martínez Villar S. Impacto de un servicio de telecuidados en el paciente psiquiátrico al alta de unidad de hospitalización breve (UHB). NURE Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [citado día mes año]; 9(61):[aprox. 31 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE61_proyecto_telecuidados_uhb.pdf

Fecha recepción: 19/01/2011

Aceptado para su publicación: 18/02/2011

Resumen

Dos de los problemas de salud mental que más atención sanitaria precisan son el suicidio y las autolesiones. Los pacientes psiquiátricos, cuando se van de alta a su domicilio, se enfrentan a múltiples factores de estrés, que en muchos casos, les avocan a reingresos, autolesiones y suicidio. El objetivo del presente trabajo pretende evaluar si un programa de cuidados de enfermería por teléfono mejora la adaptación del paciente con riesgo de suicidio y autolesión en su domicilio para ello se plantea realizar un estudio experimental de tipo ensayo clínico, en el que se generan dos grupos, uno de intervención y otro de control. La población a la que va dirigida es a pacientes diagnosticados de depresión mayor, o trastorno de la personalidad límite, antisocial o histriónico, ingresados por descompensación de los síntomas, y con diagnóstico enfermero de riesgo de suicidio, riesgo de autolesión y/o riesgo de violencia autodirigida. Para la recogida de datos, se evaluarán los niveles de ansiedad, la ideación suicida y el nivel de afrontamiento al alta y al cabo de un mes después del alta, el número de visitas a urgencias de psiquiatría, el número de reingresos y el número de citas a las que acudió al Centro de salud Mental (CSM) durante el mes en su domicilio, así como la adherencia a la medicación. Para el análisis de datos, se evaluará la homogeneidad de los grupos, para luego realizar un estudio descriptivo de ambos grupos, y a continuación un estudio analítico para compararlas.

Palabras clave

Telemedicina, suicidio, alta del paciente.

Abstract

Introduction: Suicide and self harm are two of the mental health problems that require more healthcare attention. When psychiatric patients are discharged back to their homes, must face multiple stress factors, which in many cases, are cause of readmissions, self harm and suicide. **Objective:** The aim of this study to assess whether a program of nursing telecare improves the adaptation of patient with risk of suicide and self harm at home. **Methods:** The design of this study is an experimental trial type, which generates two cohorts, an intervention one and a control one. The population of the study are patients diagnosed a major depression or borderline, antisocial, or histrionic personality disorder, admitted in the hospital because of symptom decompensation, and with a nursing diagnosis of risk of suicide, risk of self-harming and risk for self-directed violence. To data recollection, the levels of anxiety, suicidal ideation and the confrontation level at discharge and one month after discharge, the number of psychiatric emergency visits, number of readmissions and number of appointments to which the patient attended at the Mental Health Centre during the month at home, as well as the adherence to medication will be assessed. For the data analysis, the homogeneity of the groups will be evaluated, to then undertake a descriptive study of two cohorts, and then an analytical study for comparison.

Key words

Telemedicine, suicide, discharge.

Centro de Trabajo. Enfermera. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Unidad de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, los trastornos mentales representan una amplia gama de problemas con diferentes síntomas. Generalmente se caracterizan por una combinación de pensamientos anormales, emociones, comportamientos y relaciones con los demás (1).

En España, durante el año 2009, 5.539.300 personas padecían depresión, ansiedad u otros trastornos mentales de manera crónica (hablamos de un 14% de la población), cifra mayor que personas con alergia crónica, asma o diabetes (2).

Durante el año 2009, de las 4.660.152 altas hospitalarias producidas en España, el 2,07% fueron con diagnóstico de trastornos mentales y de ellas el 30,6% con diagnóstico de trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol), más altas que con diagnóstico de Trastornos esquizofrénicos (3).

Dichas hospitalizaciones, supusieron una estancia media en el rango de 1 a 30 días de 8,82 días para los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (excepto drogas o alcohol), cifra que supone un aumento considerable sobre la estancia media hospitalaria, contando todas las causas (5,71 días), y que durante la edad adulta (de los 15 a los 74 años) supone un aumento considerable respecto a la estancia media (**Gráfico 1**).

En el rango de 31 días a un mes, la diferencia entre la estancia media total (45,11 días) contrasta con la estancia media para los trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos con una estancia media de 51,96 días, contando con la edad adulta como principal marcador de estancia media hospitalaria. Se observa también un aumento progresivo de la diferencia entre la media total y la específica en éstos trastornos a medida que aumenta la edad (**Gráfico 2**) (3).

Gráfico 1. Estancia media hospitalaria (1-30 días).

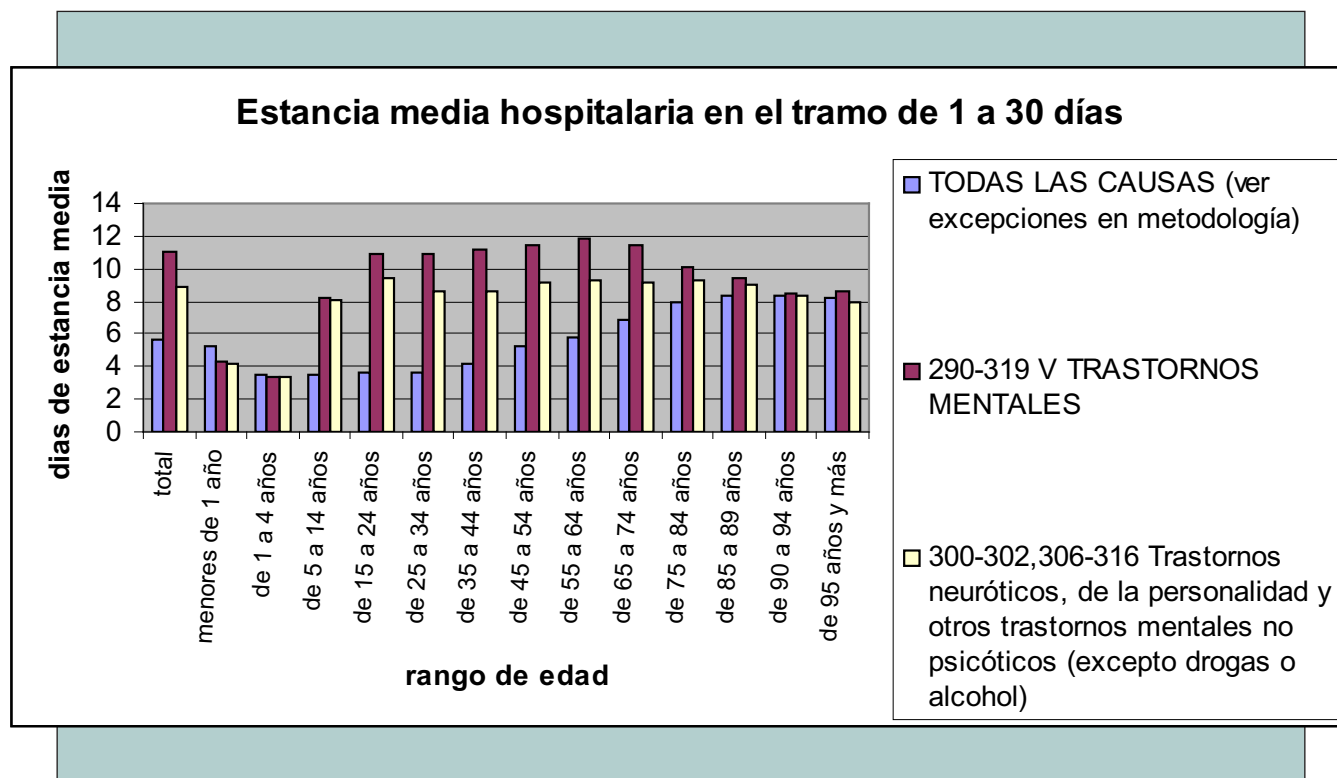
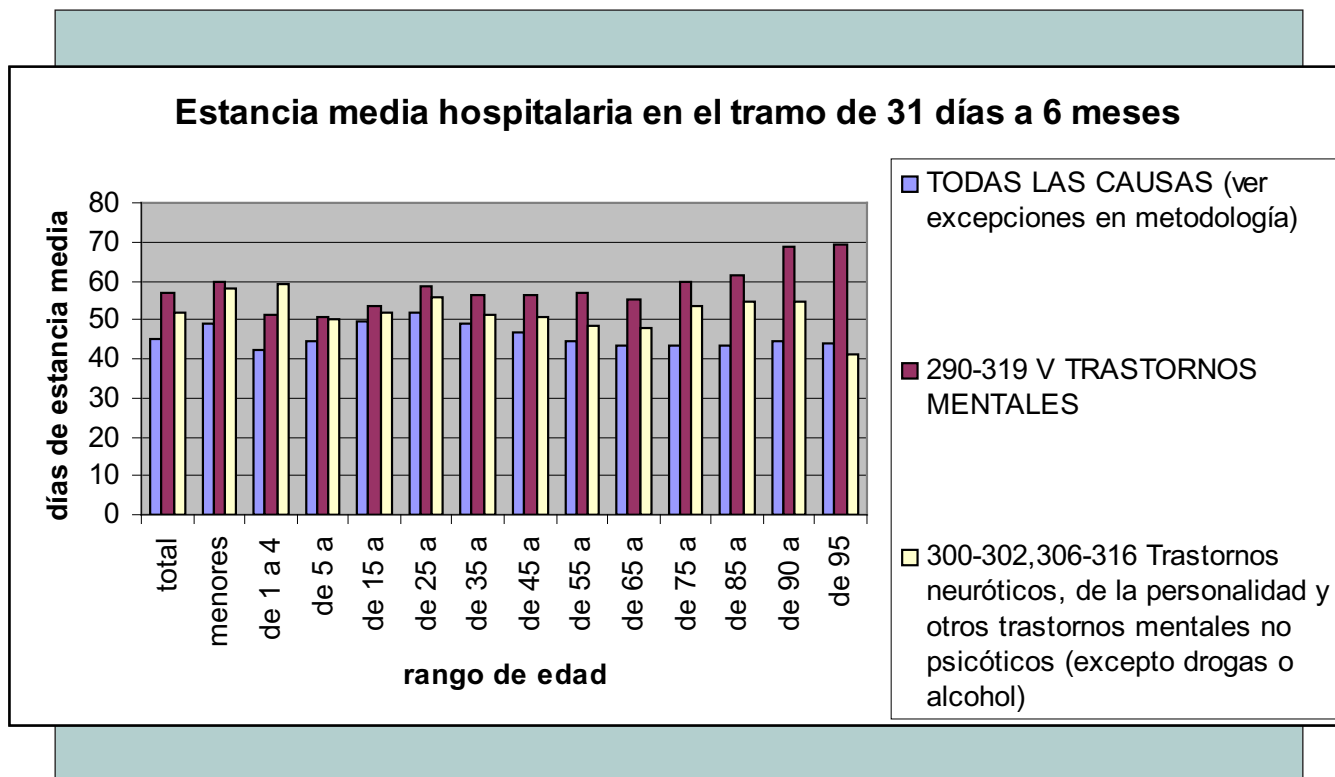


Gráfico 2. Estancia media hospitalaria (31 días-6 meses).



En la Comunidad de Madrid, durante el año 2009, de 41.268 fallecimientos, 886 fueron debidos a Trastornos mentales y del comportamiento, y 153 a Suicidio y lesiones autoinfligidas (4).

Hemos citado los trastornos mentales y entre ellos, debido a su incidencia y a su índice de morbi-mortalidad, cabe destacar la depresión y los trastornos de la personalidad:

Los **episodios depresivos** están englobados dentro de los trastornos del ánimo, del afecto y del humor, y se desarrollan en el contexto de: Episodio depresivo mayor, episodios depresivos únicos, episodios depresivos recurrentes, trastorno distímico, o trastorno depresivo no identificado; además, en el transcurso del trastorno bipolar, sobretodo en el tipo II, concurrencias de episodios maníacos con episodios depresivos, y algunas enfermedades médicas, o determinadas sustancias, pueden inducir un trastorno del estado de ánimo.

La **sintomatología depresiva**, clasificada por tipo de temática, cursa con síntomas en el curso del pensamiento y el lenguaje, con enlentecimiento, ideas de muerte, negación, ruina o culpa, tristeza no

modificable, anhedonia, alteraciones en la memoria y concentración, alteración del patrón del sueño, anorexia, algias e inhibición psicomotriz, que lleva incluso al paciente a requerir sondaje nasogástrico.

La anhedonia junto con las ideas de ruina y de muerte, conducen poco a poco al paciente a la ideación suicida, siendo así el suicidio la complicación más grave del episodio depresivo, siendo la causa principal de autolesión.

Sin ir más lejos, el DSM-IV entre los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor, excluyendo aquellos debidos claramente a una enfermedad médica o a ideas delirantes, o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incluye los "pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse" (5).

En la depresión además es difícil hablar en cifras, debido a la escasez de estudios sobre prevalencia que existen, hecho que llama la atención debido a la alta frecuencia con la que ocurren diagnósticos en contexto clínico (6, 7).

El **tratamiento de la depresión**, mientras no exista riesgo de suicidio, ni de autolesión, es ambulatorio, sin embargo, se ha asociado un aumento de suicidios en pacientes con depresión al implantar tratamiento con ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) y algunos antidepresivos ya que provocan una desinhibición psicomotriz al paciente de manera rápida, pero el efecto antidepresivo tarda en aparecer, así nos encontramos con que los pacientes al iniciar el tratamiento con antidepresivos, requieren de una supervisión mayor para prevenir suicidios.

Cabe remarcar la importancia de la base biopsicosocial de esta enfermedad, así que el tratamiento para evitar complicaciones debe apoyar el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y las relaciones humanas del paciente (8,9,10).

Como se ha descrito, los trastornos de la personalidad y en concreto algunos de ellos como el trastorno antisocial, el trastorno histriónico y el trastorno límite de la personalidad, nos interesan por su alta morbi-mortalidad.

El **trastorno límite de la personalidad** (DSM IV-TR) o trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo o tipo límite (CIE-10, Trastorno explosivo de la personalidad en el CIE-9), se caracteriza por su escasa tolerancia a la frustración, lo que le lleva a comportamientos violentos e impulsivos, sin valorar las consecuencias de sus actos previamente. Son frecuentes las conductas con finalidad autodestructiva, como alcoholismo, drogadicción, trastornos de la conducta alimentaria, autolesiones, y las tentativas de suicidio (1 de cada 10 pacientes límite se suicidan, y el 51% presentan autolesiones impulsivas sin tentativa suicida) que les llevan a consultar repetidamente los servicios de urgencias, y a ingresar en hospitalización psiquiátrica para contención, siendo habitual encontrar entre 2 y 3 ingresos anuales.

Estos pacientes, se han venido tratando con distintos fármacos, antidepresivos, benzodicepinas, anticonvulsivantes y neurolépticos, para mejorar el control de la ansiedad y de los impulsos y distintos tipos de terapias, así como diversas hospitalizaciones (11,12).

El **trastorno antisocial o psicopático de la personalidad** (DSM IV-TR) o trastorno disocial de la personalidad (CIE-10, Trastorno de la personalidad con manifestaciones predominantemente sociopáticas o antisociales), también se caracteriza por tener una alta impulsividad, incapacidad para empatizar y por lo tanto, tener sentimientos de culpa.

Su alta impulsividad les lleva, al igual que el trastorno límite de la personalidad, a un elevado riesgo de suicidio, no en el contexto de una tentativa elaborada, sino de una nula contención de los impulsos.

Carecen de motivación para iniciar ningún tipo de terapia, no obstante algunos fármacos se vienen usando para ayudarles a controlar los impulsos (11).

El **trastorno histriónico de la personalidad** (DSM-IV-TR, CIE-10, Trastorno histérico de la personalidad en el CIE-9) son personas llevadas por la teatralidad y una alta labilidad emocional, las tentativas de suicidio en estos pacientes raramente terminan consumadas, aunque precisan de ingresos hospitalarios y son grandes demandantes de los servicios de urgencias.

Su tratamiento va encaminado a la contención y a estabilizar el ánimo, con psicoterapia individual o grupal, no suelen utilizarse psicofármacos, exceptuando casos de comorbilidad (9).

Así, según el estudio de Gualtero et al, en el que se realiza un seguimiento de pacientes dados de alta de un Hospital de día, las causas por las que ingresaron los pacientes en el hospital de día fueron para lograr una mayor contención, principalmente, por auto y/o heteroagresividad, problemas conductuales, aislamiento y sintomatología depresiva (13).

Muestra la literatura que gran parte de estos pacientes presentan autolesiones, así los grandes predictores de riesgo de autolesión son diagnóstico de depresión, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias, haber presentado autolesiones que precisaron ingreso en el año anterior, y el haber presentado un ingreso previo de corta duración (14).

Es difícil establecer el número de autolesiones al alta, se estima que en más de un 10% de los pacientes después del alta puede infligirse lesiones no mortales, pasando desapercibidas por el sistema sanitario, según el estudio de Briere et al, se aproxima que uno de cada 5 pacientes psiquiátricos se autolesiona (15). Aún así, más del 4% de los pacientes que fueron dados de alta de hospitalización psiquiátrica reingresaron por autolesiones en el mes siguiente (14).

Muchas de estas autolesiones podrían ser abordables, ya que el propio paciente es consciente en numerosas ocasiones del riesgo de autolesión en su momento vital (16).

Según Gualtero et al, en un estudio publicado en 2007, describieron la necesidad de realizar estudios de seguimiento en pacientes dados de alta, debido a la escasez de estudios publicados hasta entonces (13).

La autolesión además supone un indicador clínico de riesgo de suicidio (16, 17) junto con la no adherencia a la medicación y los reingresos previos, en casi un 25% de los casos (15,18).

Diversos estudios encuentran un mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después del alta hospitalaria, siendo el riesgo mucho mayor el primer mes (14,18,19,20).

Existen hipótesis que tratan de explicar este aumento del riesgo de suicidio y autolesión al alta hospitalaria que proponen como explicación los siguientes desencadenantes: la vuelta a los factores estresantes de la vida fuera del hospital, la vuelta a las responsabilidades de las consecuencias de la enfermedad, la retirada de atención con la consecuente percepción de pérdida de apoyo, la no adhesión al tratamiento, pérdida de continuidad de cuidados, ya que la retirada de atención hospitalaria es muy brusca por lo que necesitaría de una supervisión más estrecha de los pacientes de alto riesgo (14,18).

En cerca de un tercio de los pacientes que se suicidaron, su anterior ingreso había sido inferior a siete días, y un quinto de los pacientes, estaba fuera de contacto con los servicios sanitarios (15).

Asimismo, más de un 25% de los pacientes que consumaron el suicidio, habían solicitado el alta voluntaria de su último ingreso hospitalario.

Muchos pacientes rechazan los servicios de atención sanitaria por sentir cohibida su independencia, por falta de participación activa en los servicios, por las malas relaciones terapéuticas, la falta de proveedor de cuidados competente y los efectos secundarios de la medicación (21).

Otro gran problema en este tipo de pacientes, que ya hemos ido apreciando, son los que reingresan repetidas veces. Son los llamados pacientes de puerta giratoria, por ser un gran predictor de recaída y de mal pronóstico y por lo costoso que resulta para el sistema sanitario (22,23,24).

El perfil psicopatológico del paciente de puerta giratoria engloba diagnóstico de esquizofrenia, trastorno afectivo o trastorno de la personalidad. Entre los factores asociados se encuentran falta de apoyo social, la gravedad de la enfermedad, los comportamientos violentos, la drogadicción, el alta hospitalaria en contra del consejo médico o ingreso inferior a 7 días y sobretodo, el incumplimiento del tratamiento y la ausencia de un plan de atención posterior (19,23,24,25,26). Los motivos de ingreso suelen ser por autolesiones (12), compartiendo muchas características de suicidio post alta.

Casi la mitad de los pacientes que se van de alta de hospitalización psiquiátrica, al cabo de tres años reingresan al menos una vez y entre el 24 y el 57 % de los pacientes, reingresan de tres a seis meses (14,19,23,24,27).

Además los pacientes con ingresos psiquiátricos, se encuentran entre los usuarios más frecuentes de los servicios de urgencias psiquiátricas, de modo que casi la mitad de los pacientes que se fueron de alta de hospitalización psiquiátrica acudieron a las urgencias psiquiátricas en un plazo de 60 días (22). Y un 40% de los pacientes que consumaron el suicidio, habían sido atendidos en el servicio de urgencias en el último año (28).

Parece que la sociedad no es suficiente para contener a éste tipo de pacientes, el rechazo del tratamiento, y la dificultad que presentan las familias para contener los impulsos violentos, llevan a los pacientes a visitar repetidamente las urgencias.

Además, los Centros de Salud Mental (CSM), servicio al que se derivan los pacientes al alta, tienen un tiempo de espera para la primera cita de menos de dos semanas para una derivación normal, alrededor de un mes si necesita consulta con un psiquiatra y de 50-60 días para una cita con un psicólogo (29); durante éste tiempo de espera, los pacientes que han estado con una vigilancia de 24h, pasan a la comunidad, teniendo como hemos podido ver, un elevado riesgo de autolesión y de suicidio.

Muchos de estos pacientes trascurrido el tiempo de espera, se ausentan en su primera cita en el CSM (58% de ellos) (29) quedando así sin una figura de apoyo al alta hospitalaria.

Las intervenciones deben ir encaminadas a reducir el riesgo de autolesión, de suicidio y mejorar la adherencia al tratamiento supervisando más a los pacientes al alta, planificando cuidadosamente el alta y con un plan posterior de atención al paciente psiquiátrico, que consiste en retirar gradualmente los cuidados después del alta para la comunidad, incluyendo la prestación de apoyo las primeras semanas, mejorando la integración entre los servicios comunitarios de salud mental y el hospital de referencia, para así asesorar en la gestión de su enfermedad y en el afrontamiento de las exigencias de rutina diaria (14,18,19,23,24,26,27).

Para satisfacer esta demanda una opción sería aplicar las nuevas tecnologías para aplicarlas en Salud Mental, ya que en algunos países, como Finlandia o Canadá, se lleva aplicando desde hace años, acuñando términos como Telemental Health, telecuidados, telemedicina, o telepsiquiatría.

Dichas actuaciones, coordinadas entre niveles de atención, pueden ser especialmente beneficiosas para facilitar la continuidad de cuidados del paciente, en particular para los pacientes suicidas o potencialmente agresivos que puedan necesitar intervenciones de urgencia (30-33).

Cada vez son más frecuentes los ensayos clínicos en telecuidados y obtienen mejores resultados, tales como mejor cumplimiento de las recomendaciones, reducción de consulta en urgencias, mayor satisfacción, tanto de pacientes como de personal y conocimientos en salud (29,30).

Según algunos estudios, puede ser tan efectiva como la terapia cara a cara, e incluso se ha demostrado mayor eficacia en trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, para paliar síntomas de ansiedad, mejorar la tasa de adherencia a la medicación, reducción de visitas a urgencias, tratar la depresión, problemas de psiquiatría infantil, la demencia, la esquizofrenia, prevención del suicidio, estrés postraumático, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, prevención del tabaquismo, así como psicoterapia a personas con lesión cerebral, pacientes carcelarios y población veterana (35-40).

Según el estudio de seguimiento telefónico después del alta que realizaron Sorvianiemi y Santmaki, el grupo control tuvo una mejora significativa de los síntomas (33).

El coste de los telecuidados ha resultado ser mínimo, permitiendo a los pacientes acceder a atención sanitaria de manera rápida y sin necesidad de desplazamiento, características que han influido en que las poblaciones rurales o cuyas características geográficas dificultan el acceso a los recursos hayan sido las más estudiadas. No obstante, recientemente se han visto involucradas de manera positiva en este tipo de atención las áreas urbanas (34-36, 42, 43).

Aunque las ventajas son evidentes, según una guía sobre telemedicina en salud mental, realizada por la Asociación Americana de Telemedicina, afirman que existen aún muy pocos ensayos clínicos publicados por enfermeras empleando esta modalidad de atención (30, 44).

Es probable que no se haya desarrollado, ya que requiere en algunos casos una formación específica (34, 43), y debido a la dificultad que existe para realizar cambios en el entorno sanitario. Aun así, en multitud de servicios se realizan intervenciones telefónicas como información o desactivación verbal, sin que eso quede registrado.

Por todo ello, en este proyecto se propone: Evaluar si la intervención enfermera mediante un servicio de atención telefónica es efectiva para prevenir reingresos, conductas suicidas y autolesiones, conseguir un mejor enganche al CSM de referencia y una retirada más escalonada de la atención en los pacientes con diagnóstico enfermero de riesgo de suicidio, riesgo de autolesión y riesgo de violencia autodirigida. Esto supone un abordaje novedoso de atención al paciente psiquiátrico y podría constituir una mejora en la red de atención sanitaria a este tipo de pacientes.

HIPÓTESIS

La implantación de un programa de atención telefónica de enfermería (telecuidados) al paciente con riesgo de suicidio y autolesión al alta de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), logrará mejorar la adaptación en su domicilio.

- * Definiendo adaptación como reducción de ansiedad, mejor afrontamiento de los problemas, reducir ideación autolesiva, adherencia a su medicación, y acudir a sus citas en el CSM (Centro de Salud Mental)

OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar el impacto de la intervención telefónica de enfermería sobre la adaptación del paciente en su domicilio.

Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad de los pacientes al alta hospitalaria y transcurrido un mes en el grupo experimental y el grupo control.
- Evaluar la ideación suicida de los pacientes al alta hospitalaria y al cabo de un mes en el grupo experimental y en el grupo control.
- Evaluar el afrontamiento de los problemas de los pacientes un mes después del alta hospitalaria en el grupo experimental y el grupo control.
- Analizar el número de visitas a consultas programadas, a urgencias y reingresos, durante los primeros treinta días tras el alta hospitalaria, en el grupo experimental y el grupo control.

- Evaluar la adherencia a la medicación en el grupo experimental y en el grupo control

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio experimental de tipo ensayo clínico grupal, en el que se generarán dos grupos, uno de intervención y otro de control.

Ámbito de estudio

Se elegirán dos Hospitales de Madrid con características similares (protocolos de ingreso y alta en UHB y derivación al CSM similares).

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde se aplicará la intervención, y el Hospital Clínico San Carlos donde se recogerán los datos de los sujetos control.

De esta manera se pretende evitar contaminación de información de unos pacientes a otros.

Población de estudio

Pacientes diagnosticados de depresión mayor o trastornos de la personalidad límite, histriónico y antisocial, ingresados por descompensación de los síntomas, y con ideas de autolesión, suicidio o autoagresión: síntomas compatibles con diagnósticos enfermeros de riesgo de suicidio, riesgo de autolesión, y/o riesgo de violencia autodirigida (**Anexo I**).

Criterios de inclusión

- Pacientes de edad mayor de 18 años.
- Con dominio del idioma castellano oral y escrito.
- Que posean autonomía legal.
- Que tengan a su disposición una línea de teléfono de contacto.
- Que se encuentren orientados en tiempo, lugar y persona.
- Pacientes sin deterioro cognitivo ni retraso mental.

- Pacientes cuyo CSM de referencia esté en coordinación con alguno de los hospitales en los que se realizará el estudio
- Pacientes que al alta hospitalaria regresen a su domicilio habitual, que éste sea estable y no sea ninguna institución.
- Pacientes que no estén en estado psicótico.

Criterios de exclusión

- Petición de alta voluntaria.
- Pacientes que durante el periodo de estudio, reingresen en hospitalización.
- Pacientes cuya estancia hospitalaria sea menor de 5 días.
- Pacientes derivados a algún recurso de la red de Salud Mental que no sea CSM.
- Fallecimiento durante el estudio.
- Sujetos que durante el transcurso de la investigación, sufran deterioro cognitivo.

Tamaño muestral

Se predetermina un tamaño muestral para ambos grupos de 63 pacientes, tomando en consideración que las varianzas son desconocidas pero iguales, que el tamaño del efecto será de 0,5, la potencia del 80% y el nivel de confianza del 95%

Tipo de muestreo

No probabilístico consecutivo hasta completar el tamaño muestral en ambas cohortes.

RECOGIDA DE DATOS/ INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Ambas cohortes

Captación

- Se revisarán los ingresos en los hospitales a diario y se seleccionará a los pacientes susceptibles de entrar en el estudio.

Durante la hospitalización

Una vez que se haga la captación, se realizará una visita en la planta para realizar una valoración inicial (**Anexo II primera parte**), que durará entre 30 y 45 minutos, en la que se recogerán datos de las variables: edad, sexo, estado civil, con quien convive, diagnóstico psiquiátrico según el DSM-IV, motivo de ingreso, nivel educativo, situación laboral, nº de ingresos previos en UHB, modo de ingreso y número de intentos de suicidio previos, además se explicará el estudio y se solicitará el consentimiento informado (**Anexo III**).

Los pacientes del grupo experimental recibirán al menos una visita de cada una de las enfermeras del equipo para que el paciente pueda conocer a todas: En total serán 5 visitas (la de valoración y otras 4), ya que el equipo lo formarán 4 enfermeras especialistas en salud mental, dos de turno de mañana y noche y dos de tarde y noche, a partir de esas 5 visitas, mientras el paciente siga hospitalizado, seguirá recibiendo dos visitas al día durante la hospitalización.

Dichas visitas, que se programarán para no interrumpir ninguna actividad de la planta, se realizarán en un entorno conocido por el paciente (su propia habitación) y tendrán como objetivo establecer una toma de contacto, iniciando las relaciones terapéuticas e ir recogiendo datos relativos a su estilo de vida previo, así como sus miedos y dificultades al alta. El tiempo de duración dependerá de la demanda del paciente, entre 10 y 20 minutos. Con esta información, se podrá ir diseñando la intervención que podría necesitar el paciente cuando se programe el alta hospitalaria.

Prealta

Cuando se notifique el alta inminente del paciente, se le realizará una valoración del estado al alta (**Anexo II segunda parte**) que incluirá:

(1) Valoración del estado al alta

Se valorará en estado de los NOC represión de la automutilación, control de la agresión, control de los impulsos, control de la ansiedad, autocontención del suicidio, nivel de depresión, y afrontamiento de problemas.

Se recogerán datos de la variable Días de estancia hospitalaria, desde el momento de ingreso en la planta de UHB, hasta que se va de alta.

Medicación al alta: medicación psiquiátrica con la que se va de alta.

(2) Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung

Fue diseñada por Zung en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad (43)

(3) Escala de ideación Suicida de Beck

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicidal Ideation, SSI) es una escala elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse (44).

(4) Escala de Impulsividad de Barratt

Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad (45).

(5) Inventario de depresión de Beck

Fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada para evaluar la gravedad de la depresión.

Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols. (1975), es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario.

En el **grupo experimental** nos coordinaremos con el CSM para concertar una cita del paciente con su médico de referencia y se le anotará al paciente la cita junto con los documentos relativos al programa de atención.

En el **grupo control** se seguirán los protocolos actualmente establecidos de alta del paciente (se comentará al paciente que solicite cita con su CSM) y se le citará en un mes en la consulta, dentro del propio hospital.

INTERVENCIÓN

El paciente recibirá de una a dos llamadas telefónicas al día, una por la mañana y otra por la tarde, quedando éstas concertadas con el paciente en la anterior consulta telefónica, durante las cuales se evaluarán las dificultades de los pacientes al enfrentarse a los problemas resultantes de la vuelta a los factores estresores de la vida fuera del hospital, se reforzará la toma de la medicación y la asistencia a sus citas con el CSM.

En la primera llamada del día, los pacientes nos leerán un registro del día anterior respecto a sus dificultades, detallando la situación que les ha resultado difícil de afrontar, qué han pensado y sentido respecto a esa situación, y cómo han actuado respecto a ésta situación, y se pactará el rango horario en el que prefieren la siguiente llamada.

Para todo ello, aplicaremos las intervenciones de enfermería NIC (**Anexo IV**):

- **8180** Consulta por teléfono
- **6340** Prevención del suicidio.
- **5270** Apoyo emocional.
- **5230** Aumentar el afrontamiento.
- **4354** Control de la conducta: autolesión.
- **4420** Acuerdo con el paciente.
- **4370** Entrenamiento para controlar los impulsos.

Además tendrán a su disposición un número de teléfono de atención 24h, para solicitar apoyo en caso de crisis, donde actuaremos bajo las pautas de los NIC:

- **6160** Intervención en caso de crisis.
- **5270** Apoyo emocional

Un mes después del alta hospitalaria

El paciente deberá acudir a la revisión con la enfermera de salud mental del programa de telecuidados, que le realizará una valoración al mes post-alta (**Anexo II segunda parte**), que incluirá:

- (1) Valoración con los indicadores de los NOC de represión de la automutilación, control de la agresión, control de los impulsos, control de la ansiedad, autocontención del suicidio, nivel de depresión y afrontamiento de problemas.

- Recogida de datos de las siguientes variables: nº Autolesiones, nº Visitas a urgencias psiquiátricas, nº de visitas al CSM, y si faltó a alguna cita con su CSM.

Y se repetirán:

- (2) Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung.
- (3) Escala de ideación Suicida de Beck.
- (4) Escala de Impulsividad de Barratt.
- (5) Inventario de depresión de Beck.

Además, se realizará un test de adherencia a la medicación, llamado **test de Morisky-Green** (49) (6).

En el **grupo de intervención**, se contabilizarán además el número de intervenciones telefónicas que ha recibido el paciente durante este mes, tanto como intervención de seguimiento como de intervención de crisis.

Análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo de ambas cohortes para evaluar la homogeneidad de los grupos, a continuación se realizará un estudio descriptivo de los datos, y posteriormente realizaremos un estudio analítico con el que compararemos ambos grupos.

Para describir las variables cualitativas se utilizarán las frecuencias y porcentajes, y para describir las variables cuantitativas se utilizará la media y la desviación estándar, si tienen una distribución normal.

Para realizar las comparaciones se utilizarán los test estadísticos oportunos y su variante no paramétrica si las variables no tienen una distribución normal.

Si la distribución es normal:

- Ante la comparación de variables cuantitativa y cualitativa, usaremos el T-test (en caso de ser dos categorías) y el ANOVA (en caso de ser 3 categorías).
- Ante la comparación de variables cualitativas, usaremos el test de Chi cuadrado.
- Ante la comparación de variables cuantitativas, usaremos el test de correlación de Pearson.

Si la distribución no es normal:

- Ante la comparación de variables cuantitativa y cualitativa, usaremos la U de Mann Whitney o Kruskal Wallis.
- Ante la comparación de variables cualitativas, usaremos el test exacto de Fischer.
- Ante la comparación de variables cuantitativas, usaremos el índice de Correlación de Spearman.

Periodo de estudio

Se calcula que tendrá una duración aproximada de dos años.

Etapas de desarrollo

- **Primera etapa: Coordinación con los centros.** En esta etapa inicial, nos pondremos en contacto con los hospitales para dar a conocer el estudio y establecer los modos de coordinación: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y Hospital Clínico San Carlos, y con los CSM de las áreas de salud 1 y 7, esta etapa se prevé que durará 2 meses.
- **Segunda etapa: Implementación del programa.** Se realizará la captación de los pacientes y se pondrá en marcha el programa de telecuidados. Esta etapa durará hasta completar el tamaño muestral.
- **Tercera etapa: Recogida y análisis de datos.** Se recopilarán los datos que se recogieron en el anterior apartado y se realizará un análisis con el programa SPSS, y tras obtener los resultados se procederá a extraer conclusiones. Esta etapa nos llevará aproximadamente 3 meses.
- **Cuarta etapa: Divulgación de los resultados.** El equipo investigador elaborará un informe detallado del ensayo clínico. Se redactará el artículo científico en español e inglés para su publicación en revistas científicas, tanto a nivel nacional como internacional. Los resultados de nuestra investigación serán divulgados en los foros y organismos pertinentes en relación con la profesión de Enfermería. Esta etapa tendrá una duración aproximada de 6 meses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se pondrá en conocimiento de la Dirección de Gerencia de los centros participantes de la CAM, la realización del estudio, y se pedirá autorización del mismo por el comité ético de investigación clínica (CEIC).
- Se informará a los CSM participantes, con los que estaremos en coordinación en la implantación del programa.
- Se tendrá en cuenta el derecho a ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en el estudio, así como de abandonarlo en caso de que lo considere necesario. Se entregará un consentimiento informado (**Anexo III**).
- Según el principio de Beneficencia, la investigación podrá darse por finalizada en cualquier momento si se tiene motivos para sospechar que de continuar, se podría llegar a causar algún tipo de lesión o malestar innecesario a algún participante.
- Se tendrá en cuenta el derecho de privacidad de los participantes a la hora de analizar los datos, guardando las normas de confidencialidad y protección de datos, usando un código anónimo para las variables de estudio. Aunque durante la implantación del programa trabajaremos con nombres y apellidos, y se notificará al CSM su estado, así como al Hospital en caso de que requiera ingreso, se guardarán las normas de protección de datos.
- Según el principio de Justicia, se respetará el derecho a un trato justo (selección justa y no discriminatoria de los participantes en el estudio, trato sin prejuicios de los seleccionados que decidan no participar o abandonar el estudio...).

DIFICULTADES Y LIMITACIONES EN EL ESTUDIO

- Dificultad para evaluar los resultados a largo plazo, ya que la intervención se realizará durante un mes, y aún existe un riesgo elevado de recaída en el plazo de un año.
- Muchas autolesiones pasan desapercibidas y el paciente puede ocultárnoslas, por lo que no queden registradas.
- Colaboración insuficiente de los participantes o posibles abandonos, falta de coordinación entre el programa de telecuidados, CSM y Hospitalización, debido al desconocimiento y posible desconfianza por ellos al ser un programa de nueva implantación.

- El hecho de que los sujetos control sepan que están participando en este estudio puede condicionar su respuesta al alta hospitalaria y por lo tanto variar los resultados.
- El hecho de que los sujetos del grupo experimental sepan que están participando en este estudio puede condicionarlos a que quieran cumplir unas expectativas.
- Existe la imposibilidad de que los sujetos participantes desconozcan si pertenecen al grupo experimental o al grupo control. Para disminuir el sesgo, se ha determinado que en un mismo hospital no coexistan participantes de los grupos (experimental y control), dificultando así en gran medida las posibles interacciones que pudiesen condicionar los resultados de alguna manera.
- Crisis vitales de algunos pacientes durante el tiempo de estudio que puedan desestabilizarlos.
- Otras: posibles variaciones en las respuestas de los cuestionarios debido al condicionamiento que supone la aplicación de un mismo instrumento de medida en más de una ocasión, posible falta de credibilidad o aceptación en general por lo novedoso de realizar intervenciones de enfermería mediante teléfono.
- Los sujetos pueden no tener un buen enganche por falta de confianza en el personal y no ser sinceros o no acudir al personal en caso de crisis.
- El estudio puede tener demasiado éxito y convertirse en una vía de escape para cualquier situación, llegando a fomentar la dependencia.

UTILIDAD PRÁCTICA

Si se corrobora la hipótesis de nuestro estudio, una estandarización de un servicio de atención telefónica podría utilizarse como intervención de enfermería eficaz para mejorar la adaptación al alta hospitalaria del paciente psiquiátrico, produciendo un descenso en los efectos adversos tan importantes como la vida del paciente.

Los resultados de la investigación serán difundidos en congresos nacionales e internacionales de Enfermería y Enfermería en Salud Mental. Además, se procederá a su publicación en revistas científicas de Investigación en Enfermería y de Enfermería en Salud Mental, para facilitar el acceso a esta información a los profesionales.

Presupuesto

El presente proyecto se realizará con 4 enfermeras Especialistas en Salud Mental, que realizarán un trabajo tanto investigador como de campo en el proyecto que se llevará a cabo.

Para la realización del proyecto, será necesario el uso de un ordenador portátil que permitirá a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos.

Asimismo, se necesitará una impresora multifunción para imprimir y escanear los documentos para la recogida e información de los datos.

Se necesitará un teléfono móvil con el que estar localizados las 24h del día.

Material fungible: En cuanto al material fungible se precisará material de oficina, correos, telecomunicaciones, fotocopias, etc, necesarias en las diferentes fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto.

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid y a diferentes profesionales sanitarios, por lo que se hace necesario alquilar el local en el que tenga lugar el evento.

Viajes y dietas: Precisaremos el dinero necesario para los viajes de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el equipo investigador y los CSM y Hospitales de referencia.

También serán necesarios realizar viajes para difundir los resultados (**Tabla 1**).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization .Geneva . Health topics Mental disorders. Consultado 28/09/2011. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/
2. Instituto Nacional de Estadística, (INE). Encuesta Europea de Salud en España 2009. 2010; Consultada: 27 de Octubre 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística, (INE).; Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Consultada: 27 de Octubre 2011.
4. Instituto Nacional de Estadística, (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 2009 . 2010. Consultada: 27 de Octubre 2011.

Tabla 1. Presupuesto.

GASTOS DE EJECUCIÓN	
a) Recursos Humanos	
Contrato técnico medio apoyo a proyectos	18.067,65 €/año
SUBTOTAL	36.135,30 €
b) Adquisición de bienes y contratación de servicios	
Inventariable	
Ordenador Portátil HP Pavilion dm3-1070es (VJ274EA)	600,00 €
Ratón inalámbrico óptico sobremesa HP	16,99 €
Teléfono móvil (gratis con la apertura de línea)	0,00 €
Impresora Multifunción	650,00 €
Fungible	
Material de oficina (fase recogida, análisis de datos y divulgación resultados)	1.200,00 €
Otros gastos	
Línea telefónica	100,00 €/mes
Servicios de traducción 2 artículos de 3500 palabras (0,2 €/palabra)	1.400,00 €
SUBTOTAL	6.266,99 €
c) Viajes y dietas	
Desplazamientos personal (abono transporte anual)	4.048,00 €
Divulgación resultados:	
- Encuentro Investen: Foro investigaciones	2.000,00 €
- Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental	2.000,00 €
- Congreso Internacional de Salud Mental	3.000,00 €
SUBTOTAL	11.048,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	53.450,29 €

5. Álvarez Martínez E, Pérez Blanco J, Pérez Solá V. Trastornos del humor (afectivos) En: Barcia Salorio D. Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Madrid: Arán Ediciones S.A, 2000,p.349-377.
6. Esquizaga Terrazas E, et al. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. Med Clin (Barc). 2010. doi: 10.1016/j.medcli.2010.05.018
7. Landa-González N, Goni-Sarries A, Garcia de Jalon-Arramayo E, Lizasoain-Urra E. Concordancia entre el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Aten Primaria. 2008;40:285-9
8. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. Arch Gen Psychiatry. 2006 Dec;63(12):1358-67.
9. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ. 2005 Feb 19;330(7488):396.
10. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients Am J Psychiatry. 2005 Nov;162(11):2131-8.
11. Roca Bennasar M, Bernaldo Arroyo M, Arnillas Gómez H. Trastornos de la personalidad. En: Barcia Salorio D. Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Madrid: Arán Ediciones S.A, 2000,p.561-578.
12. Rubio Larrosa V., Pérez Urdaniz A. Trastornos de la Personalidad. Madrid: Elsevier; 2003. p.154,155,164.
13. Gualtero R.D, Gibert, M, Cuerva, F y Gomà, M Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo . Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, n.º 100, pp. 293-301, ISSN 0211-5735.
14. Gunnell D, Hawton K, Ho D, Evans J, O'Connor S, Potokar J, et al. Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. BMJ. 2008 Nov 18;337:a2278. doi: 10.1136/bmj.a2278.
15. Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. American Journal of Orthopsychiatry, 68, 609-620. doi:10.1037/h0080369
16. Jillian Peterson, Jennifer Skeem, and Sarah Manchak, If You Want to Know, Consider Asking: How Likely Is It That Patients Will Hurt Themselves in the Future? Psychological Assessment © 2011 American Psychological Association 2011, Vol. 23, No. 3, 626-634
17. Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Steward, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. The American Journal of Psychiatry, 147, 190-195. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/>
18. Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. Br J Psychiatry. 2006 Feb;188:129-34.
19. Fontanella CA. The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. Am J Orthopsychiatry. 2008 Apr;78(2):187-98.
20. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikins JW, Cheah CS, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. J Consult Clin Psychol. 2008 Feb;76(1):92-103.
21. Stanhope V, Henwood BF, Padgett DK. Understanding service disengagement from the perspective of case managers. Psychiatr Serv. 2009 Apr;60(4):459-64.
22. Madi N, Zhao H, Li JF. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. Healthc Q. 2007;10(2):30-2.
23. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. Psychiatr Serv. 2004 Jun;55(6):685-90.
24. Cheng IC, Liao SC, Lee MB, Tseng MM Predictors of treatment response and length of stay for inpatients with major depression. J Formos Med Assoc. 2007 Nov;106(11):903-10.
25. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. Rev Saude Publica. 2000 Jun;34(3):280-5.

26. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv.* 2000 Jul;51(7):885-9.
27. Bernardo AC, Forchuk C. Factors associated with readmission to a psychiatric facility. *Psychiatr Serv.* 2001 Aug;52(8):1100-2.
28. D Da Cruz, A Pearson, P Saini, C Miles, D While, N Swinson, A Williams, J Shaw, L Appleby, N Kapur. Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emerg Med J* 2011;28:467e471. doi:10.1136/emj.2009.081869
29. García Moratalla B. Ortiz Lobo A.. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [revista en la Internet]. 2002 Sep; (83): 27-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352002000300003&lng=es
30. Grady B, Myers K, Nelson EL, 2009. Telemental Health Standards and Guidelines Working Group. American Telemedicine Association Draft: May 13, 2009
31. Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency management guidelines for telepsychiatry. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007 May-Jun;29(3):199-206.
32. Jong M. Managing suicides via videoconferencing in a remote northern community in Canada. *Int J Circumpolar Health* 2004;63:422-8. [PubMed: 15709317]
33. Sorvaniemi M, Santamaki O. Telepsychiatry in emergency consultations. *J Telemed Telecare* 2002;8:183-4. [PubMed: 12097180]
34. Propuestas para el desarrollo de nuevos servicios enfermeros. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud.
35. Monnier J, Knapp RG, Frueh BC. Recent advances in telepsychiatry: an updated review. *Psychiatr Serv.* 2003 Dec;54(12):1604-9.
36. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatr Serv.* 2007 Jun;58(6):836-43.
37. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: a review. *Can J Psychiatry.* 2008 Nov;53(11):769-78.
38. Mohr DC, Vella L, Hart S, Heckman T, Simon G. The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2008; 15: 243-253.
39. Pierce JP, Newman VA, Natarajan L, et al. Telephone counseling helps maintain long-term adherence to a high-vegetable dietary pattern. *Journal of Nutrition.* 2007; 137: 2291-2296.
40. Hailey D, Roine R, Ohinmaa A. The effectiveness of telemental health applications: A review. *Can J Psychiatry.* 2008; 53: 769-778.
41. McIntosh J, Worley N. Beyond discharge: telephone follow-up and aftercare. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1994 Oct;32(10):21-7.
42. Egede LE, Frueh CB, Richardson LK, Acierno R, Mauldin PD, Knapp RG, Lejuez C. Rationale and design: telepsychology service delivery for depressed elderly veterans. *Trials.* 2009 Apr 20;10:22.
43. Deanne C. Simms, Kerri Gibson, and Susan O'Donnell To Use or Not to Use: Clinicians' Perceptions of Telemental Health. *Canadian Psychology* 2011, Vol. 52, No. 1, 41-51
44. Hailey D., Ohinmaa A. And Roine R. Limitations in the routine use of telepsychiatry *Journal of Telemedicine and Telecare* 2009; 15: 28-31
45. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12(6): 371-9
46. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-352.
47. Barrat ES. Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. Development in risk assessment. En: Monahan J, Steadman HJ, eds. Chicago: The University of Chicago Press, 1995; 61-79.
48. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961; 4: 561-571. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford Press, 1979
49. Estrada Campmany, M. Pauta posológica y su cumplimiento. *Ambito farmacéutico, dispensación activa*, 2006 Nov, vol.25, num 10. pp.96-102.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Ana García Pozo, que sin su guía por el arduo camino de la investigación no habría sido posible este trabajo.

A mis compañeras Residentes en Salud Mental, que han sabido ser un apoyo en los momentos que más se ha necesitado.

Al equipo formativo de la especialidad en Salud Mental de la Comunidad de Madrid, por promover y luchar día a día por el desempeño de nuestra profesión.

ANEXO I

DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y SUS FACTORES RELACIONADOS

NANDA riesgo de suicidio (00150)

Definición: Riesgo de lesión auto infringida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo:

- Factores conductuales: Historia de intentos previos de suicidio, acumulación de medicinas, donación de posesiones, súbita recuperación eufórica de una depresión grave, cambios perceptibles de la conducta.
- Factores verbales: Amenazas de suicidio, expresión de deseos de morir.
- Factores situacionales: Soledad, traslado, inestabilidad económica, falta de autonomía, presencia de armas de fuego en el domicilio.
- Factores psicológicos: Antecedentes familiares de suicidio, enfermedad o trastorno psiquiátrico, culpabilidad, abuso de alcohol otras sustancias, joven (hombre o mujer) homosexual.
- Factores demográficos: Edad (ancianos, adolescentes, varones adultos jóvenes), raza (caucásicos, americanos nativos), sexo (varón), divorcio, viudedad.
- Factores físicos: Enfermedad física, terminal, dolor crónico.
- Factores sociales: Pérdida de relaciones importantes, alteración de la vida familiar, duelo, sistemas de soporte insuficientes, desesperanza, aislamiento social, problemas legales o disciplinarios, impotencia.

NANDA riesgo de automutilación (00139)

Definición: Riesgo de presentar una conducta deliberadamente autolesiva para aliviar la tensión, que provoca un daño tisular en un intento por causar una lesión no letal.

Factores de riesgo:

- Trastornos límite de la personalidad, estado psicótico, abusos sexuales en la infancia, experiencias de despersonalización, problemas familiares anteriores y actuales, trastornos del carácter, crisis de identidad sexual, baja autoestima, o inestable, uso de manipulación para establecer relaciones significativas, impulsividad, afrontamiento inadecuado, pérdida de control en las situaciones que requieren solución de problemas, historia de conductas autolesivas, sentimientos de amenaza ante la pérdida real o potencial de relaciones significativas.

NANDA riesgo de violencia autodirigida (00140)

Definición: Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

Factores de riesgo:

- Ideación suicida, relaciones interpersonales conflictivas, estado emocional de desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, etc. historia de intentos múltiples de suicidio, salud física alterada, antecedentes familiares conflictivos, conductas que indiquen deseos de muerte, recursos sociales escasos, recursos personales inadecuados, conductas de ira o desesperación, depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo o abuso de sustancias.

NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2007-2008, Elsevier España, S.A, p.235, 40, 250

ANEXO II

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

PRIMERA PARTE

- Cuestionario a cumplimentar por el equipo investigador con la información obtenida de la primera entrevista con el paciente a su ingreso en uhb y datos de su ingreso.
- Ficha de Datos del Paciente

Fecha	
Código anonimizado	

Ficha de Datos del Paciente

Nombre	
Edad	
Sexo	M
	F
Estado civil	Soltero/a
	Casado/a
	Separado/a o Divorciado/a
	Viudo/a
Convivencia	Familia de origen
	Familia propia
	Sólo/a
	Otros:
Nivel educativo	Sin Estudios
	Primarios
	Secundarios
	Formación profesional
	Universitarios
Situación laboral	Estudiante
	Trabajador Fijo
	Trabajador Eventual
	Jubilado
	Ama de casa
	Invalidez
	Desempleo con subsidio
Desempleo sin subsidio	
Diagnóstico NANDA	
Diagnóstico psiquiátrico DSM V-I	
Motivo de ingreso	
Nº ingresos previos en UHB	
Modo de ingreso	Urgencias
	CSM
	Consultas Externas
Nº intentos de suicidio <i>Definiendo intento de suicidio como lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.</i>	
Notas:	

SEGUNDA PARTE

- Cuestionario a cumplimentar por el equipo investigador con la información obtenida de la entrevista previa al alta con el paciente y datos de su ingreso.
- Comparación de resultados, obtenidos de la entrevista con el paciente al cabo de un mes del alta hospitalaria.
- Datos del Ingreso, y del estado durante el mes en su domicilio (1).
- Valoración de los Indicadores de los NOC (Al alta/ un mes después del alta) (1).
- Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung (Al alta/ un mes después del alta) (2).
- Escala de ideación Suicida de Beck (Al alta/ un mes después del alta) (3).
- Escala de Impulsividad de Barratt (Al alta/ un mes después del alta) (4).
- Inventario de depresión de Beck (Al alta/ un mes después del alta) (5).
- Test de Morisky-Green (6).

Fecha de alta	
Fecha de valoración al mes	
Código anonimizado	

Datos del Ingreso, y del estado durante el mes en su domicilio (1)

Datos al alta	
Días de estancia hospitalaria	
Seguimiento previo en CSM	SI
	NO
CSM referencia	
Datos al mes del alta	
Nº autolesiones <i>Definiendo autolesión como conducta deliberadamente autolesiva para aliviar la tensión, que provoca un daño tisular en un intento por causar una lesión no letal</i>	
Nº visitas a Urgencias psiquiátricas	
Nº citas con CSM	
Nº faltas al CSM	
Sólo sujetos del grupo experimental	
Nº intervenciones telefónicas	
Nº intervenciones protocolizadas	
Nº intervenciones en crisis	

Escala heteroaplicada de Ansiedad de Zung (2)

Puntúe según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a estos criterios			
1. Ausente	2. Ligera	3. Moderada	4. Fuerte

	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO ¿Se siente Vd. nervioso, ansioso?				
2. TEMOR ¿Se siente Vd. asustado?				
3. PANICO ¿Se aterroriza Vd. con facilidad?				
4. DISGREGACION ¿Se siente Vd. cómo si fuese a volverse loco?				
5. PREOCUPACION ¿Se siente Vd. cómo si fuese a ocurrir algo terrible?				
6. TEMBLOR ¿Se siente Vd. tembloroso?				
7. ALGIAS Y DOLORES CORPORALES ¿Tiene Vd. dolores de cabeza, cuello o espalda?				
8. FATIGABILIDAD ¿Se cansa Vd. con facilidad? ¿Se siente Vd. débil a ratos?				
9. INQUIETUD ¿Se encuentra Vd. inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado?				
10. PALPITACIONES ¿Siente Vd. que su corazón late deprisa?				
11. MAREO ¿Se siente Vd. mareado a ratos?				
12. DESMAYOS ¿Se ha desmayado Vd. a veces? ¿Ha sentido cómo si fuera a desmayarse?				
13. DISNEA ¿Siente Vd. dificultad para respirar?				
14. PARESTESIAS ¿Tiene Vd. sensación de acorchamiento en los dedos o alrededor de la boca?				
15. NAUSEAS Y VOMITOS ¿Siente Vd. náuseas? ¿Vómitos?				
16. FRECUENCIA URINARIA ¿Necesita Vd. ir a orinar con mucha frecuencia?				
17. SUDORACION ¿Se siente Vd. sudoroso, con las manos húmedas y frías?				
18. BOCHORNOS ¿Tiene Vd. bochornos?				
19. INSOMNIO INICIAL ¿Le cuesta a Vd. trabajo dormirse?				
20. PESADILLAS ¿Tiene Vd. sueños que le asustan, pesadillas?				

RESULTADO AL ALTA:

RESULTADO AL MES:

Consta de 20 ítems, 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La puntuación media obtenida en pacientes con trastorno de ansiedad es de $62 \pm 13,8$. En otras patologías psiquiátricas como esquizofrenia, depresión, trastornos de la personalidad o trastornos transitorios la puntuación osciló entre $49,4 \pm 15,9$ y $52,6 \pm 13,6$. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Escala de ideación suicida de Beck (3)

I. Circunstancias objetivas

1) Aislamiento

- Alguien presente.
- Alguien próximo o en contacto visual o verbal (ej. teléfono).
- Nadie cerca o en contacto.

2) Medición del tiempo

- La intervención es muy probable.
- La intervención es poco probable.
- La intervención es altamente improbable.

3) Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

- Ninguna.
- Toma precauciones pasivas (ej. evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar).
- Toma precauciones activas (ej. cerrando la puerta).

4.- Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

- Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda.
- Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado.
- No contactó, ni avisó a nadie.

5.- Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro...)

- Ninguno.
- Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.
- Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales.

6.- Preparación activa del intento

- Ninguna.
- Mínima o moderada.
- Importante.

7.- Nota suicida

- Ninguna.
- Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla.
- Presencia de nota.

8.- Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

- No comunicación verbal.
- Comunicación ambigua (ej. "Estoy cansado de la vida", "Pienso estáis mejor sin mí", "Nada tiene obteto").
- Comunicación no ambigua (ej. "Quiero morir", "Siento como si quisiera matarme", "Tomar pastillas").

II. Autoinforme

9) Propósito supuesto del intento:

- Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza.
- Componentes del punto anterior y del siguiente.
- Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.

10) Expectativas sobre la probabilidad de muerte

- Pensó que era improbable.
- Posible, pero no probable.
- Probable o cierta.

11) Concepción de la letalidad del método

- Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.
- No estaba seguro si lo que hacía era letal.
- Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal.

12) Seriedad del intento

- No intentó seriamente poner fin a su vida.
- Inseguro.
- Intentó seriamente poner fin a su vida.

13) Actitud ante el vivir / morir

- No quería morir.
- Componentes del punto anterior y del siguiente.
- Quería morir.

14) Concepción de la capacidad de salvamento médico

- Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica.
- Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.
- Seguro de morir aunque recibiese atención médica.

15) Grado de premeditación

- Ninguno, impulsivo.
- Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento.
- Suicidio contemplado por > 3 horas antes del intento.

III. Otros Aspectos

16) Reacción frente al intento

- Arrpentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza.
- Acepta tanto el intento como su fracaso.
- Rechaza el fracaso del intento.

17) Preconcepciones de la muerte

- Vida después de la muerte, reunión con fallecidos.
- Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas.
- No concepciones de / o pensamientos sobre la muerte.

18) Número de intentos de suicidio previos

- Ninguno.
- 1 ó 2.
- 3 ó más.

19) Relación entre ingesta de alcohol e intento

- Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad.
- Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
- Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento.

20) Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos,...) cuando la droga NO es el método utilizado para el intento

- Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad.
- Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad.
- Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento.

PUNTUACIÓN

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). Está formada por tres partes:

- Parte objetiva: ítems 1 a 8 y explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.
- Parte subjetiva: ítems 9 a 15. Valora las expectativas durante la tentativa.
- Otros aspectos: ítems 16 a 20.

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15 (los cinco últimos no puntúan).

Escala de impulsividad de Barrat (4)

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

1. Ausente	2. Ligera	3. Moderada	4. Fuerte
------------	-----------	-------------	-----------

	1	2	3	4
1.- Planifico mis tareas con cuidado				
2.- Hago las cosas sin pensarlas				
3.- Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4.- Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5.- Planifico mis viajes con antelación				
6.- Soy una persona con autocontrol				
7.- Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8.- Ahorro con regularidad				
9.- Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10.- Pienso las cosas cuidadosamente				
11.- Planifico para tener un trabajo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12.- Digo las cosas sin pensarlas				
13.- Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14.- Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				
15.- Actúo impulsivamente				
16.- Me aburre con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17.- Visito al médico y al dentista con regularidad				
18.- Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19.- Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20.- Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21.- Compró cosas impulsivamente				
22.- Yo termino lo que empiezo				
23.- Camino y me muevo con rapidez				
24.- Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25.- Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26.- Hablo rápido				
27.- Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28.- Me interesa más el presente que el futuro				
29.- Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo de tiempo)				
30.- Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

I COGNITIVA :	I MOTORA:	I NO PLANEADA:	I TOTAL:
---------------	-----------	----------------	----------

Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas:
 Ítems Impulsividad cognitiva: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27
 Ítems Impulsividad Motora: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29
 Ítems impulsividad no planeada: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30
 Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems inversos (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30) que lo hacen al revés (4-3-1-0).
 La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.
 Posee mayor valor la puntuación total que la de las subescalas
 Impulsividad cognitiva: 9,5 - Impulsividad motora: 9,5 - Impulsividad no planeada: 14 - Puntuación total: 32,5

Inventario de depresión de Beck (5)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy.

Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada	19-29 puntos
Depresión grave	30 puntos

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA INFORMATIVA Grupo experimental

Título del Proyecto: Impacto de un servicio de telecuidados en el paciente psiquiátrico al alta de UHB.

Nombre del Investigador Principal: Sofía Martínez Villar

Centro: Hospital General universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este Proyecto. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio en el que usted va a participar, pretende comprobar el impacto que tendría un programa de atención telefónica para mejorar el retorno a su vida cotidiana después de la hospitalización. Si acepta participar en el estudio, se le realizarán unas llamadas telefónicas de seguimiento durante un mes después del alta, según se explica en la hoja informativa y se le realizarán dos entrevistas, una durante ésta hospitalización, y la siguiente un mes después de irse de alta, en las que le pasaremos unos test para evaluar los problemas que le hayan podido surgir al alta y su situación psicológica.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio es el intento de mejorar la asistencia en la red de salud mental, proponiendo un nuevo servicio de atención al alta hospitalaria.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Información de contacto

Sofía Martínez Villar
investigadora@gmail.com
+34 600000000
Nº de teléfono: 910000000

Información del programa telefónico

Nº de teléfono: 910000000

Enfermeras: (mañana y noche)
..... (mañana y noche)
..... (tarde y noche)
..... (tarde y noche)

Este programa de asistencia está enfocado para ayudarle a adaptarse en su domicilio a la vuelta a su vida cotidiana después del ingreso hospitalario.

Ya que hoy se va de alta, le llamaré(nombre de la enfermera) a las horas, para iniciar el programa de atención, y poner en común las dificultades que haya podido encontrar en su domicilio.

Durante las llamadas telefónicas, expondrá sus experiencias al alta y sus dificultades en la resolución de los problemas cotidianos, para poder analizar y ayudarle en los mecanismos de afrontamiento de dichos problemas.

Al final de la llamada pactaremos el horario en el que realizaremos la próxima llamada, para que sea en un momento que le resulte oportuno.

Se ha programado una cita con su CSM(nombre del centro) que se encuentra en la C/..... El día de De 201... Dicha cita se le recordará en las llamadas telefónicas.

En caso de que tenga alguna duda, o se encuentre con alguna situación que no sepa como controlar, debe llamarnos al número de teléfono que aparece arriba.

Dentro de un mes, volverá al hospital para realizarle una segunda valoración y darle el alta de éste servicio.

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Título del Proyecto: Impacto de un servicio de telecuidados en el paciente psiquiátrico al alta de UHB.

Nombre del Investigador Principal: Sofía Martínez Villar

Centro de referencia: HGUGM

Yo (Nombre y Apellidos).....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de Información)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con (Nombre del Investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mi asistencia
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para entrar en el programa de atención, en las condiciones detalladas en la hoja de información

Firma del participante

Firma del profesional

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

HOJA INFORMATIVA Grupo control

Título del Proyecto: Impacto de un servicio de telecuidados en el paciente psiquiátrico al alta de UHB.

Nombre del Investigador Principal: Sofía Martínez Villar

Centro: Hospital General universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este Proyecto. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Éste estudio en el que ud. Va a participar, pretende evaluar las dificultades que puedan surgir en su domicilio al alta del hospital. Si acepta entrar en el estudio, le realizaremos dos entrevistas, una durante ésta hospitalización, y la siguiente un mes después de irse de alta, en las que le pasaremos unos test para evaluar los problemas que le hayan podido surgir al alta y su situación psicológica.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio es el intento de mejorar la asistencia en la red de salud mental, proponiendo un nuevo servicio de atención al alta hospitalaria.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Información de contacto

Sofía Martínez Villar

investigadora@gmail.com

+34 600000000

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Título del Proyecto:

Nombre del Investigador Principal: Sofía Martínez Villar

Centro de referencia: HGUGM

Yo (Nombre y Apellidos).....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de Información)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con (Nombre del Investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mi asistencia
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99

Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para entrar en el programa de atención, en las condiciones detalladas en la hoja de información

Firma del participante

Firma del profesional

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO IV

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

8180 Consulta por teléfono

Definición: Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones, por teléfono.

- Identificarse con nombre, credenciales y centro; hacer saber al oyente si se está grabando la llamada (mediante receptores de calidad), utilizando la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento.
- Tener en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en la respuesta del paciente.
- Identificar las inquietudes sobre el estado actual de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario y la fuente de éste conocimiento
- Proporcionar medios para superar cualquier barrera identificada para aprender o utilizar sistemas de apoyo.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual, si existe, consultando y citando referencias acreditadas como fuente (la cruz roja aconseja...)
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y a la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente y otros.
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que se necesita, si las inquietudes son graves.
- Dar información acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con el ámbito de práctica y las normas establecidas.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, si procede.
- Dar información acerca del fomento de la salud/educación sanitaria, si procede.
- Identificar de los problemas reales/potenciales relacionados con la implementación del régimen de autocuidados.
- Consultar con el médico/proveedor de cuidados principal de los cambios en el régimen del tratamiento, según sea necesario.
- Proporcionar servicios de forma solícita.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, si procede.
- Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar las personas que pueden recibir la información de la llamada.
- Comentar y resolver las llamadas problemáticas con ayuda colegial/de un supervisor.

4370 Entrenamiento para controlar los impulsos

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognoscitiva del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Enseñar al paciente a "detenerse y pensar" antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficio
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Ayudar al paciente a evaluar el resultado del curso de acción elegido
- Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados exitosos.

6340 Prevención de suicidios

Definición: Disminución del riesgo por daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.

- Determinar existencia y grado del riesgo de suicidio.
- Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, delusiones, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de personalidad, alteraciones orgánicas, crisis, etc.).
- Controlar efectos secundarios y terapéuticos de la medicación.
- Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva, etc.), si procede.
- Acordar con el paciente (verbalmente o por escrito), evitar intentos de autolesión, recordándolo periódicamente.
- Relacionarse regularmente con el paciente demostrándole atención y franqueza, para que pueda manifestar sus sentimientos.
- Utilizar una forma directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.
- Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.
- Evitar comentarios sobre intentos de suicidio pasados y orientar las discusiones hacia el presente y el futuro.
- Discutir planes para hacer frente a las ideas suicidas en el futuro (factores precipitantes, con quién contactar para buscar ayuda, maneras de aliviar los sentimientos de autolesión).
- Ayudar al paciente a identificar las personas y los recursos de apoyo
- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y los amigos.

5270 Apoyo emocional

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

5230 Aumentar el afrontamiento

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudara al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente al identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

4420 Acuerdo con el paciente

Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Establecer objetivos en términos positivos.
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles par cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.
- Explorar con el paciente las razones del éxito o la falta de éste.

6160 Intervención en caso de crisis

Definición: Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

- Disponer un ambiente de apoyo.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de valores y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.
- Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular.
- Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.
- Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.

4354 Manejo de la conducta: Autolesión

Definición: Ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

- Determinar el motivo/razón de sus conductas
- Desarrollar expectativas y consecuencias adecuadas de la conducta, dado el nivel de la función cognitiva y capacidad de autocontrol del paciente.
- Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta al paciente.
- Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos, y relajación muscular progresiva), si procede.
- Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión.
- Establecer un trato con el paciente, si resulta oportuno "para que no se haga daño"
- Animar al paciente a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse.
- Enseñar al paciente, dándole seguridad, a enfrentarse de manera efectiva a las conductas y a expresar adecuadamente los sentimientos.
- Al tratar con conductas con riesgo de autolesión, el enfoque debe ser sereno y no punitivo.
- Evitar dar una respuesta positiva a la conducta de autolesión.
- Presentar las consecuencias predeterminadas si el paciente se involucra en conductas de autolesión.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones y sentimientos desencadenantes que provocan la conducta de autolesión.
- Ayudar al paciente a identificar las estrategias de control más apropiadas que pudieran utilizarse y sus consecuencias.
- Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/gestos de suicidio.

Bibliografía: Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey Dochterman, J; Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. 2009 Elsevier España S.L, Travessera de Gràcia, 17-21 Barcelona. P.205-206, 370, 696-697, 168-169, 93, 452, 500-501.